

Caracterización biopsicosocial de adultos mayores con fractura de cadera en un área de salud del municipio Cerro.

Elena Silva Jiménez.* Esther de la C. Rúa Hernández.**

*Dra en medicina Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Correo electrónico: eles@infomed.sld.cu

**Licenciada en Educación especialidad de Biología. Máster en Cultura Física Terapéutica. Profesora Asistente. Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Correo electrónico: estherdelac@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El aumento total de la población mundial se distinguirá en el futuro cercano, por una proporción cada vez mayor y acelerado de personas de 60 años y más. El comportamiento del envejecimiento en Cuba está a nivel de los países más desarrollados y constituye un logro de las políticas de salud implementadas desde el inicio de nuestra Revolución. La salud del anciano presenta un amplio espectro de situaciones posibles que pueden ir: desde la disminución de la funcionabilidad, dependencia, hospitalización institucionalización y muerte. Una de las patologías que se mueve en este espectro y que constituye un índice importante de funcionabilidad en el anciano son las fracturas de caderas. **Objetivo:** Caracterizar a los ancianos con fractura de cadera en el policlínico “Abel Santamaría Cuadrado”. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de todos los pacientes mayores de 60 años, que tuvieron fractura de cadera en el policlínico Abel Santamaría, municipio Cerro, durante el período comprendido entre el 1ro de junio del año 2011 y el 30 de junio del año 2012. El universo estuvo conformado por 31 ancianos, de los cuales 25 constituyeron de forma definitiva la muestra de dicho estudio. El procedimiento fue a través de una encuesta en profundidad y la aplicación del índice de kazt. **Resultados:** El procedimiento fue a través de una encuesta en profundidad. Predominó el grupo de edad entre 75-79, el sexo femenino, la escolaridad primaria, los viudos, jubilados que conviven con familia, causado fundamentalmente por osteoporosis, afectaciones psicológicas más notables: tristeza y la irritabilidad, más de de la tercera parte se rehabilitaron. **Conclusiones:** Se demostró una adecuada calidad de vida en estos pacientes.

Palabras claves: adultos mayores, fractura de cadera y rehabilitación.

ABSTRACT

With the purpose of characterizing the old men with hip fracture was carried out a descriptive study of all the patients' traverse court bigger than 60 years that had Hip Fracture in the Abel Santa Maria Policlinic, on Cerro's Municipality, during the period understood among June 2011 to June 2012. The universe was conformed by 31 old men, of which 25 constituted in a definitive way the sample of this study. The procedure was through a survey in depth. The age group prevailed among 75-79, female sex, primary schooling, they were widowers, pensioners cohabiting with family and caused fundamentally by osteoporosis, and remarkable psychological affectations: sadness and the irritability. More than of third o'clock he/she leaves they rehabilitated; what demonstrates an appropriate quality of life in these patients.

Key words: bigger adults, hip fracture, and rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

El mundo actual se enfrenta a disímiles desafíos entre los que se hallan los relacionados con la población. Una de las singularidades demográficas que más atención ha demandado en los últimos años es el progresivo envejecimiento poblacional. Tal crecimiento ha originado por primera vez en la historia de la humanidad el reconocimiento de la necesidad de una pesquisa científica, cuyo resultado contribuya a impulsar cambios a favor de ese grupo de edad. La salud del anciano presenta un amplio espectro de situaciones posibles que pueden ir: desde la disminución de la funcionalidad, dependencia, hospitalización institucionalización y muerte^{1,2,3}

Una de las patologías que se mueve en este espectro y que constituye un índice importante de funcionalidad en el anciano son las fracturas de caderas, donde el EMAG juega un papel importante en mejorar o prevenir la pérdida de la capacidad funcional con síndromes invalidantes físicos, psíquicos o sociales favoreciendo la calidad de vida del anciano.

La fractura de cadera es la lesión discapacitante más común y la causa de muerte accidental en ancianos. La incidencia y las consecuencias en la salud pública y la economía aumentan paralelamente al envejecimiento de la población. La prevención y manejo de las fracturas de cadera comprende un amplio espectro de disciplinas. La mayoría de las personas requiere cirugía seguida de un período de rehabilitación. La complejidad de la curación necesaria para las fracturas de cadera las convierte en una prueba real y un marcador útil de la integración y la eficacia de la atención médica moderna.⁴

Las fracturas de caderas en nuestra área de salud han ido en aumento desde el año 2006 a la fecha en un 3.5 por ciento

¿Cuáles serían las características bio-psico-sociales y funcionales de estos ancianos?

Estos fueron los aspectos fundamentales que nos inspiraron a realizar esta investigación. En la medida que “todos comprendamos, que los viejos no son los otros

sino nosotros en el devenir del tiempo, se irá logrando un trato más humanitarios y justo para los ancianos”. Los esfuerzos de la medicina para prolongar la vida, no tendrían sentido por sí solos, sino nos esforzamos para mejorar las actitudes hacia esa vida que se prolonga. Nuestro estudio se propone describir algunas características biológicas, psicológicas y sociales de estos gerontes, identificar las causas de la fractura de cadera, determinar la capacidad funcional de estos ancianos y precisar los factores que entorpecieron el proceso de rehabilitación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de todos los pacientes mayores de 60 años, que tuvieron fractura de cadera en el policlínico Abel Santamaría, municipio Cerro, durante el período comprendido entre el 1ro de septiembre del año 2010 y el 30 de septiembre del año 2011. El universo estuvo conformado por 31 ancianos, de los cuales 25 constituyeron la muestra de dicho estudio.

Criterio de inclusión: pacientes de 60 años y más con fractura de cadera que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.

Criterio de exclusión: aquellos ancianos que estuvieron en desacuerdo en participar en la investigación y los que no se encontraban en el área en el momento del estudio. Se contó con el consentimiento informado oral y escrito de los ancianos estudiados o en su defecto, con la aprobación de las personas responsabilizadas con él y además se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas.

Las variables utilizadas fueron: La edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, convivencia familiar, causas de la fractura de cadera, comportamiento de la esfera psicoafectiva, comportamiento de la capacidad funcional y causas de la no rehabilitación.

Se realizó una entrevista estructurada y se utilizó una observación participante, además de de las Historias Clínicas geriátricas de cada uno de los ancianos. El procedimiento fue a través de una encuesta en profundidad y la aplicación del Índice de Katz. Se

realizó un análisis estadístico descriptivo mediante medidas de resumen. Los resultados se presentaron mediante tablas de distribución de frecuencia (en números absolutos y por cientos).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan los principales resultados de los estudios realizados en nuestra investigación. La discusión se basa en la comparación de los hallazgos entre los estudios aquí presentados y los resultados por otros autores o por el autor con contexto diferentes. A ello se le adiciona cierto nivel de imaginación, a partir de la experiencia y de la bibliografía consultada.

Se obtuvo como resultado que la edad que predominó fue el rango de 75-79 años de edad en este estudio existió mayor número de fractura a medida que aumenta la edad, este resultado se corresponde con lo que reportan otros autores⁴

Con relación al sexo predominó el femenino, lo que coincide con la totalidad de las bibliografías revisadas.^{4,5,6,7} Las autoras consideran también, que pueden existir otros factores no controlados con el procedimiento utilizado que pudieran estar influyendo sobre este resultado.

En cuanto a la escolaridad, reflejado, es significativo que similares resultados hallados por las autoras, se obtuvieron en las bibliografías consultadas,^{6,7} donde se plantea que predominan las fracturas en los gerontes con una baja escolaridad. Considerando que a mayor nivel cultural el anciano presenta una mayor percepción de riesgo y por lo tanto acata mucho mejor las orientaciones médicas preventivas.

Predominaron los ancianos viudos, lo que coincide con otros estudios realizados.^{6,8} puesto que se ha perdido el principal confidente y apoyo psicológico, social y económico que tenía la anciana; uniéndosele además las enfermedades, el enlentecimiento, la fragilidad y el deterioro de la apariencia física, entre otros.

Con relación a la ocupación (tabla 1), podemos señalar que más de la tercera parte de los estudiados son jubilados, aspecto este muy similar al encontrado en otras

bibliografías.^{6,8} Se considera la jubilación, como un factor de riesgo de fractura de cadera ya que trae consigo la pérdida del rol social, pues los adultos mayores de nuestro estudio no tuvieron un proyecto de vida antes de su retiro.^{9, 10} (ver anexo)

En la tabla 2 se puede apreciar que predominan los ancianos que viven con familia, este resultado no coincide con los de otros autores^{6, 8} que plantean que en el anciano solo, se observa con mayor frecuencia la fractura de cadera. Esto puede estar dado a que el número de anciano solo de esta muestra es bajo. (Ver anexo)

Se puede observar en la tabla 3 que la causa que predominó en este estudio fue la osteoporosis, lo que coincide con la literatura revisada.^{4, 6, 8} (ver anexo)

Se puede apreciar en esta tabla 4 que las alteraciones psicoafectivas más frecuentes encontradas fueron la tristeza y la irritabilidad, aspecto este muy variable en los diferentes estudios realizados por otros autores.^{5, 6} (ver anexo)

En dicha tabla 5 se puede apreciar que el 60 por ciento de los ancianos de nuestro estudio pudieron realizar las A.V.D a pesar de la fractura de cadera que presentaron, este resultado no coincide con el encontrado en otras bibliografías.¹¹ Estas autoras señalan que esta disimilitud puede deberse, entre otras razones a: El modo de aplicar los instrumentos, la propia definición de discapacidad y las características y tipos de instrumentos utilizados en los diferentes estudios. Además considera que el alto por ciento de independencia encontrado en nuestro estudio se debió a que intervinieron múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales favorecedores que tuvo nuestra muestra. (Ver anexo)

En la tabla 6 se puede apreciar que la causa más frecuente de no rehabilitación fue la no realización de los ejercicios indicados por el fisiatra, este resultado fue variable en las distintas bibliografías revisadas.^{12, 13} (ver anexo)

CONCLUSIONES

Se demostró en nuestro estudio que predominaron los gerontes del grupo de edad entre 75-79, del sexo femenino, la escolaridad primaria, el viudo, el jubilado, el que convive con familia, y la afectación psicológica más común fue la tristeza. Se señala con particularidad el hecho de que la cusa más frecuente, de fractura de cadera, encontrada fue la osteoporosis. Se evidenció en más de la tercera parte de los adultos mayores una elevada capacidad funcional. Fue relevante el hallazgo en este estudio, que el no cumplimiento de los ejercicios indicados fue la principal causa de la no rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz, Malagón Y y Guevara González, O. Enfoques de la situación de salud del adulto mayor. □ Monografía en Red cubana de Gerontología y Geriatria □. [Fecha de acceso 2-2-2010]; disponible en URL: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>; 2010.
2. Hernández Castellón R. Envejecimiento de la población. En: Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050. . La Habana: CEDEM: 2010. 374-418.
3. MINSAP. ONE. Anuario Estadístico de Cuba. Ed. Especial; La Habana; 2012.
4. Parker MJ, Handoll HHG. Hip fracture. Clinical evidence. BMJ Publishing, 2008.
5. Tinetti M, Christianna S, Williams MPH. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. N Engl J Med 1997; 337:1279-84. [Medline].
6. Riesgo de caídas en la tercera edad. [Fecha de acceso 3-03-2010]. Disponible en URL: <http://www.lucor.com>.
7. Pérez Carvajal, Alexis, Matos Duarte, Severino E., P *et al*. Morbilidad por fractura de cadera. Rev cubana ortop traumatol, ene.-dic. 2004;(14)1-2:12-16. issn 0864-215x
8. Caídas en el anciano [Fecha de acceso 3-03-2010]. Disponible en URL:

<http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=14387>

9. Hernández Pérez, Y. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Municipio Puerto Padre y Las Tunas. [Trabajo para optar por el título de Especialista de 1er grado en Bioestadística]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1999.
10. Tello Velásquez, Y. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Municipios Jobabo y Amancio Rodríguez [Trabajo para optar por el título de Especialista de 1er grado en Bioestadística]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1999.
11. Alteraciones de la Movilidad (Inmovilidad) Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2011.
12. Cameron ID, Handoll HHG, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. Cochrane Database Syst Rev 2011.
13. Cameron I, Crotty M, Curry C, Finnegan T, Gillespie L, Gillespie W, et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. Health Technol Assess 2011; 4(2):1-111.

ANEXOS.

Tabla 1: Distribución de los pacientes según ocupación. Policlínico Abel Santamaría. Municipio Cerro. 1ro de junio de 2011-30 de junio de 2012.

Ocupación	No.	%
Ama de Casa	5	20
Trabajador	1	4
Jubilado	19	76
Total	25	100

Tabla 2: Distribución de los ancianos según la convivencia familiar.

Convivencia familiar	No	%
Anciano solo	5	20
Anciano con familia	20	80
Total	25	100

Tabla 3: distribución de los pacientes según las causas de las fracturas de cadera.

Causas	No.	%
Accidentes	4	16
AVE	5	20
Osteoporosis	10	40
Otras	6	24
Total	25	100

Tabla 4: Distribución de los pacientes según características de su esfera psicoafectiva.

Indicadores	No	%
Tristeza	25	100
Pesimismo	10	40
Trastornos del sueño	13	52
Irritabilidad	20	80
Pérdida de autoconfianza	10	40
Ideación suicida	2	8

Tabla 5: distribución de los pacientes según su capacidad funcional (Actividades de la vida diaria).

Actividades de la vida diaria	No	%
Independiente	15	60
Dependiente	10	40
Total	25	100

Tabla 6. Causas de la no rehabilitación.

Causas	No	%
No cumplimiento con los Ejercicios de rehabilitación	10	40
Aparición de complicaciones	5	20
Poca cooperación familiar	7	28
Demencia senil	3	12
Total	25	100