PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n22/170.php

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Cómo afrontar una fractura de cadera**

Autores Jesús *Mateo Segura*,[1] Raquel *Arquero Jerónimo*,[2] Elena *Martín Quirantes*[3]
Centro/institución (1) Hospital Torrecárdenas (SAS), Almería; (2) Centro de Salud de Vera (SAS), Almería; (3) Hospital Santa Lucía (SMS), Cartagena
Ciudad/país (1,2) Almería, España. (3) Murcia, España
Dirección e-mail Jmateo84@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La fractura de cadera en los ancianos es una de las patologías más frecuente dentro de los Servicios de Traumatología. Suele realizarse entre la cabeza femoral y el cuerpo del fémur. Al acudir a nuestros sistemas sanitarios, refieren que han sido causados por una caída accidental sobretodo en domicilios, pero la fractura suele ser provocada por la osteoporosis, produciendo la rotura del hueso y posteriormente la caída.
La osteoporosis se define como un trastorno del sistema esquelético caracterizado por baja masa ósea y deterioro de la micro-arquitectura del tejido óseo, con el consecuente incremento de la fragilidad ósea y una mayor susceptibilidad a las fracturas. La resistencia ósea refleja esencialmente la unión de densidad y calidad óseas. A su vez, el concepto de calidad pretende integrar todos aquellos factores ajenos a la masa ósea que condicionan la fragilidad del hueso, e incluye la micro-arquitectura, el grado de recambio, acumulo de lesiones o micro-fracturas y el grado de mineralización. Se trata de un proceso prevenible y tratable, pero la falta de signos de alerta previos a la aparición de fracturas, conlleva que pocos pacientes sean diagnosticados en fases tempranas y tratados de forma efectiva. Así, en algunos estudios se ha comprobado que el 95% de los pacientes que presentan una fractura por fragilidad no presentaba un diagnóstico previo de osteoporosis.[1]

La Organización Mundial de la Salud, en un informe realizado conjuntamente con la Fundación Internacional de Osteoporosis, afirma que «se espera que el número de fracturas de cadera debido a la osteoporosis se triplique en los próximos 50 años, pasando de 1,9 millones en 2014 hasta 6,3 millones en 2050».[2]
La mortalidad post-fractura es de 3 a 4% a los 50 años y de 28 a 30% a los 80 años. Después de sufrir una fractura de cadera, aproximadamente el 50% no puede caminar y más de 50% son incapaces de vivir independientemente.[3] Aproximadamente la mitad de los ancianos previamente independientes que sufren una fractura de cadera, pasan a ser parcialmente dependientes para las actividades de la vida diaria y un tercio, en última estancia, totalmente dependientes. Así, este tipo de fracturas supone una reducción de la esperanza de vida de un 12-20%, y un aumento de la mortalidad de un 5-20% en el primer año posterior a la fractura. Es una de las patologías quirúrgicas más frecuente en nuestro país, por lo que se le debe dar mayor atención e intentar investigar cómo prevenirlas.[4]
Como objetivo de nuestro estudio, pretendemos conocer sus vivencias durante su ingreso y posteriores relatos en la Consulta de Traumatología, sus pensamientos; describir un relato auto-bibliográfico.

Metodología

Realizamos un estudio cualitativo descriptivo a una mujer de 78 años que ingresa en un hospital público del Servicio Murciano de Salud en Marzo de 2015 tras sufrir una fractura de cadera. Bajo consentimiento informado firmado, la paciente relata el momento de su caída, día de la intervención quirúrgica, 5 días de estancia en el hospital y evolución posterior en su domicilio. Facilitamos un bloc para obtener la información, además de un cuestionario con preguntas abiertas de elaboración propia que podrá contestar durante su ingreso y tras haber recibido el Alta hospitalaria.

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA

1ª. ¿Qué estaba haciendo justo en el momento en el que sufrió la caída? ¿Cómo ocurrió?
2ª. ¿Cómo es su entorno familiar/social (ayudas para realizar las actividades básicas de la vida diaria, personales; ayuda para las tareas del domicilio…)?
3ª. ¿Imaginaba que su caída le llevaría a tener que operarse? ¿Cuáles eran sus preocupaciones en ese momento?
4ª. ¿Cómo fue su evolución durante los días de ingreso?
5ª. ¿Considera que es suficiente la rehabilitación ofrecida por el Centro Hospitalario durante su ingreso?
6ª. Tras el Alta hospitalaria, ¿Continua con la rehabilitación?
7ª. ¿Precisa ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ducharse, vestirse, deambular…)?

Gracias por su colaboración.

Organizamos 3 visitas domiciliarias (1 día por semana) de entre 60-90 minutos de duración para recoger los datos de su estado en el domicilio además del seguimiento en Consultas Externas de Traumatología.

Resultados

La paciente relata que escuchó un "crujido" en la cadera previo caída, momento en el que estaba fregando el suelo de su dormitorio. Al escuchar el sonido de su cadera se agarró con ambas manos al palo de la fregona pero de repente perdió el equilibrio y cayó sobre su lado derecho (zona afectada) hasta dar con el suelo. En ese momento comenzó un fuerte dolor "*que crecía por segundos*", según la paciente. Arrastrándose por el suelo, llegó hasta el salón para llamar al Servicio de Emergencias 112, ya que en ese momento se encontraba su marido durmiendo y aunque estuviese despierto, no podría llamar, por su dependencia total para todas las actividades de la vida diaria.
La pareja no tiene apoyo familiar, ya que el único hijo que tienen se encuentra trabajando en el extranjero. Sus relaciones sociales se basan tan solo en su vecina, una anciana de 80 años que les visita a diario.
Cuando llegó al hospital, sabía perfectamente que iba a ser intervenida de forma urgente, ya que su vecina tuvo una fractura de cadera hace 6 años. La paciente, a su llegada a planta, comentaba: «*¿Y qué va a ser de mi marido si me quedo mal? ¡No tenemos ayuda de nadie! ¡Tengo que llamar a mi vecina para que esté con él o pida ayuda al Centro de Salud!*». Solo le preocupaba su entorno.
Ese mismo día se intervino favorablemente, realizándole una osteosíntesis con clavo PFNA.
El marido de la paciente fue trasladado a una residencia de mayores, por lo que la preocupación de la paciente disminuye considerablemente.
Tras la intervención quirúrgica y estando hemodinamicamente estable, llega a Planta de Hospitalización de Cirugía Traumatológica Ortopédica.
La sujeto a estudio habla de su estancia en el hospital en el bloc ofrecido, relatando las siguientes oraciones:
«*El primer día después de operarme fue tranquilo, no me dejaban levantarme solo incorporada en la cama, con suero puesto, orinando por la sonda, una bolsa por la que sale sangre de la herida quirúrgica y sin levantarme de la cama. Los enfermeros me enseñaron a hacer los ejercicios rehabilitadores: moviendo el pié de arriba abajo y apretando la rodilla hacia abajo. Me dijeron que era para fortalecer la musculatura…¡yo soy una mandada, hago lo que me digan! Todo empezó a funcionar el segundo día. Me quitaron sueros, drenaje, sonda y catéter epidural. Me sentaron en un sillón y ya podía incorporarme. Acudió el rehabilitador y me ofreció un andador. No se me olvidarán sus palabras: "Acostúmbrese al él porque va a ser su acompañante por algún tiempo". Un enfermero me ayudó a incorporarme y comenzamos a dar unos pasos…¡Parecía un niño pequeño aprendiendo otra vez a andar! No dimos ni tres pasos cuando ya me cansé, por lo que volvimos al sillón. Por la tarde los enfermeros insistieron en que volviese a andar, por lo que ya anduve por el dormitorio hasta el*

baño para hacer mis necesidades, ¡Gracias a Dios ya podía orinar en un sitio normal! ¡Y también gracias al personal sanitario, claro está!
El tercer día el traumatólogo se sorprendió de mi mejoría. Me encontró en el pasillo andando con el andador y supervisado por un enfermero. Puse mucho empeño en poder andar correctamente para poder ir a casa y atender a mi marido, haciendo mi vida. Me dijeron que debía estar un día más para estar completamente bien, y así fue. Esa tarde iba comprobando que ya apenas debía hacer fuerza de apoyo en el andador, pero me dijeron los enfermeros que fuera con calma, que no me debía confiar. El último día estaba muy animada, volvería a ver a mi marido y a mi vecina tras varios 5 días en el hospital. Hablando con los médicos, me dijeron que todo había ocurrido por mi problema con la osteoporosis…¡Ahí me enteré que la tenía! ¿Por qué no me lo habían dicho antes en las revisiones que me hago en mi Centro de Salud? Yo hubiera tomado más calcio o lo que hiciera falta».
Le explicamos que para saber si la población tiene osteoporosis precisa realizarse una densitometría, prueba con alto valor económico que si se realizase en toda la población mayor de 60 años supondría altos costes para la sanidad pública. Prevenirla es cierto que con una dieta sana y ejercicio podría ser casi suficiente, por lo que los Equipos de Atención Primaria deberían de hacer hincapié en ello.
La respuesta de la sujeto a estudio ante la pregunta de si consideraba suficiente la rehabilitación ofrecida por el centro hospitalario fue la siguiente: «*El rehabilitador vino a traer el andador y a explicarme los ejercicios, pero los enfermeros y médico ya me habían explicado todo. Inicié mi aprendizaje gracias a ellos, y continuamente me animaban a realizar los ejercicios o a andar. Creo que atienden muy bien a los pacientes y la rehabilitación ha sido la idónea. ¡Yo salí andando con andador perfectamente, no creo que lo hayan hecho mal!*».
En las visitas a su domicilio organizadas tras el Alta Hospitalaria, nos encontramos a la paciente con bastones en lugar de andador. Refiere que se encontraba más segura con el andador, pero para subir las escaleras precisaba bastones. El rehabilitador iba a ir una vez a la semana a comprobar cómo evolucionaba la paciente, pero al ver que deambulaba correctamente, no volvió más. Ella continúa haciendo los ejercicios enseñados en el hospital para seguir fortaleciendo la musculatura de la pierna derecha además de deambular constantemente.
Para realizar las actividades de la vida diaria no tiene ningún problema, el baño lo tenía adaptado (reformado anteriormente cuando su pareja comenzó a tener problemas para desplazarse) y con ayuda de los bastones es independiente para realizar cualquier actividad personal. El único problema que presentaba era en el momento del aseo de su marido, pero se solucionaba con la ayuda parcial de su vecina.
En Consultas externas de Traumatología comprobamos que la paciente progresaba favorablemente, indicándole que el cambio a bastones le había ofrecido mayor independencia pero que aprendiese a hacer el apoyo como si se tratase de un andador, no descoordinadas como venía haciendo. Nos comenta que se adaptó a la nueva situación, aunque precisa ayuda de su vecina por el momento. Una vez que no necesite usar bastones, la sujeto a estudio continuará con su vida igual que llevaba previa caída.

Discusión

La osteoporosis es una de las enfermedades clave que favorece la aparición de las fracturas de fémur que a continuación provocan esa caída accidental en la mayoría de los casos.

Existe en la actualidad un interés plenamente justificado por la prevención de las fracturas osteoporóticas, en general, y sobre todo, de manera particular, por las que tienen lugar a nivel de la cadera. Esto ha supuesto que se hayan desarrollado estrategias preventivas con medidas farmacológicas y no farmacológicas, que independientemente de su mayor o menor eficacia, son motivo de permanente debate. También es de gran interés tener un conocimiento de los aspectos epidemiológicos de estas fracturas y de la situación de su prevalencia e incidencia, habiéndose obtenido últimamente datos importantes con relación a su situación en nuestro país a través de un estudio reciente realizado por el Grupo de Estudio de Osteoporosis de la SECOT (Acta de las Fracturas Osteoporóticas en España).[5]

Generalmente, a nivel nacional, las pautas rehabilitadoras elaboradas en los hospitales son prácticamente similares. En algunos hospitales la bipedestación la inician un día más tarde por protocolo, en otros hacen la rehabilitación solo personal rehabilitador (fisioterapeutas)…pero lo importante es iniciar los ejercicios físicos pronto para evitar otras complicaciones musculo-esqueléticas.

Conclusiones

El paciente geriátrico que sufre un traumatismo, generalmente de cadera, es un objetivo primordial en las áreas quirúrgicas hospitalarias y en Atención Primaria para su rehabilitación/adaptación al cambio para conseguir la meta final, reducir la morbi-mortalidad. Debemos valorar al paciente de forma holística e integral conociendo cuáles son sus necesidades para volver al estado previo de salud antes del accidente (promoción y protección de la salud).

Bibliografía

1. Muñoz, M; Varsavcky, M; Avilés, MD. Osteoporosis. Definición. Epidemiología. Rev Osteoporos Metab Miner 2010; 2 (3): 5-6.
2. Delmas, P.D; Fraser, M. Strong bones in later life: luxury or necessity? Bulletin of the World Health Organization. 1999, 77 (5): 421.
3. Mosquera, M.T; Maurel, D.L; Pavón, S; Arregui, A; Moreno, C; Vázquez, J. Incidencia y factores de riesgo de la fractura de fémur proximal por osteoporosis. Rev Panam Salud Pública / Pan Am J Public Health, 1998. 3 (4): 211-212.
4. Rodríguez, E.C; Ortega, M; Alonso, G. Fracturas osteoporóticas: Prevención y tratamiento. 2003, Madrid: Médica Panamericana.
5. Areosa, A; Avellana, J.A; Buitrago, M; Conejo, A; De la Torre, M.A; Isaac, M. et al. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera. 2007, Madrid: Ed. Elsevier Farma.