

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Evaluación Clínico – Epidemiológica de la Luxación Post – Traumática de Cadera”

Clínica San Juan de Dios 2010 - 2015

Autor:

GONZALO GALLEGOS OYANGUREN

Tesis para Optar el Título

De Médico-Cirujano.

Arequipa – Perú

2016

La vida no es fácil, si es que lo fuera sería muy aburrida, cada etapa representa un gran reto, desde el empezar a caminar hasta las decisiones importantes como el de formar una familia o decidir qué es lo que va a hacer uno el resto de su vida, pero ahí está tu familia y personas que quieres para apoyarte y ayudarte a salir adelante, conforme pasa el tiempo la forma de ayuda es diferente, y llega un momento que te toca andar solo, pero en realidad es ir acompañado y mirar al costado para encontrar las respuestas, la mirada, las palabras que uno necesita. Mi camino en la universidad no fue fácil, y todos los que están ahora a mi lado lo saben, y curiosamente estuvieron conmigo desde el principio de una u otra manera, y esto, que recién empieza se los dedico a todos, en primer lugar a Dios y a María por acompañarme y hacerse presentes en cada persona y paciente que estuvo cerca de mí, a mis padres que sin su apoyo y aliento no lo hubiera podido conseguir, a mis hermanas que aunque lejos en distancia siempre tuvieron una palabra para mí y siempre las sentí cerca, a mi mamá que me acompañó siempre, me cuidó y formó desde pequeño, a Pati que a su manera y de una forma peculiar siempre me dijo las cosas como son y nunca me negó su apoyo, a Gerry y Julio que me apoyaron directamente con sus palabras e indirectamente apoyándome desde mis mamás, a mi tía Hilda que siempre tuvo una sonrisa para mí cuando lo necesite y me apoyó también desde niño ayudándome cuando lo necesité. Quiero nombrar de forma especial Andrea mi amiga y compañera, que, pese a ser ya amigos desde ya hacía mucho, empezó a ser partícipe de mi vida en un momento fundamental y de quiebre en mi carrera, y cuando todo era difícil y se veía oscuro, junto con mi familia me mostraron el camino por donde seguir, además fue de apoyo permanente para mí, y sin sus consejos, guía y compañía el inicio de este nuevo camino no sería posible, y estoy seguro que juntos llegaremos lejos. Es muy poco espacio para agradecer a tantas personas, pero esto no estaría completo sin agradecer a mi Colegio donde me forme desde los 4 años y dejó huella en mí y en mi forma de ser, quedando gravado por siempre el “Ser más para servir mejor” y el amor a la Virgen María que Siempre me va a acompañar.

“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la
electricidad y la energía atómica, La Voluntad.”

Albert Einstein

“Alcanza la excelencia y compártela”

San Ignacio de Loyola



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	7
MATERIALES Y MÉTODOS	8
CAPÍTULO II	12
RESULTADOS	13
CAPITULO III	36
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	37
CAPITULO IV	46
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	54
ANEXO 1 (FICHA DE RECOLECCION DE DATOS).....	55
ANEXO 2: PROYECTO DE TESIS	56
ANEXO 3: FICHAS DE RECOLECCION DE DATOS	96

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La luxación post – traumática de cadera es una lesión poco frecuente, representa el 2 – 5% de todas las luxaciones, debido a que para su producción es necesario un impacto de alta energía son frecuentes los casos en los que se presentan lesiones asociadas, usualmente en miembros inferiores. En su mayoría son producidas por accidentes de tránsito lo que es un tema crítico en nuestro país. La reducción urgente de esta lesión es fundamental para el pronóstico del paciente, y el manejo del mismo está orientado fundamentalmente a disminuir la presencia de complicaciones futuras.

OBJETIVO: Establecer las características Clínico – Epidemiológicas de la Luxación Post – traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios en el periodo 2010 – 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se encontraron 46 pacientes que cumplieron con los criterios de selección mediante el uso de historias clínicas. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

RESULTADO: Se estudiaron 46 casos con el diagnóstico de Luxación Post – traumática de cadera, de los cuales 38 pacientes (83%) se encontraban en el rango de edad de 22 a 65 años. Con respecto al sexo, se pudo establecer que 35 pacientes (76%) corresponde al sexo masculino, además 18 pacientes (39%) tenían como actividad económica trabajos de campo (Choferes, Obreros y agricultores), además la etiología más frecuente fueron los accidentes de tránsito con 33 casos (72%). Se pudo encontrar que 22 pacientes (48%) presentaron lesiones en miembros inferiores.

En relación al lado de la lesión no se encontró mayor diferencia ya que 23 pacientes (50%) fueron izquierdas y 22 pacientes (48%) derechas. En relación a la dirección de la lesión se pudo determinar que 39 pacientes (85%) fueron posteriores, junto con esto 29 pacientes (63%) presentaron la clasificación I de Epstein y Thompson. Ahora, en los datos referentes al tiempo de reducción se encontró que 29 pacientes (63%) se redujeron en hasta 24 horas, de los cuales el 21% fueron dentro de las 4 primeras horas y el 31% en las 4 horas siguientes. Además, dentro de las características del tratamiento se pudo observar que 30 pacientes (65%) tuvieron una resolución abierta, 22 pacientes (47%) estuvieron hospitalizados de 4 a 7 días, y finalmente se observó que el 98% de los pacientes tuvieron una condición de alta como mejorados.

CONCLUSIÓN: La luxación post – traumática de cadera en el periodo de estudio se presentó en 46 pacientes, de los cuales el 83% se encuentra en una edad laboral, el 76% corresponde al sexo masculino, y el 35% realizan trabajos de campo (Agricultura, choferes, obreros). La etiología más frecuente fueron los accidentes de tránsito. Entonces como las características de los pacientes que sufren esta patología podríamos decir que son pacientes de sexo masculino, en edad laboral que realizan trabajos de campo y que en su mayoría están involucrados en accidentes de tránsito. Además, se puede afirmar que es de esperarse lesiones asociadas sobre todo en miembros inferiores, además que por la situación anatómica son luxaciones posteriores y de clasificación I de Epstein y Thompson. El 52% de los pacientes se resolvió en cuadro en las primeras 8 horas, y el tiempo de hospitalización estuvo determinado por las lesiones asociadas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Post-traumatic hip dislocation is a rare injury, accounting for 2-5% of all dislocations, because for its production requires a high energy impact are frequent cases where associated lesions appear, usually in the lower limbs. Most of them are caused by traffic accidents which is a critical issue in our country. The urgent reduction of this injury is critical for the patient's prognosis, and its handling is mainly aimed at reducing the presence of future complications.

OBJECTIVE: To establish the clinical features - Epidemiology of dislocation Post - traumatic hip in patients treated at the San Juan de Dios Clinic in the period 2010-2015.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive, observational and retrospective study involving 46 patients who met the selection criteria by using medical records was performed were found. The results are shown using descriptive statistics.

RESULT: 46 cases with the diagnosis of dislocation were studied Post - traumatic hip, of which 38 patients (83%) were in the age range of 22-65 years. With regard to sex, it was established that 35 patients (76%) were male, also 18 patients (39%) had an economic activity fieldwork (drivers, workers and farmers), also the most frequent cause was accidents traffic with 33 cases (72%). It could be found that 22 patients (48%) had lower limb injuries. Regarding the side of the lesion biggest difference was found for 23 patients (50%) were left and 22 patients (48%) rights. In relation to the direction of the injury was determined that 39 patients (85%) were followed, along with this 29 patients (63%) presented the classification I Epstein and Thompson. Now, the data concerning the reduction time it was found that 29 patients

(63%) were reduced by up to 24 hours of which 21% were within the first 4 hours and 31% in 4 hours next. Moreover, within treatment characteristics, it was observed that 30 patients (65%) had an open resolution, 22 patients (47%) were hospitalized from 4 to 7 days, and finally observed that 98% of patients had a High as improved condition.

CONCLUSION: Post-traumatic hip dislocation in the study period occurred in 46 patients, of which 83% is in a working age, 76% were male, and 35% perform fieldwork (Agriculture, drivers, laborers). The most common cause was traffic accidents. Then as the characteristics of the patients suffering from this disease we could say that male patients are of working age who perform field work and mostly are involved in traffic accidents. In addition, we can say that is associated expected especially in lower limb injuries and anatomical situation that are later and I Epstein classification and Thompson dislocations. 52% of patients was resolved in box in the first 8 hours, and hospitalization time was determined by the associated lesions.

INTRODUCCIÓN

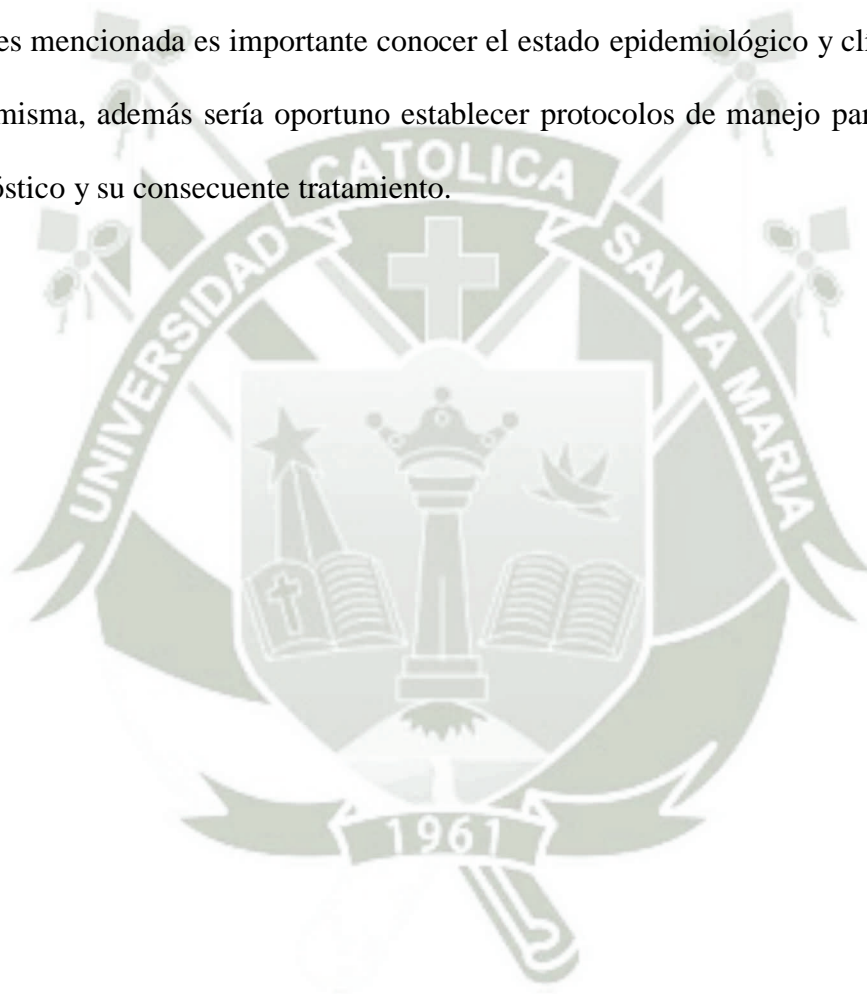
La luxación post – traumática de cadera es una lesión ósea no muy frecuente por la situación anatómica en la que se encuentra, representando del 2 al 5% de todas las luxaciones, debido a que para su producción es necesario un impacto de alta energía, son pocos los casos en las que se presentan de forma aislada, estando usualmente asociadas con lesiones en el miembro homolateral, así como lesiones en otras partes del organismo a consecuencia de estas fuerzas. La literatura nos describe que hasta el 95% de estas son originadas por accidentes de tránsito, lo cual es un punto muy delicado en nuestro país.

En la actualidad nos encontramos en un momento crítico Perú, junto con el crecimiento económico que de una u otra manera se ha dado en los últimos años, se ha visto un incremento del parque automotor, además de un crecimiento importante y desordenado de los centros urbanos periféricos en las ciudades lo que conlleva en general a una estancia mayor de las personas en servicios de transporte los cuales, en la mayoría de casos no son los adecuados y se traduce a un incremento del riesgo de sufrir un accidente de tránsito.

Ya que la mayoría de casos de luxación post – traumática de cadera se presenta en personas económicamente activas, es indispensable el adecuado manejo de la lesión, desde el momento que entra en contacto con el personal de salud, es decir un diagnóstico oportuno, junto con un tratamiento precoz y adecuado tiene mucha importancia en el pronóstico del paciente tanto a mediano y largo plazo además de la correcta reinscripción a sus labores cotidianas sin secuelas futuras.

La Clínica San Juan de Dios se ha convertido en los últimos años en un centro de referencia para la especialidad de ortopedia y traumatología, además se atienden diariamente un número importante de personas que sufren accidentes de tránsito, así como accidentes laborales por lo que el realizar un estudio de estas características en dicho establecimiento es factible y oportuno.

No se han realizado estudios recientes sobre esta patología, y debido a la coyuntura ya antes mencionada es importante conocer el estado epidemiológico y clínico actual de la misma, además sería oportuno establecer protocolos de manejo para un mejor diagnóstico y su consecuente tratamiento.





CAPITULO I
MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Historias Clínicas
- Fichas de investigación

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizó en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma histórica en el periodo comprendido entre los años 2010 a 2015.

2.3. Unidades de estudio: Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de luxación post - traumática de cadera atendidos en la Clínica San Juan de Dios Arequipa.

2.4. Población: Todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de luxación post - traumática de cadera tratados en la Clínica San Juan de Dios durante el periodo de estudio.

Muestra: No se calculó un tamaño de muestra ya que se consideró a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**

- De cualquier sexo.
- Personas afectadas, mayores de 18 años.
- Diagnóstico definitivo de luxación traumática de cadera.

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Portadores de prótesis de cadera
- Pacientes con enfermedad congénita del colágeno (Ehlers Danlos, etc.)
- Historias clínicas incompletas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizaron coordinaciones con la gerencia médica de la Clínica San Juan de Dios para obtener la autorización para acceder al archivo de historias clínicas.

Se revisó los registros de alta de los pacientes y los diagnósticos de luxación post - traumática de cadera y se buscó identificar a los pacientes según número de historia clínica, se encontraron sus historias en archivos, y se procedió a la selección de casos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se recogieron las variables de interés en las fichas de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador
 - Asesor.
- b) Materiales
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de un instrumento para recoger información.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2013).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentaron como proporciones.

Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico.



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD

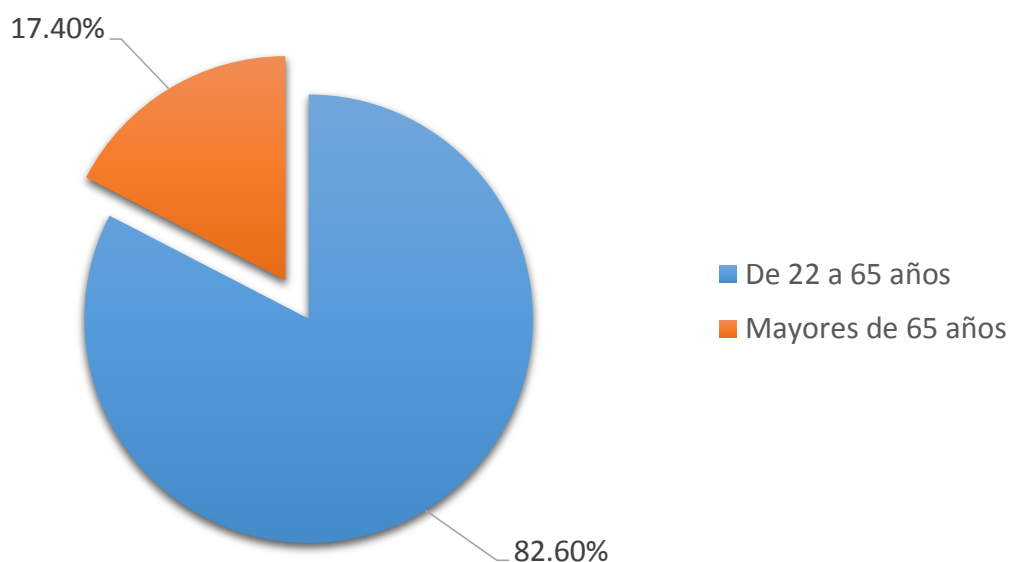
EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
22-65	38	82.6
>65	8	17.4
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 1** y **Gráfico 1** se aprecia que un 83% de las personas afectadas se encuentra en un rango de edad de 22 a 65 años lo cual corresponde a personas en edad laboral, y un 17 % son pacientes mayores de 65 años.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO

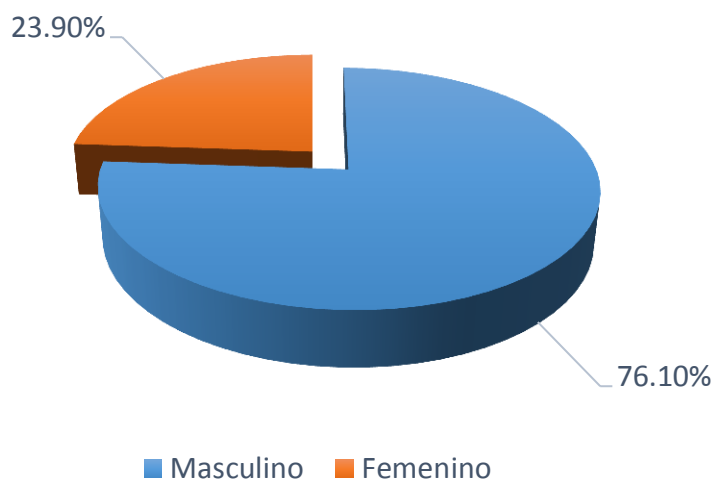
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Masculino	35	76.1
Femenino	11	23.9
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 2** y **Gráfico 2** se muestra que un 76% de los pacientes son de sexo masculino, mientras que un 24% corresponde al sexo femenino, dicho dato tiene relevancia por el tipo de actividad que realizan, tema que será tratado posteriormente en la discusión.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN

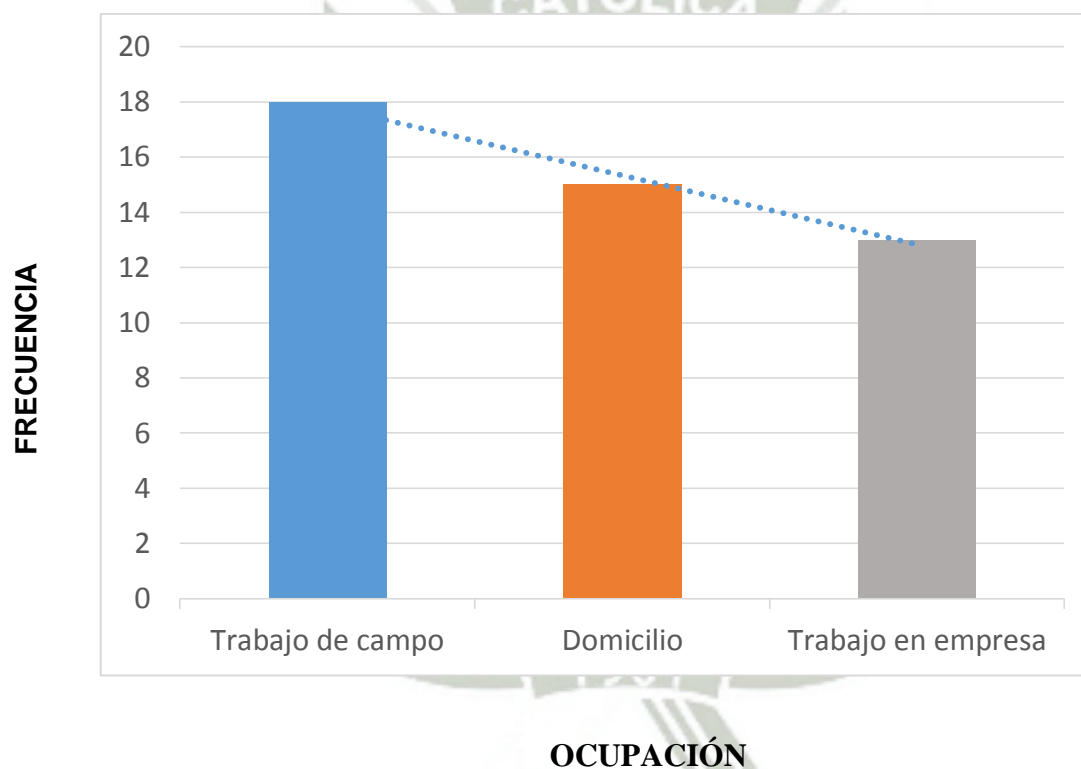
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Trabajo de campo	18	39.1
Domicilio	15	32.6
Trabajo en empresa	13	28.3
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 3** y **Gráfico 3** nos indica que de las personas afectadas un 39% se dedica a trabajos de campo (**Choferes, obreros y agricultores**), un 33% tienen una actividad inherente a su domicilio (**Amas de casa, estudiantes, desempleados, jubilados**), y un 28% realizan actividades de oficina (**empresarios, trabajos de oficina, ingenieros, abogados, profesores, veterinarios**).

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ETIOLOGÍA DE LA LESIÓN

ETIOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Accidentes de tránsito	33	71.7
Accidentes por caída	8	17.4
Accidentes Laborales	3	6.5
Accidentes por Deporte	2	4.4
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 4** y **Gráfico 4** podemos observar que un 72% de luxaciones post – Traumáticas son debido a accidentes de tránsito, lo que concuerda con la literatura, un 17% ocasionados por accidentes por caídas, 7% por accidentes laborales y solamente un 4% por actividades relacionadas a actividades deportivas.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ETIOLOGÍA DE LA LESIÓN



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 5

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LESIONES ASOCIADAS

LESIONES ASOCIADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Extremidades inferiores	22	47.8
Trauma cefálico	4	8.7
Trauma torácico	2	4.4
Extremidades superiores	1	2.2
Trauma abdominal + torácico	1	2.2
Extremidades inferiores y superiores	1	2.2
Ninguna	15	32.5
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 5** encontramos que un 48% de los pacientes presentó además de la luxación lesiones importantes en extremidades inferiores, 9% presentaron lesiones cefálicas, 4% lesiones en tórax, 2% presentaron lesiones asociadas a miembros superiores, 2% presentaron lesiones en tórax y abdomen, 2% lesiones en extremidades superiores e inferiores, y un 33% no se les encontró lesiones de consideración, cabe destacar que no se consideraron contusiones menores, escoriaciones ni heridas superficiales.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN LADO AFECTADO

LADO AFECTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Izquierda	23	50.0
Derecha	22	47.8
Bilateral	1	2.2
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 6** encontramos que un 50% de pacientes tuvieron luxación izquierda, y un 48% presentaron luxación derecha, además de un 2% de pacientes presento luxación bilateral, lo que concuerda con la literatura que indica que se presentan entre un 2 a 5% de luxaciones bilaterales.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DIRECCIÓN DE LA LESIÓN

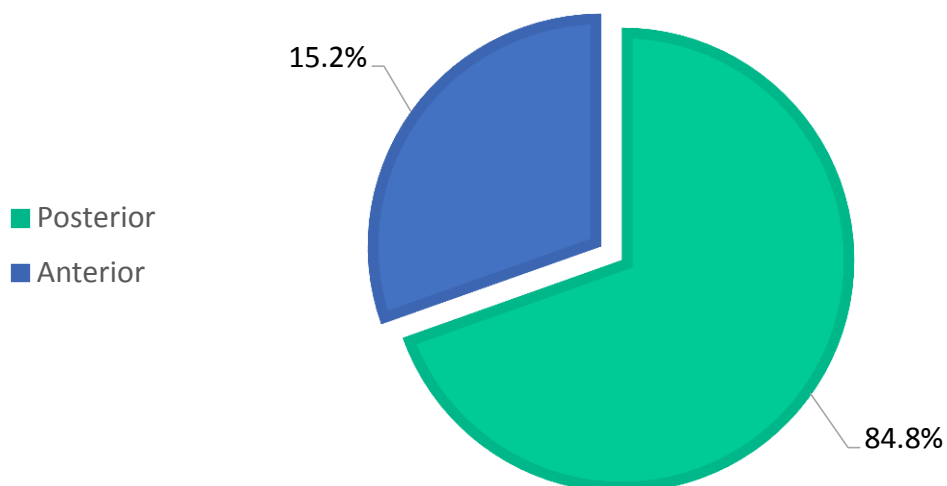
DIRECCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Posterior	39	84.8
Anterior	7	15.2
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 7** y **Grafico 5** podemos apreciar que un 85% de los pacientes presentó luxación posterior mientras que solo un 15% presentaron luxación anterior, dato importante, el cual tiene relación con la literatura que indica una relación de 9:1 entre posterior y anterior aproximadamente.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DIRECCIÓN DE LA LESIÓN



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 8

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE LESIÓN
(CLASIFICACIÓN DE EPSTEIN Y THOMPSON)**

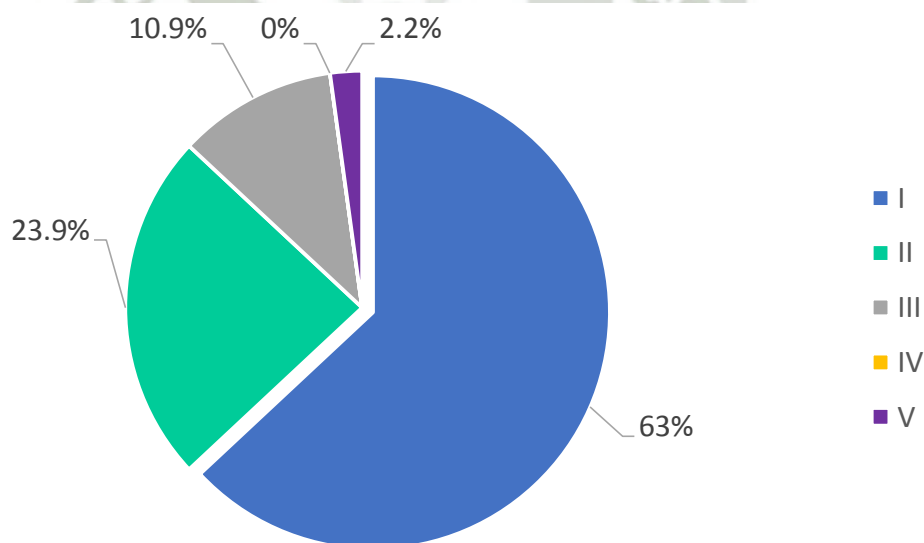
TIPO DE LESIÓN (EPSTEIN Y THOMPSON)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
I	29	63.0
II	11	23.9
III	5	10.9
IV	-	-
V	1	2.2
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 8** y **Gráfico 6** encontramos que un 63% de los pacientes presentaron una clasificación I (**Sin fractura o con fragmento menor**), 24% presentaron una clasificación II (**Luxación con fragmento posterior único del borde posterior del acetábulo**), un 11% presentan una clasificación III (**Luxación con fractura conminuta del borde acetabular con o sin fragmento menor**), no se encontraron pacientes con clasificación IV, y solamente un 2% presentó clasificación V (**Luxación con fractura de cabeza femoral**).

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICA 6

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE LESIÓN
(CLASIFICACIÓN DE EPSTEIN Y THOMPSON)**



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 9

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE REDUCCIÓN

TIEMPO DE REDUCCIÓN (DÍAS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1	29	63.0
2	6	13.0
3	3	6.5
4	4	8.7
5	1	2.2
6	2	4.4
9	1	2.2
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 9** y **Gráfico 7** encontramos que un 63% de los pacientes tuvieron un tiempo de reducción de hasta 24 horas, dato que desglosaremos en tiempo en horas en el siguiente cuadro. Un 13% presentaron un tiempo a la reducción de dos días, un 7% presentaron un tiempo de reducción de 3 días, un 9% tuvieron un tiempo de reducción de 4 días, un 2% un tiempo de reducción de 5 días, un 4% tuvieron un tiempo de reducción de 6 días y un 2% de los pacientes presentaron un tiempo de reducción de 9 días.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICO 7

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE REDUCCIÓN



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 10

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE REDUCCIÓN EN PACIENTES
ATENDIDOS DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS**

TIEMPO REDUCCIÓN HORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0 – 4	6	20.69
4 – 8	9	31.04
8 – 12	4	13.79
12 – 16	4	13.79
16 – 20	2	6.90
20 - 24	4	13.79
TOTAL	29	100

En el **Cuadro 10** y **Gráfico 8** podemos apreciar que del total de pacientes que se les realizó la reducción en hasta 24 horas (29 pacientes) el 21% se realizó de 0 a 4 horas, 31% de 4 a 8 horas, 14% de 8 a 12 horas, 14% de 12 a 16 horas, 7% de 16 a 20 horas y 14 % de 20 a 24 horas.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICO 8

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE REDUCCIÓN EN PACIENTES
ATENDIDOS DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS**



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 11

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO

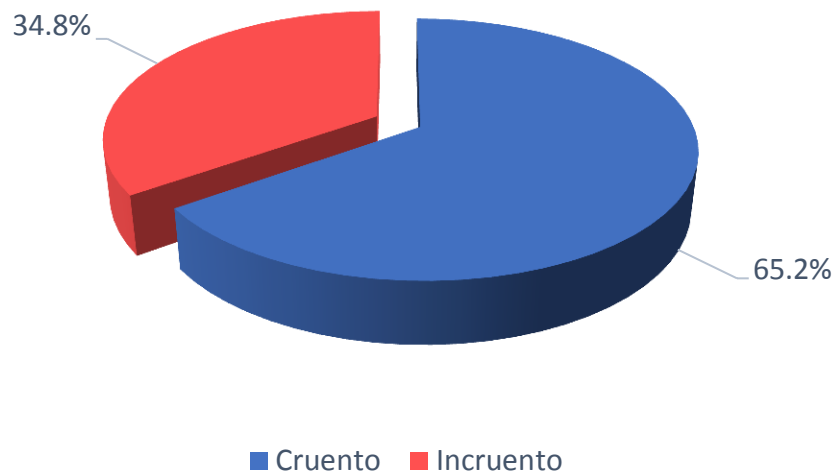
TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Abierto	30	65.2
Carrada	16	34.8
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 11** y **Gráfico 9** encontramos que un 65% de los pacientes tuvieron una resolución abierta o cruenta, y un 35% de los pacientes presentaron una reducción carrada o incruenta.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICO 9

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 12

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE
HOSPITALIZACIÓN**

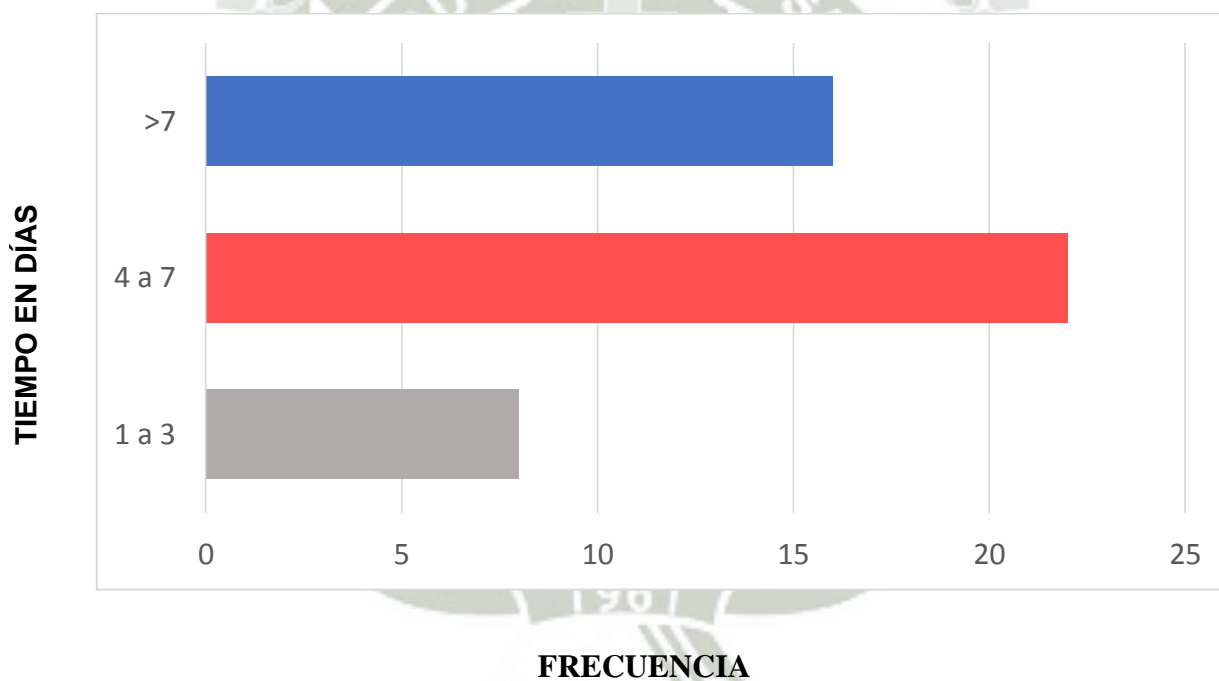
TIEMPO HOSPITALIZACIÓN (DÍAS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1-3	8	17.4
4-7	22	47.8
>7	16	34.8
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 12** y **Gráfico 10** encontramos datos en relación a los días de hospitalización, los cuales muestran que un 17% de los pacientes estuvieron hospitalizados de 1 a 3 días, un 48% de los pacientes tuvieron un tiempo de hospitalización de 4 a 7 días y un 35% de los pacientes presentaron un tiempo de hospitalización de más de 7 días.

**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

GRÁFICO 10

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE
HOSPITALIZACIÓN**



**EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS, AREQUIPA 2010-2015.**

CUADRO 13

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CONDICIÓN DE ALTA

CONDICION DE ALTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mejorado	45	97.8
Desfavorable	1	2.2
TOTAL	46	100

En el **Cuadro 13** encontramos datos referentes a la condición de alta de los pacientes, los cuales muestran que un 98% presentó una condición de alta de mejorado, y solamente un 2% de los pacientes tuvo una evolución desfavorable, cabe resaltar que este paciente en mención fue referido por necesidad de tratamiento de mayor complejidad.



DISCUSIÓN Y COMETARIOS

En la presente revisión se pudo evaluar 46 casos de pacientes con el diagnóstico de luxación post – traumática de cadera, dicha patología representa de 2 al 5% (4) de la luxaciones del organismo, ya que está asociada a un impacto de alta energía como mecanismo etiológico es fundamental analizar las características clínico epidemiológicas del mismo, entenderlas y hacer un correcto diagnóstico y una oportuna reducción para que el paciente afectado tenga una adecuada recuperación y reinserción a sus actividades cotidianas, además de evitar las complicaciones futuras.

En el **Cuadro 1** y **Grafico 1** podemos encontrar nuestra primera característica epidemiológica, la cual tiene gran importancia en nuestra investigación, se muestra claramente que un 83% de los pacientes afectados está dentro del rango de edad de 22 a 65 años, además nos entrega un promedio de edad de 44 años, este punto merece una atención especial ya que los pacientes se encuentran en edad laboral, por lo que el deterioro de su salud está ligado directamente a su productividad, que tiene relación directa no solo con su entorno sino con las personas adjuntas al mismo, siendo una prioridad su recuperación completa y sin secuelas. Dicho dato concuerda con la bibliografía revisada, la cual nos indica que en su mayoría esta patología se presenta en adultos jóvenes que está en un rango de edad entre los 18 y 65 años según AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (23)

En relación al sexo de los pacientes (**Cuadro 2** y **Gráfico 2**) encontramos que el 76% de los pacientes fueron hombres y solamente un 23% mujeres, esto debido que es bien conocido que el sexo masculino tiene mayor riesgo de sufrir lesiones inherentes a accidentes de tránsito, así como accidentes laborales por el tipo de

actividad que usualmente realizan. Además, la bibliografía revisada nos indica una relación a favor de los hombres sobre las mujeres de 3:1, esto gracias no solo a accidentes de tránsito, sino también al tipo de actividades que realizan, dicho esto podríamos ir definiendo el perfil del paciente, el cual sería un hombre adulto joven, lo que estadísticamente se estaría comprobando con los datos hasta el momento analizados. (19)

Si bien en algunos casos la actividad que realizan los pacientes tiene relación directa con la luxación post – traumática de cadera, existen casos en los que no ocurre eso. Así podemos encontrar que el 39% de los pacientes tenía una actividad referente a trabajos de campo (**Cuadro 3** y **Gráfico 3**), un 33% actividades inherentes a su domicilio y un 28% actividades de oficina, dicho esto indicamos que dentro de los trabajos de campo se presentaron 4 pacientes (9%) que eran conductores de vehículos y su patología tuvo relación directa con la actividad que estaban realizando, 7 pacientes (15%) tenían como actividad económica la agricultura, los cuales sufrieron atropellos y otros se encontraban viajando en vehículos, de este dato podemos inferir que el hecho de dedicarse a la agricultura no representó un factor determinante para sufrir la luxación post – traumática de cadera, si no el hecho de estar trasladando, y por último, para terminar con los pacientes con actividades de trabajo de campo tenemos a 7 pacientes que eran obreros (15%) de los cuales solamente 3 (43%) de ellos presentaron accidentes laborales sufriendo contusiones importantes en miembros inferiores, los otros 4 pacientes (57%) sufrieron accidentes de tránsito trasladándose a sus centros de trabajo o estando sus actividades cotidianas no relacionadas a su trabajo.

Ahora revisando la distribución en las personas cuya actividad es inherente a su domicilio encontramos a 4 pacientes (9%) las cuales eran amas de casa, y 3 de ellas (75%) sufrieron caídas en sus hogares, y solamente 1 (25%) se encontró involucradas en un accidente de tránsito. Así mismo encontramos a 6 pacientes que no registraron actividad económica, dentro de los cuales 4 (9%) son pacientes jubilados mayores a 83 años que sufrieron caídas y originaron esta lesión, a razón de esto, la literatura revisada nos indica que el organismo pierde del 3 al 8% de masa muscular por década a partir de los 30 años, además se produce desmineralización ósea lo que haría que se necesite menor intensidad de impacto para producir esta patología. Además, presentamos a 2 pacientes (4%) que son desempleados y que sufrieron accidente de tránsito, además dentro de este grupo se decidió incorporar a 4 (9%) pacientes que eran estudiantes. Y como caso excepcional encontramos a un paciente con retardo mental que presentó un accidente de tránsito ocasionando esta lesión.

Finalmente tenemos el desglose de los pacientes cuya actividad está relacionada con trabajos de oficina los cuales son 13 (28%) de los cuales 7 (13%) son oficinistas, 2 (4%) son veterinarios, 2 (4%) ingenieros, 1 (2%) profesora y 1 (2%) abogada. En la revisión bibliográfica no se encontró ningún dato específico referente a la actividad económica que realizan los pacientes que sufren luxaciones post – traumáticas de cadera, pero por lo encontrado en la muestra se puede indicar que no hubo una relación directa entre la etiología, la actividad que realizaban y la patología, salvo los accidentes laborales y conductores de vehículos.

Continuando con la revisión de los resultados, la literatura revisada para este trabajo nos indica claramente que estas lesiones son ocasionadas hasta en un 95% por accidentes de tránsito (4), dicho dato tiene correlación con la muestra estudiada

(**Cuadro 4** y **Gráfico 4**), en la cual encontramos que un 72% de los pacientes sufrió accidente de tránsito, un 17% presentó contusión por caída antes de sufrir la lesión, 7% sufrieron accidentes laborales, y solamente el 2% la lesión se originó por realizar actividades deportivas.

Es oportuno mencionar aspectos relacionados a los accidentes de tránsito, primero es un hecho ya por todos conocido que al parque automotor en nuestro país aumenta día a día, ya sea por crecimiento económico o por necesidad de transporte público y privado, lo objetivo es que las personas pasan un mayor tiempo en vehículos, aumentando así el riesgo de sufrir un accidente de tránsito, además otro punto a tocar es la seguridad de los vehículos dado que en los últimos años se ha visto un incremento de vehículos de origen asiático los cuales en su mayoría no cumplen normas de seguridad internacionales de referencia como son la europea o la estadounidense, además vemos un déficit de accesorios de seguridad en los vehículos como son el número adecuado de bolsas de aire, carrocerías deformables, etc. Mientras no se hagan mejoras en el parque automotor, así como en infraestructura vial los accidentes de tránsito irán en aumento como ha sido tendencia en los últimos años. Dicho aspecto está relacionado directamente con la luxación post – traumática de cadera, así como sus lesiones asociadas por ser el principal agente etiológico.

Como ya se indicó anteriormente las luxaciones post – traumáticas de cadera son ocasionadas por contusiones de alta energía y/o por contusiones con posiciones de la cadera específicas (8; 12), este dato es importante a tener en cuenta ya que por la naturaleza de la lesión es de esperar encontrar lesiones asociadas, ya sea en el miembro homolateral a la lesión como en otras regiones del organismo, por lo mismo encontramos que 31 pacientes (67%) presentaron lesiones asociadas (**Cuadro 5**), de

las cuales tenemos a 22 (48%) pacientes con lesiones en miembros inferiores, 4 (9%) pacientes con traumatismo cefálico, 2 (4%) pacientes con traumatismo torácico, un paciente (2%) con lesiones en miembros superiores, además de un paciente (2%) con lesiones en miembros superiores e inferiores, y finalmente tenemos un paciente (2%) el cual es oportuno mencionar en un acápite a parte ya que tuvo el diagnóstico de politraumatizado por accidente de tránsito, presentando traumatismo abdominal cerrado con trauma torácico, que por su condición, luego de una primera intervención la cual fue multidisciplinaria donde se le realizó reducción de la luxación, la cual fue bilateral, fue referido a un establecimiento de mayor nivel para continuar su manejo. A si mismo encontramos que 15 pacientes (33%) no presentaron lesiones asociadas de importancia, cabe remarcar que no se consideraron lesiones asociadas a las fracturas de acetábulo y cabeza de fémur por encontrarse las mismas dentro de la clasificación de Thompson y Epstein, así como lesiones menores como escoriaciones, contusiones leves y heridas superficiales. Los datos obtenidos en esta investigación tienen relación con la bibliografía revisada y el artículo de revisión referente a luxaciones traumáticas de cadera (19) el cual indica que por su naturaleza se asocian usualmente con patologías como son del aparato locomotor, trauma abdominal, trauma torácico y traumatismo cefálico entre otros.

En el **Cuadro 6** encontramos datos referentes al lado afectado de la lesión el cual nos indica que un 50% fueron izquierda y el 48% derechas además cabe resaltar que se presentó un caso de luxación bilateral el cual correspondía a un paciente politraumatizado, este dato tiene relación con la bibliografía revisada la cual indica que entre el 2 a 3 % de las luxaciones son bilaterales.

En diferentes fuentes bibliográficas encontramos una prevalencia a favor de las luxaciones posteriores sobre las anteriores, dentro de la literatura revisada para el presente trabajo encontramos una relación de 9:1 (4). En el **Cuadro 7** y **Gráfico 5** nos presenta que el 85% de los pacientes tratados por luxación post – traumática presentaron una luxación posterior mientras que solamente el 15% tuvieron luxación anterior. Esta diferencia es debida a la situación anatómica de la articulación de la cadera, lo que incluye los ligamentos y tendones que en ella se originan, además de los vectores de fuerza para producirla. (6)

La clasificación utilizada para este trabajo fue la de Thompson y Epstein la cual relaciona la luxación con lesión acetabular y de cabeza femoral (12), las características de la muestra relacionadas a este acápite las podemos observar en el **Cuadro 8** y **Gráfico 6** donde encontramos como dato relevante que un 63% entra dentro de la clasificación I que corresponde a una luxación sin fractura o con fragmento menor, este dato cobra importancia al considerar que la mayoría de los pacientes con un manejo adecuado pueden presentar una reducción oportuna disminuyendo así la posibilidad de presentar complicaciones tardías lo que conllevaría a limitación de la articulación en cuestión. Este dato tiene relación con la bibliografía revisada ya que esta nos indica una mayor presentación de la clasificación I sobre las demás. (13)

En toda luxación el tiempo de reducción es crítico para el pronóstico del paciente, en la revisión bibliográfica se encontró que es necesaria una reducción pronta por la lesión a partes blandas, además de lo cual, al estar fuera de lugar las superficies articulares se presenta alteraciones metabólicas en la misma, las cuales se agravan mientras mayor sea el tiempo de reducción lo que conlleva a un peor pronóstico en el

caso de que se difiera la reducción, la luxación post – traumática de cadera no es la excepción, ya que una atención oportuna disminuye el riesgo de artrosis de cadera así como de necrosis avascular de cabeza de fémur, además encontramos un campo de trabajo favorable debido a que con el tiempo los grupos musculares que tiene origen en la periferia de la lesión sufren de una contractura importante lo cual luego de las 48 horas harían imposible la reducción incruenta, dicho esto encontramos en nuestra muestra que el 63% de los pacientes tuvo una reducción dentro de las primeras 24 horas (**Cuadro 9** y **Gráfico 7**), donde se realizaron reducciones cerradas y abiertas, además vemos un porcentaje importante (13%) que tuvieron una reducción de hasta 48 los cuales todos fueron reducciones abiertas. Cabe remarcar en este punto que todas las reducciones cerradas se realizaron en menos de 24 horas, mientras que todas las demás fueron reducciones abiertas por presentar fracturas en la zona periarticular.

Al ser un factor de buen pronóstico la reducción precoz se consideró importante para esta revisión tener conocimiento de la cantidad de horas transcurridas desde el momento de su ingreso a emergencias hasta la reducción final, para realizar esta selección solamente se consideraron a los pacientes con un tiempo de enfermedad de menos de 24 horas y con un tiempo de reducción de hasta 24 horas, dicha información la podemos revisar en el **Cuadro 10** y **Gráfico 8**, donde se encontró un total de 29 pacientes con un tiempo de reducción menor a 24 horas, de los cuales el 21% fueron atendidos en menos de 4 horas, dentro de este grupo se encuentra el paciente politraumatizado antes mencionado el cual fue intervenido 50 min luego de su ingreso por emergencia.

Referente al tipo de reducción realizada encontramos que un 65% de los pacientes tuvo una reducción abierta, esto ya que se asoció a la lesión fractura de acetábulo en sus diferentes grados ya antes revisado y fractura de cabeza de fémur, mientras que el 35% de los pacientes tuvieron una reducción cerrada, cabe resaltar que no es objetivo de esta revisión la técnica quirúrgica utilizada y aspectos inherentes a la misma, lo cual sería importante realizarlo en una futura revisión. (**Cuadro 11 y Gráfico 9**)

Otro punto que se consideró importantes fue el tiempo de hospitalización, ya que está directamente relacionado con el grado de complejidad de la lesión propia de la cadera y lesiones asociadas, así encontramos que un 17% de pacientes estuvo hospitalizado hasta 3 días, dentro de este grupo se encuentra nuevamente nuestro paciente con diagnóstico de politraumatizado el cual solo permaneció dos días en la Clínica San Juan de Dios, siendo luego referido a un hospital de mayor nivel para continuar manejo, encontramos además que un 48% de los pacientes presentó un tiempo de hospitalización de entre 4 a 7 días lo cual se explica por la reducción cruenta que se les tuvo que realizar. (**Cuadro 12 y Gráfico 10**) En la revisión bibliográfica no se encontró evaluación de tiempos de hospitalización debido a que este dato es poco preciso ya que el mismo depende mucho de las lesiones asociadas presentadas por los pacientes.

Finalmente, el **Cuadro 13** nos muestra la condición de alta de los pacientes, esta información se obtuvo de las hojas de epicrisis donde el médico tratante en la evaluación al alta consigno este dato. Entonces podemos apreciar que un 98% de los pacientes tuvo una condición de alta de mejorado, entiéndase mejorado como encontrarse en mejores condiciones que el ingreso, estable, con lesiones resueltas, pero no con rehabilitación completa. Además, dentro de nuestro grupo podemos

encontrar nuevamente al paciente politraumatizado el cual pese a la intervención realizada fue referido a los dos días de hospitalización con evolución desfavorable.

No objetivo de esta revisión la evolución del paciente luego del alta, lo cual sin duda es un dato importante para evaluar las complicaciones tardías y la correcta re inserción a sus labores cotidianas, por lo que es sugerencia del autor evaluar la factibilidad de realizar futuros estudios al respecto ya que según la bibliografía revisada el objetivo principal del tratamiento de la luxación post – traumática de cadera es evitar o retrasar la aparición de las complicaciones ya antes mencionadas.





CONCLUSIONES

PRIMERA

En la Clínica San Juan de Dios Arequipa entre los años 2010 y 2015 fueron atendidos 46 pacientes con el diagnóstico de luxación post – traumática de cadera.

SEGUNDA

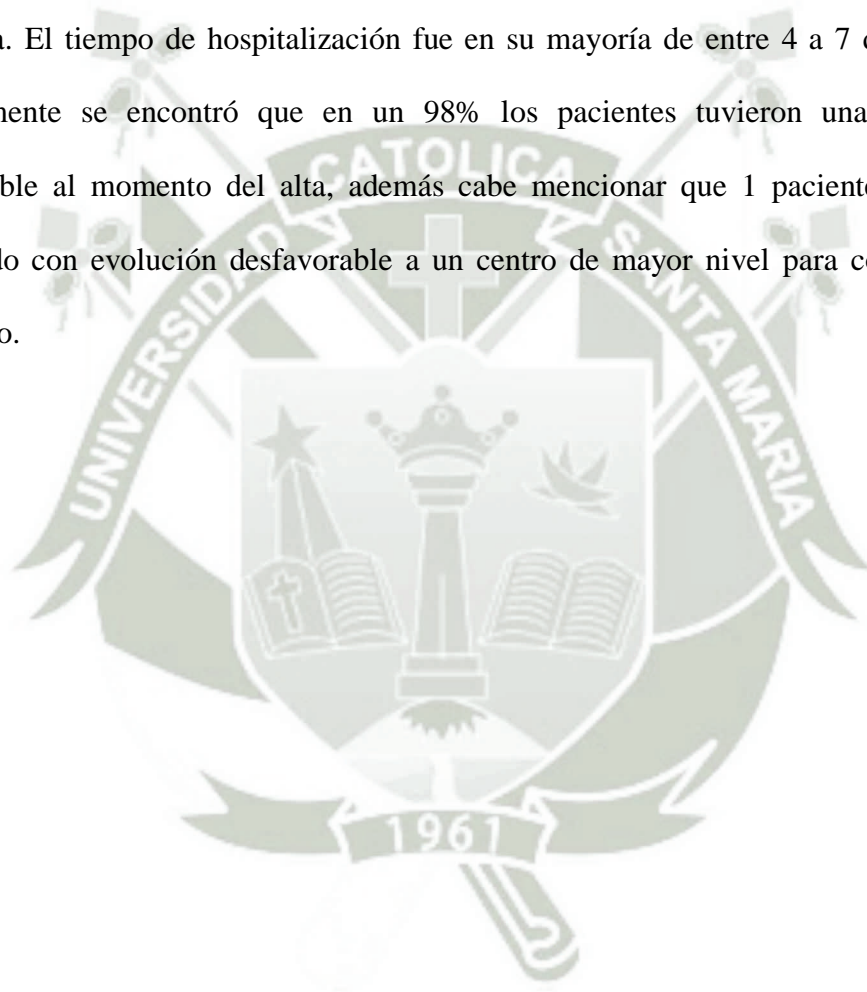
De todos los pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios Arequipa el 83% está en un rango de edad de entre 22 a 65 años, el 35% de los pacientes corresponde al sexo masculino. Dentro de la ocupación de los pacientes encontramos que el 39% corresponde a personas que realizan trabajos de campo (Agricultura, Choferes, Obreros), un 32% actividades inherentes a su domicilio (Amas de casa, Jubilados, Desempleados, estudiantes, paciente con retardo mental) y un 28% realizan actividades de oficinas (ingenieros, veterinarios, abogada, profesora, oficinistas), la etiología más frecuente de esta la lesión son los accidentes de tránsito con un 72%.

TERCERA

De todos los pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios con esta patología encontramos que un 48% de los pacientes presentaron lesiones asociadas al miembro inferior homolateral de la lesión, así mismo que un 33% no tuvo lesiones asociadas, un 63% corresponde a la clasificación I de Thompson y Epstein, se presentó un 50% de lesiones izquierdas y un 48% de lesiones derechas, además cabe mencionar que se encontró un caso de luxación bilateral (2%). En relación a la dirección de la lesión se pudo encontrar que en un 85% fue posterior.

CUARTA

Referente a las características básicas del tratamiento de los pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios se encontró que en un 63% se pudo resolver el cuadro en menos de 24 horas de las cuales se objetivo que el 21% fue en las primeras 4 horas y el 31% dentro de las 4 a 8 horas luego del ingreso del paciente por el servicio de emergencia. Así mismo encontramos que el 65% de los pacientes tuvo reducción abierta. El tiempo de hospitalización fue en su mayoría de entre 4 a 7 días (48%). Finalmente se encontró que en un 98% los pacientes tuvieron una evolución favorable al momento del alta, además cabe mencionar que 1 paciente (2%) fue referido con evolución desfavorable a un centro de mayor nivel para continuar su manejo.



RECOMENDACIONES

PRIMERA

Se recomienda que el jefe de la especialidad de ortopedia y traumatología de la Clínica San Juan de Dios Arequipa junto con el equipo médico pertinente elaboren guías de práctica clínica propias de la institución para estandarizar el manejo de pacientes politraumatizados, donde se debe incluir las lesiones del aparato locomotor más frecuentes y más complejas, dentro de las que se encontraría la Luxación Post – traumática de cadera.

SEGUNDA

Implementar las medidas administrativas necesarias en coordinación con los responsables de Seguros y el jefe del servicio de Emergencia para agilizar los trámites administrativos en el caso de requerir intervención pronta como sería la reducción de una luxación, la cual aún depende del pase del procurador del seguro el cual solo evalúa la situación del accidente y no la parte médica, lo que permitiría reducir el tiempo de tratamiento mejorando así el pronóstico del paciente.

TERCERA

Elaborar protocolos intrahospitalarios para el manejo de pacientes con luxación post – traumática de cadera realizados por el jefe de la especialidad de ortopedia y traumatología en conjunto con médicos de la misma especialidad con el fin de estandarizar los tratamientos y tiempos de hospitalización, lo que permitiría reducir la estancia hospitalaria, tiempo de inmovilización post – alta, controles necesarios y terapias afines para una mejor evolución del paciente disminuyendo así las complicaciones futuras.

CUARTA

Se recomienda coordinar con la gerencia médica de la Clínica San Juan de Dios Arequipa la certificación de médicos de emergencias con los cursos de BLS (Basic Life Support) y ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) ya que son estos lo que recibes a los pacientes y realizan el manejo inicial antes de ser evaluados por las especialidades respectivas.



BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. Marymont JV, Cotler HB, Harris JH Jr, Miller- Crotchett P, Browner BD. Posterior hip dislocation associated with acute traumatic injury.
2. Matta J, Merritt P: Displaced acetabular fractures. Clin Orthop 1988; 230: 83-97.
3. Ramos Vertis, a.j. traumatología y ortopedia (2nd ed.). Argentina: editorial atlante.
4. Rockwood A, Green DP. Fractures in Adults. 5ª edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
5. Rodríguez Merchán EC, Ortega Andréu M, Alonso Carro G. Luxación traumática de cadera. Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Madrid: Editorial Panamericana; 2003, páginas 744-749.
6. Rouviere, H, Delmas, A. ANATOMIA HUMANA, DESCRIPTIVA, TOPOGRÁFICA Y FUNCIONAL. (11ed.); 2005.
7. Schmidt GL, Sciulli R, Altman GT. Knee injury in patients experiencing a high-energy traumatic ipsilateral hip dislocation. J Bone Joint Surg 2005; 87:1200-1204.

ARTÍCULOS ACADEMICO

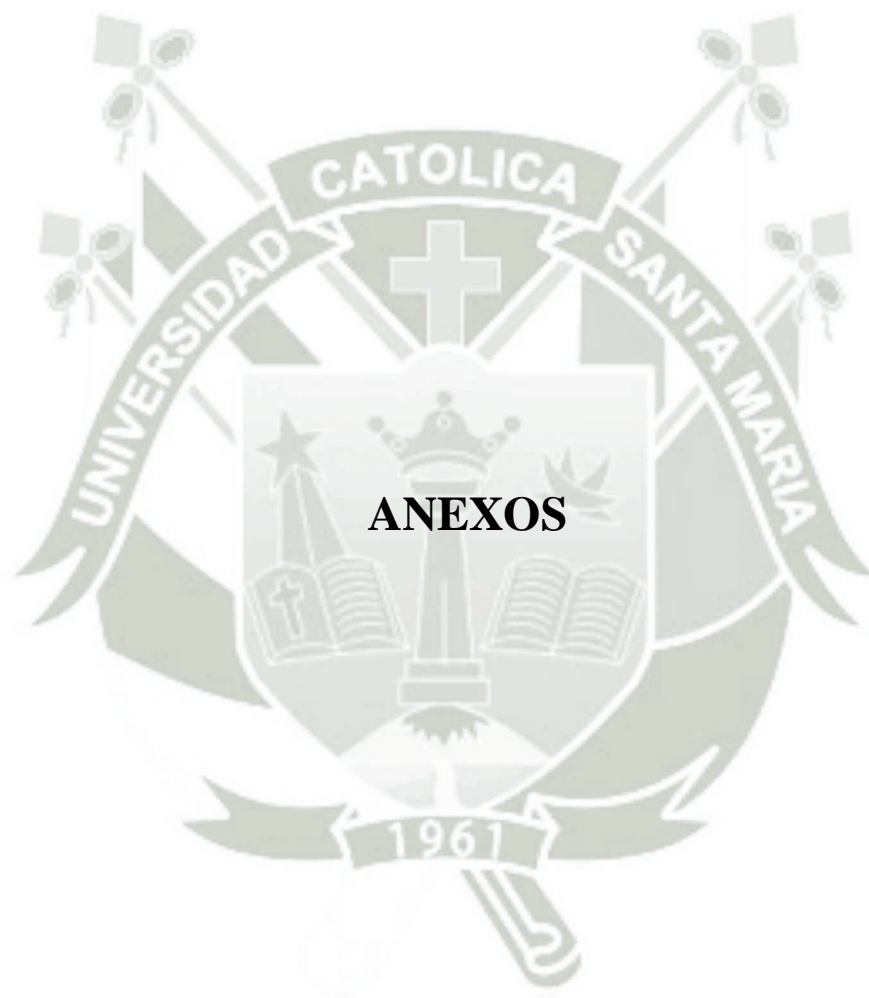
8. Blasnik, J.C, Fernando de alzaa, J.C. Cadera Luxación traumática bilateral simultánea y fractura homolateral de la diáfisis femoral. Revista de la Asoc Argentina de Ortopedia y Traumatología. 2012;62(4): 515-518.

9. Cornwall R, Radomisli TE. Nerve injury in traumatic dislocation of the hip. Clin Orthop 2000;377:84-91.
10. Dreinhofer KE, Schwarzkopf SR, Haas NP, Tscherene H: Isolated traumatic dislocation of the hip: Long-term results in 50 patients. J Bone Joint Surg 1994; 76B: 6-12.
11. Domingo A. Segur JM, Saz L, García-Ramiro S. Unusual traumatic anterior bilateral hip dislocation. Eur J Orthop Surg Traumatology 2008; 18: 475–478.
12. Epstein HC. Traumatic dislocations of the hip. Clin Orthop 1973; 92:116-142.
13. Fernández palomo, L.J. Nueva clasificación para la luxación traumática de la cadera. Rev Mex Ortop Traum. 2001;15(6): 280-287.
14. Fica G, Córdova M, Schweitzer D, Guzmán L. Fracturas de la cabeza femoral asociadas a luxación posterior de cadera. Revista chilena de Ortopedia y Traumatología 2001; 42: 197-202
15. Florián AM, López S, Ocampo R, Zabaleta RL, Yan E. Luxación traumática de cadera en un niño de un año. Revista Diagnóstico (Perú), 2004; 04:34-36. Disponible en: <http://fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/ene-feb04/34-36.html>
16. Hunter GA: Posterior dislocation and fracture dislocation of the hip: A review of fifty-seven patients. J Bone Joint Surg 1969; 51B: 38-44.
17. Igarashi ueda, s. semiología de la cadera, muslo y rodilla. cirugía ortopédica y traumatológica. 2002;2(12): 35-39.

18. La martos-rodríguez, L. A., González-herranz, P, Alonso-Güemes, S. Luxación traumática anterior y superior recidivante de cadera A propósito de un caso. *Revista de Ortopedia y Traumatología*. 2004;48(7): 213-217.
19. Payo rodríguez, J., Ibarzabal gil, A, Rodríguez merchán, E. C. Luxación traumática de cadera. *PATOLOGIA DEL APARATO LOCOMOTOR*167-178. 2006;4(3): 167-178.
20. Rodríguez-Merchán EC. Osteonecrosis of the femoral head after traumatic hip dislocation in the adult. *Clin Orthop* 2000; 377:68-77
21. Walker WA. Traumatic dislocation of the hip joint. *Am J Surg*. 1940; 50: 545-549.
22. Zavaleta RL, García NC, López SM. Luxación traumática de cadera en una niña de tres años: reporte de caso. *Diagnóstico (Perú)*;40(5):265-269

PAGINAS WEB

23. Us department of health & human services, U.S. 1. AhrqgovAgency for Healthcare Research and Quality. [Online]. Available from: <http://hcupnet.ahrq.gov/HCUPnet.jsp> [Accessed 22 January 2016]



Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: _____

N° de Ficha _____

Edad: _____ años

Sexo: Masculino

Femenino

Ocupación: _____

Etiología:

Choque

Accidente de tránsito

Atropello

deporte

Accidente Laboral

Lesiones asociadas

Trauma cefálico

trauma torácico

trauma abdominal

trauma de extr.

Superiores

Trauma de ext. Inferiores

Lado afectado: Cadera Derecha

izquierda

bilateral

Dirección de la luxación: Anterior

Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I

II

III

IV

V

Tiempo transcurrido hasta la reducción:

Hora de ingreso: _____ Hora de reducción: _____

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: _____ días

Condiciones de alta:

Curado

Mejorado

Estacionario

Desmejorado

Fallecido

Observaciones

.....



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERITFORTITUDONOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“EVALUACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LA LUXACIÓN POST-
TRAUMÁTICA DE CADERA”

Clínica San Juan de Dios

2010-2015

Proyecto de investigación presentado por:

GONZALO GALLEGOS OYANGUREN

Para Optar el Título de Médico-Cirujano.

Arequipa - Perú

2015

I. PREÁMBULO

La luxación traumática de cadera es una lesión de pronóstico reservado, ya que usualmente compromete otras estructuras; se puede producir como una lesión aislada o como una lesión asociada a fractura del acetábulo, cabeza femoral o de ambas, así como lesiones que involucran otros órganos pudiendo llegar a comprometer el estado general del paciente. Esto ocurre por el mecanismo de la alta energía que se requiere para producirlas por lo que están descritas en su mayoría en accidentes de tránsito, así como en algunos casos en deportes de contacto, lo que justifica plenamente el manejo multidisciplinario de estos pacientes.

La frecuencia de estas lesiones se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas, por la masificación del transporte lo que implica un mayor riesgo a sufrir accidentes de tránsito, llegando a ser del 3 a 5 % de todas las fracturas. El pronóstico de los pacientes es multifactorial implicando el tiempo transcurrido de la lesión a la reducción, lesiones asociadas a la luxación de cadera, patologías preexistentes, manejo adecuado de la lesión, edad, y tipo de luxación.

La identificación adecuada y precoz del tipo de luxación influirá notablemente en el manejo además de identificación de factores de riesgo, permitiendo así una terapéutica adecuada y mejor pronóstico para el paciente.

En la Clínica San Juan de Dios se atienden diariamente gran cantidad de accidentes de tránsito, así como lesiones post trauma de diferente índole, y al ver que no se cuentan con investigaciones relacionadas a la luxación post-traumática de cadera dicha situación motivó el interés por el tema con el fin de conocer cuáles son sus características clínico-epidemiológicas, así como establecer estrategias para afrontar de mejor manera la atención inicial de dichos pacientes.

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de la luxación post - traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa, 2010-2015?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Ortopedia y traumatología
- Línea: Luxación post-traumática de cadera

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Varón / Mujer	Nominal
Ocupación	Historia Clínica	Trabajo de campo, de empresa y	Nominal

		domicilio	
Etiología de la luxación	Directo indirecto	Accidente de tránsito, caídas, accidentes laborales y deportivos.	Nominal
Lesiones asociadas	Patologías concomitantes	Trauma cefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extr. superiores o inferiores	Nominal
Lado afectado	Historia clínica	Derecha, izquierda, bilateral	Nominal
Dirección de la luxación	Relación con acetábulo	Anteriores (pública y obturatriz) / posteriores (iliaca e isquiática)	Nominal
Tipo de lesión	Clasificación de Thompson y Epstein	Tipo I a V	Ordinal
Tiempo hasta la reducción	Momento de reducción	Horas	De razón
Tipo de Reducción	Forma de tratamiento	Reducción cruenta, reducción incruenta	Nominal
Estancia	Fecha de	Días	De razón

hospitalaria	ingreso y alta
Condición de alta	Epicrisis Curado, mejorado, estacionario, desmejorado, fallecido
	Nominal

C. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de la luxación post - traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios, en el periodo 2010-2015?
2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas (Edad, Sexo, Ocupación, Etiología de la luxación) de la luxación post - traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios, en el periodo de estudio?
3. ¿Cuáles son las características clínicas (lesiones asociadas, lado afectado, dirección de la luxación, tipo de lesión) de la luxación post - traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios, 2010-2015?
4. ¿Cuál es el tratamiento (Tiempo hasta la reducción, Tipo de reducción, estancia hospitalaria, resultado de la reducción) de la luxación post – traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios?

c) **Nivel de investigación:** Descriptivo

d) **Tipo de investigación:** Observacional y retrospectivo.

1.3. Justificación del problema

- **Originalidad:** No se ha evaluado las características clínico-epidemiológicas de la luxación post - traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica

San Juan de Dios, a pesar de ser un centro de referencia en el manejo de patologías traumatológicas a nivel de la región sur del país.

- **Relevancia científica:** Se traducen los mecanismos de producción de lesiones traumáticas de alta energía que ocasionan la luxación de una de las articulaciones fundamentales del organismo, según su etiología y las manifestaciones clínicas de la misma.
- **Relevancia práctica:** Permitirá identificar los mecanismos de producción más frecuentes de esta luxación, así como sus manifestaciones clínicas, para establecer protocolos de manejo.
- **Relevancia social:** Teniendo en cuenta el incremento de las lesiones traumáticas en nuestro medio y la repercusión de las mismas en la calidad de vida y productividad de la población, es necesario identificar esta patología para un tratamiento adecuado y oportuno que permita una recuperación adecuada de los pacientes.
- **Contemporaneidad:** Las lesiones traumatológicas de la cadera son frecuentes por el incremento de los accidentes de tránsito, por lo que son un problema creciente y permanente.
- **Factibilidad:** El estudio es factible de realizar debido a su diseño retrospectivo en el que se cuenta con historias clínicas.
- **Motivación personal:** Por el interés de realizar una investigación en el área de ortopedia y traumatología.
- **Contribución académica:** En el campo de la medicina, por la generación de conocimientos que se aplicarán a la mejora de la formación médica.
- **Políticas de investigación:** al desarrollar el proyecto en el área de pregrado en medicina.

MARCO TEÓRICO

Luxación traumática de cadera

Introducción

Las luxaciones traumáticas de cadera representan del 2 al 5% de todas las luxaciones. (4) Son normalmente resultado de traumatismos de alta energía, y a menudo se presentan junto a otras lesiones: hasta el 95% de las que se presentan en accidentes de tránsito asocian con lesión del aparato locomotor (4). La proporción luxación posterior/anterior es de 9:1 (4); de las luxaciones anteriores, la más frecuente es la inferior u obturatriz (5). Un 2 – 3 % son bilaterales (8) y algunas veces podemos encontrar en un lado anterior y posterior en el contralateral. El tratamiento de la luxación de cadera y de las fracturas de cabeza femoral va orientado a evitar las complicaciones, mediante la reducción precoz y el objetivo de lograr una articulación congruente y estable (4). Las principales complicaciones son necrosis avascular de cabeza femoral, artrosis, lesión neurológica, calcificaciones heterotópicas e inestabilidad articular que da lugar a luxaciones recidivantes, por lo que el pronóstico a largo plazo no es bueno; los resultados insatisfactorios son del 50% (2). Pese a que el tratamiento precoz resulta primordial, la presentación de necrosis avascular y el posterior desarrollo de coxartrosis también se encuentran relacionados con la gravedad de la lesión inicial. Dicho todo esto resulta fundamental la correcta evaluación y el manejo precoz para evitar las complicaciones posibles y tener una adecuada recuperación del paciente.

Revisión Anatómica

La articulación de la cadera está compuesta fundamentalmente por: el cótilo, acetábulo o coxo y la cabeza del fémur. El cótilo se encuentra en la unión del iliaco con las ramas ilio e isquio púbica, forma una cavidad circular que está en anteversión entre 15° y 30° y una inclinación caudal de 45° ; forrada por el cartílago articular, presenta una herradura en su fondo donde se inserta el ligamento redondo, que en un extremo opuesto está insertado en la cabeza del fémur, seguido por la zona cervical y trocantérica donde se inserta la sinovial y la capsula (14). Para entender adecuadamente esta revisión sobre luxación post – traumática es fundamental recordar los elementos estabilizadores de la cadera, así como su vascularización.

Elementos estabilizadores

La cápsula articular es fuerte, insertándose al borde óseo del acetábulo por encima y al ligamento transverso, que cierra la fosa por debajo. Sobre el fémur se fija en la línea intertrocantérea, y por detrás tiene un borde libre arqueado, que cubre sólo $2/3$ del fémur distalmente. Aunque la mayoría de las fibras son longitudinales, presenta un pequeño grupo de las fibras profundas que se organizan de manera circular. (19)

La cabeza del fémur no está totalmente rodeada por el acetábulo, por lo que precisa del labrum que proporciona a la articulación mayor profundidad y estabilidad. Existen cuatro ligamentos principales (Fig.1):

Ligamento iliofemoral: o ligamento de Bertin; es un abanico fibroso cuyo vértice se inserta en el borde anterior del hueso ilíaco por debajo de la espina ilíaca antero-inferior (donde se inserta el recto anterior). Este abanico es más delgado en su región media, mientras que sus bordes están engrosados por: el haz superior o iliopretrocantéreo, el más fuerte de los ligamentos de la articulación. Está reforzada, por la parte superior, por el ligamento

iliotendinotrocantéreo, formado por la unión del tendón recurrente del recto anterior y de una lámina fibrosa que surge de la ceja cotiloidea. La cara profunda del glúteo menor aporta una expansión aponeurótica que se une con la parte externa del ligamento iliopretocantéreo. El haz inferior o iliopretrancantiniano, se inserta más abajo, en la parte inferior de la línea Intertrocantérea anterior. El ligamento pubofemoral se inserta arriba, en la parte anterior de la eminencia iliopectínea y el labio anterior de la corredera infra-púbica, donde sus fibras se entrecruzan con la inserción del músculo pectíneo. En la cara posterior existe un ligamento único, el ligamento isquiofemoral: su inserción interna ocupa la parte posterior de la ceja y del rodete cotiloideo, tiene forma espiral y se fija en el borde anterior de la fosa digital del trocánter mayor.

Ligamento pubofemoral: Como su mismo nombre indica, sale de la rama superior del pubis y se inserta, ligeramente por debajo del anterior, de modo que al entrecruzarse con los dos fascículos del ligamento iliofemoral dan la apariencia de una "Z" o "N". Su función es actuar como refuerzo de la región inferior de la articulación.

Ligamento isquiofemoral: Sale del isquion, por detrás del acetábulo y se inserta en el cuello del fémur y en las proximidades del trocánter mayor.

Ligamento redondo: es una cintilla aplanada fibrosa, de 30- 35 mm de largo, que va desde la fovea capitis a la cabeza femoral y se aloja en el trasfondo del cotilo. Su inserción en la cabeza femoral se sitúa en la parte superior de una pequeña fosa apenas localizada por abajo y por detrás del centro de la superficie cartilaginosa; en la parte inferior de la fosa, el ligamento se limita a deslizarse sobre ella. La cintilla se divide en tres segmentos: un haz anterior púbico, un haz posterior isquiático y un haz medio. El ligamento redondo no desempeña una función mecánica importante, a pesar de ser extremadamente resistente; sin embargo, participa en la vascularización de la cabeza femoral. Sirve como nexo para el paso

de nervios y vasos a la cabeza femoral, interviniendo los nervios en la regulación del calibre de los vasos de esta zona.

Fig.1. Principales ligamentos de la articulación coxal

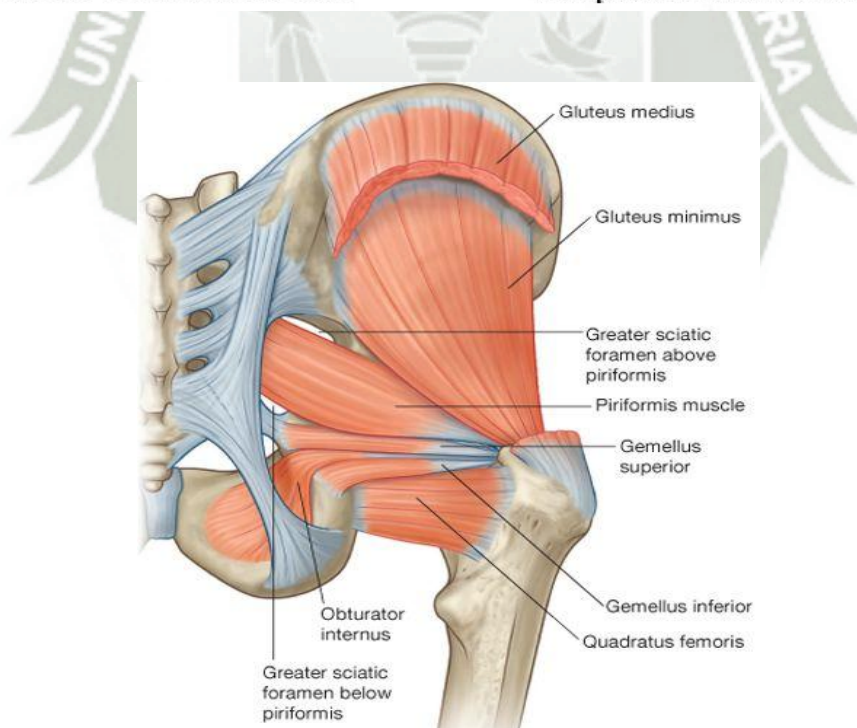
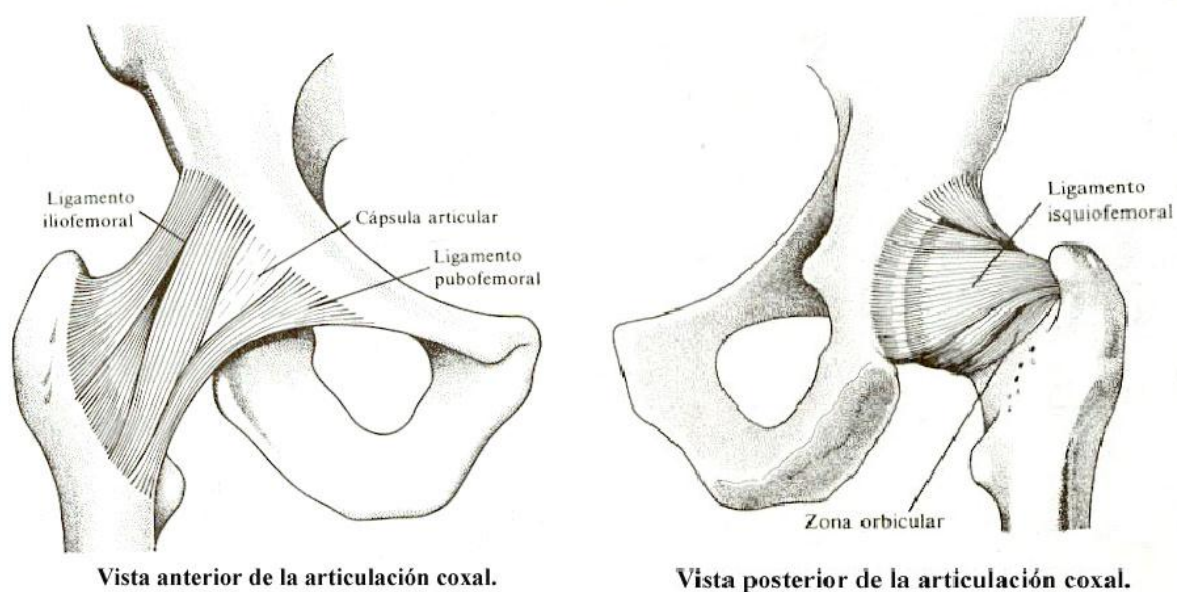


Fig. 2. Músculos de la cadera

Además de estos ligamentos, el grupo de músculos que forman el grupo de rotadores externos de la cadera (piriforme, géminos superior e inferior y obturador externo) proporcionan un importante soporte de la cara posterior (Fig. 2).

Vascularización

Las arterias de la articulación de la cadera provienen de las circunflejas externa o anterior e interna o posterior, ramas de la arteria femoral. La arteria obturatriz rama de la arteria ilíaca interna (hipogástrica) da origen a la arteria del ligamento redondo llegando a la cabeza femoral pero su participación en la irrigación de la cabeza del fémur es mínima.

Las arterias circunflejas anterior y posterior forman un aro a nivel de la base del cuello del fémur y de allí dan ramas hacia él, perforando la inserción capsular. La arteria circunfleja posterior a través de los vasos postero-superiores otorga el mayor aporte vascular a la epífisis femoral. Desde las arterias epifisarias nacen microarteriolas que en forma de arcadas terminan por irrigar hasta la superficie de la cabeza femoral.

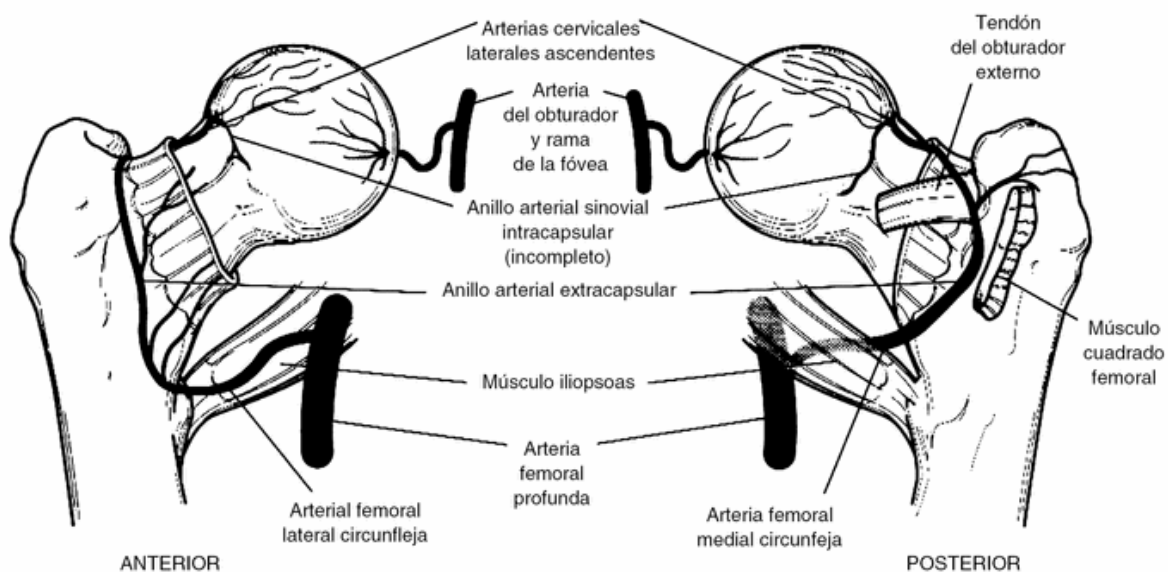


Fig. 3. Arterias de la cadera

Mecanismos de la lesión

La gran mayoría de las luxaciones de cadera ocurren en accidentes de tránsito; otros agentes etiológicos son caídas, accidentes laborales y deportivos. (4) Los pacientes con alteraciones del tejido conectivo, tipo síndrome de Down o Ehlers-Danlos, pueden tener cierta predisposición a sufrirlas. La posición de la cadera, el vector fuerza y la propia anatomía del paciente son factores que van a determinar los resultados de la lesión. (19, 5) El mecanismo típico de la luxación posterior es un accidente con deceleración en el que las rodillas chocan contra una zona fija, con las rodillas y las caderas flexionadas (Fig. 3). Con la cadera en menor aducción o menor rotación interna, se favorece la fractura-luxación, bien de la cabeza de fémur (lesión tipo Pipkin) o de la región posterior del acetábulo. Una reducción en la anteversión de la cadera coloca la cabeza femoral en una posición mucho más posterior y con una mayor rotación interna, lo que favorece la luxación pura sin lesiones asociadas. En contraste, una mayor anteversión y menor rotación interna favorece la luxación - fractura. El típico mecanismo de la luxación anterior, mucho menos frecuente, es la abducción y extensión de la cadera. Este mecanismo puede presentarse cuando el pasajero en el vehículo está relajado, con las caderas en abducción y rotación externa y el mecanismo de deceleración fuerza esta postura. También puede verse en caídas de motocicleta donde las piernas son hiperabducidas. En estudios en cadáveres, se observó que el grado de extensión/flexión de la cadera en el momento del impacto condiciona el tipo de luxación anterior: la extensión favorece la luxación superior (púbica), y la flexión la luxación inferior (obturatriz). (6)

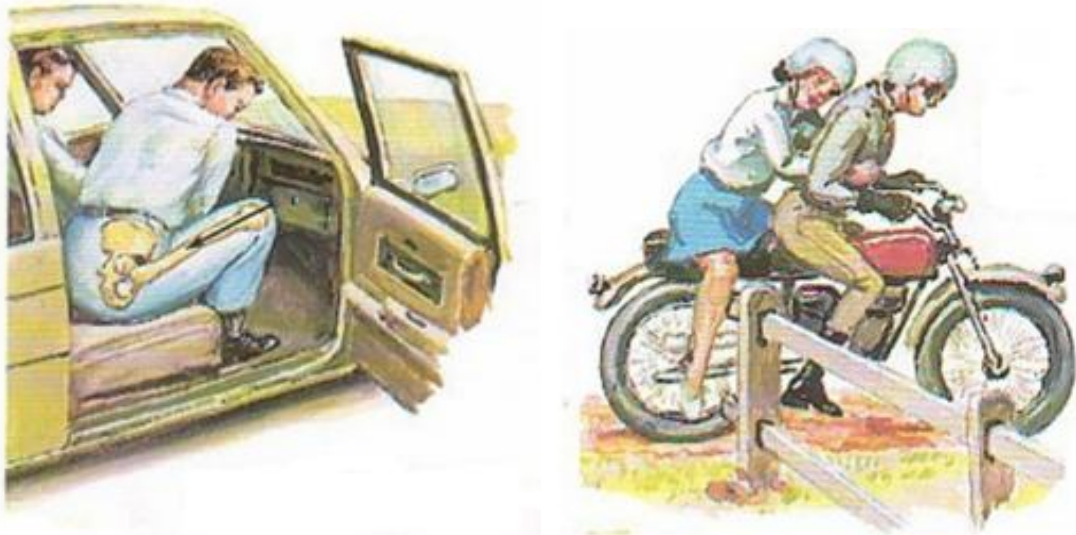


Fig. 3. y Fig. 4. Mecanismos de lesión en la luxación post-traumática de cadera

Lesiones Asociadas

Al ser esta lesión ocasionado por impactos de alta energía es de importancia para el pronóstico del paciente considerar lesiones asociadas como son a partes blandas y fracturas en la articulación de la cadera.

Lesión de partes Blandas

Cuando ocurre una luxación de cadera, se produce una rotura o desinserción del ligamento redondo y de la cápsula articular. También se puede presentar lesiones a nivel del labrum y de los músculos de la zona de la cadera. (19) En las luxaciones posteriores, la cápsula articular se lesiona en su parte posterior o postero-inferior, en relación del grado de flexión de la cadera. El ligamento iliofemoral suele permanecer indemne. En las luxaciones anteriores, la cápsula sufre lesión en su cara anterior o inferior. (4)

Fracturas

La lesión de la cabeza del fémur es relativamente frecuente, del 7 al 15% (12), pudiendo presentarse fracturas, impactaciones o avulsiones, las cuales son las más frecuentes (4). Mientras que en todas las luxaciones se debe producir una rotura o avulsión del ligamento redondo, las fracturas o impactaciones presentan lesiones de mayor gravedad. La impactación es prevalente en las luxaciones anteriores, y ocurre en el 35-55% (12) de las mismas; mientras tanto las fracturas están más relacionadas con las luxaciones posteriores, y se presentan cuanto menor aducción y rotación interna tenga la cadera en el momento del impacto, forzando a la cabeza del fémur contra el muro posterior. Debido al este mecanismo, el fragmento suele encontrarse en la zona antero-medial de la cabeza y el trazo de fractura va desde antero-medial a postero-lateral. (19)

Hasta un 85% de los pacientes con luxación o luxio - fractura de cadera presenta cierto grado de lesión en la rodilla, incluyendo contusiones, erosiones, hemartrosis, sección del tendón rotuliano, fracturas (rótula, en relación al traumatismo directo contra objetos contundentes frente al pasajero, asociándose a la luxación posterior de cadera, supracondilea de fémur, platillo tibial y osteocondral) y lesiones ligamentosas.(16) Tabuenca y Truán (21) observaron que de 187 casos, un 25% presentaban algún tipo de lesión en la rodilla homolateral; revisaron a estos pacientes tras una media de 3 años y medio, y encontraron en el 85% de pacientes la presencia signología en la rodilla, destacando el infra-diagnóstico de las lesiones ligamentosas de la rodilla. Schmidt et al (8) revisaron de forma prospectiva la rodilla homolateral de los pacientes que sufrieron luxación o fractura-luxación de cadera, mediante el examen físico, encontrando en un 7% de los casos lesión de los ligamentos colaterales o cruzados; un 36% presentó derrame articular; un 14% una probable lesión meniscal y el 89% una lesión de los tejidos blandos;

pero, al realizar la RMN, un 25% presentó lesión de los ligamentos cruzados (ninguno requirió cirugía); un 21% lesión de los ligamentos colaterales; derrame articular en un 37%; lesión del aparato extensor (que no requirió cirugía) en el 7%; fracturas periarticulares en el 15% y meniscopatía aguda en el 22%. Ante estos resultados, sendos autores recomiendan la realización de forma habitual de una RMN de la rodilla homolateral a la cadera lesionada. Otras fracturas como las del cuello de fémur o diáfisis femoral, las fracturas acetabulares y del anillo pélvico y lesiones en tobillo y pie, también han sido ennotadas. (19)

Clasificación

La luxación pura es una lesión distinta a la luxación - fractura. (9, 13) originariamente se consideraba que las luxaciones puras presentaban una mejor evolución, pero en reportes recientes se han encontrado resultados desfavorables hasta en 50% de los casos. (13) Al encontrarse la extracción asociada a fractura del acetábulo, el tratamiento y la evolución son diferentes y será en función del tipo de fractura acetabular que se establecerá el manejo de la lesión.

Se han descrito diferentes sistemas de clasificación, (12) los cuales incluyen el tipo y dirección de la luxación, edad del paciente y presencia de fracturas asociadas como fractura de acetábulo, cabeza femoral o ambas, las cuales representan un importante valor pronóstico.

Para clasificar estas lesiones debe determinarse la dirección de la luxación, ya sea anterior, posterior o central, se han propuesto diversos sistemas de clasificación, los más utilizados son los de Stewart-Milford y Thompson-Epstein (**Tablas 1 y 2**). Estos sistemas clasifican con valor pronóstico los diversos tipos de lesión asociada en la cadera, pero se

presentan algunas limitaciones: el sistema de Epstein fue descrito para luxaciones posteriores, después estableció una clasificación independiente para luxaciones anteriores, el sistema de Stewart y Milford incluye fractura del cuello femoral, describe a la luxación simple y hace referencia a la estabilidad post-reducción, pero no define las lesiones acetabulares.

Tabla 1. Clasificación de Stewart y Milford.

Tipo I	Luxación simple
Tipo II	Luxación con uno o más fragmentos acetabulares, pero con integridad acetabular suficiente para asegurar estabilidad después de la reducción
Tipo III	Luxación con fractura del borde acetabular, inestable
Tipo IV	Luxación con fractura de la cabeza o cuello femoral

Tabla 2. Clasificación de Thompson y Epstein.

Tipo I	Luxación sin fractura o con fragmento menor
Tipo II	Luxación con fragmento posterior único del borde posterior del acetábulo
Tipo III	Luxación con fractura conminuta del borde acetabular con o sin fragmento menor
Tipo IV	Luxación con fractura del piso acetabular
Tipo V	Luxación con fractura de la cabeza femoral



Fig. 5. A) Radiografía de pelvis AP que muestra luxación de cadera izquierda. B) Imagen de TAC post-reducción mostrando adecuada reducción sin lesiones asociadas.

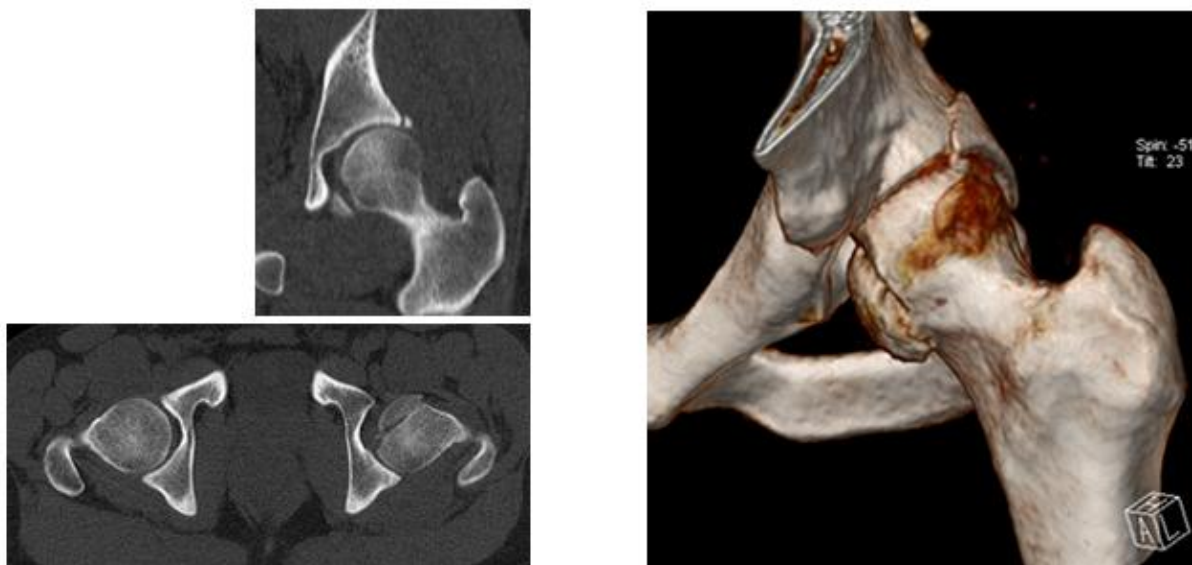


Fig. 6. Luxofractura de cadera derecha; los fragmentos óseos corresponden al acetábulo

Clínica

Debido a que esta lesión se presenta en traumatismos de alta energía, pueden presentarse a su vez lesiones a nivel craneoencefálico, abdominal y torácico. (14) “Marymont et al” (12) describen cierta relación entre los aneurismas de aorta torácica y las luxaciones posteriores. En ausencia de fracturas de cuello y diáfisis femoral asociada, la posición y la movilidad de la extremidad puede dirigirnos hacia el diagnóstico. En la luxación posterior el muslo se presenta en actitud de flexión, aducción y rotación interna (posición púbica) (Fig. 7). Cualquier intento de movilización, específicamente la extensión y la rotación externa, provocarán intenso dolor. En contraposición, en la luxación anterior tipo púbica, el miembro inferior se presenta en completa extensión, con rotación neutra o externa (posición impúbica), por lo que puede simular una fractura de fémur proximal; sin embargo, en la de tipo obturatriz encontramos al miembro en flexión, abducción y rotación externa. Son pocas las ocasiones en que se diagnostica de luxación inferior o erecta, en la que encontramos la cadera en flexión extrema, así como la rodilla flexionada contra el tórax. Se debe realizar una evaluación del estado neurovascular antes y después de la reducción, especialmente del nervio ciático en las luxaciones posteriores.

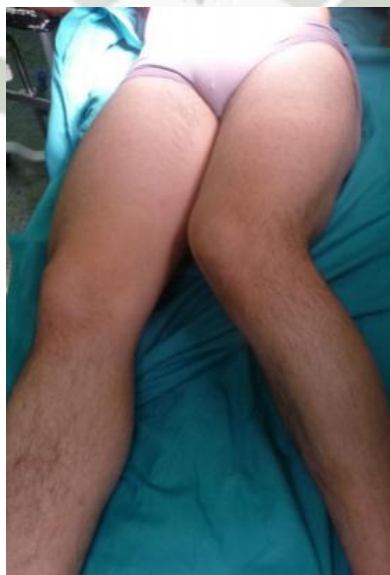


Fig.7 Luxación Posterior de cadera

Diagnóstico

El diagnóstico se debe de establecer con la evaluación clínica y radiológica. Desde la evaluación inicial, el paciente debe ser evaluado siguiendo el protocolo ATLS en el que se incluye una radiografía AP de pelvis con la que pueden identificarse la mayoría de las lesiones del anillo pélvico. Los demás estudios complementarios como las proyecciones oblicuas de Judet y las tomografías axial y tridimensional se deben realizar en forma electiva después de la reducción y cuando el paciente se encuentra estable. (1)

Imagenología

El único estudio previo a la reducción recomendado es una radiografía de pelvis AP, a menos que no se consiga la reducción cerrada, ya que los estudios modernos nos permiten hacer una correcta visualización de lesiones asociadas, así como la presencia de cuerpos libres intra-articulares e integridad en sí de la articulación. Los hallazgos de esta radiografía inicial son los siguientes: (4) la cabeza del fémur se presentará de mayor tamaño que la contralateral en las luxaciones anteriores y de menor tamaño en las posteriores; normalmente, en las posteriores la cabeza se encuentra por encima del techo de acetábulo, mientras que en las anteriores se encuentra medial o inferior al acetábulo; y en las posteriores, debido a la aducción y la rotación interna del fémur, el trocánter menor es menos visible de lo normal, mientras que en las anteriores - superiores (púbicas e iliacas), como el fémur presenta rotación externa, el trocánter menor es más prominente. (12)

Una vez hecha la reducción de la cadera, se debe completar el estudio con 5 proyecciones: Antero - posterior, ambas proyecciones de Judet (45° de inclinación) 3/4 alar y 3/4 obturatriz. Se debe comparar la congruencia articular y el espacio articular con la cadera contralateral. También se debe obtener una TAC con cortes de 2 mm, ya que es

muy sensible para la detección de fragmentos osteocondrales intraarticulares, fracturas de cabeza femoral, lesiones de impactación en la cabeza, fracturas acetabulares y para la visualización de la incongruencia articular. (4) En la TAC podemos encontrar la presencia de burbujas de aire intra-articular una vez que la cadera está reducida. (12)

El uso de la RMN en el momento inicial no predice el posterior desarrollo de necrosis avascular ni de artrosis, aunque sí es útil para el diagnóstico de la necrosis avascular posteriormente.

La artrografía tiene su utilidad para mostrar la laxitud articular o lesiones capsulares en aquellos casos de luxación recidivantes o inestabilidad de la articulación. El uso de la gammagrafía ósea tiene su aplicación para diagnosticar la osteonecrosis de cabeza femoral tras la luxación.

La utilidad de la Resonancia magnética nuclear (RMN) para valorar a futuro el riesgo de necrosis avascular postraumática aún no ha sido reportada, en el caso de necrosis avascular no traumática la RMN es el método no invasivo con mayor sensibilidad para valorar la vascularidad de la cabeza femoral.



Fig. 8. Dislocación posterior de cadera derecha con fractura de acetábulo

Tratamiento

El tratamiento se dirige principalmente a evitar las complicaciones para lo cual se requiere de una atención adecuada. La reducción de precoz es el procedimiento prioritario.

En caso de luxación pura o en la luxación - fractura, debe intentarse reducción cerrada como opción inicial si es que no hay fractura del cuello femoral asociada. Ésta debe realizarse bajo el efecto de la anestesia general, para lo cual se han descrito diferentes maniobras de reducción, en términos generales éstas son muy similares, realizando tracción axial del muslo y contra-tracción pélvica produciendo los movimientos contrarios al mecanismo de la lesión. (13)

Las fracturas de la pared posterior, las cuales abarcan más de 40%, son inestables y requieren osteosíntesis. Para fracturas asociadas de la cabeza femoral puede emplearse un abordaje de Hardinge, un abordaje de Moore e intentar la reconstrucción de la misma con tornillos de Herbert o tornillos para pequeños fragmentos, los fragmentos menores a 25% pueden ser resecados. (13)

En el caso de luxaciones anteriores irreductibles, o fracturas de la pared anterior se puede realizar un abordaje ilioinguinal, iliofemoral o un abordaje anterolateral de Hardinge, con la ventaja en este último de poder lograr el acceso a los elementos posteriores si fuera el caso.

Recientemente se ha descrito la resección de los fragmentos óseos que no requieren fijación y del labrum por artroscopia, pero en fracturas transversas existe el riesgo de fuga a la cavidad peritoneal del agua de irrigación pudiendo producir un síndrome de compresión de la vena cava y hasta la muerte.

La tracción post-reducción no es recomendada. Se difiere el apoyo sobre el miembro afectado por 8 a 12 semanas, luego de lo cual se inicia con movimientos pasivos controlados. Deben evitarse rangos extremos de movimiento durante las primeras seis semanas para permitir la correcta cicatrización de la cápsula articular y de los tejidos blandos. El apoyo parcial puede iniciarse después de la semana 6, la capacidad del paciente para controlar la extremidad durante la marcha es un buen valor pronóstico para el inicio del apoyo completo.

Complicaciones

Las complicaciones pueden ser Tempranas o tardías, dependiendo del momento de su presentación.

Complicaciones tempranas

Se debe considerar algunos aspectos previos a la reducción y otros aspectos post-reduccionales.

a) Evaluación previa a la reducción

No diagnosticar las lesiones asociadas de la luxación puede dar lugar a complicaciones graves post - reduccionales, como puede ser una fractura de cuello de fémur no desplazada que se desplaza tras la reducción. (16) También se debe tener presente al estado vascular del miembro en aquellos casos en los se asocie lesión ligamentaria grave de rodilla, ya que puede haberse producido un episodio de luxación de rodilla con el posible daño de los vasos popliteos y en las luxaciones anteriores, especialmente en las luxaciones púbicas, ya que el paquete neurovascular femoral puede ser lesionado debido a su relación anterior con la cadera.

Puede haber un compromiso del nervio ciático en adultos del 10-15% y del 5% en niños, siendo más frecuente en las luxos - fracturas que en las luxaciones simples. La rama peronea suele afectarse con más frecuencia que la rama tibial, parece ser que es debido a su localización en relación al músculo piriforme. (2) La lesión en el momento agudo puede ser una laceración por fragmentos del acetábulo, compresión (isquemia del nervio por la compresión por la cabeza femoral o fragmentos acetabulares desplazados) o por estiramiento; y de forma crónica cuando es comprimido o incluido por calcificaciones heterotópicas.

En los casos de lesión aguda, la reducción de la luxación es prioritaria en relación a los casos que no presentan lesión del nervio ciático, aunque existen controversias en las luxos - fracturas; en aquellos casos en los que no se pueda realizar la reducción por las lesiones asociadas, se recomienda para disminuir la lesión del nervio, inmovilizar con la cadera en extensión y la rodilla en flexión para disminuir la tensión del nervio.

La recuperación funcional ocurre en el 70% de los casos, y está relacionada con el grado de lesión inicial, ya que las parálisis totales tienen un peor pronóstico que las parciales. En los casos en los que aparece la disfunción de forma tardía en relación con las calcificaciones heterotópicas, se recomienda la exploración quirúrgica y la neurlisis. En aquellos pacientes en los que no se logre la recuperación total de la lesión, el tratamiento quirúrgico y rehabilitación están encaminados principalmente a evitar el equino del tobillo.

b) Consideraciones post-reduccionales

Inmediatamente después de la reducción se debe comprobar el estado neurológico del miembro afecto, especialmente zonas relacionadas al nervio ciático. Si la exploración neurológica previamente a la reducción era adecuada, y tras la reducción encontramos un

déficit importante, está indicada la revisión quirúrgica del nervio para asegurarse de que no ha quedado incluido en la articulación.

Complicaciones tardías

Entre ellas destacan la necrosis avascular de la cabeza femoral, la artrosis postraumática, las calcificaciones heterotópicas y la inestabilidad recidivante.

a) Necrosis avascular de la cabeza femoral

Se utiliza la clasificación de Ficat y Arlet para su estadificación. (17) La incidencia está ente el 4-22% para aquellas luxaciones sin fractura asociada. Es prevalente en las luxaciones posteriores (del 6 al 40%, dependiendo de la gravedad del traumatismo o de la asociación de fracturas de cabeza femoral o de acetábulo, y está directamente relacionada con el tiempo hasta la reducción. Si la cadera es reducida dentro de las primeras 6 horas, la tasa de incidencia es de 0-10%. (13)

Aunque la protección ante la carga sobre el miembro afectado aparentemente tiene poco efecto para el desarrollo de necrosis avascular tras este tipo de lesiones, la mayoría de los autores recomiendan mantener la limitación de carga hasta que por lo menos ceda el dolor. La mayoría de los que desarrollan necrosis avascular tienen síntomas en los dos años siguientes a la lesión, aunque se han diagnosticado casos hasta los 5 años luego de la lesión.

La gammagrafía con tecnecio 99 es útil en la etapa pre - radiológica (estadio 1 de Ficat), siendo muy sensible pero poco específica. Actualmente la RMN aporta una sensibilidad del 95% y una especificidad del 90%.

Entre las opciones de tratamiento quirúrgico tenemos: descompresión central, aporte de injerto óseo, osteotomías intertrocantéricas, osteotomías rotatorias transtrocantericas, artrodesis y la artroplastia total.

b) Artrosis post - traumática

Es la complicación más frecuente, y aunque un porcentaje sea debido a la necrosis avascular, un gran número desarrolla artrosis post - traumática sin signos radiológicos de necrosis avascular. También es más frecuente que se presente en las luxaciones posteriores que en las anteriores, y en las Luxo – fracturas que en las luxaciones puras. Los factores predisponentes para las luxaciones anteriores incluyen fracturas condrales, hundimientos de la superficie articular superiores a 4mm y la osteonecrosis de la cabeza femoral; en las luxaciones posteriores, la reducción no concéntrica, el tiempo hasta reducción, la osteonecrosis y la mayor energía del traumatismo inicial son los factores predisponentes. (19)

El 50% de las luxaciones que asocian fractura de cabeza de fémur desarrollan artrosis. El 83% de los pacientes que asociaban fractura del muro posterior de acetábulo que provocaba inestabilidad, y no eran operados oportunamente, desarrollaban artrosis; mientras que, si eran operados, los porcentajes eran similares que los de las luxaciones puras.

No está bien definido si la reducción abierta presenta mayor tasa de artrosis que la reducción cerrada, o es ocasionado a que normalmente transcurre mayor tiempo hasta que se realiza la reducción. El diagnóstico diferencial se debe hacer con la necrosis avascular de la cabeza de fémur, y puede ser complicado.

En el tratamiento quirúrgico se tiene la artroscopia, artrodesis, artroplastia de sustitución y osteotomías (intertrocantéricas, pélvicas). Aunque la prótesis total representa la mejor solución para la artrosis post - traumática dolorosa en el paciente de edad avanzada o inactivos, la alternativa en el joven y activo plantea más problemas, ya que se deben considerar otras alternativas terapéuticas con el fin de retrasar la artroplastia de sustitución.

La artroscopia está indicada para extraer los cuerpos libres intrarticulares. Idealmente el candidato ideal para la artrodesis correspondería a un paciente joven (menor de 35 años) en edad laboral, aunque los resultados con superficies cerámicas y artroplastias de re - superficialización parecen abrir nuevas alternativas menos limitantes en estos casos.

c) Calcificaciones heterotópicas

Son especialmente frecuentes en las luxos - fracturas (sobre todo fracturas del muro posterior) y tras las reducciones abiertas de luxaciones posteriores. En ocasiones pueden ocasionar piasias del nervio ciático por compresión o inclusión en ellas del nervio. En casos de luxación posterior, puede disminuir su aparición el uso de indometacina. Otra alternativa es el uso de radioterapia, que es bastante efectivo, pero no recomendable en pacientes jóvenes.

d) Inestabilidad recidivante

Son poco frecuentes en las luxaciones sin fractura, y suele ser ocasionadas por defectos capsulares, defectos del rodete o por hiperlaxitud articular. Se han recomendado la reparación capsular, del labrum o refuerzo con tope óseo para su tratamiento.

Pronóstico

En las luxaciones traumáticas puras de cadera se obtienen resultados buenos o excelentes en el 48-95% de los pacientes (ausencia de cojera o solo al final del día de trabajo, no más del 25% de restricción de la movilidad, regreso a sus actividades cotidianas y sin evidencia radiográfica de necrosis avascular ni artrosis). Las luxaciones anteriores sin lesión de la cabeza de fémur tienen mejor pronóstico que las posteriores; los resultados son favorables en el 75% de las anteriores y tan solo un 48% de las posteriores.



ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

No se encontraron investigaciones relacionadas recientes.

A nivel nacional

No se encontraron investigaciones referentes a la luxación post – traumática de cadera realizadas en el Perú, solamente se encontraron dos reportes de casos en niños, los cuales se nombran a continuación, al no estar los mismos dentro de los criterios de inclusión del presente trabajo no se le desarrolló.

- **Autor:** Zavaleta RL, García NC, López SM. (22)

Título: Luxación traumática de cadera en una niña de tres años: reporte de caso.

- **Autor:** Florián AM, López S, Ocampo R, Zabaleta RL, Yan E. (15)

Título: Luxación traumática de cadera en un niño de un año.

A nivel internacional

Autor: Fica G, Córdova M, Schweitzer D, Guzmán L.

Título: Fracturas de la cabeza femoral asociadas a luxación posterior de cadera.

Fuente: Rev Chilena Ortop y Traum 2001; 42: 197-202

Resumen: Se revisaron a 15 pacientes con fractura de la cabeza de femur tratados entre 1988 y 1999. La muestra presentó 12 hombres y 3 mujeres, edad promedio 37 (21-72) con un seguimiento de 4,5 años (2-9). Todas las lesiones fueron causadas por accidentes de tránsito y todas estuvieron asociadas con luxación posterior de la cadera. Utilizamos

la clasificación de Pipkin y su distribución fue: 8 Pipkin I, 3 Pipkin II y 4 Pipkin IV. El tratamiento fue ortopédico en 6 y quirúrgico en 9. Los resultados funcionales fueron excelentes en 21%, buenos en 43%, regulares en 29% y malos en 7%. Las complicaciones observadas fueron artrosis de cadera en 3 casos, necrosis avascular en 3 y 1 paciente con artritis séptica de cadera. La reducción precoz, el aseo articular y la osteosíntesis estable permiten lograr mejores resultados en esta rara lesión. (14)

Autor: L. A. Martos-Rodríguez, P. González-Herranz y S. Alonso-Güemes

Título: Luxación traumática anterior y superior recidivante de cadera. A propósito de un caso

Fuente: Rev Ortop Traumatol 2004; 48:213-7

Resumen: Se presenta un caso de luxación traumática anterior y superior recidivante de cadera en una paciente de 67 años de edad que sufrió una caída casual. La excepcionalidad de este tipo de luxación aumenta sobre todo al añadir el factor de la recurrencia (de forma inmediata hasta en tres ocasiones). El caso se resolvió finalmente con una prótesis total de cadera

El artículo corresponde al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Donde se presenta un caso de luxación traumática de cadera anterior y superior recidivante en un paciente de 67 años de edad que sufrió una caída accidental. Las características específicas de esta luxación aumentan sobre todo al añadir el factor de recurrencia, la cual en el caso la presentó en 3 ocasiones. Luego de la evaluación correspondiente se decidió una prótesis total de cadera. (18)

2. Objetivos.

2.1. General

Establecer las características Clínico-Epidemiológicas de la luxación post - traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios, 2010-2015.

2.2. Específicos

- 1) Determinar la frecuencia de la luxación post-traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios, en el periodo 2010-2015.
- 2) Describir las características epidemiológicas de la luxación post - traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios, en el periodo de estudio.
- 3) Conocer las características clínicas de la luxación traumática de cadera en pacientes atendidos en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa, 2010-2015.
- 4) Establecer las características básicas del tratamiento de la luxación post – traumática de cadera en los paciente atendidos en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa, 2010 - 2015

3. Hipótesis

No se requiere por tratarse de un estudio observacional.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará será una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Historias Clínicas
- Fichas de investigación

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en la Clínica San Juan de Dios, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma histórica en el periodo comprendido entre los años 2010 a 2015.

2.3. Unidades de estudio: Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de luxación post traumática de cadera atendidos en la Clínica San Juan de Dios.

2.4. Población: Todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de luxación post - traumática de cadera tratados en la Clínica San Juan de Dios durante el periodo de estudio.

Muestra: No se calculará un tamaño de muestra ya que se espera considerar a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- De cualquier sexo.
- Personas afectadas mayores de 18 años.
- Diagnóstico definitivo de luxación traumática de cadera.

- **Criterios de Exclusión**

- Portadores de prótesis de cadera
- Con enfermedad congénita del colágeno (Ehlers Danlos, etc)
- Historias clínicas incompletas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la gerencia médica de la Clínica San Juan de Dios para obtener la autorización para acceder al archivo de historias clínicas.

Se revisarán en los registros de alta de los pacientes los diagnósticos de luxación post traumática de cadera y se buscará identificar a los pacientes según número de historia clínica y/o nombre, para buscar sus historias en archivos, y proceder a la selección de casos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Se recogerán las variables de interés en la ficha de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.



3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador
- Asesor.

b) Materiales

- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de un instrumento para recoger información.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2013).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.21.0.



Cronograma de Trabajo

Actividades	Noviembre				Diciembre				Enero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 20 de Noviembre 2015

Fecha probable de término: 15 de Enero 2016

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

LIBROS

1. Marymont JV, Cotler HB, Harris JH Jr, Miller- Crotchett P, Browner BD. Posterior hip dislocation associated with acute traumatic injury.
2. Matta J, Merritt P: Displaced acetabular fractures. Clin Orthop 1988; 230: 83-97.
3. Ramos Vertis, a.j. traumatología y ortopedia (2nd ed.). Argentina: editorial atlante.
4. Rockwood A, Green DP. Fractures in Adults. 5^a edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
5. Rodríguez Merchán EC, Ortega Andréu M, Alonso Carro G. Luxación traumática de cadera. Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Madrid: Editorial Panamericana; 2003, páginas 744-749.
6. Rouviere, H, Delmas, A. ANATOMIA HUMANA, DESCRIPTIVA, TOPOGRÁFICA Y FUNCIONAL. (11ed.); 2005.
7. Schmidt GL, Sciulli R, Altman GT. Knee injury in patients experiencing a high-energy traumatic ipsilateral hip dislocation. J Bone Joint Surg 2005; 87:1200-1204.

ARTÍCULOS

8. Blasnik, J.C, Fernando de alzaa, J.C. Cadera Luxación traumática bilateral simultánea y fractura homolateral de la diáfisis femoral. Revista de la Asoc Argentina de Ortopedia y Traumatología. 2012;62(4): 515-518.
9. Cornwall R, Radomisli TE. Nerve injury in traumatic dislocation of the hip. Clin Orthop 2000;377:84-91.
10. Dreinhofer KE, Schwarzkopf SR, Haas NP, Tscherene H: Isolated traumatic dislocation of the hip: Long-term results in 50 patients. J Bone Joint Surg 1994; 76B: 6-12.

11. Domingo A, Segur JM, Saz L, García-Ramiro S. Unusual traumatic anterior bilateral hip dislocation. *Eur J Orthop Surg Traumatology* 2008; 18: 475–478.
12. Epstein HC. Traumatic dislocations of the hip. *Clin Orthop* 1973; 92:116-142.
13. Fernández palomo, L.J. Nueva clasificación para la luxación traumática de la cadera. *Rev Mex Ortop Traum.* 2001;15(6): 280-287.
14. Fica G, Córdova M, Schweitzer D, Guzmán L. Fracturas de la cabeza femoral asociadas a luxación posterior de cadera. *Revista chilena de Ortopedia y Traumatología* 2001; 42: 197-202
15. Florián AM, López S, Ocampo R, Zabaleta RL, Yan E. Luxación traumática de cadera en un niño de un año. *Revista Diagnóstico (Perú)*, 2004; 04:34-36. Disponible en: <http://fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/ene-feb04/34-36.html>
16. Hunter GA: Posterior dislocation and fracture dislocation of the hip: A review of fifty-seven patients. *J Bone Joint Surg* 1969; 51B: 38-44.
17. Igarashi ueda, s. semiología de la cadera, muslo y rodilla. *cirugía ortopédica y traumatológica.* 2002;2(12): 35-39.
18. La martos-rodríguez, L. A., González-herranz, P, Alonso-Güemes, S. Luxación traumática anterior y superior recidivante de cadera A propósito de un caso. *Revista de Ortopedia y Traumatología.* 2004;48(7): 213-217.
19. Payo rodríguez, J., Ibarzabal gil, A, Rodríguez merchán, E. C. Luxación traumática de cadera. *PATOLOGIA DEL APARATO LOCOMOTOR*167-178. 2006;4(3): 167-178.
20. Rodríguez-Merchán EC. Osteonecrosis of the femoral head after traumatic hip dislocation in the adult. *Clin Orthop* 2000; 377:68-77
21. Walker WA. Traumatic dislocation of the hip joint. *Am J Surg.* 1940; 50: 545-549.
22. Zavaleta RL, García NC, López SM. Luxación traumática de cadera en una niña de tres años: reporte de caso. *Diagnóstico (Perú)*;40(5):265-269

PAGINAS WEB

23. Us department of health & human services, U.S. 1. AhrqgovAgency for Healthcare Research and Quality. [Online]. Available from:
<http://hcupnet.ahrq.gov/HCUPnet.jsp> [Accessed 22 January 2016]



III. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: _____

N° de Ficha _____

Edad: _____ años

Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: _____

Etiología:

Choque

Accidente de tránsito

Atropello

deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico

trauma torácico

trauma abdominal

trauma de extr. Superiores

Trauma de ext. Inferiores _____

Lado afectado: Cadera Derecha

izquierda

bilateral

Dirección de la luxación: Anterior

Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I

II

III

IV

V

Tiempo transcurrido hasta la reducción:

Hora de ingreso: _____ Hora de reducción: _____

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: _____ días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....



ANEXO 3
FICHAS DE RECOLECCION DE DATOS

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 263213 N° de Ficha 001

Edad: 79 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: Independiente

Etiología:

Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores 1º. tobillo

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 02:05 Hora de reducción: 21:30

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 7 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 307439 N° de Ficha 002

Edad: 44 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: okucero

Etiología:
Choque
Accidente de tránsito Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores hemartrosis rodilla

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 09:32 Hora de reducción: 20:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 6 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 273882 N° de Ficha 003

Edad: 24 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: estudiante

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores Fx tibia y perone

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 11:01 Hora de reducción: 15:00

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 5 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 357256 N° de Ficha 004

Edad: 42 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: Ojaino

Etiología:

Choque Accidente de tránsito Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr. Superiores Trauma de ext. Inferiores niñera

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 20:15 Hora de reducción: 23:15

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 2 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 351874 Nº de Ficha 005

Edad: 57 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: casca

Etiología:
Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores Ex. III

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 2 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 7 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

Paciente con afecto mental

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 359833 Nº de Ficha 006

Edad: 35 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: agricultor

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores Fx. Minimo derecho.

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 5 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 15 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 349545 N° de Ficha 007

Edad: 86 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: casca

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Caída deporte Contusión
Atropello

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores fx cuello

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 2 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 2 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....



V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 348401 N° de Ficha 008

Edad: 42 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: supervisor

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr. Superiores Trauma de ext. Inferiores fx. tobillo fx. codo

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 20:00 Hora de reducción: 8:25

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 12 días

Condiciones de alta: 7 días

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 359416 Nº de Ficha 009

Edad: 91 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: jubilada

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores trauma de mano

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 12:44 Hora de reducción: 12:00

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 7 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 353126 Nº de Ficha 010

Edad: 65 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: aguallo

Etiología:
 Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
 Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
 Superiores Trauma de ext. Inferiores Fx tibia prox

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 18:24 Hora de reducción: 12:00

Tratamiento:
 Reducción Abierta
 Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 12 días

Condiciones de alta:
 Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 385890 Nº de Ficha 011

Edad: 48 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: operador maquinaria pesada

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr. Superiores Trauma de ext. Inferiores (fx) esguince de tobillo

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 9 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 10 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

paciente con luxación de cadera reciente
+ fx. acetabulo + fx. cabeza femur + necrosis
cabeza de femur

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 376633

N° de Ficha 013
N° de Ficha 012

Edad: 31 años

Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: Chofer

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.

Superiores Trauma de ext. Inferiores muñeca

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 3 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 8 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 382619 Nº de Ficha 013

Edad: 39 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: ama de casa

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr. Superiores Trauma de ext. Inferiores ninguna

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 15:35 Hora de reducción: 20:00

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 7 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 282873 Nº de Ficha 014

Edad: 22 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: estudiante

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores injuria

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 hora

Hora de ingreso: 11:45 Hora de reducción: 15:00

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 2 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 235002

Nº de Ficha 015

Edad: 91 años

Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: jubilado

Etiología:

Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.

Superiores Trauma de ext. Inferiores fx subcapital

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 4 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 16 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 235002 N° de Ficha 015

Edad: 91 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: jubilado

Etiología:
Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores fx subcapital

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 4 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 16 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 401224 N° de Ficha 016

Edad: 27 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: medicador

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.

Superiores Trauma de ext. Inferiores fx. cuello flexo fx. tibia

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 4 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 19 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 391585

N° de Ficha 017

Edad: 38 años

Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: trabajo

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr. Superiores Trauma de ext. Inferiores fx. exp tibia y peroneo

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 6 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 9 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 396495 N° de Ficha 018

Edad: 37 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: agricultor

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores Fx. clavícula costal

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 11:23 **Hora de reducción:** 11:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 6 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

No se encuentran placas de Rayos X

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 383635 N° de Ficha 019

Edad: 27 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: vetinario

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Caída deporte Contusión
Atropello

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores muñeca

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 8:21 Hora de reducción: 15:30

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 3 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorrado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 212534 N° de Ficha 020

Edad: 90 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: jubilado

Etiología:
Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores niñera

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 30 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 9 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

No se encuentran placas de 2x

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 207838 N° de Ficha 021

Edad: 50 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: Chofer

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores _____

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 2 día

Hora de ingreso: 11:30 Hora de reducción: 8:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 4 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 431580 N° de Ficha 022

Edad: 28 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: Ingeniero

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr. Superiores Trauma de ext. Inferiores 1x. platisma tibial

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 19:30 Hora de reducción: 10:30

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 10 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 174422 N° de Ficha 023

Edad: 52 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: agricultor

Etiología:
 Choque
 Accidente de tránsito Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
 Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
 Superiores Trauma de ext. Inferiores luxación hepática, renal, fx costal

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 4 días

Hora de ingreso: 6:35 Hora de reducción: 7:25

Tratamiento:
 Reducción Abierta
 Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 2 días

Condiciones de alta:
 Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

Paciente transferido a los 02 días de
hospitalización por complejidad de lesiones
asociadas no se encuentran placas de 2x

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 418255 N° de Ficha 024

Edad: 59 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: casera

Etiología:
Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores ninguna

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 hora

Hora de ingreso: 9:25 Hora de reducción: 17:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 4 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

No se encuentran placas de Rx

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 372615 Nº de Ficha 026
Edad: 35 años Sexo: Masculino Femenino
Ocupación: empleado
Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión
Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores inferiores
Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral
Dirección de la luxación: Anterior Posterior
Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V
Tiempo transcurrido hasta la reducción: 2 días
Hora de ingreso: — Hora de reducción: —
Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada
Estancia hospitalaria: 4 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

No se encontraron placas de Rx
.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 423410 N° de Ficha 025

Edad: 27 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: agrijultera

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.

Superiores Trauma de ext. Inferiores empujada

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 2 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 4 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 405401 Nº de Ficha 027
Edad: 27 años Sexo: Masculino Femenino
Ocupacion: obrero
Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión
Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores Fx. pierna
Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral
Dirección de la luxación: Anterior Posterior
Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V
Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 hora
Hora de ingreso: 17:20 Hora de reducción: 23:30
Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada
Estancia hospitalaria: 7 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 364849 N° de Ficha 028

Edad: 45 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: chofer

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores neurotosis rodilla

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 10:00 Hora de reducción: 22:30

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 4 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 201401 N° de Ficha 029

Edad: 51 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: aguiultra

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores Fr. tibia

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 2 clicos

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 6 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 218977 N° de Ficha 030

Edad: 83 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: jubilado

Etiología:

Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores fx parrilla costal

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 10:00 Hora de reducción: 8:00

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 8 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

No a su evaluación de los de Rx

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 267832 N° de Ficha 031

Edad: 17 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: otro

Etiología:

Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.

Superiores Trauma de ext. Inferiores inferiores

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 11:45 Hora de reducción: 20:30

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 4 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

..... No se encuentran placas de Rx

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 197133 Nº de Ficha 032

Edad: 31 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: profesora

Etiología:
Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores Dx. tibia

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 3 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 9 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 391191 N° de Ficha 033

Edad: 38 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: Chofer

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores fx. tibia y pierna

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 6 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 11 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 383316 N° de Ficha 034

Edad: 28 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: obrero

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores mujera

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 3:20 Hora de reducción: 10:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 3 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 275688 N° de Ficha 035

Edad: 40 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: abogada

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores Fr. femur

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 11:45 Hora de reducción: 19:30

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 5 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

No se encuentran placas de Rx

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 342214

Nº de Ficha 036

Edad: 69 años

Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: empresario

Etiología:

Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.

Superiores Trauma de ext. Inferiores esguince tobillo III grado

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 15:00 Hora de reducción: 23:00

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 6 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 305562 N° de Ficha 037

Edad: 52 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: obrero

Etiología:
Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores fx. tobillo

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 12:45 **Hora de reducción:** 19:30

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 4 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

..... No se escucharon R.

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 312886 N° de Ficha 038

Edad: 50 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: desemppleado

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores esguince tobillo

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 4 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 7 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 403347 N° de Ficha 039

Edad: 24 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: estudiante

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores mujera

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 10:35 **Hora de reducción:** 18:40

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 5 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 182781

N° de Ficha 040

Edad: 78 años

Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: casa

Etiología:

Choque Accidente de tránsito Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas

Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.

Superiores Trauma de ext. Inferiores fx. platillo fibral

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 4 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:

Reducción Abierta

Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 13 días

Condiciones de alta:

Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....
.....
.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 295127 N° de Ficha 041

Edad: 29 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: ingeniero

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores Fr. tibia

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 7:25 Hora de reducción: 21:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 9 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 273454 Nº de Ficha 042

Edad: 57 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: desempleado

Etiología:
Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores muñecas

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 22:20 Hora de reducción: 06:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 4 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 365875 N° de Ficha 043

Edad: 26 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupacion: agricultor

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores —

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 2 días

Hora de ingreso: — Hora de reducción: —

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 5 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 436672 Nº de Ficha 044

Edad: 23 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: estudiante

Etiología:
Accidente de tránsito Choque
Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores muñeca

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 18:00 Hora de reducción: 23:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 2 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

Nada se encuentra Rx post-reducción

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

N° de HC: 368744 N° de Ficha 045

Edad: 48 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: oficina

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores ni pua

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 día

Hora de ingreso: 3:25 Hora de reducción: 7:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 3 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº de HC: 327259 Nº de Ficha 046

Edad: 47 años Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: retirado

Etiología:
Accidente de tránsito Choque Atropello Caída deporte Contusión

Lesiones asociadas
Trauma cefálico trauma torácico trauma abdominal trauma de extr.
Superiores Trauma de ext. Inferiores ninguna

Lado afectado: Cadera Derecha izquierda bilateral

Dirección de la luxación: Anterior Posterior

Clasificación de Thompson y Epstein I II III IV V

Tiempo transcurrido hasta la reducción: 1 hora

Hora de ingreso: 12:35 Hora de reducción: 18:00

Tratamiento:
Reducción Abierta
Reducción Cerrada

Estancia hospitalaria: 1 días

Condiciones de alta:
Curado Mejorado Estacionario Desmejorado Fallecido

Observaciones

.....

.....

.....



263213



307439



273882



357256



351874



359833



349545



348401



353126

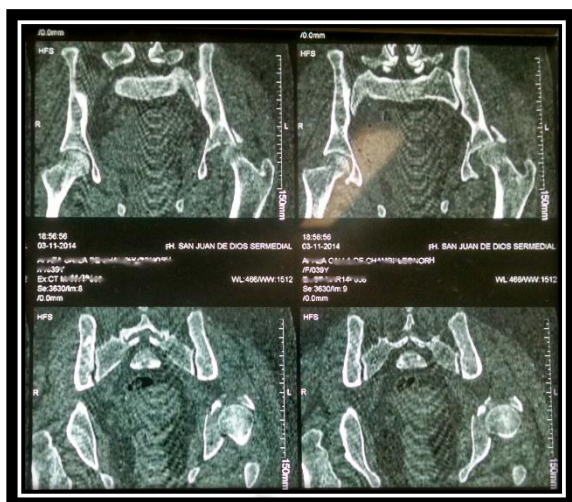


385890

359416



376633



382619



282873



235002



401224



391539



383695



207838



431580



425410



405401



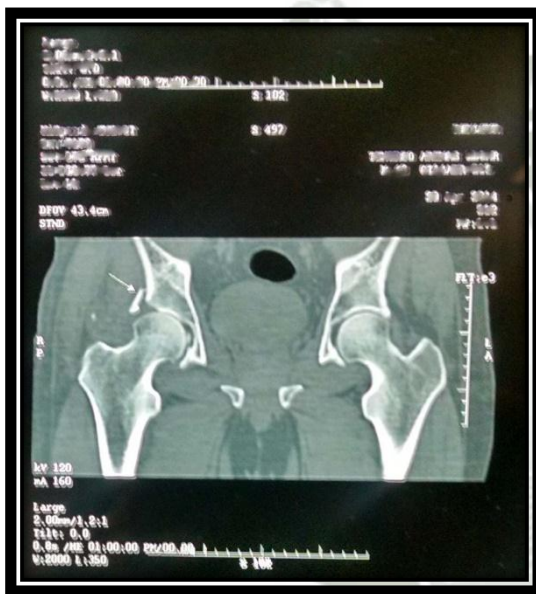
364849



197133



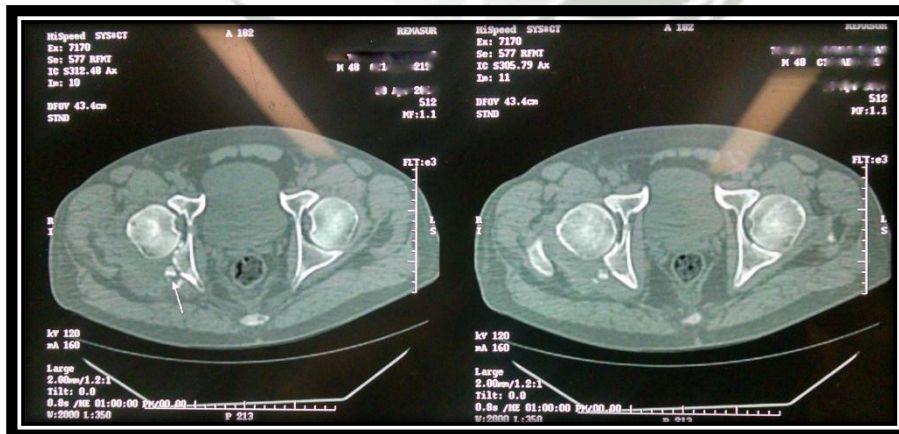
201401



391191



383316



342217



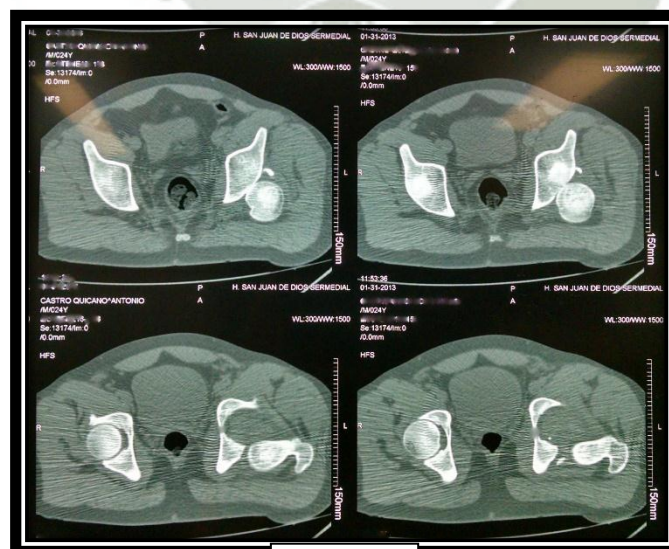
312886



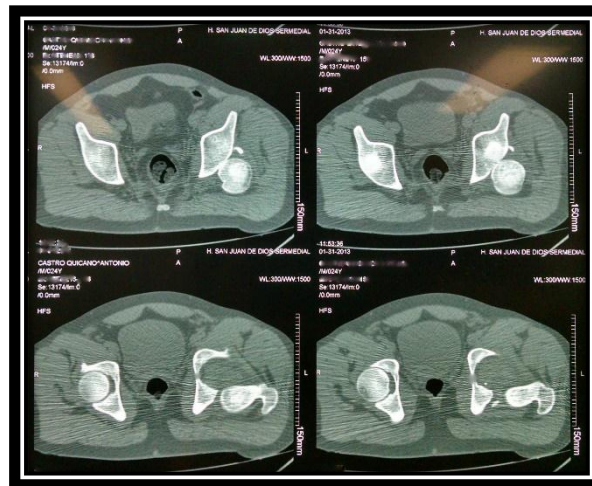
403347



182781



295127



295127



273454



365875



436672

368744



327259