



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ARTROPLASTIA DE CADERA”
ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN,
AÑO 2016**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL TÍTULO DE MEDICO.**

AUTOR: TITO TINOCO JUNCO

NOMBRE DEL TUTOR: DRA. ESTHELA TINOCO MORENO

GUAYAQUIL- ECUADOR.

AÑO: 2017



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ARTROPLASTIA DE CADERA”		
ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, AÑO 2016			
AUTOR(ES)	TITO MAURICIO TINOCO JUNCO		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Esthela Tinoco Moreno		
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Medicina		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Medicina		
GRADO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:	
ÁREAS TEMÁTICAS:	Traumatología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	artroplastia, calidad de vida, adultos mayores y fractura de cadera/ Arthroplasty, quality of life, older adults and hip fracture		
<p>RESUMEN: Las patologías degenerativas han ido aumentando en la consulta diaria con el incremento de la esperanza de vida, y los avances terapéuticos tienen como objetivo paliar las consecuencias negativas del envejecimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Objetivos: Determinar la calidad de vida de los pacientes, mayores de 65 años atendidos en HOSPITAL “ABEL GILBERT PONTON” de enero a diciembre de 2016. Materiales y métodos: se trabajó con la Historia clínica y la encuesta EQ-5D que definía la movilidad, su cuidado personal, sus actividades cotidianas, el dolor, y la depresión o ansiedad, el estudio es cuantitativo, observacional, analítico, directo e indirecto. Resultados: De los 335 pacientes que ingresaron al hospital ABEL GILBERT PONTON el 15% presentaron los criterios para ser; la artroplastia de cadera fue más frecuente en el grupo etario mayor de 75 años, la artroplastia de cadera tiene mayor prevalencia en el sexo femenino, obteniendo un 65%. El 7% de los pacientes no presenta ningún problema al caminar, un 51% tiene algunos problemas, un 30% tiene algunos problemas para su cuidado personal, y necesitan de alguna ayuda para poderlos realizar. El 30% no presenta dolor o es leve, un 42% tiene una moderada ansiedad o depresión y un 14% tiene mucha ansiedad o depresión. Conclusión: La calidad de vida de los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera no es buena y los pacientes, en su mayoría, necesitan de los cuidados de terceras personas.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0997730811 - 2010185	E-mail: Tito_tinoco@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil. Escuela de Medicina		
	Teléfono: 042288126		
	E-mail: www.ug.edu.ec		



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA.

Este trabajo de graduación cuya autoría corresponde a la **Sr. TITO MAURICIO TINOCO JUNCO con CI: 0923601397** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal examinador de grado nominado por la Escuela de Medicina Humana como requisito parcial para optar por el título de médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL.

SECRETARIA.

ESCUELA DE MEDICINA.

Guayaquil, 9 de mayo de 2017

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Habiendo sido nombrada, Estela Tinoco Moreno, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por Tito Mauricio Tinoco Junco, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de médico, en la Carrera de medicina Facultad de ciencias médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DRA. ESTHELA TINOCO MORENO

TUTOR

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA
PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO
ACADÉMICOS**

Yo, **TITO MAURICIO TINOCO JUNCO** con C.I. No. **0923601397**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ARTROPLASTIA DE CADERA” ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, AÑO 2016** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

TITO MAURICIO TINOCO JUNCO

C.I. No. 0923601397

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ARTROPLASTIA DE CADERA” ESTUDIO A REALIZAR EN EL
HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, AÑO 2016**

Autor: Tito Mauricio Tinoco Junco

Tutor: Dra. Esthela Tinoco Moreno

RESUMEN

Las patologías degenerativas han ido aumentando en la consulta diaria con el incremento de la esperanza de vida, y los avances terapéuticos tienen como objetivo paliar las consecuencias negativas del envejecimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes. **Objetivos:** Determinar la calidad de vida de los pacientes, mayores de 65 años atendidos en HOSPITAL “ABEL GILBERT PONTON” de enero a diciembre de 2016. **Materiales y métodos:** se trabajó con la Historia clínica y la encuesta EQ-5D que definía la movilidad, su cuidado personal, sus actividades cotidianas, el dolor, y la depresión o ansiedad, el estudio es cuantitativo, observacional, analítico, directo e indirecto. **Resultados:** De los 335 pacientes que ingresaron al hospital ABEL GILBERT PONTON el 15% presentaron los criterios para ser; la artroplastia de cadera fue más frecuente en el grupo etario mayor de 75 años, la artroplastia de cadera tiene mayor prevalencia en el sexo femenino, obteniendo un 65%. El 7% de los pacientes no presenta ningún problema al caminar, un 51% tiene algunos problemas, un 30% tiene algunos problemas para su cuidado personal, y necesitan de alguna ayuda para poderlos realizar. El 30% no presenta dolor o es leve, un 42% tiene una moderada ansiedad o depresión y un 14% tiene mucha ansiedad o depresión. **Conclusión:** La calidad de vida de los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera no es buena y los pacientes, en su mayoría, necesitan de los cuidados de terceras personas.

Palabras claves: artroplastia, calidad de vida, adultos mayores y fractura de cadera

ABSTRACT.

Degenerative pathologies have been increasing in the daily consultation with the increase of life expectancy, and therapeutic advances are aimed at alleviating the negative consequences of aging and improving the quality of life of patients. OBJECTIVES: To determine the quality of life of the patients, aged 65 and over, attending "ABEL GILBERT PONTON" HOSPITAL from January to December 2016. Materials and methods: we worked with the clinical history and the EQ-5D survey that defined mobility, Personal care, daily activities, pain, and depression or anxiety, the study is quantitative, observational, analytical, direct and indirect. Results: Of the 335 patients who entered the ABEL GILBERT PONTON hospital, 15% presented the criteria to be; Hip arthroplasty was more frequent in the age group over 75 years, hip arthroplasty is more prevalent in females, obtaining 65%. 7% of patients do not have any problems walking, 51% have some problems, 30% have some problems for their personal care, and need some help to be able to do them. 30% do not have pain or are mild, 42% have moderate anxiety or depression and 14% have high anxiety or depression. Conclusion: The quality of life of patients undergoing hip arthroplasty is not good and patients, for the most part, need the care of third parties.

Keywords: Arthroplasty, quality of life, older adults and hip fracture

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis de titulación se lo dedico primeramente a **DIOS** por haberme sabido guiar, cuidar y proteger en todas las adversidades que se presentaron durante este largo camino. A mi Padre (abuelo) **Tito Tinoco Moreno** quien siempre confió en mí y siempre supo que llegaría a este momento y que lamentablemente falleció antes de verme convertido en médico, a mi madre (abuela) **Delmira Navarro**, quien fue mi primera maestra, la que me enseñó a ser un buen hijo, un buen alumno y un buen ser humano. A mi madre, **Georgina Junco**, mi primer amor, la mujer que me hizo de carácter fuerte y me enseñó a no rendirme jamás, a mi Padre, **Mauricio Tinoco Navarro** que con su ejemplo me enseñó el amor al prójimo y fue el gestor de que me gustara esta tan honorable profesión, a mis hermanos **Andrea y Jorge Luis Tinoco**, que tuvieron que padecer la ausencia de su hermano mayor, durante mis años de estudio. Y a mi amada y querida esposa, **Jennifer Silva**, la madre de mis hijos, por haber sido un pilar fundamental en los últimos años de mi profesión, porque con su amor y dedicación a sabido guiarme por el camino correcto. A mis hijos **Lucina y Mauricio Tinoco Silva**, que son mi motor para seguir luchando y superando todos los días.

Esto se lo dedico a todos ustedes, porque este logro no es solo mío, sino de todos nosotros.

TITO MAURICIO TINOCO JUNCO.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis le agradezco a Dios por bendecirme todos los días y así poder llegar hasta donde he llegado, porque con tus bendiciones hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi padre Mauricio Tinoco Navarro, porque fue gracias a su apoyo, que esto ha sido posible.

A la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

También me gustaría agradecer a mis profesores que con su esfuerzo y dedicación han sabido brindarme sus conocimientos, sus experiencias y su motivación durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con algo o mucho en mi formación.

TITO TINOCO JUNCO

Contenido

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	IV
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS	V
“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ARTROPLASTIA DE CADERA” ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, AÑO 2016.....	VI
RESUMEN	VI
ABSTRACT.	VII
DEDICATORIA.....	VIII
AGRADECIMIENTO	IX
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPITULO I.	18
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	18
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.3 JUSTIFICACIÓN.	19
1.4 VIABILIDAD.	19
1.5 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	20
1.6 OBJETIVOS	20
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.	20
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
CAPITULO II.....	21
MARCO TEORICO.	21
2.1 GENERALIDADES	21
2.2. DEFINICION.....	21
2.3 EPIDEMIOLOGIA	22
2.4 FACTORES DE RIESGO	23
2.4.1 FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECO.....	24
2.4.2 FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS.....	25
2.5 CLINICA	27
2.6 CLASIFICACIÓN	28
2.6.1 Clasificación de Garden 1964	28

2.6.2 Clasificación de Pawells.....	28
2.6.3 Clasificación de Pipkin.....	29
2.6.4 Clasificación de Evans	29
2.6.5 Clasificación de Tronzo	29
2.6.6 Clasificación de Boyd y Griffi n	29
2.6.7 Clasificación de Kyle y Gustilo	29
2.6.8 Clasificación de Seinsheiner	30
2.6.9 Clasificación AO (Müller).	30
2.6.9.1 fracturas intracapsulares.....	30
2.6.9.2 fracturas extracapsulares	32
2.7 DIAGNOSTICO	32
2.8 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	33
2.8.1 Fractura De Acetábulo	34
2.8.2 Bursitis Trocantérica	34
2.9 TRATAMIENTO.....	35
2.9.1. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO.....	35
2.9.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	36
2.9.2.1 TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTRACAPSULARES.....	36
2.9.2.2 TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS EXTRACAPSULARES.....	38
2.10 COMPLICACIONES	40
2.10.1 HEMORRAGIA.....	41
2.10.2. INFECCIÓN.....	41
2.10.3. TROMBOEMBOLISMO.....	41
2.10.4. ÚLCERAS POR DECÚBITO O POR PRESIÓN	41
2.10.5. MUERTE	42
2.10.6. FRACASO DE LA PRÓTESIS	42
2.11. REHABILITACION.....	43
2.12 PRONOSTICO	44
2.12.1. Factores predictores de mortalidad.	44
2.12.2. Escala de medición de calidad de vida.....	45
2.13. ASPECTOS SOCIALES.	46
2.14 HIPOTESIS.....	46
2.15 VARIABLES.	46

2.15.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	46
2.15.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	47
2.15.3 VARIABLE INTERVINIENTE.....	47
CAPITULO III.....	48
MATERIALES Y MÉTODOS.....	48
3.1 METODOS.....	48
3.2 TIPO DE INVESTIGACION.....	48
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	48
3.4 TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	48
3.5 MATERIALES.....	48
3.6 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	48
3.7 UNIVERSO.....	48
3.8 MUESTRA.....	48
3.9 CRITERIOS DE INCLUSION.....	49
3.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	49
3.11 VIABILIDAD.....	49
3.12 OPERALIZACION DE LAS VARIABLES.....	49
CAPITULO IV.....	53
RESULTADOS Y DISCUSION.....	53
4.1 RESULTADOS.....	53
TABLA 1.....	53
PACIENTES QUE INGRESARON CON DIAGNOSTICO DE FRACTURA DE CADERA CON CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	53
TABLA 2.....	53
GRUPOS ETARIO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTROPLASTIA DE CADERA.....	53
TABLA 3.....	54
DIAGNOSTICO DE ARTROPLASTIA DE CADERA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE ACUERDO AL SEXO DEL PACIENTE.....	54
TABLA 4.....	54
RELACIÓN EN LA LOCALIZACIÓN DE LA ARTROPLASTIA DE CADERA DERECHA O IZQUIERDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN.....	54
TABLA 5.....	55

RELACIÓN EN LA LOCALIZACIÓN DE LA ARTROPLASTIA DE CADERA EXTRACAPSULAR O INTRACAPSULAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN	55
TABLA 6	55
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON FACTORES DE RIESGO EN LA EVOLUCIÓN POSQUIRURGICA DE LA ARTROPLASTIA DE CADERA	55
TABLA 7	56
DIAGNOSTICO DE ARTROPLASTIA DE CADERA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE ACUERDO A LA RAZA DEL PACIENTE.....	56
TABLA 8	56
CONVIVENCIA EN DOMICILIO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA.....	56
TABLA 9	57
PORCENTAJE DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE FALLECIERON DURANTE EL PRIMER AÑO DESPUES DE HABER SIDO INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA.....	57
TABLA 10	57
PORCENTAJE DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE FALLECIERON ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA	57
TABLA 11	58
CAUSA DE MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA	58
TABLA 12	58
TABLA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDOS POR ARTROPLASTIA DE CADERA	58
TABLA 13	59
TABLA DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTE QUE PRESENTARON LOS PACIENTES DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDOS POR ARTROPLASTIA DE CADERA	59
TABLA 14	59
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO PRIMER PUNTO LA MOVILIDAD.	59
TABLA 15	60

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO SEGUNDO PUNTO EL CUIDADO PERSONAL.	60
TABLA 16	60
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO TERCER PUNTO LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS.....	60
TABLA 17	61
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO CUARTO PUNTO EL DOLOR	61
TABLA 18	61
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO QUINTO PUNTO LA DEPRESIÓN O ANSIEDAD.....	61
TABLA 19	62
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO SEXTO PUNTO, LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL CON UNA ESCALA QUE VA DESDE 0 A 100. SIENDO 0 EL PEOR ESTADO DE SALUD Y 100 EL MEJOR.....	62
4.2 DISCUSIÓN.....	62
CAPITULO V.....	63
CONCLUSIONES.....	63
CAPITULO VI.....	64
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS	65
ANEXOS.....	68

INTRODUCCIÓN.

Las patologías degenerativas han ido aumentando en la consulta diaria con el incremento de la esperanza de vida, y los avances terapéuticos tienen como objetivo paliar las consecuencias negativas del envejecimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La artroplastia total de cadera es un claro ejemplo de esta situación; tratamiento definitivo de la coxartrosis avanzada, de las fracturas y, en algunos casos de enfermedades inflamatorias, su objetivo básico es reducir la incapacidad funcional derivada del dolor y de la limitación de movilidad, mejorando la calidad de vida de los afectados.

Con el perfeccionamiento de la técnica, la estandarización del procedimiento y la mejora en el diseño de los implantes, la artroplastia total de cadera (ATC) se ha transformado en un procedimiento altamente eficaz, disminuye el dolor y mejora la calidad de vida en pacientes con grave coxartrosis. Esto ha generado que, en la actualidad, el número de procedimientos anuales continúe aumentando en todo el mundo.

La fractura de cadera es la causa más frecuente de ingreso en las urgencias traumatológicas, afecta sobre todo a las personas de edad avanzada y se asocia a una elevada morbimortalidad y discapacidad funcional. La incidencia de las fracturas de cadera en el anciano ha experimentado un aumento progresivo en las últimas décadas.

La reparación quirúrgica es el tratamiento principal, y la técnica anestésica mayoritariamente utilizada es la anestesia subaracnoidea. Sin embargo, a pesar de estar bien definido el tratamiento quirúrgico en los diferentes tipos de fractura, no existe aún consenso sobre el momento más adecuado para realizar la cirugía. Las guías clínicas actuales recomiendan la cirugía en las primeras 24-48 h del ingreso. Actualmente la mayoría de los estudios concluyen que la demora quirúrgica está asociada a un incremento de las complicaciones postoperatorias y de la estancia hospitalaria.

Las alteraciones en la movilidad, secundarias a un evento de hospitalización por enfermedad aguda (ej. fractura de cadera), tienen como consecuencia el deterioro funcional progresivo y desacondicionamiento muscular. Esto origina la necesidad de mayor asistencia, afectando la calidad de vida del paciente y cuidadores, además de ser un factor predictivo para el estado de salud, funcionalidad y supervivencia al egreso del paciente. La prescripción de

intervenciones de rehabilitación a través de ejercicios ha demostrado una reducción de las readmisiones hospitalarias, visitas al médico familiar y un incremento en la calidad de vida hasta 24 semanas posterior al egreso.

La estrategia más utilizada para analizar la efectividad de las artroplastias es la supervivencia de la prótesis. Por lo general, se define esta supervivencia como el tiempo transcurrido desde la intervención primaria en la articulación afectada hasta que la prótesis falla y se ha de realizar una nueva operación para cambiar la prótesis. A pesar de la firmeza de esta medida de resultado clínica, no incorpora el punto de vista de los pacientes en la evaluación de la cirugía ni una visión global de sus beneficios y riesgos. Los estudios evaluativos basados en diseños antes-después permiten incorporar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y complementan la información sobre la efectividad de las prótesis, ya que permiten tener en cuenta dimensiones de la salud no consideradas al analizar si un paciente se recambia la prótesis. Es importante conocer hasta qué punto los beneficios de la cirugía se relacionan con cambios en el funcionamiento de la vida cotidiana de los pacientes, su percepción de mejoría en su bienestar tanto físico, psicológico y social en relación a la situación previa a la implantación de una prótesis (dificultades de movilidad, dolor, aislamiento, etc.).

Un estudio realizado en el año 2012 por la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (AIAQS), adscrita al Servicio Catalán de la Salud-CatSalut nos da como conclusión que las puntuaciones de CVRS de los pacientes mejoraron mucho después de la artroplastia de cadera. Pero un grupo reducido percibió estar igual o peor después de la artroplastia, y su cambio fue caso nulo en términos de incremento de su CVRS. A pesar de identificar factores asociados a la CVRS posterior a la cirugía similares a estudios publicados, es necesario profundizar en los factores relacionados con la no mejora al año de la cirugía.

El universo de esta investigación estará formado por todos los pacientes adultos mayores de 65 años atendidos en el hospital “ABEL GILBERT PONTON” de fractura de cadera y se les realizó una artroplastia total de cadera durante el periodo correspondiente entre enero y noviembre de 2016.

El objetivo de este trabajo es determinar la calidad de vida de estos pacientes, mediante un estudio observacional directo, en adultos mayores de 65 años atendidos en HOSPITAL “ABEL GILBERT PONTON” durante el periodo correspondiente entre enero y noviembre de 2016

Al finalizar este estudio, los resultados serán evaluados y analizados para lograr determinar así la calidad de vida de cada uno de estos pacientes y de este modo conocer el riesgo beneficio tanto clínico, económico y social y así elaborar medidas preventivas para complicaciones y ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

CAPITULO I.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La fractura de cadera acarrea problemas que van más allá del daño ortopédico, ocasionando repercusión en áreas tales como medicina interna, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social y en la economía de la atención sanitaria.

Analizando el crecimiento de la población mundial y el aumento en la expectativa de vida se estima que el número de fracturas de cadera en el año 2020 sufrirá un incremento del 50%, siendo este mayor en el mundo urbano que en el rural, y en cifras globales podría elevarse a 6.25 millones de fracturas de cadera para el año 2050. Los datos obtenidos hasta la fecha indican que la fractura osteoporótica se incrementa en todos los países del mundo donde la expectativa de vida continúa aumentando. Las fracturas de cadera se asocian continuamente con traumatismos graves sufridos en diferentes estancias de la vida, y factores de riesgo que afectan distributivamente entre géneros. Las fracturas de la región de la cadera se corresponden con las que se producen en el extremo superior del fémur, clásicamente se las divide en dos grupos: las de cuello del fémur y las de la región trocantérea. Esta patología en los ancianos constituye una afección de rasgos epidémicos, una epidemia ortopédica que afecta en especial a un colectivo: mujeres seniles (Traumatología, 2014)

Si bien el envejecimiento poblacional no constituye, en modo alguno, un problema de salud sino un logro alcanzado por la Humanidad, en el cual mucho ha tenido que ver el desarrollo científico técnico logrado, no es menos cierto que con este comienzan a proliferar, de forma creciente, un grupo de enfermedades crónicas y degenerativas, así como limitaciones que disminuyen en los ancianos la percepción de su salud.

En el hospital Abel Gilbert Pontón se ha observado una incidencia relevante en cuanto se refiere a pacientes mayores de 65 años ingresados con diagnóstico de fractura de cadera en el área de traumatología durante el último año.

Los pocos conocimientos sobre las complicaciones que pueden tener los pacientes operados de fractura de cadera, casos que son relativamente frecuente en nuestro medio, me motivo a realizar la presente investigación para contribuir a mejorar los conocimientos sobre

la calidad de vida y así tener la información necesaria que será de fundamental ayuda para el tratamiento de dicha enfermedad.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo y complicaciones que condicionan la calidad de vida en adultos mayores de 65 años operados de fractura de cadera que fueron atendidos en el HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON durante el periodo comprendido entre enero y noviembre del 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

El trabajo se realizara con el fin social de poder ayudar a mejora la calidad de vida de las personas mayores de 65 años que sufren fractura de cadera y así poder devolver en algo todo lo que hacen estas personas en toda su vida y que son muchas veces olvidadas.

El propósito científico de esta investigación es para tener un mejor conocimiento sobre las complicaciones, factores de riesgo y comorbilidades que afectan la calidad de vida de los pacientes mayores de 65 años operados de fractura de cadera.

El impacto social, a partir de implementar estrategias será trabajar con el personal de salud y los pacientes, a través de la enseñanza y conocimiento de los factores de riesgo y complicaciones identificados en los pacientes operados de fractura de cadera, con el objeto de lograr un enfoque diferente y una intervención oportuna.

Para realizar esta tesis se contara con diversos recursos entre ellos materiales bibliográficos, estadísticos, económicos, metodológicos y de especialistas en ortopedia y traumatología, que serán necesarios para el desarrollo del mismo.

1.4 VIABILIDAD.

Este proyecto es viable debido a que la Institución un Hospital Docente fomenta y apoya la investigación científica, por lo que los c autorizan la investigación

1.5 FORMULACION DEL PROBLEMA

Como influye en la calidad de vida la artroplastia de cadera en pacientes mayores de 65 años atendidos en el HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2016.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la calidad de vida de los pacientes con artroplastia de fractura de cadera, mediante un estudio observacional indirecto, en mayores de 65 años atendidos en el HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2016.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las tres causas más importantes como factores de riesgo que influyan en la evolución posquirúrgica
- Establecer las complicaciones más frecuentes en pacientes operados de fractura de cadera en mayores de 65 años
- Establecer la calidad de vida de los pacientes sujetos de estudio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

2.1 GENERALIDADES

La fractura de cadera, o también llamada fractura de fémur proximal, sigue en aumento debido a que la población de adultos mayores ha ido creciendo en las últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que para el año 2050 un total de 6 millones de fractura de cadera ocurrirán en el mundo entero por año, teniendo como consecuencia mayor demanda hospitalaria. (PERZ, 2014).

Actualmente el tratamiento óptimo para la fractura de cadera es quirúrgico, debido a que el manejo conservador conlleva mayor estancia hospitalaria y menor retorno de los pacientes al nivel funcional previo

2.2. DEFINICION

Las fracturas femorales proximales, generalmente denominados “fractura de cadera” (CIE 10, S72 fractura de fémur, S72.0 fractura del cuello del fémur; S72.1 fractura pertrocanterica; S72.2 fractura subtrocantérica), son la pérdida de la solución de continuidad del tejido óseo del fémur a nivel de articulación proximal y pueden subdividirse en intra capsulares (las proximales a la inserción de la capsula articular de la cadera en el fémur) y extra capsulares (las distales a la capsula articular de la cadera). Las fracturas intra capsulares pueden subdividirse en desplazadas y las esencialmente no desplazadas. Las fracturas no desplazadas incluyen las denominadas fracturas impactadas o de aducción. (Clinica, 2012)

La fractura de cadera es considerada un síndrome geriátrico prototipo por su multifactorialidad, el compromiso de múltiples sistemas, afección de las esferas biopsicosocial, su impacto en la calidad de vida, su potencial incapacitante y la necesidad de ser manejado por un equipo interdisciplinario que trate al paciente de una manera integral.

Desde el punto de vista geriátrico, la fractura de cadera es secundaria a un trauma leve que ocurre principalmente en personas con osteoporosis.

La fractura de cadera resulta de una serie de cambios que se dan en el adulto mayor, que condicionan un estado vulnerable en donde una caída resulta en una catástrofe. La fractura de cadera no solo se acompaña de la comorbilidad pre-existente que complica el tratamiento, también favorece, aparición de deterioro cognoscitivo, depresión, inmovilidad, sarcopenia, deterioro funcional, úlceras por presión y desnutrición.

La concurrencia de osteoporosis como factor predisponente y la caída como factor precipitante dan por resultado esta catastrófica consecuencia. (GPC, 2014)

El manejo de la fractura de cadera en el adulto mayor no solo incluye al equipo médico; es indispensable la participación de Trabajo Social, Nutrición, terapia física y principalmente, la familia y/o cuidador primario.

2.3 EPIDEMIOLOGIA

La población de adultos mayores se ha incrementado en los últimos años, este crecimiento continuará en las siguientes décadas, lo que condiciona un aumento en el número de enfermedades asociadas a la edad. Entre ellas, destaca la fractura de cadera debido a que más del 90% de los pacientes son mayores de 65 años. De este modo, el número de fracturas de cadera a nivel mundial rebasará los 6 millones para el año 2050. (GPC, 2014)

En México la tasa anual de fractura de cadera fue de 169 por cada 100,000 mujeres en el año 2000. El número total de casos reportados en el 2005 fue de 29,732 en México de las cuales 68% fueron en mujeres. En relación al pronóstico, alrededor del 10% de los pacientes con fractura de cadera morirán al mes de fracturarse y un tercio de ellos, habrán muerto al año, más aún, tras una fractura de cadera aumenta significativamente el riesgo de discapacidad a mediano y largo plazo, de hecho, cerca del 50% no regresan al nivel de movilidad que tenían previo a fracturarse, 35% no son capaces de moverse de manera independiente y hasta 30% son institucionalizados durante el siguiente año. (GPC, 2014)

La academia americana de cirujanos ortopédicos, manifiesta que las fracturas de cadera en el anciano será una epidemia y quizás de las más importantes en el futuro (Perez, 2014)

Otros trabajos sin embargo, reflejan que la incidencia de la fractura en relación a la edad se ha estancado o incluso disminuido en algunos países. Lo justifican con el aumento de los tratamientos para disminuir los factores de riesgo, tales como la osteoporosis y aumento de la actividad física en personas mayores de 65 años para evitar el sedentarismo, lo que reduce el número de fracturas de cadera (Perez, 2014)

2.4 FACTORES DE RIESGO

La fractura de cadera se produce debido a la concurrencia de un factor predisponente como osteoporosis, y un factor precipitante que en el 90% de los casos es una caída. Las caídas en los adultos mayores son causadas por una serie de complejas interacciones entre factores propios del paciente (intrínsecos) y factores extrínsecos que convergen en un tiempo determinado. (GPC, 2014)

Las siguientes comorbilidades aumentan hasta 3.5 veces el riesgo de caídas en los adultos mayores: antecedente de evento vascular cerebral, osteoartritis de rodilla, problemas ortopédicos en el pie, déficit visual o auditivo, deterioro cognoscitivo o demencia, uso de dispositivos para la asistencia de la marcha, Enfermedad de Parkinson, incontinencia urinaria, y polifarmacia en general. Los fármacos que con mayor frecuencia se asocian a caídas son: benzodiacepinas, antipsicóticos típicos y atípicos, antidepresivo, antiepilépticos, antihipertensivos, vasodilatadores, diuréticos, anti arrítmicos y antihistamínicos.

Los factores de riesgo extrínsecos relacionados con el riesgo de caídas y de fractura de cadera son: Obstáculos durante la marcha. (Tapetes, superficies sinuosas, uso de calzado inadecuado), barreras arquitectónicas (escaleras estrechas o de escalón elevado, ausencia de pasamanos en escaleras, retrete demasiado bajo, falta superficies antideslizantes en el baño, muebles demasiado bajos) y problemas de visión (graduación inadecuada en los lentes, poca iluminación).

Se recomiendan las acciones para la prevención de fractura de cadera en el adulto mayor: incorporar un programa de actividad física (preferentemente con múltiples tipos de actividades), revisar el consumo de calcio y vitamina D, indicar la realización de estudio para densitometría ósea, considerar la prescripción médica de bifosfonatos, revisar el ambiente

domiciliario en relación a barreras arquitectónicas y revisar en cada visita al médico la lista/incluso la bolsa de medicamentos que usa el paciente. (GPC, 2014)

2.4.1 FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECO

Cuando se habla de factores extrínsecos que afectan a la salud de una persona se hace referencia a factores nutricionales, factores ambientales (temperatura, humedad, luz, etc.) o factores sanitarios (enfermedades). (Santos, 2012)

Los factores de riesgo extrínseco relacionado con el riesgo de caídas y de fractura de cadera son: obstáculos durante la marcha, tapetes, mascotas, superficies sinuosas, uso de calzado inadecuado.

Barreras arquitectónicas, escaleras estrechas o de escalón elevados, ausencia de pasamanos en escaleras, retrete demasiado bajo. Faltan superficies antideslizantes en el baño o muebles demasiado bajos (camas, mesas).

Problemas de visión, graduación inadecuada en los lentes, poca iluminación. (Soto, 2016)

2.4.1.1 CALZADO Y LA SUAVIDAD Y EL AGARRE DEL SUELO

Todas las personas tienen la probabilidad de caer. Esta depende de la cercanía del “umbral de caída” a una persona. Las personas mayores, especialmente aquellos con enfermedad, están más cerca del umbral. Estos pueden ser internos (por ejemplo, mareos cotidianos debido a la hipotensión ortostática) o externo (por ejemplo, una ráfaga del viento, o un empujón en una tienda llena de gente).

Si una persona tiene mayor riesgo de caer y su visión se conserva, pueden reducir el riesgo en cierta medida mediante la limitación de los comportamientos peligrosos (por ejemplo, evitando escaleras o superficies irregulares, utilizando un dispositivo de ayuda, o pedir ayuda a otra persona).

2.4.1.2 CONDICIONES DEL SUELO

En un estudio de casos y controles, realizado en el año 2011, se identificaron 45 adultos mayores con diagnóstico de caída, los cuales integraron el grupo de casos de estudio, y 105 pacientes sin diagnóstico que integraron el grupo control. De los 45 pacientes con diagnóstico positivo de caídas, las condiciones del suelo a la que estuvieron expuestos fueron: 11 % piso

liso un, 15% a piso resbaladizo, 42% a pío irregular, 11% a pendientes y 16% a escaleras. (Parra Galvan Y, 2011)

2.4.1.3 TIPOS DE CAÍDA

En un estudio publicado en revista médica, México, año 2012, los mecanismos más referidos que provocaron la caída estuvieron: haberse resbalado en 39%, tropezado en 27% y la pérdida del equilibrio por causas diversas 23%. (Gisela González C, 2011)

2.4.1.4 factores socioeconómicos

Un bajo nivel socio económico se asocia a una dieta insuficiente y una mayor morbilidad osteoporótica. La pobreza conduce a una mala nutrición. Este factor cobra mayor importancia en las zonas urbanas que en las rurales debido al incremento en el consumo de comida chatarra que no beneficia al llegar a la edad adulta por la deficiencia de ciertos alimentos como son la leche, el queso que tienen fuentes de calcio especialmente durante el desarrollo de los huesos. Todo esto asociado a la mala calidad de una dieta equilibrada.

2.4.2 FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS

Se refiere a aquellas alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, y enfermedades agudas u crónicas. (Alfaro, 2012)

Mantener el equilibrio y evitar una caída es un conjunto exigente de habilidad. Se requiere la fuerza muscular, articulaciones estables y flexibles, múltiples habilidades sensoriales por ejemplo, la propiocepción, la visión y un sistema nervioso central y periférico funcional.

La función cognitiva permite diferenciar los peligros de dadas actividades, dando una idea de los riesgos que conlleva realizar ciertas actividades y así poder planearlas y planificarlas.

Los adultos mayores con alguna de las siguientes condiciones tienen un mayor riesgo promedio de caer: artritis, síntomas depresivos, ortostatismo, deterioro en la cognición, la visión, el equilibrio, la marcha, o la fuerza muscular o la utilización de cuatro o más medicamentos recetados. (Soto, 2016)

2.4.2.1 SEXO

Respecto al sexo las caídas en edad avanzada son más frecuentes en mujeres por la mayor esperanza de vida en la mujer, mayor afectación osteoporótica, mayor número de mujeres que por su estado civil viven solas. Otros factores de este tipo son la menopausia precoz, disminución de estrógenos, nuliparidad, alteraciones propioceptivas (problemas de visión, auditivos y síndromes vertiginosos), escasez de masa grasa, factores genéticos. (Pardo, 2013)

Según un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el hospital Dr. Salvador Allende en Cuba realizado en 91 pacientes, el mayor porcentaje que sufrieron caídas fueron del sexo femenino representando el 71 % del total de adultos mayores (Reyes-Ortiz*, Snih, & Markides., 2011). Así mismo en un estudio previo sobre las caídas de adultos mayores en la comunidad realizado en la ciudad de Córdoba, España, en donde se incluyeron a 362 personas de 70 años o más, en las cuales el 35% que sufrieron caídas eran varones y el 65% mujeres, concluyendo que las caídas son más frecuentes en el sexo femenino. (Francisco Varas-Fabra, 2011)

2.4.2.2 Edad

La edad avanzada es un factor de riesgo de la fractura de cadera, ya que se produce una disminución progresiva de masa ósea, favoreciendo la aparición de osteoporosis y además a estas edades la presencia de enfermedades crónicas y el consumo de determinados fármacos, dificulta el equilibrio y la capacidad para evitar caídas tras un desplazamiento. (Pardo, 2013)

La incidencia de fractura de cadera se incrementa con la edad, ocurriendo el 90% de ellas en mayores de 50 años. La edad media de presentación es de 80 años y cerca del 80% de los afectados son mujeres (2-3 veces más frecuente en mujeres), en quienes el riesgo anual alcanza el 4% sobre los 85 años de edad. (Sebastián Muñoz G, 2011)

Por otro lado un estudio realizado en la ciudad de la Habana Cuba el mayor porcentaje de las caídas en ambos sexos ocurrieron en el grupo de edad de 70-79 años con un 37%, llama la atención que entre los adultos mayores masculinos sufrieron más caídas los del grupo de 60-69 años con un 10.8% mientras que las mujeres correspondió la edad de 70-79 años. (Carmona M, 2011)

2.4.2.3 Estado civil

En el hospital universitario especializado en geriatría, en la ciudad de Manizales, Colombia, se incluyeron a 224 personas mayores de 60 años que sufrieron una caída previa en los cuales del total de los asistentes, 10% eran solteros, 14% separados, 38% viudos y 30% casados. (Carmen Lucía Curcio, 2011)

2.4.2.4 Enfermedades Crónicas

En un estudio realizado en México en 2011, 168 pacientes sufrieron alguna caída, 65% reportaron alguna enfermedad crónica las 4 más frecuentes fueron: Hipertensión Arterial 47%, diabetes mellitus 38%, osteoartritis 34%, osteoporosis confirmada 33%. (Luis Gerardo Domínguez Carrillo, 2011)

Por lo general, una combinación de intrínseca y extrínseca aumenta la vulnerabilidad a los factores de estrés y conduce a caídas.

2.5 CLINICA

El cuadro clínico de pacientes con fracturas de la cadera puede ser muy variado, la presentación generalmente es típica con acortamiento y rotación externa e imposibilidad para la marcha después de una caída en el paciente anciano o en ocasiones, puede acudir incluso deambulando el enfermo a los servicios de urgencia. (Álvarez, 2012)

La clínica más característica en un paciente con fractura de cadera, es la siguiente (Arellano, 2014):

- Dolor en la región inguinocrural.
- Incapacidad funcional
- Acortamiento del miembro afectado con flexión de rodilla ipsilateral (determinado por la contractura muscular de los pelvitrocantereos).
- Rotación externa de la extremidad (por acción del musculo psoas-iliaco).
- Imposibilidad de elevar el talón
- Crepitación del foco de fractura

2.6 CLASIFICACIÓN

Para poder establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento quirúrgico definitivo es necesario tener estudios de gabinete con una buena técnica. Los más importantes son: radiografía de AP de pelvis, 14 x 17, con foco en pubis y con rotación medial en lo posible (gentilmente) del miembro pélvico fracturado. Si fuese necesario, se pide una radiografía lateral de la cadera afectada, y, si se sospecha de una fractura asociada de pelvis o acetábulo, pedir proyección Alar y obturatriz igualmente en película 14 x 17.7

De ser necesario, en caso de duda, se puede recurrir a la TAC o a la resonancia magnética. Con una buena anamnesis y exploración clínica, además de los estudios de gabinete, podremos hacer una adecuada clasificación de la fractura y un diagnóstico definitivo, para establecer el principio biomecánico y el implante necesario para la perfecta solución de la patología. (Gutierrez, 2012)

Debido a las variantes múltiples en los trazos de fractura que se presentan en el extremo proximal del fémur, se han diseñado varias clasificaciones, muchas de ellas muy bien elaboradas, y otras que sólo ocasionan confusión.⁹ A continuación explicaremos las clasificaciones más importantes según el segmento en donde se presenta la patología fracturaría.

2.6.1 Clasificación de Garden 1964 (basada en el grado de desplazamiento de los fragmentos). (Gutierrez, 2012)

- Tipo I: Fractura incompleta o en abducción (impactada en valgo).
- Tipo II: Fractura completa sin desplazamiento.
- Tipo III: Fractura completa, parcialmente desplazada, menos de 50%.
- Tipo IV: Fractura completa, pérdida del contacto entre los fragmentos.

2.6.2 Clasificación de Pawells (Fractura transcervical, según la dirección de trazo de fractura con la horizontal) (Gutierrez, 2012)

- Tipo 1: Entre 30 y 50 grados.
- Tipo 2: Entre 50 y 70 grados.
- Tipo 3: Mayor de 70 grados.

2.6.3 Clasificación de Pipkin (para fracturas de la cabeza femoral) (Gutierrez, 2012):

- Tipo I: Trazo de fractura por debajo del ligamento redondo. No coincide con zona de apoyo.
- Tipo II: Trazo de fractura por encima del ligamento redondo. Compromete zona de apoyo.
- Tipo III: Tipo I o II con fractura del cuello femoral asociada. Es la de peor pronóstico.
- Tipo IV: Cualquiera de las anteriores con fractura asociada de acetábulo.
- Tipo V: Fractura de la cabeza asociada a luxación posterior.

2.6.4 Clasificación de Evans (estables-inestables) (Gutierrez, 2012).

- Tipo I: La línea de fractura se irradia hacia arriba y afuera, desde el trocánter menor.
- Tipo II: Fractura con trazo oblicuo invertido: el trazo principal irradia hacia abajo y afuera, desde el trocánter menor, con desplazamiento medial del fragmento distal por acción de los aductores.

2.6.5 Clasificación de Tronzo (intertrocantérica) (Gutierrez, 2012)

- Tipo I: Fractura incompleta, sin desplazamiento.
- Tipo II: Fractura completa sin desplazamiento.
- Tipo III:
 - IIIA: Conminución del trocánter mayor.
 - IIIB: Conminución del trocánter menor con el fragmento proximal telescopado.
- Tipo IV: Fractura con conminución de la pared posterior.
- Tipo V: Fractura con trazo invertido.

2.6.6 Clasificación de Boyd y Griffin (1949). Incluye todas las fracturas desde la parte extracapsular del cuello hasta un punto 5 cm distal al trocánter menor. (Gutierrez, 2012)

- Tipo I: Fractura a lo largo de la línea intertrocantérica desde el trocánter mayor al menor.
- Tipo II: Fractura conminuta, el trazo principal va a lo largo de la línea intertrocantérica, pero con múltiples trazos en la cortical medial.
- Tipo III: Fractura subtrocantérica, con al menos una fractura que irradia a la diáfisis femoral proximal, inmediatamente distal o a nivel del trocánter menor.
- Tipo IV: Fractura de la región trocantérica con irradiación a la diáfisis femoral.

2.6.7 Clasificación de Kyle y Gustilo (1979) (Gutierrez, 2012).

- Tipo I: Fractura estable, sin desplazamiento ni conminución.

- Tipo II: Fractura estable, con mínima conminución.
- Tipo III: Fractura inestable, con conminución posteromedial.
- Tipo IV: Fractura con extensión subtrocantérica, muy inestable.

2.6.8 Clasificación de Seinsheiner (fractura subtrocantérica). Basada en el número de fragmentos, la localización y la dirección de los trazos de fractura⁷. (Gutierrez, 2012)

- Tipo I: Fractura no desplazada o con un desplazamiento de menos de 2 mm.
- Tipo II: Fractura de dos fragmentos;
 - IIA: Fractura transversa.
 - IIB: Fractura espiroidea con el trocánter menor unido al fragmento proximal.
 - IIC: Igual a B, pero con el fragmento del trocánter menor unido al fragmento distal.
- Tipo III: Fractura en tres fragmentos;
 - IIIA: Espiroidea en tres fragmentos, con el trocánter menor como tercer fragmento.
 - IIIB: Igual a la anterior, pero el tercer fragmento en ala de mariposa.
- Tipo IV: Fractura conminuta en 4 o más fragmentos.
- Tipo V: Fractura inter y subtrocantérica.

2.6.9 Clasificación AO (Müller). Se basa en tres segmentos, en la región trocantérica, el cuello y la cabeza femoral, siendo extracapsulares, intracapsulares y extraarticulares e intracapsulares e intraarticulares, respectivamente. (Gutierrez, 2012)

Según Haidukewych, et al, ³ las fracturas de la cadera son clasificadas de acuerdo a su tipo en extracapsulares e intracapsulares, las primeras con una mayor frecuencia, más de la mitad de las fracturas de cadera en el anciano ocurren en Europa y las Américas. Por otra parte, las fracturas intracapsulares (FIC) se reportan en 220 000 por año en los Estados Unidos de Norteamérica con un costo que se eleva más allá de los nueve billones de dólares.

2.6.9.1 fracturas intracapsulares

En las fracturas intracapsulares, la fractura se sitúa en el cuello del fémur y puede quedar interrumpida la vascularización de la cabeza femoral, por lo que conllevan un riesgo de necrosis y de pseudoartrosis, que deben ser considerados a la hora de seleccionar el tratamiento. Se han propuesto diversas clasificaciones de las fracturas intracapsulares de cadera, pero ninguna ha demostrado tener una correlación intra e inter observador suficiente como para aconsejar su uso generalizado y, además, no aportan información diagnóstica, terapéutica o pronóstica.

Estas fracturas por tanto deben subdividirse exclusivamente en desplazadas y no desplazadas, dado que el grado de desplazamiento sí correlaciona con el riesgo de complicaciones y determina el tipo de tratamiento a realizar. Las fracturas intracapsulares de cadera incluyen las fracturas subcapitales y transcervicales. (I & E., 2011)

Las FIC ocurren generalmente en pacientes ancianos con mala calidad ósea y trauma menor, pero también se pueden presentar de manera ocasional en pacientes jóvenes debido a traumatismos de alta energía.

El tratamiento de pacientes con FIC de la cadera varía de acuerdo a diferentes factores como: edad, demanda física y calidad ósea entre otros.

En pacientes jóvenes el tratamiento es generalmente la osteosíntesis previa reducción de la fractura, y en el paciente anciano es la colocación de prótesis que pudieran ser: unipolares, bipolares y totales; en dependencia de la valoración individual de cada enfermo.

Desde el punto de vista anatómico los pacientes con FIC son clasificados en: subcapitales y transcervicales. No se considera la fractura basicervical como fractura intracapsular ya que desde el punto de vista anatómico y práctico es una fractura extracapsular. De acuerdo al mecanismo de producción pueden ser en varo o abducción o en varo o aducción. Las FIC se clasifican a través de un ángulo formado por la intersección de una línea horizontal y otra a través del trazo de fractura de allí que pueden ser de tres tipos: tipo I hasta 30 grados, tipo II de 30 a 50 grados y tipo III más de 50 grados. (Álvarez, 2012)

Los autores opinan que esta clasificación es muy útil, porque a medida que aumentan los grados o el ángulo, mayor será la lesión vascular de la cabeza femoral y por tanto más difícil aún de realizar un procedimiento quirúrgico para salvarla y por ende define la conducta a seguir.

Algunos autores proponen una clasificación basada fundamentalmente en el grado de desplazamiento de la fractura y se divide en cuatro tipos: tipo I fractura incompleta o impactada. En esta fractura el trabeculado inferior del cuello está intacto; tipo II fractura completa no desplazada las radiografías demuestran que el trabeculado se ha interrumpido de forma completa en su continuidad a nivel del cuello; tipo III fractura completa y desplazada, en esta modalidad existe acortamiento y rotación externa del fragmento distal y tipo IV fractura completa, desplazada y rotada. (Dawn C. Mackey*, 2011)

En la actualidad existe una tendencia muy práctica a clasificar las FIC en dos grandes grupos:

Grupo 1.- no desplazadas que incluyen los tipos I y II de la clasificación Garden.

Grupo 2.- desplazadas que incluyen los tipos III y IV de la clasificación de Garden.

2.6.9.2 fracturas extracapsulares

Las fracturas extracapsulares se subdividen, según su localización anatómica, en basicervicales, intertrocanteréas y subtrocantéreas. El factor pronóstico clave para conocer la capacidad de recuperación funcional precoz de estos pacientes es la estabilidad de la fractura, por lo que es más práctico clasificarlas en fracturas estables e inestables. El grado de estabilidad es inversamente proporcional a la conminución. Una fractura extracapsular es estable siempre que esté conservada la línea de transmisión de cargas desde el calcar hasta la diáfisis femoral. El calcar femoral se localiza en la zona posteromedial de la extremidad proximal del fémur, y está formado por las trabéculas que, sometidas a fuerzas de compresión, son la línea de soporte de la carga durante la deambulación. Por ello, la rotura del calcar en la zona intertrocanterea implica que la fractura es inestable. Además de las fracturas que interrumpen el calcar (esto es, las fracturas que interesan a la pared posteromedial de la extremidad superior del fémur), son inestables las fracturas con afectación o extensión subtrocantérea, en las que está interrumpido el paso de la carga a la diáfisis femoral, y las denominadas fracturas de trazo invertido, en las que la línea de fractura se dirige de superior a inferior y de medial a lateral, por el riesgo de desplazarse durante la carga. (I & E., 2011)

2.7 DIAGNOSTICO

Para establecer el diagnóstico, se debe realizar una correcta anamnesis, un detallado examen físico y el diagnóstico de certeza deberá ser siempre con una radiografía antero-posterior de pelvis, después de una suave tracción con rotación interna y lateral de la cadera afectada.

En caso de fracturas poco desplazada el diagnóstico puede ser difícil, por lo que ante una alta sospecha clínica, se recomienda la realización de una tomografía axial computarizada (TAC). (Arellano, 2014)

Existen pacientes que refieren dolor en la cadera luego de sufrir una caída, con subsecuente dificultad para ponerse de pie o caminar y que no presentan alteraciones evidentes en la radiografía (AP y lateral de la pelvis):

Cerca del 15% de las fracturas de cadera son no desplazadas, y en ellas los cambios radiográficos son mínimos.

En alrededor del 1% de los casos la fractura no será visible en la RX simple y por lo tanto se requerirá de un estudio adicional.

En estos pacientes, la fractura de cadera debe ser considerada diagnóstico hasta no demostrar lo contrario.

En casos de duda diagnóstica, se puede solicitar un estudio radiográfico AP con la cadera en rotación interna unos 15-20°, con la que se obtendrá una imagen óptima del cuello femoral, revelando un rasgo de fractura que no era evidente en la proyección anteroposterior. Si aún el estudio radiográfico no evidencia el rasgo de fractura, pero los hallazgos clínicos apoyan el diagnóstico de fractura de cadera, resulta apropiado un estudio adicional con TC, RM o Cintigrafía con Tc 99m.

La RM ha demostrado ser una forma certera en la identificación de fracturas que no son evidentes en el estudio radiográfico. Según los estudios realizados con este método, la RM tendría un 100% de sensibilidad para confirmar la presencia de fractura de cadera en aquellos pacientes que tienen estudio radiográfico con hallazgos indeterminados.

Varios estudios observacionales no randomizados han demostrado que el Cintigrama de cadera con Tc 99m tendría sobre un 98% de sensibilidad para detectar fracturas de cadera cuando el estudio radiográfico resulta negativo. Sin embargo, este método tendría el inconveniente de que el rasgo de fractura puede hacerse evidente recién hasta pasadas 48-72 horas de ocurrida la fractura. (Sebastián Muñoz G, 2011)

2.8 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debido a que ciertos tipos de fractura de cadera se asocian con un incremento del riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral, el dolor de cadera consecutivo a un traumatismo mayor debe considerarse como fractura de cadera hasta no probar lo contrario. Como parte del diagnóstico diferencial hay que excluir otro tipo de lesiones del miembro inferior que pueden presentarse con signos y síntomas similares a los ocurridos en la fractura de cadera tales como:

fractura de Acetábulo, fractura de la rama púbica, fracturas de stress, bursitis trocantérica e incluso la contusión del tejido adyacente a la cadera. (Sebastian Muñoz G, 2012)

2.8.1 Fractura De Acetábulo

Las fracturas de acetábulo se presentan con una baja incidencia, aproximadamente tres por cada 100 000 habitantes por año, sin embargo, la mayoría es producida por un mecanismo traumático de alta energía, por lo que con frecuencia se acompañan de múltiples lesiones que ponen en riesgo la vida del paciente. Solo 5 a 10 % de los cirujanos ortopedistas en el mundo realiza el tratamiento quirúrgico de este tipo de lesiones, ya que representa un reto. (Edgardo Ramos-Maza, 2012)

En la planificación preparatoria del tratamiento es fundamental el uso de la TAC, ya que no sólo permite documentar la fractura, la presencia de fragmentos intraarticulares, el estado de conminución y la impactación de la fractura, sino que permite el diagnóstico de patologías de iliaco y sacro difíciles de evaluar con los estudios radiológicos clásicos.

Si bien en muchos pacientes existen lesiones asociadas graves, el poder diferir la cirugía de acetábulo hasta 14 días aproximadamente nos permite solucionar las otras patologías durante ese lapso y no contraindicar el tratamiento previamente establecido. (LANDA, 2011)

2.8.2 Bursitis Trocantérica

La bursitis trocantérea, o trocanteritis, es la causa más frecuente de dolor procedente de las estructuras periarticulares de la cadera. A pesar de que su diagnóstico y tratamiento es totalmente asumible desde la consulta de Atención Primaria, a menudo pasa inadvertida, siendo diagnosticada como coxalgia inespecífica, fundamentalmente en pacientes mayores afectados de coxartrosis, o como irradiación radicular.

La trocanteritis, como tal, es la inflamación de las bolsas serosas que se sitúan en la extremidad proximal del fémur. Debido a que dichas bolsas están rellenas de líquido sinovial, están expuestas a todos aquellos procesos de índole inflamatoria, que afectan a la cadera, como, por ejemplo, la artritis reumatoide. Sin embargo, la mayoría de las trocanteritis están causadas por microtraumatismos de repetición.

Clínicamente, la bursitis trocantérea se caracteriza por un dolor sordo en la cadera, de curso subagudo o crónico, que aumenta en aquellas situaciones en que se tensa la bolsa (esto es, en cualquier mecanismo de abducción y rotación de la cadera, como sentarse, subir escaleras

o extender el muslo) y, por las noches, al tenderse sobre el lado afecto. En un 25-30% de los casos, puede asociarse a hormigueos e irradiación por la cara externa del muslo, por inflamación de la fascia lata. En la exploración, el hallazgo más significativo es el dolor selectivo y unilateral a la presión digital en el borde posterior del trocánter mayor (generalmente, en la zona de inserción del glúteo medio). A veces, en pacientes muy delgados, se aprecia, incluso, una zona de tumefacción local. Podemos reproducir el dolor mediante maniobras de abducción contra resistencia, rotación externa y, si el factor desencadenante se encuentra en la propia articulación coxofemoral, también mediante la rotación interna. La ausencia de dolor con maniobras de flexión y extensión nos ayudan a distinguir este cuadro de otras enfermedades periarticulares de la cadera.

El diagnóstico de las bursitis trocantéreas es eminentemente clínico, El estudio radiológico es generalmente inespecífico. En un 40% de los pacientes se detectan microcalcificaciones sobre el área trocantérea o irregularidades en el contorno del trocánter mayor, que no parecen tener, en principio, significación clínica. De cualquier forma, puesto que la trocanteritis está favorecida por alteraciones diversas de la biomecánica de la extremidad inferior o de las estructuras adyacentes a la cadera, el estudio radiográfico sería útil en aquellas trocanteritis resistentes a tratamiento conservador. Por ello, la radiografía es especialmente interesante para eliminar una coxopatía o una trocanteritis infecciosa (por ejemplo, tuberculosa). (A. GONZÁLEZ DUQUE, 2013)

2.9 TRATAMIENTO

En la mayoría de casos el tratamiento quirúrgico es el indicado; permite una movilización precoz del paciente y una disminución de las complicaciones secundarias a un decubito prolongado (infecciones respiratorias, urinarias, trombosis venosa profunda, úlceras de decúbito, etc.). Este abordaje quirúrgico debe realizarse en las primeras horas tras el ingreso, en general antes de las 48 horas o tan pronto como sea posible, tras la estabilización de las condiciones médicas del paciente. Los retrasos en el tratamiento se asocian a una mayor mortalidad al año y peor pronóstico postoperatorio.

2.9.1. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO

Actualmente es muy raro utilizar el tratamiento conservador debido que ofrece pobres resultados y además requiere una estadía hospitalaria prolongada; por ello la mayoría de las fracturas de cadera son tratadas de manera quirúrgica. (JD., 2011)

El tratamiento Ortopédico puede plantearse en pacientes institucionalizados con marcada demencia y que experimentan un disconfort mínimo dentro de los primeros días desde ocurrida la fractura. Para tales pacientes, el retornarlos al nivel de funcionalidad previo puede conseguirse sin la cirugía.

El tratamiento conservador de una fractura intracapsular desplazada lleva a una funcionalidad disminuida y dolorosa de la cadera.

Una fractura intracapsular no desplazada puede ser manejada con analgesia y unos pocos días de reposo, seguido de una suave movilización. Sin embargo este esquema terapéutico ofrece un riesgo de desplazamiento subsecuente de la fractura muy elevado.

Las fracturas extracapsulares pueden manejarse con tracción, pero ésta debe mantenerse por uno o dos meses. Los ancianos que típicamente tienen este tipo de fracturas, son gente débil que probablemente no es capaz de soportar esta inmovilización prolongada, la cual puede terminar en pérdida de la movilidad e independencia del paciente. (Sebastián Muñoz G, 2011)

2.9.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico intenta recuperar la función y la calidad de vida previa a la fractura, y sus buenos resultados dependerán de varios factores: la comorbilidad asociada (donde se incluyen las enfermedades sistémicas), la deambulacion previa (autónoma o con ayuda) y el estado nutricional, así como una estabilización suficientemente estable para permitir la movilización e incorporación precoz del paciente a su estado basal previo a la cirugía.

El tipo de intervención quirúrgica (IQ) a la que son tributarios los pacientes con FC se decide en función de diferentes factores, tipo y severidad de la fractura, posibilidad de rehabilitación, condiciones del paciente (edad, expectativa de vida, comorbilidades) y experiencia y preferencia del cirujano. Según qué solución quirúrgica se escoja, se determinará el grado de agresividad sobre el paciente, el tiempo quirúrgico y la pérdida sanguínea perioperatoria que aumenta progresivamente en función de si se trata de una reducción abierta con fijación interna, con una hemiartroplastia o con una artroplastia total (Lucero, 2012)

2.9.2.1 TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTRACAPSULARES

Aunque el manejo de las fracturas intracapsulares de cadera ha sido objeto de controversia desde hace décadas, pueden seguirse ciertas recomendaciones de acuerdo con los resultados

publicados en la literatura. En primer lugar podemos afirmar que las fracturas intracapsulares no desplazadas deben tratarse mediante osteosíntesis con tornillos tirafondo canulados. A pesar de que no existen pruebas que demuestran la superioridad del tratamiento quirúrgico sobre el conservador en estas fracturas, la fijación con tornillos tirafondo constituye un procedimiento muy poco agresivo que permite una movilización precoz del paciente y reduce el riesgo de desplazamiento ulterior de la fractura. Sólo los pacientes incapaces de caminar antes de la fractura deben tratarse de manera no quirúrgica. Para la osteosíntesis con tornillos tirafondo canulados deben respetarse ciertos principios técnicos. Es aconsejable utilizar al menos tres tornillos para aumentar la resistencia de la osteosíntesis, orientados paralelos entre sí para permitir la compresión en el foco y localizados en las caras posterior e inferior del cuello femoral para reforzar la zona de transmisión de carga. Aunque este tratamiento permite conservar la articulación, no ofrece una estabilidad suficiente y contraindica la carga precoz en el postoperatorio inmediato. Por este motivo, en pacientes mayores de 80 años, con expectativa de vida inferior a tres años, institucionalizados o con alteraciones mentales puede contemplarse la posibilidad de tratar la fractura con una hemiartroplastia de entrada para evitar el riesgo de desplazamiento postoperatorio y permitir una carga precoz. (A. C. W. HUI, 2012)

En las fracturas intracapsulares desplazadas, es necesario considerar factores que influyen en la técnica a realizar como la edad del paciente, la supervivencia estimada, el nivel funcional, la salud mental y la existencia de patología osteoarticular. En el paciente «biológicamente» joven y con importantes demandas funcionales, se debe plantear como tratamiento inicial la reducción cerrada y/o abierta con osteosíntesis con tornillos canulados, a pesar del elevado riesgo de complicaciones. Sin embargo, en el paciente mayor no está indicada la reducción y osteosíntesis por el riesgo de necrosis y de pseudoartrosis que conllevan. El tratamiento de elección en estos pacientes es la implantación de una prótesis parcial de cadera (hemiartroplastia), que permiten una carga temprana. Aunque en general está aceptado que estas fracturas deben tratarse mediante hemiartroplastia, no está exento de controversia, debido a la incidencia de erosión acetabular en los pacientes con hemiartroplastia unipolar de cadera, se ha propuesto utilizar prótesis bipolares que teóricamente, disminuyen el rozamiento y por tanto la erosión acetabular, dolor y destrucción articular. Sin embargo, no existen pruebas que avalen esta teórica ventaja, siendo el desgaste provocado principalmente por la actividad del paciente más que por el tipo de hemiartroplastia implantada. (I & E., 2011)

La cementación de las hemiartroplastias se ha asociado a una mayor mortalidad por complicaciones pulmonares, que disminuye con las nuevas técnicas de cementación y lavado

del canal, pero la ausencia de cementación se acompaña de mayor dolor postoperatorio y peores resultados funcionales. En la actualidad, hay una tendencia a cementar las hemiartróplastias, salvo en pacientes con elevado riesgo cardiorrespiratorio. La prótesis total de cadera puede estar indicada en pacientes jóvenes con altas demandas funcionales o con patología osteoarticular previa. El riesgo de luxación es más elevado que en las prótesis totales primarias sin antecedente de fractura, siendo los resultados funcionales buenos, aunque la cirugía es más agresiva que las hemiartróplastias y, por tanto, presenta mayores complicaciones quirúrgicas. (Cecilia Rogmark, 2012)

2.9.2.2 TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS EXTRACAPSULARES

En la actualidad el tratamiento conservador de las fracturas extracapsulares ha quedado reducido a aquellos pacientes con una patología de base tan grave que contraindique formalmente la cirugía. Afortunadamente son casos excepcionales, debiendo iniciarse la movilización del paciente lo más pronto posible para evitar las complicaciones derivadas del decúbito prolongado, que en este grupo de pacientes constituye una amenaza vital. En las fracturas extracapsulares estables, la osteosíntesis con tornillo placa deslizante se considera el «patrón oro» del tratamiento. Se emplea un tornillo tirafondo de fileteado ancho con capacidad de deslizamiento en el plano de la fractura y apoyo en una placa lateral.

Para obtener una adecuada fijación del sistema se deben seguir una serie de normas fundamentales. El tornillo deslizante debe localizarse en la mitad inferior del cuello y de la cabeza del fémur, ya que es la zona de transmisión de la carga y donde se encuentra la mayor trabeculación ósea. Debe colocarse a menos de un centímetro del hueso subcondral para tener buena sujeción. El ángulo de entrada óptimo es de 135°, siendo preferible la valgüización de la fractura, que favorece el colapso de la misma, a la varización del punto de entrada, que tiende al desmontaje de la síntesis. La medialización no ha mostrado ventajas si se emplea junto con el tornillo placa deslizante. No parece que existan diferencias en los resultados con relación al tamaño de la placa, así como en la compresión empleada durante la reducción. Por las características biomecánicas explicadas anteriormente existe, tras la reducción y osteosíntesis, suficiente estabilidad que permite la carga precoz por lo que se conseguirá una recuperación funcional inmediata. A pesar de lo descrito, entre un 4-12% de las fracturas, se produce pérdida de la fijación de la osteosíntesis. (N., 2013)

En las fracturas extracapsulares inestables el tornillo placa deslizante es una opción terapéutica a considerar. Sin embargo, a diferencia de lo expuesto anteriormente, no existe una

fijación suficiente que permita la carga precoz. Además, en casi un tercio de estas fracturas se produce una pérdida de la reducción en el postoperatorio. (Haidukewych G J, 2011)

Ante este problema, se han propuesto sistemas de fijación alternativos que tratan de aportar mejoras biomecánicas. Para estabilizar la fractura. La placa de ángulo fijo y la lámina placa aportan, a diferencia del tornillo-placa deslizante, una contención lateral, aunque tampoco permiten la carga precoz si existe conminución posterointerna. Son sistemas muy rígidos que no favorecen el colapso de la fractura e incluso mantienen una distracción que puede dificultar su consolidación, con fracasos de la fijación en el 20- 30% de los casos. La implantación de la placa es traumática, con un alto porcentaje de fracturas durante el implante y penetración en la articulación. Los resultados en el tratamiento de las fracturas inestables son peores que con el tornillo placa y los clavos intramedulares. La placa de Medoff es un sistema de tornillo placa deslizante que añade un deslizamiento de la placa en el plano vertical de la fractura para favorecer la compresión en la fracturas subtrocantéreas. Sin embargo, la colocación de esta placa es más traumática, con mayor sangrado y duración de la cirugía y no existen trabajos que demuestren que la placa de Medoff obtenga resultados superiores al tornillo placa deslizante en el tratamiento de las fracturas extracapsulares inestables. (Olsson O, 2011)

El empleo del clavo intramedular con tornillo deslizante en el plano de la fractura, presenta un mejor comportamiento biomecánico al reducir el momento de flexión por la localización del clavo en el interior del canal óseo. Además, cuando utiliza un tornillo de compresión deslizante se favorece el colapso de la fractura durante la carga. El inconveniente de este implante reside en la complejidad de la cirugía, mayor número de complicaciones, como el desmontaje del tornillo deslizante o las fracturas diafisarias de fémur (efecto punta del clavo). Por otro lado, en aquellas fracturas que implican al trocánter mayor no es aconsejable la utilización de este dispositivo. Una revisión exhaustiva de la literatura no permite obtener datos concluyentes de la superioridad del enclavado intramedular sobre el tornillo placa deslizante en el tratamiento de las fracturas inestables. (Saundan M, 2012)

El empleo de las osteotomías de valguización y medialización descritas desde los años 40 por Tronzo y Dimon-Hughston tenían como objetivo la modificación de la anatomía, favoreciendo la transmisión de la carga en la cadera. No existen estudios que demuestren la eficacia de su empleo junto con el tornillo placa, aumentando las dificultades de la cirugía. (Sarathy M P, 2011)

Respecto a la osteosíntesis con tallos intramedulares flexibles (Ender), se trata de un sistema de fijación que se caracteriza por su escasa agresividad quirúrgica y mínimo sangrado. En la actualidad, su empleo está denostado por no asegurar una estabilidad adecuada o una reducción anatómica de la fractura, así como por su alta incidencia de complicaciones, con un 50% de migración y hasta un 40% de reintervenciones por pérdida de fijación. (I & E., 2011)

2.10 COMPLICACIONES

El anciano con fractura de fémur es, con frecuencia, un paciente médicamente complejo, con descenso de la reserva fisiológica y de la capacidad de respuesta a factores de estrés intrínsecos y extrínsecos, que presenta problemas nutricionales, deshidratación, fragilidad, pluripatología, polifarmacia, etc. (Lucero, 2012)

La alta mortalidad de este proceso, especialmente en los tres primeros meses, se debe a la combinación de la fractura, junto a la realización de un proceso quirúrgico mayor, en un paciente anciano, generalmente con comorbilidades y con baja reserva funcional. Los factores asociados a un aumento del riesgo de mortalidad son: edad avanzada, sexo masculino, comorbilidades previas, alteraciones psiquiátricas o cognitivas, institucionalización, baja capacidad funcional basal, necesidad de optimización médica antes de la intervención y la existencia de complicaciones postoperatorias. Las comorbilidades que presentan una mayor influencia en la morbimortalidad perioperatoria son las enfermedades cardíacas, respiratorias y renales. Como por ejemplo ocurre en los pacientes con historia de accidente vascular cerebral, tienen un mayor riesgo de presentar un nuevo episodio.

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son delirio (10 - 61%), infección del tracto urinario (23- 42%), enfermedad cardiovascular (5-10%) y neumonía (9%). La insuficiencia cardíaca y la infección pulmonar son las complicaciones postoperatorias más graves y responsables de una alta mortalidad, se ha observado que más del 50% de los paciente que presentan insuficiencia cardíaca presenta una mortalidad antes de los 30 días y más del 90% mueren al año. (Lucero, 2012)

Respecto a las infecciones pulmonares fallecen aproximadamente un 40% los 30 primeros días y al año el 70%⁵³. La insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica son la principal causa de muerte en los primeros días tras la fractura.

2.10.1 HEMORRAGIA

La pérdida de sangre varía dependiendo de la localización de la fractura (siendo mayor en las fracturas extracapsulares) y la severidad de la misma, pudiendo alcanzar un 20% de la volemia.

2.10.2. INFECCIÓN

La infección de la herida quirúrgica es una de las complicaciones más temibles en el tratamiento de estas fracturas, ya que en ocasiones son necesarias varias reintervenciones, obligando incluso a la retirada del material protésico o de osteosíntesis. Puede ocurrir justo en la zona de la herida o en profundidad alrededor de la prótesis. Pudiendo ocurrir durante la estancia hospitalaria o una vez el paciente se halla en su casa. También puede producirse por diseminación de una infección en otra localización del organismo. (Lucero, 2012)

Además de la infección de la herida quirúrgica, también se pueden presentar otras infecciones asociadas. Las infecciones más frecuentes son las que afectan al aparato respiratorio, urinario y las infecciones de catéteres venosos, por lo que es recomendable restringir al máximo la utilización de sondajes vesicales y canalizaciones venosas.

2.10.3. TROMBOEMBOLISMO

Los pacientes con fractura de cadera tienen un alto riesgo de complicaciones tromboembólicas tras el tratamiento quirúrgico. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una causa importante de mortalidad y morbilidad en la práctica traumatológica y ortopédica. Las muertes por embolismo pulmonar presentan un pico en la segunda semana de postoperatorio.

Para su profilaxis se emplean métodos mecánicos (movilización precoz, medias de compresión, bombas mecánicas y, en ocasiones, filtros de la vena cava) y farmacológicos, entre estos últimos destacan las heparinas de bajo peso molecular.

2.10.4. ÚLCERAS POR DECÚBITO O POR PRESIÓN

Es una complicación todavía habitual en nuestros hospitales, que está relacionada con el decúbito dorsal prolongado y la desnutrición. No debemos olvidar que hay hasta un 60% de pacientes ingresados en los hospitales con cifras de albúmina por debajo de la normalidad.

2.10.5. MUERTE

La mortalidad ligada a la anestesia y cirugía ocurre en los primeros 30 días después de la intervención quirúrgica. Actualmente se acepta una mortalidad del 1.2% en la población general; y del 5.8 al 6.2% en la los pacientes mayores de 80 años, como lo publicó Pedersen. Se observa una aumento en la mortalidad cuando la cirugía es urgente, el tiempo es mayor de 90 minutos, la hemorragia es considerable y existe comorbilidad en el paciente; circunstancias que acompañan a un grupo significativo de pacientes ancianos con fractura de cadera.

Las principales causas de muerte de los pacientes son: infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, hemorragia gastrointestinal, desequilibrio hidroelectrolítico, embolismo pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía e infección urinaria. (Lucero, 2012)

2.10.6. FRACASO DE LA PRÓTESIS

Las causas principales que abarcan el fracaso protésico son:

- Aflojamiento del material o fractura de componentes: Es el problema mecánico más frecuente tras la implantación de una prótesis y suele ocurrir tardíamente tras años de su inserción. Produce dolor y, si el aflojamiento es importante, puede ser necesario sustituir la prótesis por otra. Nuevos métodos para fijar la prótesis al hueso pueden minimizar o eliminar este problema en un futuro.

- Rotura: La fractura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.

Y la rotura del implante es muy rara. Si ocurre es necesaria una segunda intervención.

- La mala consolidación y la osteonecrosis se ven hasta en el 15% de los casos, en cuyo caso son tributarias a reintervención. (Lucero, 2012)

- Dislocación recurrente o irreducible:

Esta complicación suele producirse poco después de la intervención, durante postoperatorio inicial, pero la incidencia global es baja. El tratamiento generalmente consiste en una reducción cerrada, el cirujano puede colocar la prótesis en su sitio manualmente, seguida de una limitación temporal de las actividades de rehabilitación. Raramente se requiere otra intervención. Tras una luxación puede colocarse una férula, durante algunas semanas, con la finalidad de mantener la articulación estable 19,56. - Desgaste: Suele producirse lentamente.

Puede contribuir al aflojamiento pero raramente es necesario intervenir a causa del desgaste por sí solo.

- Lesión nerviosa: Raramente se lesionan los nervios próximos a la articulación intervenida. Esto ocurre en los casos en los que el cirujano debe corregir una articulación muy deformada para colocar la prótesis. Con el tiempo se suele recuperar la función nerviosa.

Lesión o afectación del tronco nervioso, que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores.

- Calcificaciones de los tejidos que rodean a la prótesis y que limitarían la movilidad de la misma, rigidez articular, acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro operado.

- Defectos de angulación del miembro operado

- Dolor a nivel del extremo de la prótesis.

- Imposibilidad de inserción.

- Infarto óseo transoperatorio.

2.11. REHABILITACION

La fractura de cadera presenta un coste atribuido muy elevado, tanto en nuestro entorno como en otros, ya que en USA se estima sobre los 20 billones de dólares. Lo cual nos obliga a priorizar no sólo las medidas preventivas sino también las alternativas de rehabilitación más eficientes. (Lucero, 2012)

La rehabilitación y carga precoz disminuyen el porcentaje de complicaciones por el síndrome de descondicionamiento¹⁹, las complicaciones respiratorias, las úlceras por decúbito, el riesgo de trombosis venosa profunda y de delirio a los cuales son muy susceptibles los pacientes ancianos.

En el paciente médicamente estable, el principal objetivo postoperatorio es la rehabilitación precoz, iniciando la movilización y la rehabilitación multidisciplinar, según indicaciones de los servicios de Traumatología y Rehabilitación, en general, debiera comenzarse, si las condiciones generales del paciente lo permiten, en las primeras 24-48 horas posteriores a la intervención, ya que las osteosíntesis mediante fijaciones clavo-placa y la artroplastia permiten la carga sobre la articulación prácticamente a las 24 horas de la

intervención quirúrgica, (siempre tras control radiológico) , aunque la utilización de clavos endomedulares usualmente retrasa la carga completa hasta el tercer día.

La rehabilitación debe iniciarse al día siguiente de la cirugía con la transferencia de la cama al sillón, para posteriormente levantarse, permanecer en pie y deambular, inicialmente sin carga con la ayuda de un andador.

Se han desarrollado programas de rehabilitación no sólo intrahospitalarios, sino también domiciliarios, para aquellos pacientes que aunque no puedan optar a una rehabilitación ambulatoria por sus limitaciones funcionales o sociales, de esta manera es posible obviar el ingreso para la realización de la rehabilitación. (Lucero, 2012)

En este sentido se han observado en diversos estudios que la prescripción de rehabilitación hospitalaria se asocia a vivir sólo y a una peor capacidad funcional tras la fractura, respecto a la prescripción de rehabilitación domiciliar que se asocia a vivir en residencia previamente y a una mejor capacidad funcional tras la fractura. A pesar de ello no hay diferencias en la mejoría funcional conseguida en los diferentes grupos. Aunque los autores sí destacan esta importancia del entorno social que influye en la toma de decisiones del tipo de rehabilitación, tomada por un equipo interdisciplinario, para posibilitar la reserva de recursos para los pacientes que realmente lo necesitan.

2.12 PRONOSTICO

En estudios de seguimiento a 1 y 2 años del evento de fractura de cadera, el 42% de los pacientes requieren la utilización de un auxiliar para la marcha, el 56% refieren no caminar igual que lo hacían previo a la caída y tienen un riesgo tres veces mayor a quedarse confinados en su domicilio con dependencia en las actividades básicas de la vida diaria. Las intervenciones de rehabilitación con prescripción de ejercicio a mediano y largo plazo disminuyen los factores de riesgo para caídas y fracturas relacionadas con la caída en personas con osteoporosis si éstos se realizan por lo menos de 1 a 2 años posteriores a la fractura de cadera. (GPC, 2014)

2.12.1. Factores predictores de mortalidad.

Los factores predictores de mortalidad pueden depender del estado previo a la fractura o del curso perioperatorio. Entre los factores relacionados con la situación previa destacan la edad, el sexo, el número de enfermedades concomitantes, la ubicación y el grado de funcionalidad. Los mayores, los varones, los que tienen más enfermedades crónicas (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial,

diabetes), los que viven en residencias y aquellos con mayor grado de dependencia para las AVD son los que tienen más riesgo de fallecer al cabo del primer año. (Tirado, 2013)

Varias complicaciones postoperatorias pueden contribuir al marcado incremento en el riesgo de mortalidad, destacando entre ellas el embolismo pulmonar, las infecciosas, la insuficiencia cardíaca, complicaciones cardiovasculares o pulmonares. Las condiciones de comorbilidad como la demencia, enfermedad pulmonar crónica, trastornos psiquiátricos, enfermedades cardiovasculares, afecciones renales, o neurológicas también aumentan el riesgo de mortalidad a corto plazo.

En relación con el curso perioperatorio, la presencia de complicaciones médicas o quirúrgicas es un marcador de mayor riesgo de mortalidad, tanto hospitalaria como a medio y largo plazo. Una de las que más influyen y de frecuente aparición es el cuadro confusional agudo, existiendo toda una serie de estrategias descritas en la bibliografía encaminadas a evitar su aparición o a minimizar su duración.

2.12.2. Escala de medición de calidad de vida

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de la enfermedad, con lo cual el concepto evolucionó desde una definición conceptual hasta métodos objetivos, los cuales mediante cuestionarios o encuestas generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. (Olivo-Rodríguez AG, 2012)

La calidad de vida para evaluarse debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica; por eso se conceptualiza la calidad de vida de acuerdo a sistema de valores, estándares y perspectivas, que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar. Así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.

La calidad de vida es una evaluación importante pero difícil de cuantificar objetivamente. Es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por los efectos adversos al tratamiento.

La encuesta SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud, resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario.

Estos conceptos son: a) función física, b) rol físico, c) dolor corporal, d) salud general, e) vitalidad, f) función social, g) rol emocional y h) salud mental. Además, incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior.

Es un instrumento auto aplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas) y los resultados se trasladan a una escala que va de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). (Olivo-Rodríguez AG, 2012)

El cuestionario EQ-5D-5L, que se incorporó a la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) en 2011/12. La ENSE es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que desde 2003 se realiza con el Instituto Nacional de Estadística.

El EQ-5D se incluye, entre otras, en las encuestas de salud realizadas en Canadá, Finlandia, el Reino Unido y los Estados Unidos. En España ha tenido un aceptable grado de aplicación de ámbito regional en Cataluña, Navarra, Asturias, Madrid, Valencia, Canarias y el País Vasco. La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011/12 incluyó el EQ-5D-5L, lo que ha permitido producir una norma poblacional para España, representativa además para las comunidades autónomas, que sirve de referencia para el análisis de la salud de los pacientes y su evolución. Las múltiples variables sociodemográficas, los hábitos de vida y la utilización de los servicios sanitarios incluidos en la ENSE pueden ser ahora analizados en relación con la calidad de vida, y es posible llevar a cabo análisis de las desigualdades de salud por grupos sociales y geográficos. De acuerdo con el objetivo fundacional de producir una unidad de salud, el año de vida ajustado por calidad (AVAC, o QALY por quality adjusted life year), la obtención del conjunto de valores del EQ-5D ha ocupado la mayor parte de la investigación del grupo EuroQol. El índice de salud se obtiene aplicando técnicas de medición de preferencias sobre los estados de salud, que consisten en ejercicios individuales de elección entre un conjunto de pares de estados de salud hipotéticos en muestras de población general. (Cabasés, 2015)

2.13. ASPECTOS SOCIALES.

La incidencia de ancianos que viviendo previamente de forma autónoma en la comunidad requieren institucionalización tras la fractura de cadera oscila entre el 20-30 % al año, 165-166. Varios estudios prospectivos han objetivado que las variables predictoras son: sexo masculino, edad avanzada, deterioro cognitivo, necesidad de ayuda para realizar las ABVD, comorbilidad, índice bajo de masa corporal, historia de caídas, vivir solo y agudeza visual reducida. (Tirado, 2013)

En estas situaciones sus cuidados recaen en los cuidadores informales, habitualmente familiares, pero la estructura familiar ha ido cambiando en los últimos años, de ahí que en numerosas ocasiones no estén preparadas para cuidar de sus ancianos.

Pese a todo lo comentado, y dada la disponibilidad limitada de recursos en la atención al anciano, se debería de aspirar a obtener una atención eficiente que no lesione los principios de universalidad y equidad, ni margine a dicho grupo de población. (Tirado, 2013)

2.14 HIPOTESIS.

El control de las complicaciones y el manejo interdisciplinario mejorara la calidad de vida de estos pacientes

2.15 VARIABLES.

2.15.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.

- Fractura de cadera

2.15.2 VARIABLE DEPENDIENTE.

- Calidad de vida

2.15.3 VARIABLE INTERVINIENTE

- Factores de riesgo

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 METODOS

3.2 TIPO DE INVESTIGACION

El trabajo es de enfoque cuantitativo y el método a utilizarse en este estudio es el observacional y analítico, aplicado en el HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON en el periodo de enero a diciembre del 2016.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Diseño no experimental, de corte transversal, retrospectivo.

3.4 TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Observación indirecta: se diseñara una ficha de recolección de datos, basados en las historias clínicas institucionales, la misma que servirá para recolectar información, que posteriormente se consolidara en una base de datos.

3.5 MATERIALES

Para la ayuda en la recolección de datos se utilizará:

- ✓ Los archivos de los departamentos de ortopedia y traumatología del Hospital ABEL GILBERT PONTON
- ✓ Las historias clínicas de los pacientes adultos mayores de 65 a 85.
- ✓ El instrumento de recolección de datos previamente elaborado.

3.6 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La Zona de trabajo de esta Investigación será en el Hospital ABEL GILBERT PONTON, ubicado en la calle 29 S/N y oriente de la provincia de Guayas cantón Guayaquil, Ecuador durante el periodo comprendido entre enero y noviembre de 2016.

3.7 UNIVERSO

El universo está constituido por 349 pacientes con diagnóstico de fractura de cadera que fueron ingresados en el HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON durante el periodo comprendido entre 2015-2016

3.8 MUESTRA

100 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente para remplazo de cadera en pacientes de 65 a 85 años de edad ingresados en el HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON durante el

periodo comprendido entre enero y noviembre del 2016, sometidos a criterios de inclusión y exclusión.

3.9 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes que ingresaron con diagnóstico de fractura de cadera que fueron intervenidos quirúrgicamente con remplazo de cadera
- Pacientes mayores de 65 años de edad ingresados HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2016

3.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias Clínicas Incompletas.
- Adultos menores a 65 años de edad con fractura de cadera ingresados en el HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON
- Pacientes con Diagnostico de fractura de cadera que no fueron intervenidos quirúrgicamente con remplazo de cadera.
- Segunda fractura de cadera
- Fracturas periprotésicas

3.11 VIABILIDAD

- Este proyecto abarca formas e información que aseguran las metas propuestas en los objetivos.
- Revisión de historias clínicas por parte del departamento de estadísticas del HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON para identificar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fractura de cadera que fueron intervenidos quirúrgicamente de remplazo de cadera en el periodo comprendido entre enero y noviembre del 2016.

3.12 OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	ESCALA	INDICES	FUENTE
INDEPENDIENTE	Perdida de la solución de continuidad del tejido óseo del	Fractura intracapsulares	SI	Historias clinicas

Fractura de cadera	fémur a nivel de articulación proximal		NO	
		Fracturas extracapsulares	SI	
			NO	
DEPENDIENTE	Condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Cuestionario de salud EQ-5D.	Movilidad	No tiene problemas para caminar	Encuesta
Tiene algunos problemas para caminar				
Encamados/as				
Calidad de vida		Cuidado personal	No tiene problemas con el cuidado personal	
			Tiene algunos problemas para lavarse o vestirse solo	
			Es incapaz de lavarse o vestirse solo	
		Actividades de todos los días	No tiene problemas para realizar sus actividades de todos los días	
			Tiene algunos problemas para realizar sus actividades de todos los días	
			Es incapaz de realizar sus	

			actividades de todos los días	
		Dolor/Malestar	No tiene dolor ni malestar	
			Tiene moderado dolor o malestar	
			Tiene mucho dolor o malestar	
		Ansiedad/Depresión	No está ansioso/a ni deprimido/a "	
			Esta moderadamente ansioso/a o deprimido/a	
			Está muy ansioso/a o deprimido/a	
INTERVINIENTE Factores de Riesgo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Sexo	Hombre-mujer	Historias clínicas
	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Edad	Menores de 65 años	Historias clínicas
			De 65 a 85 años	
			Mayores de 85 años	
	Características físicas distintivas, como el color de la piel o el cabello, que se transmiten por herencia de generación en generación	Raza	Negra	Historias clínicas
			Blanca	
			Mestiza	
			Indígena	

	La presencia de una o más enfermedades además de la enfermedad primaria	Comorbilidades	Diabetes	Historias clínicas
			Osteoporosis	
			Hipertensión arterial	
			Evento cerebrovascular	
			Demencia	
	Personas que lo acompañan en su hogar	Convivencia en domicilio:	Entorno familiar	Historias clínicas
			Hogar disfuncional	
			Abandonado/solo	

CAPITULO IV.

RESULTADOS Y DISCUSION.

4.1 RESULTADOS.

TABLA 1.

PACIENTES QUE INGRESARON CON DIAGNOSTICO DE FRACTURA DE CADERA CON CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS	NUMERO	PORCENTAJE
INCLUSION	51	15%
EXCLUSION	284	85%
TOTAL	335	100%

Tabla 1, de los 335 pacientes que ingresaron al hospital ABEL GILBERT PONTON el 15% presentaron los criterios necesarios para ser investigados durante el desarrollo de este proyecto y el 85% fueron excluidos.

TABLA 2.

GRUPOS ETARIO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTROPLASTIA DE CADERA

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
<65 años	12	19%
65-75 años	19	30%
>75 años	32	51%
TOTAL	63	100%

Tabla 2, La Artroplastia de cadera fue más frecuente en el grupo etario que se encuentra conformado por pacientes mayores de 75 años con un 51% de frecuencia en el Hospital ABEL GILBERT PONTON, el grupo de los menores de 65 años está representado por el 19% y el grupo de pacientes comprendidos entre 65 y 75 años representa el 19%.

TABLA 3**DIAGNOSTICO DE ARTROPLASTIA DE CADERA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE ACUERDO AL SEXO DEL PACIENTE**

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	18	57%
FEMENINO	33	43%
TOTAL	51	100%

Tabla 3, La artroplastia de cadera tiene mayor prevalencia en el sexo femenino obteniendo un 65% sobre el masculino que tuvo un 35%.

TABLA 4**RELACIÓN EN LA LOCALIZACIÓN DE LA ARTROPLASTIA DE CADERA DERECHA O IZQUIERDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN**

LOCALIZACION	No PACIENTES	PORCENTAJE
Derecha	25	49
Izquierda	26	51
TOTAL	51	100%

Tabla 4, nos demuestra que el 51% fueron pacientes con artroplastia de cadera izquierda y que el 49% fueron pacientes con artroplastia de cadera derecha.

TABLA 5

RELACIÓN EN LA LOCALIZACIÓN DE LA ARTROPLASTIA DE CADERA EXTRACAPSULAR O INTRACAPSULAR EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN

LOCALIZACION	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
EXTRACAPSULAR	0	0%
INTRACAPSULAR	51	100%
TOTAL	51	100%

Tabla 5, nos demuestra que el 100% de los pacientes con artroplastia de cadera fueron ingresados con diagnóstico de fractura de cadera intracapsular.

TABLA 6

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON FACTORES DE RIESGO EN LA EVOLUCIÓN POSQUIRÚRGICA DE LA ARTROPLASTIA DE CADERA

FACTOR DE RIESGO	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
NO	0	0%
SI	51	100%
TOTAL	51	100%

Tabla 6, nos demuestra que el 100% de los pacientes con artroplastia de cadera presentaron por lo menos un factor de riesgo en la evolución posquirúrgica.

TABLA 7**DIAGNOSTICO DE ARTROPLASTIA DE CADERA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE ACUERDO A LA RAZA DEL PACIENTE**

RAZA	NUMERO	PORCENTAJE
Blanco	3	6%
Negro	2	4%
Mestizo	45	88%
Indígena	1	2%
Total	51	100%

Tabla 7, nos demuestra que de los 51 pacientes con diagnóstico de artroplastia de cadera intervenidos en el hospital Abel Gilbert Pontón el 88% era de raza mestiza, el 6% de raza blanca, el 4% de raza negra y el 2 % era de raza Indígena.

TABLA 8**CONVIVENCIA EN DOMICILIO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA**

CONVIVENCIA EN DOMICILIO	NUMERO	PORCENTAJE
ENTORNO FAMILIAR	10	20%
HOGAR DISFUNCIONAL	38	74%
ABANDONADO/SOLO	3	6%
TOTAL	51	100%

Tabla 8, nos demuestra que de los 51 pacientes con diagnóstico de artroplastia de cadera intervenidos en el hospital Abel Gilbert Pontón el 88% era de raza mestiza, el 6% de raza blanca, el 4% de raza negra y el 2 % era de raza Indígena.

TABLA 9**PORCENTAJE DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE FALLECIERON DURANTE EL PRIMER AÑO DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA**

	NUMERO	PORCENTAJE
VIVOS	44	86%
MUERTOS	7	14%
TOTAL	51	100%

Tabla 9, Esta tabla nos indica que el 14% de los pacientes adultos mayores que fueron intervenidos con artroplastias de cadera, fallecieron durante el primer año después de la intervención.

TABLA 10**PORCENTAJE DE PACIENTES ADULTOS MAYORES QUE FALLECIERON ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA**

ALTA HOSPITALARIA	NUMERO	PORCENTAJE
VIVOS	48	94%
MUERTOS	3	6%
TOTAL	51	100%

Tabla 10, Esta tabla nos indica que el 6% de los pacientes adultos mayores que fueron intervenidos con artroplastias de cadera, fallecieron antes del alta hospitalaria.

TABLA 11**CAUSA DE MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA**

Causa de mortalidad	NUMERO	PORCENTAJE
IAM	2	29%
ARRITMIA CARDIACA	1	14%
ULCERA PERFORADA	1	14%
SEPSIS	3	43%
TOTAL	7	100%

Tabla 11, Esta tabla nos indica que el 43% de los pacientes adultos mayores que fueron intervenidos con artroplastias de cadera fallecieron a causa de sepsis, el 29% por un infarto agudo de miocardio y el otro 38 % falleció por arritmia cardiaca y perforación de ulcera péptica con el 14% cada uno.

TABLA 12**TABLA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDOS POR ARTROPLASTIA DE CADERA**

COMPLICACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	29%
NO	36	71%
TOTAL	21	100%

Tabla 12, esta tabla nos indica que el 29% de los pacientes que fueron intervenidos de artroplastia de cadera presentaron complicaciones.

TABLA 13

TABLA DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTE QUE PRESENTARON LOS PACIENTES DESPUÉS DE HABER SIDO INTERVENIDOS POR ARTROPLASTIA DE CADERA

COMPLICACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
HEMORRAGIA	1	7%
ÚLCERAS POR DECÚBITO O POR PRESIÓN	5	33%
TROMBOEMBOLISMO	1	7%
MUERTE	7	46%
FRACASO DE LA PRÓTESIS	1	7%
TOTAL	15	100%

Tabla 13, en esta tabla nos indica que la complicación más frecuente fue la muerte con un 46%, seguido de la ulcera de decúbito con el 33%, la hemorragia, el fracaso de la prótesis y el tromboembolismo ocurrió en un 7% cada una.

TABLA 14

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO PRIMER PUNTO LA MOVILIDAD.

MOVILIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
No tiene problemas para caminar	3	7%
Tiene algunos problemas para caminar	22	51%
Encamado/as	18	42%
TOTAL	43	100%

Tabla 14, nos indica que solo el 7% de los pacientes no presenta ningún problema al caminar después de la artroplastia de cadera, un 51% tiene algunos problemas para caminar, y necesitan usar bastón o andador para realizarlo y que un 42 % esta encamado o es incapaz de ponerse de pie caminar.

TABLA 15

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO SEGUNDO PUNTO EL CUIDADO PERSONAL.

CUIDADO PERSONAL	NUMERO	PORCENTAJE
Sin problemas	12	28%
Con algunos problemas	13	30%
Incapaces	18	42%
TOTAL	43	100%

Tabla 15, nos indica que el 28% de los pacientes no presenta ningún problema en el cuidado personal, un 30% tiene algunos problemas para su cuidado personal, y necesitan de alguna ayuda para poderlos realizar y que un 42% es incapaz de realizarlo y necesita de terceras personas.

TABLA 16

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO TERCER PUNTO LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

ACTIVIDADES COTIDIANAS	NUMERO	PORCENTAJE
Sin problemas	2	5%
Con algunos problemas	14	32%
Incapaces	27	63%
TOTAL	43	100%

Tabla 16, nos indica que el 5% de los pacientes no presenta ningún problema con sus actividades cotidianas, un 32% tiene algunos problemas para realizar sus actividades diarias y que un 63% es incapaz de realizarlas.

TABLA 17**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO CUARTO PUNTO EL DOLOR**

DOLOR	NUMERO	PORCENTAJE
SIN DOLOR O MOLESTAR	13	30%
CON MODERADO DOLOR O MALESTAR	18	42%
CON MUCHO DOLOR O MALESTAR	12	28%
TOTAL	43	100%

Tabla 17, nos indica que el 30% de los pacientes no presenta dolor o es leve, un 42% tiene un dolor moderado y un 28 % tiene mucho dolor o malestar.

TABLA 18**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO QUINTO PUNTO LA DEPRESIÓN O ANSIEDAD.**

DEPRESIÓN O ANSIEDAD	NUMERO	PORCENTAJE
SIN ANSIEDAD O DEPRESION	19	44%
CON MODERADA ANSIEDAD O DEPRESION	18	42%
CON MUCHA ANSIEDAD O DEPRESION	6	14%
TOTAL	43	100%

Tabla 18, nos indica que el 44% de los pacientes no presenta ansiedad o depresión, un 42% tiene una moderada ansiedad o depresión y un 14% tiene mucha ansiedad o depresión.

TABLA 19

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD SEGÚN EL CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D DONDE VALORAMOS COMO SEXTO PUNTO, LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL CON UNA ESCALA QUE VA DESDE 0 A 100. SIENDO 0 EL PEOR ESTADO DE SALUD Y 100 EL MEJOR.

ACTIVIDADES COTIDIANAS	NUMERO	PORCENTAJE
BUEN ESTADO DE SALUD >70	19	44%
REGULAR ESTADO DE SLUD 40-70	20	47%
MAL ESTADO DE SALUD <40	4	9%
TOTAL	43	100%

Tabla 19, nos indica que el 44% de los pacientes refiere tener un buen estado de salud, un 47% refirió tener un regular estado de salud y un 14% contestó estar en un mal estado de salud.

4.2 DISCUSIÓN.

La calidad de vida en los pacientes que han sido intervenidos de artroplastia de cadera por haber sufrido una fractura de cadera es un problema de salud pública en nuestro país.

La calidad de vida depende de mejorar varios elementos como los factores de riesgo modificables, estilo de vida, alimentación, medicinas, cuidado personal, rehabilitación y el estado emocional. Es necesario tener conocimiento de las necesidades y carencias que estos pacientes van a tener en su domicilio una vez que han sido dado de alta, pues la rehabilitación debe ir acompañada de una buena alimentación, de un buen cuidado personal que en su mayoría debe ser por terceras personas dado el grado de incapacidad que estos pacientes tienen al inicio de la rehabilitación y así puedan seguir todas las indicaciones tanto médicas, nutricionales y fisiátricas para poder obtener los mejores resultados.

En el estudio realizado se toma en consideración los factores de riesgo y la calidad de vida relacionada a la salud según el cuestionario de salud EQ-5D para así poder tener pautas para poder eliminar los factores de riesgo modificables y poder mejorar la calidad de vida que llevan estos pacientes.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

De la investigación realizada se concluye:

1. Como resultado del trabajo de investigación se llegó a la conclusión que la calidad de vida de los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera después de haber sufrido una fractura de cadera, no es del todo buena y que los pacientes, en su mayoría, necesitan de los cuidados de terceras personas para poder tener una mejora en ella.
2. Los resultados de este estudio permitieron comprender que la mejora en la calidad de vida no solo depende del equipo de salud, conformada por el médico, el fisiatra y el nutricionista, sino que necesita de una tercera persona que se encargue de hacer cumplir todas las indicaciones dadas por el equipo de salud.
3. La edad y las comorbilidades de cada paciente es un indicador del tiempo que tomara la mejora en su estado de salud, mientras más años o comorbilidades tenga un paciente mayor será el tiempo de recuperación y su peor será su calidad de vida.
4. El estado emocional de un paciente va a ser determinante en la calidad de vida, puesto que la mayoría de pacientes que respondieron no sufrir de ansiedad o depresión, vivía acompañado de más de un familiar y que estos se encargaban de velar por su salud. Estos pacientes igualmente respondían tener un mejor manejo del dolor. Al contrario de los pacientes que tenían deficiencias en su cuidado de salud, estaban más deprimidos y narraban sentir mucho dolor.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

1. Optimizar la prevención terciaria de salud para así poder evitar las complicaciones, tener una adecuada rehabilitación y así poder mejorar calidad de vida de todos estos pacientes.
2. En los pacientes que han sido intervenidos de artroplastia de cadera se deben de realizar controles médicos con una frecuencia adecuada para evitar el desarrollo de complicaciones que comprometan posteriormente la vida del paciente.
3. Se recomienda establecer programas, grupos de apoyo y capacitación a familiares de adultos mayores que sufrieron una fractura de cadera, para fomentar sobre la importancia de la rehabilitación y también sobre los cuidados que se debe de llevar en esta clase de pacientes para así poder mejorar su estilo de vida, ya que ayudaría a minimizar los factores que contribuyen a empeorar las condiciones y la calidad de vida relacionada a la salud en estos pacientes.
4. Realizar una coordinación adecuada entre el ministerio de inclusión económica y social con el ministerio de salud pública. Para que estos pacientes, que según nuestro estudio revela que la mayoría ya no va a poder realizar sus actividades cotidianas, obtenga las ayudas necesaria para mejorar su calidad de vida, pensando primero en los implementos como una silla de rueda, colchones anti escara, andadores, utensilios de aseo como pañales, así como también logren recibir el bono de desarrollo humano, según su grado de invalidez y discapacidad.

REFERENCIAS

- A. C. W. HUI, G. H. (2012). INTERNAL FIXATION OR HEMIARTHROPLASTY FOR UNDISPLACED FRACTURES OF THE FEMORAL NECK IN OCTOGENARIANS. *From Leicester Royal Infirmary, England*, 891-894.
- A. GONZÁLEZ DUQUE, C. D. (2013). Bursitis trocantérea. *MEDIFAM*, 35-40.
- Alfaro, E. V. (2012). prevención de caídas en el adulto mayor. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 253-255.
- Álvarez, D. A. (2012). Fracturas intracapsulares de la cadera. *Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.* , 124-134.
- Arellano, M. F. (2014). *Rehabilitacion precoz en los pacientes intervenidos de fractura de cadera.* Cantabria.
- Cabasés, J. M. (2015). El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit*, 401-403.
- Carmen Lucía Curcio, F. G. (2011). caidas recurrentes en adultos mayores . *Acta Medica Colombiana*, 103-110.
- Carmona M, L. T. (2011). Las caidas en anciano desde el punto de vista medico. *GEROSAGG* .
- Cecilia Rogmark, Å. C. (2012). Primary hemiarthroplasty in old patients with displaced femoral neck fracture. *Acta Orthopaedica Scandinavica*.
- Clinica, G. d. (2012). *Prevencion y diagnostico en la fractura de cadera en el adulto.* Mexico DF.
- Dawn C. Mackey*, A. E. (2011). Usual Physical Activity and Hip Fracture in Older Men: An Application of Semiparametric Methods to Observational Data. *American Journal of Epidemiology*, 578-586.
- Edgardo Ramos-Maza, F. G.-E.-C. (2012). Descripción en cadáver de nueva incisión segura para osteosíntesis de fractura de acetábulo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* , 25-31.
- Francisco Varas-Fabra, E. C. (2011). caidas en adultos mayores de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten primaria*, 450-455.
- Gisela González C, P. P. (2011). características de las caidas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *revista medica Chile* .
- GPC. (2014). *Manejo Médico Integral DE FRACTURA DE CADERA En el Adulto Mayor.* Mexico DF.
- Gutierrez, R. P. (2012). Clasificación de las fracturas de la cadera. *Ortho-tips Vol. 8 No. 3* , 140-149.

- Haidukewych G J, I. T. (2011). Reverse obliquity fractures of the intertrochanteric region of the femur. . *J Bone Joint Surg Am.* , 643-650.
- I, D. M., & E., C. C. (2011). Fracturas de cadera: técnica quirúrgica y carga precoz. *PATOLOGIA DEL APARATO LOCOMOTOR*, 108-115.
- JD., Z. (2011). Hip Fracture. *NEJM* .
- LANDA, F. (2011). Fracturas de acetábulo. *Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol*, 276-281.
- Lucero, M. J. (2012). *MEDIO, MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A LA FRACTURA DE CADERA DEL PACIENTE ANCIANO. ANALISIS DE NUESTRO*. Barcelona.
- Luis Gerardo Domínguez Carrillo, G. A. (2011). Caídas en el anciano, Factores asociados en 168 casos. *ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES*, 83-90.
- N., C. C. (2013). Internal fractures fixation in patients. *J Am Acad Orthop Surg.* , 109-119.
- Olivo-Rodríguez AG, T.-P. H.-Á. (2012). Calidad de vida en los pacientes postoperados de fracturas. *Acta Ortopédica Mexicana 2012*, 172-179.
- Olsson O, C. L. (2011). Femoral shortening in intertrochanteric fractures. A comparison between the Medoff sliding plate and the compression hip screw. . *J Bone Joint Surg Br.*
- Pardo, C. R. (2013). Inidencia de fracturas del tercio proximal de femur en pacientes de 60 a 80 años de edad en Ecuador. Cuenca, Ecuador.
- Parra Galvan Y, C. M. (2011). El síndrome de caídas y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor. *Archivos en medicina familiar* , 17-24.
- Perez, L. J. (2014). *Monografía. La fractura de cadera en el adulto mayor. La importancia del papel de la enfermera en la rehabilitación precoz* . Santander.
- PERZ, L. J. (FEBRERO de 2014). LA FRACTURA DE CADERA EN EL PACIENTE MAYOR. . *MONOGRAFIA*. SANTANDER, CANTABRIA, ESPAÑA.
- Reyes-Ortiz*, C. A., Snih, S. A., & Markides., K. S. (2011). Las caídas en ancianos de América Latina y el Caribe y en ancianos mexicanoestadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 362-369.
- Santos, M. H. (2012). *Tratado de Nutrición*.
- Sarathy M P, M. P. (2011). Modified medial displacement and valgus osteotomy for unstable intertrochanteric fractures. *Injury*.
- Saundan M, L. A. (2012). Pertrochanteric fractures: is there and advantage to an intramedullary nail?: a randomised, prospective study of 206 patients comparing the dynamic hip screw and pro-ximal femoral nail. . *J. Orthop. Trauma.* , 386-396.

- Sebastián Muñoz G, J. L. (2011). Fractura de cadera . *Cuad. Cir.* , 73-81.
- Sebastian Muñoz G, J. L. (2012). Fractura de cadera . *Cuad. Cir. 2012; 22: 73-81, 73-81.*
- Soto, L. E. (2016). factores extrínsecos e intrínsecos para presentar fractura de cadera por caída, en adultos mayores. Aguascalientes, Mexico.
- Tirado, P. A. (2013). *EVOLUCIÓN DE LOS ANCIANOS CON FRACTURA DE FÉMUR : LA EXPERIENCIA EN EL VALLÉS ORIENTAL.* Madrid.
- Traumatología, S. E. (23 de febrero de 2014). *Fracturas de cadera en el adulto mayor.*
Obtenido de geosalud.web: <http://www.geosalud.com/ortopedia/fracturacadera.htm>

ANEXOS.
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ENCUESTA PARA TRABAJO INVESTIGATIVO.

EQ - 5D

Cuestionario de Salud

Versión en español para US
(Spanish version for the US)

Marque con una cruz como está la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas para caminar

Tengo algunos problemas para caminar

Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

No tengo problemas con el cuidado personal

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días

Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar

Tengo moderado dolor o malestar

Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso/a ni deprimido/a

Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a

Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**SU ESTADO
DE SALUD
HOY**

