

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"FRACTURAS DE PELVIS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE
DURANTE EL TERREMOTO DE 1976"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

RAUL ENRIQUE MAGAÑA POLANCO

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I- INTRODUCCION
- II- OBJETIVOS
- III- MATERIALES Y METODOS
- IV- CLASIFICACION DE FRACTURAS
- V- CASOS PRESENTADOS
- VI- RESULTADOS DEL ESTUDIO
- VII- CONCLUSIONES
- VIII- RECOMENDACIONES
- IX- BIBLIOGRAFIA

El día primero de Febrero de mil novecientos setenta y seis, fue para mí un gran día, un día muy significativo en mi vida de estudiante, pues iniciaba el internado de mi último año de medicina.

Llegué al Hospital General de Occidente en la mañana de un día esplendoroso a la bella ciudad de Quezaltenango conocida también por su nombre autóctono de Xelajú, que significa "Montañas donde vive el pájaro". Su Hospital me impresionó por su arquitectura colonial con su fuente en el patio principal circundado de corredores, todo construido con paredes maestras.

Fuimos catorce estudiantes internos ávidos de conocimientos los que iniciamos nuestro internado en los distintos departamentos del Hospital General de Occidente. No sabíamos lo que nos esperaba, la tragedia que pasaríamos a escasos tres días de nuestro internado, la terrible prueba que conmovió a Guatemala y al mundo entero, el terremoto del cuatro de Febrero de mil novecientos setenta y seis.

Días amargos de pesar y sufrimiento que pusieron a prueba el espíritu indomable del pueblo Guatemalteco, días de penalidades y sacrificio que nos sirvieron para ayudar a nuestros Hermanos Guatemaltecos en el Hospital General de Occidente en nuestros servicios hospitalarios y que nos brindaron la oportunidad de DAR Y RECIBIR conocimientos como una experiencia vivida que mañana tendríamos como hoy, la ocasión de trasladarla en este breve estudio a conocimiento de nuestra Ciencia Médica.

II- OBJETIVOS

- 1- Poner en conocimiento general, la información sobre las fracturas de pelvis atendidas en el Hospital General de Occidente durante el terremoto de Febrero de mil novecientos setenta y seis.
- 2- Conocer cual fué el tipo de fractura más frecuente.
- 3- Brindar información sobre casos que se presentaron durante el terremoto para facilitar al lector los datos necesarios.
- 4- Determinar las características de la población que fue afectada por el terremoto.
- 5- Analizar el tratamiento indicado en este tipo de fracturas.
- 6- Evaluar la atención brindada a los pacientes cuando ingresaron al Hospital General de Occidente después del terremoto.

III- MATERIALES Y METODOS

Se procedió a establecer el número de pacientes atendidos en el Hospital General de Occidente, lo que nos dió un total de ciento cuarenta y siete casos.

Se excluyeron de este estudio todos los casos que no fueron fracturas de pelvis, por lo cual solamente se analizaron treinta casos que correspondieron a pelvis.

Después de la atención urgente de los pacientes, se procedió a un análisis y estudio exhaustivo de los casos presentados en los distintos Departamentos del Hospital, así:

- 1o. Departamento de Archivo
- 2o. Departamento de Rayos X
- 3o. Laboratorio Clínico
- 4o. Consultoría del Médico Asesor.

IV- CLASIFICACION DE FRACTURAS DE PELVIS

Las fracturas de la pelvis pueden dividirse en tres grupos:

- 1) Fracturas por arrancamiento debido a una **contracción violenta.**
- 2) Fracturas y Luxación del anillo pelviano debidas a un **aplastamiento.**
- 3) Fracturas del Sacro y del Coccix.

FRACTURAS DE LA PELVIS POR ARRANCAMIENTO:

Un esfuerzo súbito e impulsado puede desprender cualquiera de los músculos que se insertan en la pelvis y arrancar fragmentos óseos a nivel del punto de origen. Se afectan con mayor frecuencia los poderosos músculos del muslo de largos vientres.

- a) Espina Ilíaca Antero-Inferior; por arrancamiento del Recto anterior del muslo.
- b) Espina Ilíaca Antero-Superior: por arrancamiento del Sartorio.
- c) Epífisis del Izquión: Hamstring Avulsion. Los músculos flexores del muslo que nacen en la tuberosidad del izquión pueden arrancar un fragmento óseo a consecuencia de una contracción muscular súbita, especialmente en individuos jóvenes cuya epífisis no se ha unido total vía.

FRACTURA Y LUXACION DEL ANILLO PELVIANO DEBIDAS A UN APLASTAMIENTO:

El Anillo Pelviano se halla formado por los segmentos pubianos anteriores que están desarrollados para la protección de las víceras pelvianas y la inserción de los músculos y por los segmentos ilíacos posterolaterales, que contribuyen también a la función de soportar el peso del cuerpo. Los dos huesos innominados al articularse con el Sacro por detrás y entre sí a nivel de la sínfisis del Pubis, forman un anillo llamado pelviano intacto. Si una fractura rompe la continuidad de este anillo solo a un nivel determinado, no puede sobrevenir un gran desplazamiento de los fragmentos. Si hay una segunda lesión en otra parte del anillo, puede observarse un desplazamiento considerable del segmento de hueso separado por las dos fracturas. Las lesiones traumáticas aisladas del anillo incluyen la separación ligera de la sínfisis del pubis, la fractura de las ramas del pubis, la fractura del cuerpo ilíaco y la subluxación de la articulación sacroilíaca.

- a) Fracturas de las Ramas del Pubis: la lesión traumática más corriente es la fractura unilateral de una o ambas ramas del Pubis. El movimiento de los fragmentos está limitado y el desplazamiento es mínimo. Por esto es innecesaria la inmovilización.
- b) Fracturas aisladas del Ilíaco: las separaciones poco acentuadas de la sínfisis del Pubis también curan sin tratamiento especial, sin embargo, el Cirujano debe estar convencido de que la separación de la sínfisis del pubis es realmente una lesión aislada. Si hay un amplio desplazamiento de los huesos del pubis, probablemente hay en la región sacroilíaca una segunda lesión que puede pasar inadvertida y que a menudo explica la persistencia de trastornos.

c) Subluxación Sacroilíaca: es la única lesión traumática aislada del anillo pélvico que presenta gravedad. Incluso sin gran desplazamiento la subluxación puede causar un dolor persistente e incapacidad. La lesión se reconocerá clínicamente por la localización del dolor, la sensibilidad a la presión a nivel de la articulación y el desplazamiento típico. El ilíaco es desplazado ligeramente hacia atrás y hacia la línea media. Por esto la espina ilíaca posterosuperior es más superficial que la eminencia ósea correspondiente del lado opuesto y está situada más cerca de la apófisis espinosa. El desplazamiento se reduce del mismo modo que las dislocaciones completas de la pelvis: haciendo girar el ilíaco hacia adelante. El paciente descansa sobre el lado normal y se efectúa una compresión sobre la parte anterior de la cresta ilíaca.

d) Fracturas combinadas del segmento pubiano del Anillo - Pelviano:

Las fracturas dobles de la parte pubiana de la pelvis son la consecuencia de un aplastamiento lateral. Puede producirse una fractura bilateral de ambas ramas del pubis o una fractura unilateral de ambas ramas con separación de la sínfisis del pubis. El fragmento de hueso desprendido es relativamente pequeño. Su desplazamiento está limitado por la inserción de muchos músculos, y sea cual fuere el grado de desplazamiento no hay acortamiento de ninguno de los dos miembros inferiores, ni está alterada la disposición de las articulaciones que sostienen el peso del cuerpo; debido a esto, por regla general puede pasar inadvertido.

e) Fracturas traumáticas combinadas de los segmentos ilíaco-

co y Pubiano del Anillo Pelviano:

La lesión traumática combinada más común, que provoca la disrupción completa de la pelvis, es una luxación de la sínfisis con luxación de la articulación sacroilíaca. Con menor frecuencia hay una luxación de la sínfisis con fractura del ilíaco junto a la articulación sacroilíaca o una fractura de ambas ramas del pubis con luxación de la articulación sacroilíaca. Una mitad del cinturón pélvico se desplaza ampliamente llevando con ella el miembro inferior, de modo que hay deformidad y acortamiento. A diferencia del primer tipo de fractura traumática mixta, que es producida por una compresión lateral de la pelvis, estas fracturas son producidas por compresión anterolateral.

- f) Mecanismo del desplazamiento en la Luxación de la Pelvis: El examen radiológico muestra una clara separación de los dos huesos del pubis, con un desplazamiento muy ligero de la articulación sacroilíaca, que incluso puede pasar inadvertida. Únicamente un examen cuidadoso muestra que el ilíaco se cabalga sobre la parte posterior del sacro, más que en el lado normal y que la superficie articular del ilíaco está ligeramente más alta que la superficie articular sacra. También se puede introducir un puño entre ambos huesos y esto se debe a que el hueso innominado ha girado alrededor de su eje longitudinal situado cerca de la articulación sacroilíaca. La mitad luxada de la pelvis busca hacia afuera y únicamente en los casos más graves se desplaza hacia arriba de un modo secundario en la ingle. Esta rotación hacia afuera aparece demostrada en las radiografías por la rotación del fémur hacia afuera, por la prominencia anormal de la espina del izquierdo y por la desaparición del

agujero obturador. Se trata de un desplazamiento que es mantenido por el peso del miembro.

FRACTURAS DEL SACRO Y DEL COCCIX:

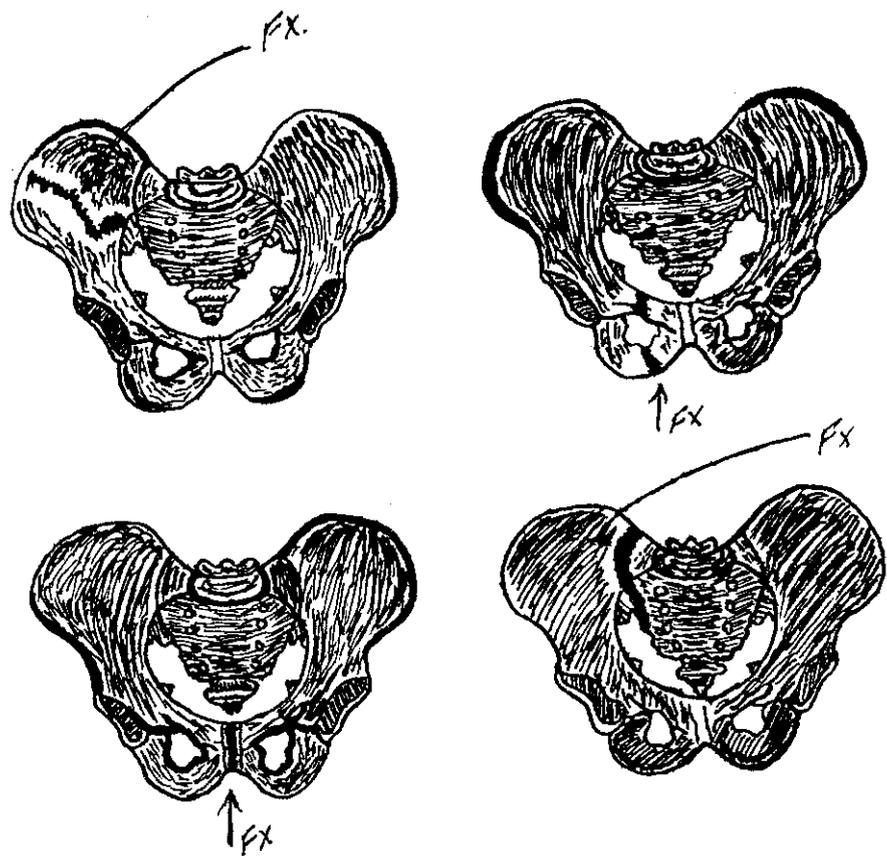
- a) FRACTURAS DEL SACRO. Las fracturas traumáticas extensas de la pelvis por aplastamiento, se acompañan algunas veces de fracturas del sacro. Las fracturas aisladas son raras, tratándose corrientemente de una fisura sin desplazamiento que cura pronto y por completo. Algunas veces la mitad inferior del sacro está desplazada hacia adelante en el interior de la cavidad pelviana y puede haber una lesión traumática de los nervios sacro distales, con anestesia en silla de montar de las regiones glúteas con incontinencia. Debe intentarse reducir el desplazamiento óseo mediante manipulación efectuada con el dedo introducido en el recto.

FRACTURAS DEL COCCIX:

Una caída en posición sentada puede provocar una fractura o una contusión del Coccix. Si el fragmento distal está completamente separado, es desplazado hacia adelante por los músculos anococcígeos y elevadores del ano. La lesión provoca dolor considerable, que puede persistir durante algunos meses. Hay dificultad para sentarse y las únicas posiciones cómodas son la permanencia en pie y la posición echada. No se necesita tratamiento especial, excepto disminuir el dolor protegiendo el hueso contra cualquier traumatismo ulterior.

Coccidinia por Retropulsión del Disco Lumbosacro: Se

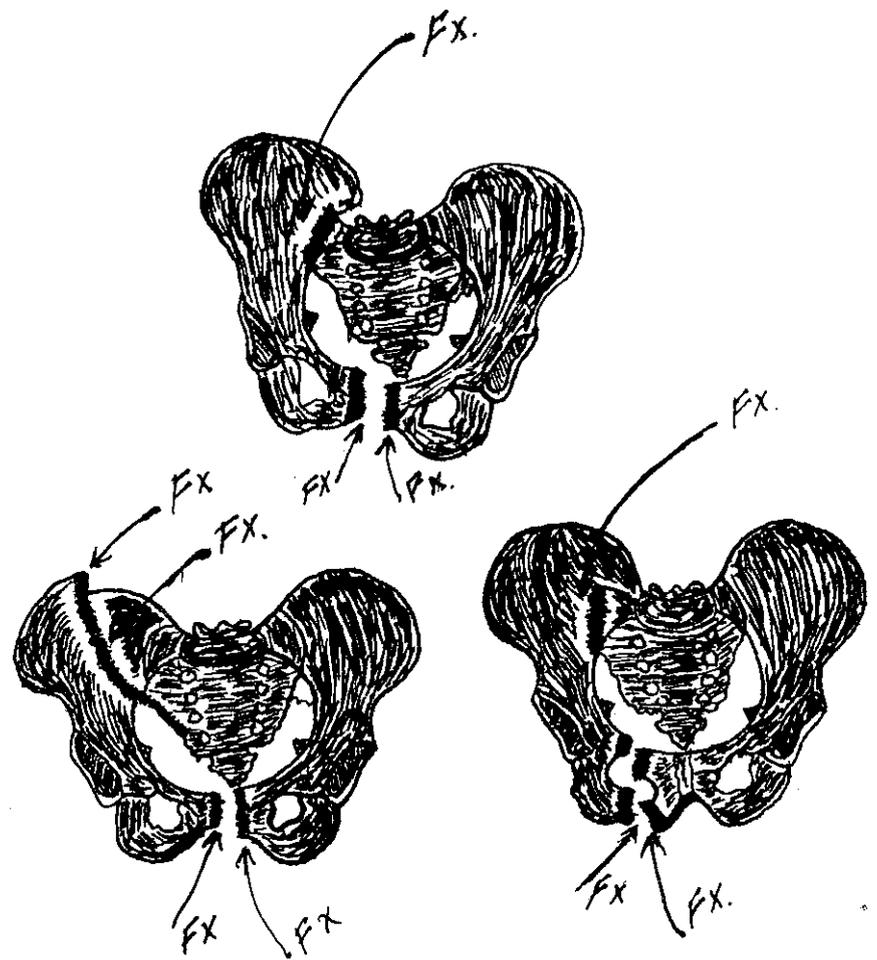
sabe actualmente que los casos en que se ha habido verdadera fractura o desplazamiento de los huesos del Coccix puede haber dolor persistente en la zona sacrococcigia a consecuencia del prolapso del disco lumbrosacro en la línea media, con compresión de los nervios sacro y coccígeo. Insistimos una vez más en que es preciso rechazar toda idea de que la coccidinia es un simple manifestación de histeria o un trastorno funcional.



LESIONES TRAUMATICAS AISLADAS DEL ANILLO PELVIANO



LESIONES MIXTAS DEL SEGMENTO PUBIANO
DEL ANILLO PELVIANO



LESIONES TRAUMATICAS COMBINADAS
DE LOS SEGMENTOS PUBIANOS E ILIACO
DEL ANILLO PELVIANO

V- CASOS PRESENTADOS

PACIENTES ESTUDIADOS:

| Nombre | No. Registro | No. Rayos X | Diagnóstico |
|-----------------------------|--------------|-------------|---|
| 1- Isabel Bután | 569-21 | 29930 | Fract. con minuta pubis izq. |
| 2- María Tomat | 569-24 | 29927 | Fract. rama ascendente y descendente pubis derecho y Frat. transversal rama ascendente pubis - izq. |
| 3- Juana Panigual Casel | 569-55 | 29898 | Fract. con minuta cuerpo pubis derecho y fract. cimpresiva rama ascendente pubis izq. |
| 4- Augustina Algua Espansay | 569-05 | 29892 | Fract. rama ascendente y descendente pubis izq. y fract. cuerpo pubis izq. |

| Nombre | No. Registro | No. Rayos X | Diagnóstico |
|-------------------------------|--------------|-------------|---|
| 5- Feliciano Saloj Sismic | 144-75 | 29847 | Fract. rama ascendente pubis derecho y fract. rama descendente pubis izquierdo. |
| 6- Domingo Alvarado | 423-74 | 29844 | Fract. rama ascendente pubis derecho y fract. rama descendente pubis izquierdo. |
| 7- Antonio Rangel | 568-49 | 29836 | Fract. rama ascendente pubis derecho y fract. - rama descendente pubis izquierdo. |
| 8- María Teresa Cunes | 568-94 | 29830 | Fract. rama ascendente y descendente pubis derecho y fract. rama ascendente pubis izquierdo |
| 9- María Ines Juchan | 569-15 | 29905 | Fract. rama ascendente pubis izq. y fract. rama descendente pubis derecho. |
| 10- Juliana Xicoy | 569-09 | 29886 | Fract. rama ascendente pubis izq. y fract. rama descendente pubis derecho. |
| 11- Modesta Díaz Esmuc | 569-11 | 29882 | Fract. rama ascendente pubis derecho y fract. rama descendente pubis izquierdo. |
| 12- Martín Sian Sansir | 568-78 | 29869 | Fract. rama ascendente y descendente pubis izquierdo. |
| 13- Fernanda Catun Marroquín | 568-77 | 29871 | Fract. rama ascendente y descendente pubis derecho. |
| 14- Francisco Serech Alvarado | 568-69 | 29861 | Fract. rama ascendente y descendente pubis derecho. |
| 15- Matilde López | 568-72 | 29856 | Fract. rama ascendente y descendente pubis - izq. y fract. cuerpo pubis derecho. |

| | Nombre | No. Registro | No. Rayos X | Diagnóstico |
|-----|----------------------|--------------|-------------|---|
| 16- | Miguel Juarez Cabox | 571-65 | 29933 | Fract. rama ascendente y descendente pubis de ambos lados. |
| 17- | Elizabeth Tesaguic | 571-61 | 19931 | Fract. rama ascendente y descendente pubis de recho y cuerpo pubis izq. rama descendente. |
| 18- | Tomasa Zapata Tapie | 571-56 | 29983 | Fract. rama descendente pubis izquierdo. |
| 19- | Baudilia Socoe | 569-04 | 29891 | Fract. rama descendente y descendente pubis derecho. |
| 20- | Florencia Cali | 571-57 | 29880 | Fract. rama ascendente pubis lado izquierdo. |
| 21- | Victoria Chutá Quiná | 569-41 | 29910 | Fract. rama ascendente y descendente pubis de recho y Fract. rama descendente pubis izq. |

| | | | | |
|-----|-----------------------|--------|-------|---|
| 22- | Rosa Chiquila Tisol | 569-92 | 29944 | Fract. pubis ambos lados sin desplazamiento. |
| 23- | Sandra Mendez Tujuy | 569-96 | 29918 | Fract. lineal rama ascendente y descendente pubis izq. |
| 24- | Ruty Coj Coj | 568-79 | 29983 | Fract. rama ascendente y descendente pubis derecho y fract. rama descendente pubis izq. |
| 25- | Felipa Juarez Destol | 569-01 | 29893 | Fract. rama descendente pubis derecho. |
| 26- | Clemencia Capir Cumén | 571-79 | 30302 | Fract. rama ascendente y descendente pubis izquierdo. |
| 27- | Angela Marroquín Cruz | 568-83 | 29994 | Fract. rama ascendente pubis derecho. |
| 28- | Angela Sitare | 569-54 | 29900 | Fract. rama descendente pubis izq. y fract. rama ascendente pubis derecho. |

| Nombre | No. Registro | No. Rayos X | Diagnóstico |
|-------------------------|--------------|-------------|--|
| 29- Daniel Raxzal Quiná | 569-12 | 29902 | Fract. rama ascendente pubis izq. y fract. rama descendente pubis derecho. |
| 30- Luisa Saj Cristal | 569-06 | 29887 | Fract. rama ascendente y descendente pubis izquierdo. |

VI- RESULTADOS DEL ESTUDIO

De los treinta casos atendidos, relacionados anteriormente, he creído conveniente para mayor comprensión y desarrollo del tema, hacer un análisis general sobre los datos personales para determinar los porcentajes estimados para la zona de occidente del país afectada por el terremoto y atendida en el Hospital General de Quezaltenango, conforme lo detallo a continuación:

EDAD

| | | | | | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|
| De 0 - 1 ... | 1 - 4 ... | 5 - 9 ... | 10-14 ... | 15-44 ... | 45 o más |
| 0 - 0% | 1 - 3.3% | 0 - 0% | 1 - 3.3% | 16 - 53.3% | 12 - 40% |

El porcentaje mayor fue la edad comprendida entre los 15 a 44 años, con un 53.3%. Siguiendo a continuación la edad de 45 años o más con un porcentaje de 40%; después hubieron dos casos que equivalen al 3.3% cada uno en las edades de 1 a 4 y de 10 a 14 años, lo cual nos demostró que el mayor número de pacientes fueron adultos. Los casos de pacientes jóvenes fueron leves y con una recuperación rápida.

SEXO

| | |
|-------------|--------------|
| Masculino | Femenino |
| 5 = 16.76 % | 25 = 83.33 % |

El sexo femenino fué el más afectado con un porcentaje de 83.33% en 25 casos, mientras que el sexo masculino en 5 casos nos dió un porcentaje equivalente al 16.67%.

RAZA

| Ladinos | Indígenas | Otros |
|----------|-----------|---------|
| 3 = 10 % | 27 = 90 % | 0 = 0 % |

Los casos atendidos en el Hospital General de Occidente - fueron de habitantes de los departamentos de Chimaltenango, Sololá y Chichicastenango, zonas donde habita mucha raza indígena, razón por la cual la raza indígena fué la más afectada, con un porcentaje del 90 %, mientras que los ladinos solo alcanzaron el 10 % y 0 % los otros.

ESTADO CIVIL

| | |
|-------------|--------------|
| Soltero: | 5 = 16.66 % |
| Casado: | 8 = 26.67 % |
| Viudo: | 5 = 16.66 % |
| Unido: | 12 = 40.00 % |
| Divorciado: | 0 = 0 % |
| Separado: | 0 = 0 % |
| Sin Espc.: | 0 = 0 % |

El Estado Civil Unido alcanzó el mayor porcentaje con un 40.00 % pues este estado predomina en nuestra población campesina, siguiendo los casados con un 26.67 % y Unidos y Solteros con el 16.66 %.

OCUPACION

| | |
|---------------------|--------------|
| Oficios Domésticos: | 24 = 80.00 % |
| Agricultor: | 5 = 16.67 % |
| Estudiante: | 0 = 00.00 % |
| Otros: | 1 = 03.33 % |

Los Oficios Domésticos alcanzaron el mayor porcentaje por que la mayoría de pacientes fueron mujeres con un 80.00 %, seguidas de los agricultores que llegaron a un 16.67 % y en el rubro Otros un 3.33 %, habiendo una niña de edad de 1 a 4 años.

PROCEDENCIA

| | |
|----------|--------------|
| Ciudad: | 3 = 10.00 % |
| Pueblo: | 17 = 56.67 % |
| Aldea: | 8 = 26.67 % |
| Caserío: | 2 = 6.66 % |

La procedencia de Pueblo alcanzó el mayor porcentaje con un 56.67 % debido a que la mayoría de pacientes atendidos habitan en un pueblo que fué totalmente arrasado por el sismo. Los casos de Ciudad eran referidos de ciudad de Guatemala para Quetzaltenango por eso alcanzó el 10 % y los de Aldea y Caserío procedían de departamentos adyacentes o próximos a la bella Xelañū.

SIGNOS Y SINTOMAS

A continuación me permito exponer un resumen de los principales Signos y Síntomas que los pacientes presentaron al ser ingresados al Hospital General de Occidente, como lo explico a continuación:

- Dolor
- Falta de Movimientos en miembros inferiores
- Crepitación
- Edema
- Inconsciencia
- Anuria
- Trabajo de Parto Activo
- Poliaquinuria
- Hematuria
- Distensión Abdominal
- Abdomen Agudo

DOLOR:

Se presentó en el total de los pacientes que sufrieron traumatismo de cadera, algunos con dolor severo, pero la mayoría presentó un dolor moderado en la región de la cadera.

FALTA DE MOVILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES:

De los treinta pacientes atendidos, veintiseis presentaron este síntoma que se debió más que todo, no a falta de movilidad propiamente dicha, sino a que en esta posición se sentían mejor, en el motivo de consulta. Y solo cinco casos presentaron verdadera falta de movilidad, como se verá más adelante.

CREPITACION:

Al efectuar el examen físico solamente cinco casos presentaron crepitación en la región de las caderas con falta de movimiento de miembros inferiores.

EDEMA:

Solamente lo presentaron dos pacientes después de siete días de haber sufrido el traumatismo, encontrándose un Edema grado uno en la región de ambas caderas.

ANURIA:

Este síntoma lo presentaron dos pacientes de edad de 45 años o más, que tenían además asociado un problema prostático,

por lo cual fueron referidos al Hospital Roosevelt a ciudad de Guatemala, para hacerles un Prostatectomía.

TRABAJO DE PARTO ACTIVO:

Se presentó el caso de una paciente con embarazo de treinta y ocho semanas, por lo cual se le hizo una Cesárea Segmentaria Treasperitoneal, con resultado favorable para madre e hijo.

POLIAQUINURIA:

Fué este un síntoma que presentó un paciente de edad entre 15 - 44 años con una ruptura posterior de Uretra, por lo que fué referido a ciudad de Guatemala para la reparación de uretra.

HEMATURIA:

Se manifestó en dos casos, uno el que tenía una ruptura posterior de uretra y el otro presentaba cálculos en la vejiga, los cuales cedieron al extraerlos.

DISTENSION ABDOMINAL:

La presentó un paciente que tenía una impactación de heces, que mediante su tratamiento terminó el problema.

ABDOMEN AGUDO:

Cuatro pacientes lo manifestaron mediante comprobación de

ruptura de vejiga por laparotomía, por lo que se les practicó reparación de la ruptura y cistostomía.

COMPLICACIONES

No hubo ningún caso de muerte en los treinta pacientes atendidos en el Hospital General de Occidente con diagnóstico de Fractura de Pelvis. De 147 casos atendidos de fracturas, el 20.40 % correspondió a fracturas de pelvis.

Las causas principales de complicaciones en los pacientes con fractura de pelvis, fueron: primero, ruptura de vejiga con cuatro casos para un porcentaje de 13.33 %; segundo, fué la ruptura de uretra posterior con dos casos con un 6.66 %; presentándose también varias complicaciones pulmonares, que para ser más exacto fueron dos Neumonías y una Bronconeumonía que dieron un porcentaje del 10 % como era de esperarse, ya que los pacientes estuvieron mucho tiempo en posición decubito supino.

EXAMENES DE LABORATORIO

Los treinta casos de Fracturas de Pelvis fueron sometidos a exámenes de laboratorio de HEMATOLOGIA, HECES, ORINA, algunos pacientes presentaron varias enfermedades parasitarias, por lo que fué mayor el número de Entidades Patológicas, con el resultado siguiente:

HEMATOLOGIA:

| | |
|--------------------------------|----|
| Anemia..... | 19 |
| Velocidad de Sediment. alta .. | 4 |
| Leucocitosis | 6 |

HECES:

| | |
|----------------------|----|
| Ascaridiasis | 22 |
| Uncinariasis | 8 |
| Tricocefalosis | 6 |

ORINA:

| | |
|--------------------------------|---|
| Leucocitos Altos | 2 |
| Sedimento Urinario | 3 |
| Albúmina Alta | 3 |
| Glóbulos Rojos Abundantes | 3 |

TRATAMIENTO

El Hospital General de Occidente se encontraba en capacidad para atender a muchos pacientes, pero no para cumplir con las necesidades en caso de una catástrofe nacional como la ocurrida en esta ocasión. Cuando empezamos a recibir pacientes solamente traumatizados, en poco tiempo se nos agotó el material traumatológico, por lo que hubo necesidad de hacer nuevos aparatos de tracción o de inmovilización, para que así, cuando ingresaban pacientes que se les diagnosticaba fracturas de pelvis, se les colocaba su Tracción de Tillaus en la totalidad de los casos.

A los pocos días llegaron médicos traumatólogos de México, quienes estuvieron de acuerdo con el tratamiento establecido, luego arribaron al Hospital médicos Norteamericanos que dieron explicaciones de algunos tratamientos, así como de sus resul-

tados y experiencias, por lo que se dejaron solamente SEIS pacientes con tracción y los VEINTICUATRO restantes se les dejó solamente en reposo relativo. Explicaron ellos que es el paciente el que dá la pauta para su movilidad, lo que nos dió un porcentaje de 20 % para los pacientes con tracción y un 80 % para los pacientes con reposo relativo. Al analizar ambos tratamientos se comprobó que los días de hospitalización fueron menos para los que solamente se encontraban con reposo relativo que para los pacientes con tracción.

A todos los pacientes se les dió sus analgésicos con magníficos resultados. A cuatro pacientes se les efectuó Cistostomía - porque presentaron ruptura de vejiga. Tres de los pacientes de más edad presentaron complicaciones pulmonares a los cuales se les dió su tratamiento con antibióticos y se efectuó una cesárea segmentaria transperitoneal con resultados halagadores.

Este fué el tratamiento efectuado con lo cual todos los pacientes con Diagnóstico de Fractura de Pelvis egresaron muy bien comprobándolo con su radiografía de pelvis, en la cual se vio su consolidación después del tratamiento y les dió cita posterior. Solamente cinco pacientes no concurrieron a sus citas y los veinticinco que si regresaron, tuvieron su control por más de seis meses obteniendo así una buena recuperación.

Los casos restantes de fracturas fueron debidamente atendidos con lo cual se logró una recuperación total en los 114 casos y con su tratamiento posterior salieron curados, llevándose solamente un mal recuerdo de esas horas de angustia que vivieron.

VII- CONCLUSIONES

- 1- Que las Fracturas de Pelvis que se presentaron fueron en un 80 % de Fracturas Mixtas.
- 2- Que la edad que fué más afectada, fué la comprendida en 15 - 44 años con un porcentaje de 53.3 %.
- 3- Que el sexo femenino alcanzó un 83.3 % superando así al masculino.
- 4- Que la Raza Indígena fué la que sufrió el mayor porcentaje con el 90%, por ser la zona más habitada por ella.
- 5- Como era de esperarse el Estado Civil de Unido alcanzó el mayor porcentaje con un 40 %.
- 6- Que al ser el sexo femenino el mayor afectado, lógicamente los servicios domésticos alcanzaron el 80 % sobre los demás.
- 7- Que una de las zonas más afectadas fue Tecpán, de donde se recibió el mayor número de pacientes, por lo que el rubro de pueblo alcanzó el mayor porcentaje con un 56.67 %.
- 8- El Síntoma que alcanzó el 100 % fué el DOLOR, por el traumatismo sufrido.
- 9- Que la principal causa de complicación fué la de Ruptura de Vejiga.

VIII- RECOMENDACIONES

- 1- Que los Hospitales Nacionales deben de estar mejor equipados para casos de emergencias, como la tragedia vivida por el Pueblo Guatemalteco durante el terremoto del 4 de Febrero de 1976.

- 2- Que debe de hacerse un análisis completo de la situación del Hospital General de Occidente, antes, en y después del terremoto para ver que fué lo positivo y negativo que dejó como consecuencia del mismo.

- 3- Determinar la capacidad exacta del Hospital General de Occidente y sus posibilidades de ampliación, para la admisión de pacientes en una emergencia como la que vivimos.

- 4- Que debe buscarse la forma de coordinar mejor al Hospital General de Occidente con los otros Centros Hospitalarios públicos para la referencia de pacientes en casos de emergencia.

IX- BIBLIOGRAFIA

- 1- Archivos del Hospital General de Occidente.

- 2- Cirujía Ortopédica de Cambell.
Editorial Intermédica, Capítulo de Fracturas.
Buenos Aires, Argentina.

- 3- Cirujía Ortopédica de Watson.
Editorial Interamericana, Capítulo Fracturas Pelvis.
Buenos Aires, Argentina.

- 4- Tratado de Patología Quirúrgica de Davis Christopher.
Editorial Interamericana, Capítulo Fracturas.
Buenos Aires, Argentina.

Br. Raúl Enrique Magaña Polanco

Dr. Luis Maldonado
Asesor

Dr. Eduardo Molina
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto G.
Decano