

Análisis Estadístico Multifactorial en la Consolidación de la Fractura Diafisaria de Fémur

Alonso García D.; Albarrán Rodríguez C.F.; Vaccia Abarca M.; Zecchetto Benvenuto P.; Zamorano Cadenas A.; Bahamonde Muñoz L.
Complejo Asistencial Universitario de León, León, Spain
Hospital Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas diafisarias de fémur en la población joven se deben a traumatismos de alta energía y en el contexto del paciente politrauma. Analizar los factores intrínsecos y extrínsecos que influyan en su buena evolución es crucial para la adecuada reintroducción al mundo laboral.

OBJETIVOS

Analizar los factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en la consolidación de la fractura diafisaria de fémur.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo de fracturas diafisarias de fémur intervenidas en hospital mutual del 2012 al 2015 mediante osteosíntesis con clavo anterogrado, retrógrado y placa. **N:107**

Se analizaron las diferencias significativas en cuanto a su evolución (unión, pseudoartrosis) de acuerdo a:

- Características epidemiológicas de la muestra,
- Tipo de fractura (tipo AO y Winquist) y manejo,
- Presencia de fracturas asociadas.

Análisis estadístico con SPSS, nivel de significación del 0.05.

		Count	%
Evolución	Unión	87	81,3%
	No Unión	20	18,7%
Edad		37 años	
Sexo	Hombre	95	88,8%
	Mujer	12	11,2%
Diabetes	No	87	95,6%
	Sí	4	4,4%
Obesidad	No	63	85,1%
	Sí	11	14,9%
Tabaco	No	48	67,6%
	Sí	23	32,4%

		Unión	No Unión
TipoClavo	Anterogrado	34,5%	15,0%
	Retrogrado	65,5%	65,0%
	Placa	0,0%	20,0%
Reducción	Abierta	14,3%	26,3%
	Cerrada	85,7%	73,7%
Cobertura	No	94,3%	90,0%
	IDE	3,4%	5,0%
	Colgajo	1,1%	0,0%
	Microcirugía	1,1%	5,0%
CoFracturas EEII	No	70,1%	45,0%
	Pelvis	9,2%	15,0%
	Cadera	8,0%	5,0%
	EEII	12,6%	35,0%
CoFracturas EESS	No	92,0%	75,0%
	Sí	8,0%	25,0%

Clasificación de Winquist: tercer fragmento						
	0	1	2	3	4	
Unión	45 81%	18 81%	8 61,5%	12 80,0%	1 16,7%	
No Unión	9 19%	2 9%	2 15,4%	2 13,3%	4 66,7%	
	O	I	II	III	IV	

RESULTADOS.

Muestra de 107 casos de fracturas diafisarias de fémur agrupadas en Unión (N87) y No-Unión (N20).

No se describen diferencias significativas en cuanto a las características epidemiológicas (edad media 37 años, 89% varones y 11% mujeres, diabetes 4%, obesidad 15%, tabaco 32%).

No se encontraron diferencias significativas en el riesgo de no-unión según el tipo de enclavado, fresado o tipo de reducción; pero sí en el uso de osteosíntesis con placa donde el riesgo fue mayor.

Existen **diferencias significativas** en cuanto al riesgo de no-unión en pacientes con fracturas de EESS asociadas (25% en la no-unión, respecto al 8%) y fracturas de pierna (35% y 12% respectivamente) que retrasan la carga precoz del paciente.

Se describe aumento del riesgo de no-unión por mayor tipo Winquist, siendo **significativa** en tipo 4, y en relación al tamaño del tercer fragmento (fracturas 32B y32C).

No se encontraron diferencias significativas en relación al fresado (98%) o tipo de reducción abierta/cerrada (17%/93%).

CONCLUSIONES.

El control correcto de los factores intrínsecos al paciente y tipo de fractura asociada a una osteosíntesis estable son fundamentales para la carga precoz en las fracturas diafisarias de fémur, y lograr la consolidación adecuada.