

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA CON MÁS DE 80 AÑOS EN UN HOSPITAL DE MEDIA ESTANCIA

Autor principal SILVIA GIL GALAN

CoAutor 1 ANA ISABEL MONTEJO GARCIA

CoAutor 2 JAVIER MEDRANO CARNERO

Área Temática La Seguridad del Paciente en Fisioterapia

Palabras clave Envejecimiento de la población Fractura de cadera Recuperación Funcional Hospital de Media Estancia

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

La fractura de cadera es una de las patologías más frecuentes del anciano y sus consecuencias son muy importantes, tanto por su elevada mortalidad y morbilidad, como por el deterioro funcional secundario que provoca. Por este motivo se realizó un estudio del resultado funcional obtenido en ancianos intervenidos de fractura de cadera, que ingresan en un hospital de media estancia para tratamiento rehabilitador.

El objetivo del estudio es conocer la influencia de la rehabilitación en la recuperación funcional de los pacientes y ver si ésta depende del tiempo transcurrido entre la producción de la fractura y la cirugía de la misma y/o del tiempo transcurrido entre la cirugía y el ingreso en el hospital. El estudio se realizó con todos los pacientes ingresados en el Hospital Virgen de La Poveda, perteneciente al SERMAS, desde el 1 de diciembre de 2012 hasta el 31 de marzo de 2013, con diagnóstico de fractura de cadera, independientemente del tipo de la misma y de la cirugía realizada, y con 80 años o más de edad. La muestra total fue de 31 pacientes. Se analizaron los factores edad, sexo, cadera, tipo de cirugía, tipo de fractura, tiempo transcurrido desde la fractura hasta la cirugía, tiempo transcurrido desde la cirugía hasta el ingreso en el Hospital Virgen de la Poveda, estado cognitivo y factores de riesgo.

Se comprueba que la mejoría obtenida es menor cuando existe deterioro cognitivo, o cuando el tiempo transcurrido entre la fractura y la cirugía o

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La persona de edad avanzada constituye una entidad particular por las modificaciones bio-psico-sociales por ello hay que adoptar un enfoque multidisciplinar para establecer los objetivos de la geriatría y la rehabilitación. Estos deben ser planteados en términos funcionales y de mejora de autonomía del paciente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

- Objetivos generales:

Valorar la influencia del tiempo transcurrido entre la producción de una fractura de cadera en ancianos de 80 años o más y la intervención quirúrgica, así como la del tiempo transcurrido entre esta intervención y el inicio del tratamiento rehabilitador específico en el Hospital Virgen de la Poveda.

Se pretende medir en ambos tiempos unas escalas de valoración funcional y cognitiva a través de test validados que proponen objetividad en los parámetros para saber cómo influyen ambos tiempos en la rehabilitación del paciente hasta su funcionalidad óptima.

- Objetivos específicos:

Conocer las características de la población a estudio.

Observar el resultado funcional obtenido tras la rehabilitación en los ancianos con fractura de cadera.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Tipo de estudio: Estudio descriptivo observacional, analítico y retrospectivo para obtener los datos epidemiológicos pero prospectivo para los resultados funcionales del estudio.

Población de estudio: Pacientes ingresados en el Hospital Virgen de la Poveda desde el 1 de diciembre de 2012 hasta el 31 de marzo de 2013, con más de 80 años y diagnóstico de fractura de cadera. Estos pacientes proceden de otros Hospitales de la Red Hospitalaria de la Comunidad de Madrid y son derivados para intento de recuperación funcional en régimen de ingreso en hospital de media estancia. Todos los pacientes acuden a tratamiento de fisioterapia una vez al día cinco días a la semana desde que son ingresados en dicho hospital hasta el alta del paciente. Para la realización del estudio se expone consentimiento informado al Hospital Virgen de la Poveda.

Muestras epidemiológicas: El número de ingresos en esta fecha en todo el Hospital Virgen de la Poveda es 548 de las cuales 42 son fracturas de cadera en pacientes con 80 años o más.

El muestreo es de 31 pacientes que cumplen los requisitos de nuestro estudio: edad de 80 años o más, que tienen fractura de cadera y que han sido operados en distintos Hospitales de la Comunidad de Madrid sea cual sea la técnica quirúrgica empleada. La muestra es de todos los pacientes ingresados en el Hospital Virgen de la Poveda en el periodo anteriormente dicho que cumplen los requisitos de dicho estudio.

Criterios de inclusión:

Para poder ser incluido en el estudio los pacientes deben cumplir los siguientes requisitos:

Edad igual o mayor de 80 años.

Haber sufrido una fractura de cadera independientemente de su etiología.

Ingresados en el Hospital Virgen de la Poveda desde 1 Diciembre de 2012 a Marzo de 2013.

Incluimos pacientes con deterioro cognitivo.

La muestra podía ser autónomo o no antes de la caída casual y vivir en residencia o domicilio anteriormente.

Criterios de exclusión:

Tener una edad menor de 80 años.

Tener otra patología distinta a la patología a estudio.

Recogida de datos: Se efectúa siempre por el mismo profesional en turno de tarde. Cada paciente es entrevistado y valorado en la sala de

Virgen de la Poveda.

Material utilizado:

- Cuestionario del propio servicio de rehabilitación del Hospital Virgen de la Poveda.
- Protocolo de fracturas de cadera del Hospital Virgen de la Poveda.
- Camilla: la usaremos para explorar al paciente.
- La cuantificación del desplazamiento articular se realiza a través de la goniometría y de las mediciones centimétricas. Para ello se ha utilizado un goniómetro de dos ramas. Una de las ramas es fija y contiene la escala angular, y la otra rama es móvil (flecha). Para la colocación del goniómetro se ha de considerar:
 -  El plano en el que se realiza el movimiento.
 -  Los puntos de referencia a tomar.
 -  Identificar las posiciones extremas.
 -  El centro del goniómetro se situará en el eje de la articulación.
 -  Notación (transcripción de resultados)

Se utiliza el Sistema Internacional Neutral Cero o paso por el cero. Todos los movimientos angulares se miden a partir de la posición cero. Se buscan puntos de referencia y se miden los dos movimientos del plano. Cada movimiento tiene tres valores: dos extremos y el cero. El sector angular es el desplazamiento desde la posición cero a la posición extrema. Amplitud articular es el sector angular móvil entre las dos posiciones extremas.

Balance muscular según Daniels: Para la valoración utiliza el test de resistencia activa (resistencia durante el movimiento) y de ruptura (resistencia una vez finalizado el movimiento). Se ha de comenzar la valoración por el grado 3.

Grados:

- 0 = no se detecta contracción activa en la palpación ni en la inspección visual
- 1 = se ve o se palpa contracción muscular pero es insuficiente para producir movimiento del segmento explorado.
- 2 = contracción débil, pero capaz de producir el movimiento completo cuando la posición minimiza el efecto de la gravedad.
- 3 = contracción capaz de ejecutar el movimiento completo y contra la acción de la gravedad.
- 4 = la fuerza no es completa, pero puede producir un movimiento contra la gravedad y contra una resistencia manual de mediana magnitud.
- 5 = la fuerza es normal y contra una resistencia manual máxima por parte del examinador.

-signos + / : Los signos + y se usan cuando el paciente está entre dos números, + cuando se aproxima al siguiente número y cuando se aproxima más a número anterior.

SPSS 18.0 para Windows.

EXCEL 2007.

Cuestionario:

Tipo de fractura.

Si hacían ejercicio o no con anterioridad.

Nivel educativo.

Si viven solos o no y si tienen alguna ayuda social y de qué tipo.

Nivel de renta actual.

Medicación habitual.

Se emplearon las siguientes escalas de valoración:

Escala Tinetti (anexo 4). Valora la marcha y el equilibrio. La máxima puntuación de la marcha es de 12 y la del equilibrio es de 16 sumando un total de 28.

Escala Pfeiffer (anexo 5). Detecta tanto la presencia de deterioro cognitivo como el grado del mismo. Las cuestiones con varias respuestas sólo se aceptan como correctas si todos los elementos de la misma lo son.

Sus valores psicométricos arrojan valores bajos de sensibilidad en estudios realizados en la comunidad, pero buena especificidad (S 34 48% y E 94- 95 %) y mejorando éstos en casos diagnosticados de grados moderados o severos de demencia. El test de Pfeiffer enfatiza mucho el lenguaje y la memoria y tiene una intensa orientación verbal, por lo que en algunos tipos de déficit sensoriales o trastornos psiquiátricos (depresión) podría dar falsos positivos. A pesar de haber sido diseñado para screening, no detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución del deterioro. Es un test muy rápido de administrar que no requiere especial entrenamiento. Se ha mostrado especialmente útil en invidentes, personas de edad avanzada y analfabetos. Especialmente útil para screening en población general.

Escala Harris . Escala validada específica de cadera .

EUROQL. Evalúa la movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión .

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

Durante los meses de diciembre de 2012 a marzo de 2013 ingresaron 548 pacientes en el Hospital Virgen de la Poveda de los cuales 31 pacientes fueron para recuperación funcional tras fractura de cadera intervenida y tenían 80 años o más. El 12,9% eran varones y el 87,1% eran mujeres, con una edad media de 86+5 años (rango de 80 a 98 años).

En 20 individuos la fractura afectaba a la cadera derecha (64.5%) y en 11 a la cadera izquierda (35.5%).

El tiempo medio de demora desde el momento de la fractura hasta la cirugía fue de 4+5 días, y desde la cirugía hasta el inicio del programa rehabilitador específico fue de 30+20 días.

La fractura más frecuente fue pertrocantérea con un 58% seguida de subcapital (27%) subtrocantérea (9%) e intracapsular y trocantérea (6%).

No se encontraron diferencias en el Pfeiffer en relación al sexo, a la edad o al tipo de cirugía, pero sí hay una asociación significativa entre el deterioro cognitivo leve al inicio y el tiempo transcurrido desde la fractura hasta la cirugía, así como el tiempo transcurrido desde la cirugía hasta el ingreso en la Unidad de Recuperación Funcional

No encontramos ninguna correlación entre el Harris final y el sexo o la edad de los pacientes pero sí se encontró una correlación negativa con el tiempo transcurrido entre la caída y la cirugía ($p<0,05$) y con el tiempo transcurrido entre la cirugía y el inicio de rehabilitación específica ($p<0,05$). Además el Harris al alta era menor de forma significativa ($p<0,5$) cuando al inicio había deterioro cognitivo medido con el Pfeiffer.

La valoración final del Tinetti se asociaba de una forma significativa con el sexo (mejor en las mujeres), con el Pfeiffer inicial (peor Tinetti al alta en pacientes con deterioro cognitivo leve al inicio), con el tiempo transcurrido hasta la cirugía (peor Tinetti si más tiempo) y con la aptitud física previa de los pacientes (mejor Tinetti a mayor aptitud física).

Un 58,1% tiene una renta inferior a 600 Euros/mes, un 25,8% tiene una renta entre 600 y 900 euros/mes y tan sólo el 16,1 % tiene un nivel de renta superior a 900 euros/mes lo que influirá en la calidad de vida del paciente precaída y al alta.

Respecto a la escala de valoración PARQ o cuestionario de aptitud física cabe destacar que el 25,8% de la muestra tiene una puntuación de 12 seguido de un 22,6% con una puntuación de 14, lo que nos indica que un alto porcentaje de pacientes tienen una escasa capacidad cardiorrespiratoria previa a la fractura de cadera. De echo observamos que el 68% de los pacientes no hacía ejercicio con anterioridad a la caída y que el 32% hacía alguna actividad de forma frecuente tal

Cabe destacar la polifarmacia de estos pacientes. Encontramos que los grupos de medicamentos más consumidos son los que se usan para la insuficiencia cardíaca, diuréticos, laxantes y broncodilatadores. El 80% de la muestra tiene una medicación de cuatro fármacos o más y solamente el 0,5% no toma medicación.

Uno de los factores de riesgo de sufrir osteoporosis es el tabaco, por eso, en nuestro estudio también analizamos los pacientes que fumaban (6%) y los que no (94%). El resultado no es significativo en nuestro estudio ya que un alto porcentaje no fumaba y no encontramos relación en este aspecto.

funcionalidad al alta de los pacientes

También hemos observado una mayor mejoría funcional cuanto más pronto se inicia el tratamiento fisioterápico postcirugía. Otros autores han encontrado que una mayor estancia media, reflejo de una peor evolución hospitalaria, se asocia a una peor recuperación funcional, que se corresponde con nuestros datos.

Como conclusión, el tratamiento fisioterápico de pacientes muy ancianos con fractura de cadera en régimen de ingreso en un hospital de media

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Plan de cuidados fisioterapéuticos:

- Asegurar que la movilización de los pacientes con fractura o prótesis de cadera, se realice en condiciones de seguridad. Enseñar al paciente y su familia cómo puede colaborar según sus posibilidades y su manejo al alta
- Dar importancia a la movilidad física para evitar complicaciones como UPP
- Evitar el temor ante la nueva situación y afrontar las deficiencias producidas por la fractura.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

La comparación de datos con otros hospitales de similares características del SERMAS.

Insistir en el desarrollo de medidas preventivas eficaces a través de la divulgación entre la población de las herramientas existentes.

Aumentar el tamaño muestral de los estudios con estas características de pacientes mayores de 80 años.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

Yves Xhardez. Vademecum de Kinesioterapia y de Reeducción Funcional. Editorial Ateneo.2000.

Gil Gregorio P. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico.

Rozman C. Medicina Interna; 14 ed. Madrid: Ediciones Harcourt, 2000; 1498-151.

García Fernández J.L.: Características de las enfermedades en geriatría. Enfermedades más frecuentes. Complicaciones de las enfermedades en geriatría. Historia clínica en los ancianos. En: Masson-Salvat Medicina 1ª ed. 1990. Manual de Geriatría. 1ª ed. 157-163.

Salgado A.; Guillen, F; Ruipérez, I., Editores: Manual de Geriatría, 3.ª ed., Barcelona, Masson, 2002.