



*Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería
Carrera de Enfermería*

***“APOYO FAMILIAR RECIBIDO POR
ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE CADERA
Y SUS CARACTERÍSTICAS”***

Seminario de tesis para optar al grado:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

*Tesistas: Elizabeth Aguirre Campos.
Patricia Álvarez Lahoz.
Carola Álvarez Sepúlveda.
Carolina Lara Engelhardt.
Andrea Retamales Escobar.
Francesca Tachaires Guerra.*

Docente Asesora: Lorena Bettancourt Ortega

Valparaíso, Noviembre de 2009

Agradecimientos

“Dadme un punto de apoyo y moveré el mundo.” Arquímedes

Esta tesis se ha elaborado con gran entrega, dedicación y esmero; cada una de las autoras como la docente guía han contribuido con sus destrezas y habilidades, permitiendo acercarnos al método científico y valorar la importancia del trabajo en equipo.

Esta investigación no hubiese sido posible sin la ayuda de Dios que nos dio la fortaleza para seguir, la sabiduría y el entendimiento para cumplir nuestras metas.

Agradecer a cada una de nuestras familias, amigos y seres queridos, presentes físicamente o no, por sus consejos, apoyo, paciencia, confianza y la constante motivación entregada para continuar en este camino para ser futuras enfermeras.

A nuestra docente guía, Sra. Lorena Bettancourt, que durante todo el proceso nos acompañó con el fin de lograr un resultado acorde a las expectativas que nos planteamos al inicio de éste, valoramos especialmente su asesoría en los momentos más difíciles.

A la Srta. Nidia Núñez por su generosidad por compartir con nosotras su sabiduría y experiencia, con rigor científico y entrega de valiosas perspectivas y críticas.

Al Dr. Améstica, Dr. Benedicto Guerrero y E.U. Liliana Farías, funcionarios del HGF, por las eficientes gestiones realizadas en el otorgamiento de permisos que agilizaron la concreción del trabajo, por permitirnos acceder a los datos que sustentaron la población de nuestro estudio, por su disposición y generosidad.

Finalmente como grupo nos gustaría expresar nuestros más sinceros agradecimientos a todos aquellos adultos mayores y sus familias que desinteresadamente nos abrieron las puertas de su hogar entregándonos sus vivencias y tiempo para que este trabajo siguiera adelante; por su disposición y alegría al compartir sus experiencias de vida.

“El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza”. André Maurois

Las autoras.

ÍNDICE DE MATERIAS

<i>AGRADECIMIENTOS</i>	<i>III</i>
<i>ÍNDICE DE MATERIAS</i>	<i>IV</i>
<i>ÍNDICE GENERAL</i>	<i>V</i>
<i>ÍNDICE DE GRÁFICOS</i>	<i>VII</i>
<i>ÍNDICE DE TABLAS</i>	<i>IX</i>
<i>ÍNDICE DE FIGURAS</i>	<i>X</i>
<i>ÍNDICE DE ANEXOS</i>	<i>XI</i>

ÍNDICE GENERAL

Capítulo I: Introducción.

1.1. Introducción	2
1.2. Fundamentación	4
1.3. Delimitación del Problema	6
1.4. Definición de términos.	7
1.5. Limitaciones del estudio	8

Capítulo II: Marco Conceptual.

2.1. Marco Teórico	10
2.1.1. Envejecimiento	10
2.1.2. Necesidad de movimiento en el AM	14
2.1.3. Adulto Mayor y las Caídas	20
2.1.4. Impacto sanitario y social del AM con fractura de cadera.	24
2.1.5. Tratamiento de la fractura de cadera.	26
2.1.6. Convalecencia del AM con fractura de cadera	27
2.1.7. Familia del Adulto Mayor.	28
2.1.8. Apoyo Social Familiar	28
2.1.9. Apoyo, envejecimiento y bienestar	34
2.1.10. Relación entre el modelo de Virginia Henderson y el rol del profesional enfermera en la atención al AM operado de cadera.	35
2.2. Objetivos	40
2.2.1. Objetivo General	40
2.2.2. Objetivo Específicos	40
2.3. Definición y Operacionalización de Variables	41

Capítulo III: Metodología.	
3.1. Diseño de la Investigación	49
3.1.1. Constitución, organización grupo tesis	49
3.1.2. Tipo de Estudio	49
3.2. Definición de Universo	50
3.3. Diseño muestral	50
3.3.1. Unidad Muestral	51
3.4. Metodología de recolección de datos	51
3.4.1. Descripción del Instrumento	52
3.4.2. Estudio de confiabilidad de los instrumentos	53
3.5. Organización del trabajo en Terreno	54
3.6. Criterio utilizados para el análisis de los datos	54
3.6.1. Vaciamiento de datos	54
3.6.2. Criterios para efectuar el análisis de la información	54
3.6.3. Criterios para el análisis de gráficos y tablas	55
Capítulo IV: Resultados.	
Introducción a los resultados	57
4.1. Análisis descriptivo del Perfil del Adulto Mayor	58
4.2. Análisis descriptivo del Apoyo social familiar recibido por el Adulto Mayor operado de cadera para la recuperación de la movilidad.	61
Capítulo V: Conclusión, Recomendaciones y Resumen.	
5.1. Conclusión	76
5.2. Recomendaciones	79
5.3. Resumen	80
5.4. Abstract	81
Referencias Bibliográficas.	83
Bibliografía General.	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Perfil del Adulto Mayor

GRÁFICO N °1: Distribución de los adultos mayores operados según edad	58
GRÁFICO N °2: Distribución de los adultos mayores operados según género	58
GRÁFICO N °3: Distribución de adultos mayores por tipo de cirugía	59
GRÁFICO N °4: Distribución de AM operados de cadera según Cuestionario Pfeiffer.	60
GRÁFICO N °5: Distribución de AM operados de cadera según Nivel de Dependencia	60

Apoyo social familiar recibido por el adulto mayor operado de cadera para la recuperación de la movilidad.

GRÁFICO 1: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Alimentación.	61
GRÁFICO 2: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Trasladarse.	62
GRÁFICO 3: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Deambular.	64
GRÁFICO 4: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Subir y Bajar escalones.	66
GRÁFICO 5: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Vestirse.	67
GRÁFICO 6: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Arreglarse	69

GRÁFICO 7: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en 70 actividades al Bañarse/Ducharse.

GRÁFICO 8: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en 72 actividades del Uso del retrete.

GRÁFICO 9: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en 74 actividades relacionadas con episodios de incontinencia urinaria o fecal.

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA I: Distribución de Adultos Mayores encuestados según tramo	50
TABLA 2: Distribución porcentual de 14 AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido en trasladarse.	62
TABLA 3: Distribución porcentual de 14 AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido en Deambular.	65
TABLA 5: Distribución porcentual de 13AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido en Vestirse.	68
TABLA 7: Distribución porcentual de 12 AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido al Bañarse/Ducharse.	71
TABLA 8: Distribución porcentual de 9 AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido en el Uso del retrete.	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Flujograma de atención a usuarios con fractura de cadera con resolución quirúrgica en el HGF	97
Figura 2: Modelo de apoyo social de Caplan	98

ANEXOS

Glosario de términos	95
Glosario de abreviaturas	96
Anexo 1: Criterios Médicos para elección de prótesis	99
Anexo 2: Consentimiento informado	101
Anexo 3: Descripción general del instrumento	102
Anexo 4: Cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer	106
Anexo 5: Índice de Barthel: Actividades básicas de la vida diaria	108
Anexo 6: Instrumento apoyo familiar	111
Anexo 7: Entrevistas	116
- Anexo 7.1: Dr. Améstica, médico jefe servicio de traumatología HGF	116
- Anexo 7.2: EU Rebeca Molina, Enfermera supervisora del Servicio de Traumatología del HGF	117
- Anexo 7.3: Internas de Enfermería del servicio de Traumatología del Hospital de Peñablanca	119
- Anexo 7.4: EU María Inés Johnson, docente de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso	121



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

El aumento de la población adulta mayor en los países desarrollados y en vías de desarrollo durante la última mitad del siglo XX ha significado grandes desafíos para las naciones, sus sistemas de salud y previsión social.

La importancia del envejecimiento es que consigo trae cambios fisiológicos que alteran la funcionalidad de todos los sistemas del organismo. Este proceso hace más vulnerables a los AM frente a enfermedades y accidentes que afectan múltiples funciones, dentro de las cuales encontramos la motora, la cual es fundamental para su independencia.

Estos cambios físicos no se reducen a los puramente estéticos sino que van modificando de manera profunda la forma en que los individuos se enfrentan al mundo y cómo se adaptan a las situaciones que suceden a su alrededor.

En esta etapa del ciclo vital los accidentes se hacen más frecuentes por el estado de fragilidad de algunos AM, teniendo como principal consecuencia las caídas. Una caída, sin ser especialmente traumática, puede generar estados de salud agudos como es la fractura de cadera, articulación especialmente importante por su participación en gran parte de los movimientos que la persona realiza. La resolución de este problema es generalmente quirúrgica lo que aumenta la probabilidad de complicaciones.

La recuperación de esta problemática será más extensa y difícil en relación a tres factores preponderantes: estado de salud anterior, tipo de intervención quirúrgica realizada y apoyo recibido por parte del núcleo familiar o red de apoyo primaria.

Una vez realizada la intervención, el AM debe adaptarse a su nueva condición, generando una pérdida o ajuste del rol que cumple tanto en la sociedad como dentro de su familia. Por esta razón y a causa de las limitaciones que conlleva ésta, el AM resulta incapaz de realizar sus actividades diarias, colaborar en la dinámica de la familia generando en ellos sentimientos de inutilidad y carga para la misma. Al existir apoyo y disposición de la familia, el AM podrá enfrentar las crisis propias de la edad como

aquellas inesperadas de manera más eficaz durante la recuperación evitando posibles complicaciones tanto físicas como emocionales.

En la literatura destaca el rol decisivo de la familia, se afirma incluso que la mayoría de los AM prefieren los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra, ya que no sólo les otorga ayuda necesaria en su tratamiento sino que también brinda apoyo emocional, manifestándose a través de la compañía física y la escucha activa.

En relación a lo anterior, el profesional Enfermero tiene un importante rol que desarrollar: favorecer el estado de salud óptimo o aceptable en los AM promocionando estilos de vida saludables que prevengan accidentes y disminuyan la prevalencia de problemas crónicos de salud así como también capacitar al AM y su familia sobre los cuidados que requiere éste frente a un problema de salud.

El enfoque que nuestra profesión da al concepto de salud hace que las necesidades y la forma en que éstas se satisfacen adquieran relevancia en la recuperación del bienestar.

En base a lo señalado, el grupo de tesis consideró relevante realizar un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo con el objetivo de conocer el apoyo social familiar que recibe el AM durante la recuperación de su movilidad tras ser sometido a una cirugía de cadera en el HGF de Viña del Mar. La investigación hace énfasis en el apoyo instrumental en la satisfacción de la necesidad de movimiento; se espera que los resultados del estudio constituyan un aporte sustancial para mejorar la calidad del cuidado que otorgan los profesionales enfermeros, identificando los requerimientos de educación del AM y su familia sobre los cuidados necesarios y oportunos que aseguren la continuidad progresiva de éstos.

1.2. Fundamentación

- La población AM en Chile, que asciende al 11,4%, evidencia un notorio aumento del envejecimiento y una rápida instalación de éste; a esto se suma el incremento de la expectativa de vida que llega a actualmente a las 76 años en ambos sexos.⁽¹⁾⁽²⁾
- El proceso de envejecimiento genera en las personas una serie de cambios fisiológicos lo que produce un estado de fragilidad, exponiéndolas con mayor frecuencia a sufrir accidentes.⁽³⁾
- Uno de los accidentes más frecuentes que sufre el AM son las caídas las que habitualmente se producen dentro de su hogar a causa de condiciones inadecuadas para su movilización.⁽⁴⁾
- Las caídas y sus consecuencias tendrán repercusiones no sólo en el aspecto físico sino también en el psicológico pues aumentan la dependencia del AM y por lo tanto disminuyen su grado de bienestar habitual, afectan también en la dinámica familiar y social por el reajuste que debe sufrir su núcleo para enfrentar la situación.⁽³⁾⁽⁵⁾
- La necesidad de movimiento es un aspecto muy relevante para el AM; al verse afectada influye en las actividades tanto básicas como instrumentales que éste realiza, lo que influirá en la calidad de vida en todas sus dimensiones.⁽⁶⁾
- Entre un 5-8 % de las personas mayores residentes en la comunidad que caen van a sufrir una fractura, dentro de ellas una de las más frecuentes es la de cadera la cual produce una alta morbimortalidad.⁽⁵⁾
- Habitualmente, salvo justificadas excepciones, el tratamiento de la fractura de cadera es quirúrgico.⁽⁴⁾
- Las diferentes técnicas quirúrgicas que se utilizan para la resolución del problema influirán en el tiempo de recuperación del paciente. (ver anexo 6.1)

- La cirugía de cadera altera de manera significativa el grado de dependencia de los AM debido a las consecuencias físicas, psicológicas, familiares y sociales. ⁽⁷⁾
- El seguimiento de los pacientes sometidos a cirugía de cadera es bajo o nulo; según el criterio del cirujano se establece el número de controles que se realizan en el Consultorio de Especialidades. (ver anexo 7.1 y 7.3)
- Un número elevado de AM tras ser operados permanecen en su domicilio a cargo de familiares sin la adecuada capacitación para la satisfacción de sus necesidades. ⁽⁸⁾
- Las redes de apoyo disminuyen a medida que el individuo envejece. ⁽⁹⁾
- Las redes de apoyo con las que cuenta el individuo y en especial el AM tendrán directa injerencia en la prevención y recuperación de estados agudos o crónicos de salud. ⁽¹⁰⁾
- La mayor proporción de apoyo que recibe el AM proviene de su familia, la que puede estar compuesta o no por personas unidas por lazos de consanguinidad; cada grupo familiar tiene la capacidad de adaptarse y asegurar a sus constituyentes un desarrollo integral. ⁽¹¹⁾
- La enfermera contará con atribuciones para planificar, organizar, supervisar y evaluar promoviendo el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud. ⁽¹²⁾
- Tras la revisión bibliográfica realizada y encontrando escasas investigaciones nacionales sobre el apoyo familiar en el manejo y recuperación de AM afectados por patologías traumatológicas, considerando su alta incidencia en este grupo etáreo surge la necesidad de conocer la realidad local.

1.3. Delimitación del Problema

Apoyo familiar recibido por el adulto mayor sometido a cirugía de cadera, para la recuperación de la necesidad de actividad y movimiento durante su convalecencia en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña de Mar, entre el período de Noviembre 2008- Abril 2009.

1.3. Definición de Términos

a) Apoyo familiar recibido: Interacción entre el AM convaleciente y su familia, donde éste recibe apoyo instrumental por parte de un cuidador principal para satisfacer su necesidad de actividad y movimiento basado en el Índice de Barthel.

b) Adulto Mayor: Hombre o mujer con 65 años o más, sin deterioro cognitivo, independiente de su estado civil, nivel de instrucción y sitio de residencia (excluyendo a los institucionalizados), sometido a cirugía de cadera en el período Noviembre 2008 – Abril 2009.

c) Familia: Conjunto de personas que tiene con el AM algún tipo de relación consanguínea o no, con quien (es) comparte residencia.

d) Recuperación: Periodo de tiempo que necesita el AM para recobrar la independencia en la necesidad de actividad y movimiento; período en el cual requiere ayuda de un cuidador o su familia en el hogar, para alcanzar la máxima independencia en base a sus capacidades.

e) Necesidad de actividad y movimiento: Capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas para lograr la movilidad en forma autónoma; no excluye el uso de dispositivos de ayuda. Los factores que impiden o favorecen la movilidad del AM son físicos, psicológicos o sociales/situacionales.

f) Convalecencia: Tiempo que comprende desde que el AM es sometido a cirugía de cadera hasta un máximo de 12 meses posterior a ésta. Se espera que en este periodo recupere su función motora anterior al suceso que ocasionó la fractura.

g) Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer la necesidad de movimiento, se ve influido por las características propias del AM las que pueden intervenir en él positiva o negativamente. En este estudio se medirá según Índice de Barthel.

1.4. Limitaciones del estudio

I. Conceptual:

"Apoyo Social" es un concepto ampliamente investigado pero su definición continúa siendo confusa; es común encontrar que términos tales como "relaciones sociales", "redes sociales", "vínculos sociales" sean usados indistintamente, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo. En la literatura no existe un consenso, pues es un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud de los individuos presentando problemas en su operacionalización.

II. Planificación y diseño:

- Reiteradas modificaciones para identificar las personas objetos de nuestro estudio.

III. Empírica y aplicación:

A) Aplicación del instrumento.

- Postergación de la fecha de aplicación del instrumento debido al retraso en la confirmación de los domicilios por parte del SOME HGF. Además de registros incompletos de la información básica para realizar las visitas domiciliarias (edad, teléfono, domicilio, etc.) de los pacientes que participaron en el estudio.
- Pérdida de sujetos de estudio por motivos externos como fallecimiento, dirección errónea, ausencia de moradores en el hogar y negación a participar en el estudio.

B) Análisis de los datos

- El análisis de los datos fue realizado por un grupo de alumnos de quinto año de la carrera de Ingeniería en Estadística de la Universidad de Valparaíso. Durante esta etapa, existieron dificultades en la comprensión de conceptos propios de la Enfermería por parte de ellos, lo que produjo retraso en la etapa de diseño de los gráficos y por tanto en el análisis de los mismos.



CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL

2.1. Marco Teórico

2.1.1. ENVEJECIMIENTO

Es un proceso continuo, universal e irreversible que se determina por una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. ⁽¹³⁾

La velocidad del envejecimiento de la población de los países en vías de desarrollo incluyendo Chile no tiene precedentes, puesto que ha ocurrido en pocas décadas; paulatinamente los AM han adquirido mayor importancia porcentual sobre el total.

Según el Censo de Población y Vivienda realizado en Chile en el año 2002 la población mayor de 60 años representaría 11,4% de la población total nacional, es decir, 400.000 más de los registrados en el Censo anterior del año 1992. ⁽²⁾ Se espera que la población mayor de 60 años represente en el año 2050 el 21,6% de la población total. Esta última situación implicaría una relación aproximada de 6 niños por cada 10 AM. ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

Este rápido proceso es resultado del importante incremento en la expectativa de vida al nacer (LEB), reflejando una rápida declinación en las tasas de mortalidad seguido por una baja en la tasa de natalidad; en Chile la LEB de los nacidos a inicios del siglo XX en comparación con quienes nacieron en este siglo se ha incrementado cerca de doble. ⁽¹⁶⁾

Otros factores que han influido en el incremento del promedio de años de vida de la población son: mejoramiento progresivo de las condiciones generales en el contexto de un acelerado proceso de urbanización, importante ampliación en la cobertura y calidad del saneamiento básico, mejor nutrición, mayor escolaridad, avances en el área médica e institucionalización de los sistemas nacionales de salud; constituyendo el escenario que ha dado inicio a los notorios descensos en la mortalidad general (11,9 a 5,3 por mil habitantes entre 1960 y el año 2003) y especialmente de la mortalidad infantil (106,4 a 7,8 por mil nacidos vivos en igual período) provocando una transición sin precedentes del patrón de morbimortalidad. ⁽¹⁵⁾

Todos estos factores han producido que la población chilena haya incrementado su LEB desde un promedio de 57 años de edad a comienzos de la década de 1960, a unos 76 años en la actualidad, alcanzando incluso en la población femenina los 79 años en promedio de vida. ⁽¹⁾ Las proyecciones demográficas que realizan tanto el Instituto Nacional de Estadística (INE) como el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), estiman que para el quinquenio 2045-2050 la LEB aumentará hasta los 82 años en promedio para ambos sexos, 79 años para los hombres y 85 años para las mujeres. ^{(17) (14)}

Específicamente en la región de Valparaíso se observa la disminución de la tasa de fecundidad, que genera un envejecimiento por la base de la pirámide; sus bajos niveles de mortalidad en todas las edades y la migración particularmente al término de la vida laboral. ⁽¹⁸⁾

La población en Chile cada año va acelerando el ritmo del envejecimiento, lo que hace importante conocer este proceso que afecta al ser humano. Es por esto que se han creado diversas teorías para explicar la razón de los cambios que se producen y entender los comportamientos que sufre el AM al pasar los años, sin embargo, ninguna ha sido lo suficientemente concluyente para confirmarlas por sí misma.

Existen diversas teorías que explican el envejecimiento, las aplicables en el presente estudio se describirán a continuación:

- **Teoría psicosociológica:** El envejecimiento psicológico se refiere a los cambios conductuales y sociológicos relacionados con las influencias ambientales. Según esto, el envejecimiento psicosocial es el resultado de la falta de uso de las habilidades adquiridas anteriormente, una variación en la capacidad de adaptación por variables ambientales y el resultado de influencias genéticas sobre la duración de la vida.

Ésta se subdivide en:

a) *Teoría del desligamiento:* Se considera como un proceso inevitable en el que muchas relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompen, alterando la calidad de las que se mantienen. El proceso puede ser iniciado por las personas que

envejecen o por otros miembros de la sociedad. Si existe abandono, éste puede ser parcial o total. Los AM experimentan un mayor distanciamiento de la sociedad y desarrollan una nueva clase de relaciones con ella.

b) Teoría de la actividad: Resalta la importancia de mantener la actividad social; como consecuencia de ella los AM desarrollan un concepto positivo de sí mismos. Se ha descrito que el autoconcepto está relacionado con los roles desempeñados por el propio individuo. A medida que se envejece, es de esperar que cambien los roles, pero para mantener un concepto positivo de sí mismos se deben sustituir los perdidos a causa de la edad por otros nuevos cuya realización contribuirán en el bienestar en esta etapa de vida.

c) Teoría del curso de la vida: Es considerada como marco conceptual en un análisis social y conductual del envejecimiento más que como una teoría exacta. Los elementos fundamentales son las siguientes suposiciones:

- El envejecimiento se produce desde el nacimiento hasta la muerte.
- En el envejecimiento intervienen procesos biológicos, psicológicos y sociológicos.
- Las experiencias durante el envejecimiento son moduladas por factores históricos.

d) Teoría de la continuidad: La continuidad es una percepción subjetiva y personal sobre la adaptación a los cambios, estableciendo vínculos individuales para ligar las nuevas experiencias con las anteriores.

• **Teorías basadas en acontecimientos aleatorios**

a) Teoría del desgaste: El organismo al estar en continuo uso sufre un desgaste del que no es capaz de renovar o recuperarse en forma total; por lo mismo disminuye paulatinamente su capacidad funcional.

b) Teoría de la acumulación de productos de desecho (lipofucsina): Afirma que se produce un “estreñimiento” celular, donde en las células se acumulan productos de desecho que no pueden ser eliminados eficazmente. Con el paso del tiempo se acumularán toxinas que podría impedir su función normal y éstas morirían lentamente.

c) **Teoría de los enlaces cruzados:** Sostiene que con la edad, algunas proteínas del organismo establecen enlaces cruzados dificultando los procesos metabólicos. A medida que se acumulan errores en varias moléculas se producen los cambios de la edad. ⁽¹⁹⁾

- **Perspectivas teóricas sobre la vejez**

Teoría de Erickson: Explica todo el ciclo vital del desarrollo humano, se divide en 8 etapas las cuales son presentadas como un continuo que tienen una evolución de acuerdo a la edad de la persona y a su maduración.

a) **Integridad contra desesperación - virtud: renuncia y sabiduría**

Es la última etapa evolutiva de Erickson, comienza a los 65 años y acaba con la muerte. La integridad se refiere a la capacidad de ver las propias experiencias en forma positiva, a pesar de los errores que se hayan cometido.

La renuncia implica el abandono de las metas que no se pueden conseguir y la aceptación de la vida pasada y actual. Los individuos que muestran esta virtud no están cuestionando o culpándose por los errores pasados. La sabiduría implica transmitir el conocimiento acumulado, el juicio maduro y las experiencias propias a futuras generaciones. La desesperación se caracteriza por mostrar disgusto por el pasado personal, fijarse metas inalcanzables y sentir temor morboso a la muerte. ⁽²⁰⁾

b) **Teoría de Sigmund Freud:**

Las teorías evolutivas de Freud para la vejez son similares a las de la madurez. Según él, para las personas que se encuentran en esta etapa sigue siendo importante la capacidad de amar, pero el trabajo pierde la relevancia de las etapas anteriores, debe darse mayor énfasis a la capacidad que tiene la persona de enfrentarse a la muerte. ⁽²⁰⁾

A pesar de que cada teoría sigue su propia corriente de pensamiento, se concuerda que existen características propias del envejecimiento.

Aunque estos argumentos son de algún modo discutibles, no anulan en modo alguno el hecho de que los seres vivos tengan capacidad de modular su longevidad. En general,

estas teorías coinciden en el hecho de considerar el envejecimiento como un proceso natural "programado", una parte más de la ontogenia. Sin embargo, llegados a un punto, se aprecia que el envejecimiento puede ser un "precio que hay que pagar" por otros rasgos que permiten una mayor adaptabilidad a los individuos, probablemente porque es producido por mecanismos que mejoran la eficiencia de otros sistemas del organismo.

Finalmente, en la actualidad se contempla el envejecimiento como un proceso extremadamente multifactorial, de modo que se han ido abandonando las primeras aproximaciones que establecían una causa concreta, como un único gen o el deterioro de un sistema clave.

A pesar de lo anterior, todas las teorías mencionadas concuerdan en que el proceso de envejecimiento afecta a la totalidad de las necesidades del AM influyendo en la realización de las AVD; aquellas que se desprenden de la necesidad de movimiento son las que se abordarán a continuación.

2.1.2. NECESIDAD DE MOVIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR

Los cambios fisiológicos producidos en el envejecimiento se hacen más evidentes sin ser necesariamente considerados patológicos o incapacitantes, sin embargo, algunos ancianos comienzan a perder su independencia.

Estos cambios afectan todos los sistemas del cuerpo desarrollando disfunciones e incapacidades que implican aparición, desarrollo y cronicidad de enfermedades.

En este estudio, se hará énfasis a los cambios producidos en el sistema musculoesquelético, fundamental para la movilidad del AM para el logro de su independencia.

Se define movilidad como la capacidad independiente de moverse o de ser movido. Esta definición no excluye el uso de dispositivos de ayuda como sillas de ruedas con o sin motor, automóviles con equipo especial o miembros artificiales. Desde una perspectiva más tradicional, la valoración de la movilidad tanto para efectos clínicos como de

investigación puede conseguirse midiendo tres actividades físicas: caminar, subir escaleras y trasladarse. ⁽²¹⁾

Por otro lado, la pérdida de la movilidad disminuye el concepto que el individuo tiene de sí mismo, ya que afecta su imagen corporal, pelagra su independencia y afecta una o más de sus principales partes locomotoras. Si se inmovilizan los músculos, el proceso degenerativo se inicia casi de inmediato, se estima que la fuerza y el tono de músculos inmovilizados puede disminuir hasta un 5% cada día en ausencia de contracción. Por otra parte, el restablecimiento de la fuerza y el tono muscular es un proceso lento que puede tardar meses o años.

Las personas cuyas capacidades motoras están disminuidas suelen necesitar ayuda para las AVD. Los problemas más comunes en los que pueden necesitar asistencia de un cuidador son: la incapacidad o limitación para levantar la cabeza, tomar objetos, moverse solos en la cama, voltearse de lado o girarse, levantar los glúteos estando acostados o al incorporarse, sentarse, ponerse de pie, pasarse de la cama a una silla, caminar e incluso en la dificultad al conservar el equilibrio psicosocial en presencia de ansiedad y supresión sensorial. También debe preocupar la seguridad del usuario, pues quienes no pueden moverse bien tampoco se protegen de los peligros ambientales.

Las alteraciones del sistema musculoesquelético son atribuidos en gran parte a la inactividad y los cuidados deficientes. La falta de atención apropiada contribuye a la pérdida de la fuerza y de ánimo, que conduce a una pérdida de movilidad siendo un gran riesgo para el AM. Por esto, es importante conocer los problemas que pueden derivarse del desuso muscular prolongado para así animar al anciano a realizar toda la actividad física que sea capaz.

Por lo tanto, para el mantenimiento de esta necesidad se requiere por parte del organismo la capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas que le permitan realizar AVD en forma independiente. ⁽²²⁾

Según Virginia Henderson el concepto de independencia es relativo, debido a que cambia de persona a persona y por sobretodo en las diferentes circunstancias que experimente el individuo.

Un alto grado de satisfacción respecto a la necesidad de movimiento y mantenimiento de una buena postura corporal puede identificarse cuando el AM:

- a) Desarrolla una actividad física moderada y de forma continuada.
- b) Es autónomo en la realización de sus AVD, se percibe como tal y es capaz de generar los cambios necesarios de su entorno.
- c) Mantiene posturas alineadas y anatómicamente correctas en posición bípeda y en reposo y es capaz de buscar, si necesita, dispositivos de apoyo apropiados a sus requerimientos para su deambulación, alimentación, higiene, entre otros.
- d) Realiza de forma regular actividades que previenen los procesos degenerativos como rigidez, deformidad, aislamiento social.

Al contrario de lo anterior, se considera que un anciano es dependiente para esta necesidad cuando:

- a) Necesita ayuda parcial o total para dar respuesta a las AVD propias de su edad y entorno sociocultural.
- b) Se siente dependiente en una o más de las AVD, lo cual lleva a disminuir su actividad física.
- c) Manifiesta desconocimiento de las dimensiones: física, social/cultural o psicológica que intervienen en esta necesidad, lo cual no favorece la actuación preventiva. ⁽²²⁾

Factores influyentes en la necesidad de movimiento desde diferentes dimensiones

Dentro del manejo de la movilidad del AM se debe garantizar y asegurar la permanencia óptima de las diferentes dimensiones: psicológica, sociales/situacionales y física, sistema osteoarticular y neuromuscular. Es así como se busca que el AM dentro de su contexto y su entorno comunitario concreto pueda satisfacer la necesidad de movimiento. ⁽²²⁾

A continuación se desarrollarán las dimensiones antes mencionadas:

Dimensión psicológica: La actividad física en sí es un elemento motivador para la autoestima del anciano porque:

- La confianza en uno mismo, la autopercepción positiva de la imagen corporal, la buena capacidad de control o reducción del estrés son aspectos que se garantizan con una alta satisfacción de la necesidad de movimiento.
- Situaciones de ansiedad, soledad, hábito sedentario y desconocimiento de la importancia de la actividad física sobre la calidad de vida, actúan como factores de riesgo importantes respecto a la satisfacción de esta necesidad.

Dimensión social/situacional: Se destaca:

- El entorno físico donde el anciano desarrolla sus AVD y las barreras arquitectónicas de su entorno más cercano.
- La jubilación y el cambio de actividad en el mantenimiento del hogar, más usual en las ancianas por la salida de los hijos del hogar, modifican y en ocasiones reducen la práctica del movimiento en la mayoría de los AM.
- El cambio sistemático de vivienda que sufren algunos AM en casos en que los hijos se distribuyen la responsabilidad de los cuidados de sus padres, puede ser un factor social que actúe de manera negativa en la satisfacción de la necesidad. El cambio de vivienda no permite la adaptación y consecuente automatización en ellos. Un efecto posible es que tiendan a la inactividad, lo cual provoca de forma progresiva un mayor aceleramiento en los procesos degenerativos de su organismo.
- La satisfacción de la necesidad de ocio es un aspecto fundamental, ya que actúa como factor protector para la prevención de alteraciones del sistema osteoarticular.
- Las condiciones climáticas condicionarán las posibilidades de actividades al aire libre que son necesarias para el buen funcionamiento del sistema músculo-esquelético como para el área motivacional o emocional que se ve fuertemente influenciada ante la falta de actividad.

- Las enfermedades tanto crónicas como agudas influirán en la capacidad de realización de las AVD debido a su sintomatología, efectos del tratamiento farmacológico y descompensaciones que pueden requerir hospitalizaciones donde la restricción del movimiento se constituye en ocasiones como eje del tratamiento.

Dimensión física:

- En el proceso de envejecimiento normal hay disminución progresiva de la densidad de masa ósea. La causa de este hecho es que entre los 30 y 50 años se establece un equilibrio entre el proceso de formación y resorción, donde se estabiliza la cantidad de masa ósea. Después de los 50 años la resorción extrae gradualmente calcio del hueso y destruye su matriz orgánica, disminuyéndola; esto produce que un accidente que antes sólo causaba lesiones menores, en esta etapa de vida puede llegar a una complicación mayor. Uno de los cambios importantes son los relacionados con el sistema osteomuscular: pérdida de masa ósea, la cual genera un debilitamiento del hueso aumentando la posibilidad de que se produzcan fracturas como consecuencia de sostener el peso o por exceso de tensión, disminuye la capacidad de regeneración del cartílago articular y el efecto acumulativo de lesiones articulares puede originar artritis. Este proceso está unido a los cambios de actividad física, hormonales, metabólicos y neurológicos propios de la etapa evolutiva.
- El grado de pérdida varía enormemente entre grupos musculares y los cambios atribuibles al proceso de envejecimiento son significativamente menores si el grupo muscular se ha venido utilizando. Es por esto que si el AM realiza un ejercicio regular y consume una dieta adecuada, reduce la velocidad de pérdida de fuerza muscular y, por consiguiente, la atrofia de los músculos. ⁽²³⁾
- A consecuencia de esto, existe una disminución en el tiempo de reacción y velocidad de movimiento como resultado de los cambios relacionados con la edad en el sistema neurológico, lo que afecta adversamente a la función muscular. Estos cambios potencian

que el AM modifique la forma y el ritmo de deambulación y mantenga posturas poco alineadas o anatómicamente incorrectas.

- Cambios sensoriales que pueden condicionar de manera significativa la capacidad de respuesta; disfunciones visuales y auditivas, aparecen como limitaciones importantes en la capacidad de movimiento.
- Forma y tiempo dedicado por el AM al descanso y reposo; el exceso de tiempo para el reposo, así como si los elementos que utiliza para ello son inadecuados pueden constituirse como un factor de riesgo para la movilidad.

Fragilidad

Involucrando las dimensiones detalladas anteriormente, el AM presenta una mayor vulnerabilidad al medio interno y/o externo, surge el concepto que se denomina **fragilidad**; éste se define como un síndrome geriátrico clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del AM ante situaciones estresantes como consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos. ⁽²⁴⁾

Las alteraciones que caracterizan la fragilidad no son resultado de modificaciones en un sistema específico, sino que de la interacción de las dimensiones mencionadas produciendo que el envejecimiento resulte un proceso global.

A consecuencia de la alta vulnerabilidad que el AM presenta aumenta el riesgo de sufrir eventos adversos como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. ⁽²⁴⁾

2.1.3. ADULTO MAYOR Y LAS CAÍDAS.

La caída se considera un síndrome geriátrico, se define como el conjunto de cuadros habitualmente originados por la asociación de enfermedades con alta prevalencia en los AM y que constituyen el origen de incapacidad social o funcional. Según la OMS, "*caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad*".

La prevalencia de caídas puede ser estudiada de distintas maneras según: consecuencias, muertes, lesiones, hospitalizaciones o por fracturas producidas. Cabe considerar que el 5% de las caídas producen fracturas de las cuales la mayoría requieren hospitalización.

La percepción cambia si la caída no ha producido alguna de las consecuencias físicas anteriormente señaladas, pero puede provocar el llamado "síndrome post-caída" que genera secuelas psicológicas incapacitantes.

En estudios de prevalencia se postula una tasa promedio anual de caídas que va de un 15 a un 28% en AM sanos entre 60 y 75 años. Esta cifra aumenta al 35% sobre los 75 años.

⁽⁵⁾ Por otro lado, es relevante considerar que el 30% de la población mayor de 75 años se cae al menos una vez cada doce meses y el porcentaje asciende al 50% en los mayores de 80 años. ⁽⁴⁾

Entre un 5-8 % de las personas mayores residentes en la comunidad que caen van a sufrir una fractura. Por otro lado en el 90% de las fracturas de cadera, antebrazo, húmero y pelvis que sufre el AM, es posible encontrar el antecedente de caída, generalmente de bajo impacto traumático. Dentro de las anteriores la fractura de cadera se considera la de mayor incidencia y que conlleva mayor morbimortalidad.

Otro hecho importante de considerar es el predominio diurno de las caídas, un 85%, evidenciando su clara relación con la mayor actividad. Desde el punto de vista funcional sufrirán más caídas los pacientes autovalentes y semi-dependientes que aquellos dependientes totales.

La morbilidad de las caídas es considerable, estaría relacionada en un tercio de las hospitalizaciones a partir de los 70 años. ⁽⁵⁾

Al determinar el lugar de ocurrencia de las caídas, se pueden diferenciar entre las ocurridas en el hogar e instituciones, de las calificadas como hogareñas alrededor de un 50% ocurren en la calle, éstas se relacionan principalmente con las barreras arquitectónicas existentes en nuestras ciudades. Del 50% restante que ocurren dentro del domicilio, un 38% ocurren en el baño, el 9% en la cocina, 5% en las escaleras y el 4% en el dormitorio. ⁽⁵⁾

El AM al ser sometido a una situación de agresión o estrés sufre un impacto en cualquiera de las dimensiones de su vida, esto unido a la disminución de la capacidad de adaptación lo ubica en una posición de incapacidad para volver al estado funcional previo lo que desencadenaría un Síndrome Geriátrico.

Las caídas constituyen los accidentes más frecuentes en las personas mayores y en muchos casos los accidentes son fatales o muy incapacitantes. ⁽⁴⁾

La causa de una caída es siempre multifactorial y su frecuencia está relacionada con los cambios de la edad y aumenta con el número de factores de riesgo que pueden ser intrínsecos o extrínsecos.

a) Factores intrínsecos: Se relacionan con los cambios asociados al propio envejecimiento, otro factor es la polifarmacia, el 81% de los ancianos toman medicación y de ellos las dos terceras partes ingieren más de un fármaco.

b) Factores extrínsecos: Se relacionan con el hogar y el entorno, un ejemplo de ello son las barreras arquitectónicas. ⁽⁵⁾⁽²⁵⁾

A partir de lo anteriormente expuesto, la caída puede traer consecuencias físicas, psicológicas, familiares y/o sociales.

Dentro de las **consecuencias físicas** se encuentran:

- Fracturas: En el caso de tener carácter grave puede producir daño directo en tejidos blandos y dismovilismo que pueden provocar tromboembolia pulmonar y úlceras por decúbito, entre otras complicaciones.
- Lesiones de partes blandas: En el 50% de las caídas se producen contusiones, heridas, desgarros musculares. Al no requerir en general atención sanitaria urgente suelen pasar desapercibidas, minimizándose el impacto funcional que pueden tener al restringir la movilidad del AM.
- Permanencia prolongada en el suelo: Aproximadamente el 50% de los mayores que se caen necesitan ayuda para levantarse y un 10% permanecen en el suelo durante largo tiempo. Algunos factores de riesgo relacionados son: edad superior a 80 años, dependencia funcional, disminución de fuerzas en EEII, trastornos del equilibrio. Esto incidirá en los AM que viven solos, con un nivel de supervisión y cuidados sociofamiliares escasos.
- Síndrome de Inmovilidad: Es a menudo consecuencia directa de la caída, en otras ocasiones, es provocado por las complicaciones psicológicas o sociofamiliares de las caídas.

De las **consecuencias psicológicas** se encuentra el Síndrome post-caída o de Kennedy que se caracteriza por el miedo a caer otra vez, ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social y restricción de las actividades de la vida diaria.

Se estima que el 25% de los mayores que han sufrido una caída reconocen haber restringido su movilidad y tener dificultades para mantener la independencia en el desarrollo de las ABVD y AIVD. Entre sus características destacan la restricción de la movilidad influida en muchas ocasiones por la familia, los profesionales de salud y la propia aprensión de volver a caer, por ello es importante fortalecer la confianza del AM para favorecer la rehabilitación del que ha caído.

Por otro lado, las principales **consecuencias familiares y sociales** se refieren al núcleo familiar, el que convierte su ansiedad en sobreprotección. Esto limita la relativa autonomía del AM repercutiendo en él y su familia. ⁽²⁵⁾

Las implicancias que ocasionan las caídas sobre los hábitos de vida de los AM y sus familias son fácilmente imaginables. La pérdida de capacidad funcional del AM ha de ser suplida por los cuidadores familiares los que deben adoptar un rol para el que habitualmente no están capacitados, sensibilizados o dispuestos.

La familia suele reaccionar con ansiedad desarrollando una actitud sobreprotectora. Por un lado no se profundiza en las causas y condicionantes de la caída y por otro se minimiza la confianza del anciano limitando su movilidad.

Es comprensible que en este contexto, las caídas de repetición sean un factor predictor de institucionalización; hasta un 40% de los mayores de 70 años que caen serán ingresados en hogares de larga estadía. ⁽⁵⁾

Una de las consecuencias físicas más comunes de las caídas son las fracturas de cadera siendo devastadoras en la población geriátrica, constituyendo una patología de carácter epidémica estableciendo la causa de mayor mortalidad entre las lesiones traumáticas del esqueleto.

Su incidencia varía considerablemente de una población a otra, así como en las distintas razas. Más, todas ellas por igual, tienen un incremento exponencial con el envejecimiento. ^{(26) (27)}

En 1990 había aproximadamente 1.31 millones de nuevas fracturas de cadera y la prevalencia de éstas con discapacidad era de 4.48 millones. Este valor anual, a nivel mundial aumentaría hasta 6.26 millones para el año 2.050, incremento que se deberá en gran parte al envejecimiento de la población. ⁽²⁸⁾

La mortalidad para una población operada de fractura de cadera con una edad media de 75 años, es 6 veces mayor que en la población general, el más alto riesgo ocurre entre el primer y el cuarto mes post-cirugía.

La morbilidad secundaria es importante ya que entre un 25% y un 50% de los AM se vuelven dependientes o quedan con un grado importante de secuelas, en muchos casos requiriendo asistencia especial o de la internación en instituciones. ⁽⁵⁾

2.1.4. IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DEL AM CON FRACTURA DE CADERA.

Respecto al **impacto asistencial** estudios estiman que del 15 al 20%, o incluso más del 25% de las camas de los servicios de cirugía ortopédica y traumatología están ocupadas por pacientes sometidos a cirugía de cadera debido a su elevada prevalencia, los cuales consumen recursos multidisciplinarios y algunos casos problemas sociales para el alta hospitalaria. ⁽²⁹⁾

En la literatura el tiempo de estancia media hospitalaria requerido en este tipo de pacientes es de 15, 35 a 26,5 días. ⁽²⁹⁾

En relación al **impacto social**, las consecuencias de la fractura son muy importantes ya que sumado a la mortalidad con que se asocia, el 15-25% de los pacientes que sobreviven requieren el ingreso en hospitales u otras instituciones durante el año posterior a la fractura y más de un tercio de los supervivientes quedan parcial o totalmente imposibilitados para llevar una vida independiente, ya sea por problemas de movilidad como de dependencia en otras ABVD.

Tras una fractura de cadera gran parte de los AM quedarán gravemente incapacitados perdiendo la autonomía que poseían previamente a la fractura y requiriendo presencia de un cuidador que les ayude con las tareas cotidianas. Las pérdidas de productividad de los familiares de un AM con fractura de cadera es frecuentemente un costo no evaluado, pero que supone un importante impacto para la economía familiar. ⁽³⁰⁾

El problema sociofamiliar tiene una importancia elevadísima. La jubilación laboral del cuidador implica una disminución de rentas y dificulta la adquisición de ayudas. Se calcula que el 50% de los AM afectados por fractura de cadera no recuperará la

capacidad funcional previa a ésta, mientras el 20% necesitará ayuda durante largos períodos. Como consecuencia puede aparecer una persona con capacidades disminuidas, que precisa cuidados más o menos intensos para una supervivencia de difícil solución; a esto se suma la falta de ayuda familiar condicionada en parte por el cambio social de la estructura familiar.

Las consecuencias de este grave problema desde el punto de vista económico son muy cuantiosas y preocupantes para la administración sanitaria; el costo global presenta grandes diferencias entre distintos países, con una difícil definición ya que en muchas ocasiones está subestimado. El gasto directo que ocasiona una fractura de cadera se pondera considerando la estancia hospitalaria, material OTS, traslado en ambulancia y atención inicial. ⁽³⁰⁾

En Chile cada año 2.300 mujeres mayores de 65 años sufren fracturas de cadera con un costo ortopédico promedio de 3.000 dólares por persona. ⁽³¹⁾

El desafío de las políticas públicas es mantener la funcionalidad de los AM, con las intervenciones derivadas de los programas de salud dirigidos a este grupo. La formación de profesionales de salud especialistas en atención geronto-geriátrica, debe priorizarse y ser prioridad de programas especiales de entrenamiento en la atención primaria de salud. Otro de los desafíos para el éxito de la rehabilitación de los AM fracturados es lograr la vínculo entre los distintos niveles de la red es fundamental.

Para poder minimizar los costos de las fracturas de cadera es necesario que las autoridades en salud adopten estrategias de promoción apropiadas para las personas AM y fijen metas específicas por género y etnia, estrategias de vigilancia en las áreas de salud mental, nutricional, actividad física y prevención de las caídas y de las agresiones a personas mayores. ⁽³²⁾

2.1.5. TRATAMIENTO DE LA FRACTURA DE CADERA:

Para realizar un adecuado tratamiento que permita optimizar los resultados descendiendo los índices de morbimortalidad y los costos institucionales, se deben considerar los dos tipos de tratamiento existentes, la decisión de cualquiera de estas conductas terapéuticas es influida por los resultados de los exámenes y las características previas del paciente además de otros criterios. (Ver anexo 1)

Los tratamientos son:

a) Tratamiento conservador: Está indicado en personas con estado general comprometido, no ambulatorios y con dolor limitado. La fractura pasa a un segundo plano, siendo conveniente realizar tempranamente una movilización asistida controlada para evitar las complicaciones de la larga permanencia en cama. Es más aplicable en las fracturas intertrocantéricas que en las del cuello femoral.

b) Tratamiento quirúrgico: El objetivo principal del tratamiento quirúrgico es restablecer lo más tempranamente posible la capacidad de movilidad y deambulación del AM en su ambiente familiar. Se realiza según el tipo de fractura, su localización, el estado del usuario y su situación funcional previa; se llevará a cabo un tipo determinado de intervención quirúrgica, a fin de dar solidez y estabilidad a la articulación y así lograr recuperar la marcha del paciente; de acuerdo a las mencionadas características se utilizarán diferentes técnicas para obtener el mejor rendimiento posible de esa articulación; pueden utilizarse clavos, placas, prótesis parciales o totales de la cadera.

La rehabilitación ha de iniciarse siempre en el medio hospitalario, el inicio de la deambulación variará según la técnica quirúrgica utilizada siendo inmediata en aquellos AM con instalación de prótesis, no así a los que se les ha realizado una OTS que se demorará varias semanas.

La selección del tipo de prótesis que se utilizará constituye una decisión médica específica que incluye criterios particulares. ⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾

2.1.6. CONVALECENCIA DEL AM CON FRACTURA DE CADERA

Es el periodo durante el cual el AM recupera paulatinamente el equilibrio físico y psicosocial, las funciones corporales anteriores al estado agudo de salud, en este caso relacionadas con la movilidad y la actividad, y la consolidación de la seguridad al retomar sus actividades normales. Esto es variable, ya que depende de su edad y sus condiciones de base. ⁽⁸⁾

En general debiera iniciarse con la deambulaci3n en las primeras 48 horas posteriores a la intervenci3n si las condiciones del AM lo permiten, considerando que las osteos3ntesis mediante fijaciones clavo-placa y la artroplast3a permiten la carga sobre la articulaci3n pr3cticamente a las 24 horas de la ciruj3a, en cambio, la utilizaci3n de clavos endomedulares retrasa la carga completa hasta el tercer d3a, tras control radiol3gico. El Dr. Am3stica, traumat3logo del HGF, refiere que la recuperaci3n en pacientes operados por OTS con DHS egresan con la indicaci3n de suspender la analgesia 2 3 d3as despu3s del alta y aproximadamente a las dos semanas debe comenzar con la movilizaci3n en forma paulatina: pararse y trasladarse, siendo su primer control a los 30 d3as en el CES HGF. (Ver anexo 7.1 y figura 1)

En relaci3n a la rehabilitaci3n en un AM con pr3tesis total de cadera, 3sta debe comenzar durante el primer d3a del postoperatorio con ejercicios para fortalecer la musculatura y aumentar la movilidad articular seg3n compromiso y tolerancia. El segundo o tercer d3a del postoperatorio, el AM puede comenzar la deambulaci3n supervisada usando dispositivos de ayuda. ⁽³⁶⁾ La recuperaci3n total tardar3 desde 2 a 3 meses hasta un a3o. ⁽³⁷⁾

La fractura del cuello del f3mur es considerada de extrema gravedad; algunas de las razones que lo fundamentan son: alto porcentaje de resoluci3n quir3rgica, la cual es de gran envergadura y elevado riesgo de complicaciones mayores; dentro de las que se encuentran: shock post-operatorio, neumon3a, infecci3n de la herida, infecci3n urinaria, 3lceras por presi3n, enfermedad tromboemb3lica, demencia arterioescler3tica. ⁽⁸⁾

El riesgo vital que implica esta lista de posibles complicaciones, se acrecienta en la medida que el paciente sea portador de patologías previas.

El periodo de convalecencia requiere de especial supervisión por parte del equipo de salud como control médico frecuente, apoyo de enfermería (detallados en el punto 2.1.9) y kinesioterapia permanente. Dentro de lo posible, este último, debe ser durante los 60 días siguientes a la cirugía como mínimo. También es fundamental el apoyo que recibe el paciente que le entrega la familia.

2.1.7. FAMILIA DEL ADULTO MAYOR

Es el componente de la estructura social sobre el cual las personas sienten que poseen experiencias, vivencias directas y claras. Puede definirse como: *“Un grupo de personas relacionadas biológica, emocional y/o legalmente que viven en un mismo hogar”*.⁽³⁸⁾

En Chile existe diversidad de tipos de hogares y constitución familiar, situación que se ha acentuado en las últimas décadas. Se observa un mayor predominio de familias nucleares y extensas con un integrante AM.

Alrededor del 16% de los hogares con personas de edad avanzada en Chile corresponde a familias unipersonales, siendo un factor de riesgo para presentar desviaciones de la salud y demandar apoyo y ayuda externa en forma más intensa.⁽²⁾

2.1.8 APOYO SOCIAL FAMILIAR

Este concepto puede entenderse de manera genérica e intuitiva; al intentar concretizar y especificar esta idea surgen problemas y divergencias. La revisión de la literatura acerca del tema y la comparación de las definiciones que de éste se han propuesto hacen evidente los diferentes tipos de apoyo social que pueden existir y los diversos componentes que lo constituyen.⁽³⁹⁾

El apoyo social es un constructo amplio que con frecuencia se define según los propósitos de cada estudio. Puede referirse al número o densidad de red social de apoyo,

a la calidad de ésta, a la percepción subjetiva de que ciertas conductas brindan apoyo y al grado de intimidad con la pareja, puede aludir asimismo a aspectos emocionales o instrumentales. ⁽⁹⁾

Se concibe apoyo social como: *“información verbal o no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor”*. ⁽⁴⁰⁾

Otras definiciones del apoyo social dadas por diferentes investigadores son:

- *“Es el conjunto de contactos personales que permiten a una persona mantener su identidad social y recibir soporte emocional, ayuda material o instrumental, servicios e información”*. (Walker, McBride y Vachon,)
- *“Son los lazos que se establecen con las personas del entorno inmediato porque pueden proporcionar ayuda en caso de necesidad. Estos lazos permiten al individuo enfrentar las situaciones de estrés y disminuir sus efectos”*. (Barrera) ⁽⁴⁰⁾

Se señalan cuatro perspectivas principales, teóricas y empíricas, que se han desarrollado sobre el apoyo social; estas aproximaciones han de considerarse no como excluyentes sino como complementarias: cada perspectiva representa diversos niveles de análisis y se presenta como una precondition del siguiente nivel.

Nivel I: Se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con las otras significativas. No hace alusión a la calidad de las relaciones sino a las características estructurales de la red social de una persona: número de contactos, clase de los mismos; matrimonio, amistad. En este nivel no se explica la relación entre salud y apoyo social.

Nivel II: Enfocado a la calidad de las relaciones aunque éstas no sean muy numerosas. Éstas pueden influir sobre la salud y bienestar psicológico: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación.

Nivel III: Se define como ayuda percibida; se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas existe alguien en quien confiar y pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba reducida.

Nivel IV: Capacidad de actualización de conductas de apoyo descritas en niveles anteriores; se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo. ⁽⁹⁾

Dentro del apoyo social se distinguen dos tipos de abordaje en la función de la perspectiva desde la que se la estudie:

I. **Estructural:** hace referencia tanto a las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella.

II. **Funcional:** Desde la que se analizan los efectos o consecuencias que le reportan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red. ⁽⁴⁰⁾

II. a.- **Emocional:** Comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza

II. b.- **Instrumental:** Es un soporte tangible, material, consistente en brindar ayuda para dar solución a un problema mediante especies como dinero, trabajo, tiempo o modificación ambiental. ⁽⁴¹⁾ Se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas

II. c.- **Informativo:** Es el conjunto de datos que se ofrece a otras personas para que éstas puedan usarlo para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que facilita que quien la reciba pueda ayudarse a sí mismo.

II. d.- **Evaluativo:** Implica la transmisión de información, no incluye el afecto que se transmite en el apoyo emocional; la información que se transmite en el apoyo evaluativo

es relevante para la autoevaluación y la comparación social. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa. ⁽⁹⁾

Modelos Explicativos del Apoyo Social.

Dos han sido las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar. La primera de ellas afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto. Si esto lo aplicamos al campo psicogerontológico, supone que aumentos en el apoyo social incrementan igualmente la salud y el bienestar personal del AM sin que esa relación se vea mediada por las condiciones estresantes que pueda padecer; según esto, la disposición de apoyo supone una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para predecir experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente. En este sentido, se pueden establecer tres grandes mecanismos de actuación que incrementan percepción de:

- Identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales.
- Autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
- Control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente que incrementa su bienestar.

Todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes; este aumento en la seguridad autopercibida tiene un reflejo en el estado anímico del sujeto que de esta manera se ve incrementado.

La segunda de las teorías, denominada del *Efecto Buffer o Amortiguador*, define que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales. Esta teoría señala dos efectos principales derivados de la disposición de apoyo social.

De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como secundaria; sobre la primera, la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En cuanto a la valoración secundaria el disponer de los recursos aportados por su red: emocionales como instrumentales o de información aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación.

Otro modelo de apoyo social el cual se basa en el *Modelo de Buffer*, incorpora otros aspectos tales como: historia previa de aprendizaje, predisposiciones temperamentales o estilos de afrontamiento que presenta el sujeto; estos elementos junto con la provisión o disponibilidad subjetiva de apoyo proveniente de la red social, van a influir en la valoración cognitiva de la situación de estrés así como en las respuestas de afrontamiento.

Según lo anterior el apoyo recibido va a depender no sólo de aquel, sino también de la historia previa del sujeto y de su habilidad para acceder a él, mantenerlo y utilizarlo. ⁽¹⁰⁾

Fuentes de Apoyo Social

Las fuentes de apoyo social pueden ser muchas; los autores en un intento de sistematización, han propuesto diferentes clasificaciones y relaciones de fuentes. House (1981) propone una relación de nueve fuentes de apoyo social: esposo/a o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales.

Estos tipos de relaciones se manifiestan a través de niveles, tales como:

- a) Macro o comunitario: entendido como un sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.
- b) Medio: comprende el apoyo percibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona; tendría

correspondencia con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo y dándoles un sentimiento de vinculación.

c) Micro o de relaciones íntimas: proviene de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha, familia, amigos y pareja, y que da lugar a un sentimiento de seguridad, de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Sistema De Apoyo

Se han descrito dos formas del apoyo que recibe el AM a través de la red social: FORMAL e INFORMAL. La noción de apoyo social formal hace referencia a un sistema, a un conjunto de servicios comunitarios y gubernamentales sin afiliaciones directas con la persona. Es proporcionado en forma regular por profesionales y su función primaria es ayudar a mantener al AM inserto en la comunidad en su domicilio o medio ambiente natural y tan funcional como sea posible; el objetivo se debe lograrse haciendo énfasis en una óptima calidad de vida, autonomía e independencia. Sin embargo, dado que la red formal sola no puede responder a todas las necesidades de la población anciana, otra red, el apoyo social informal debe suplirlas.

La familia, los amigos y vecinos, componen el sistema social informal; éste puede tomar diferentes formas y es proporcionado con una gran variedad de significados. Para Cantor, uno de los pioneros en este tema, un sistema de soporte social debe para ser eficaz, responder a tres tipos de necesidades: socialización, ayuda en tareas domésticas y asistencia en caso de necesidad y en periodos de crisis.

Dono y cols. reafirman los postulados de Cantor y agregan que el apoyo social formal es más importante cuando la persona necesita ayuda técnica o especializada y en ciertas situaciones relacionadas con la salud, la seguridad y educación.

Un ejemplo de lo anterior es la respuesta a la manifestación de un problema o la prestación de ayuda en periodo de crisis como el que se presenta en el paciente fracturado y los requerimientos de asistencia y de apoyo emocional.

Por otra parte en diferentes estudios se han encontrado que el apoyo social tiene aspectos "recibidos y percibidos", con lo cual es posible subrayar su dimensión objetivo-subjetiva. El primero hace referencia a los recursos provisionales o transaccionales, reales a los que la persona puede recurrir en caso de necesitarlos; el segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. Se distingue entre la transacción y lo transferido, la transacción puede ser objetiva (apoyo recibido) o subjetiva (apoyo percibido), mientras que la naturaleza de lo transferido puede ser en ambos casos tangible o psicológica. (Ver figura 2)

2.1.9. APOYO, ENVEJECIMIENTO Y BIENESTAR

A lo largo del ciclo vital el apoyo social va variando pues implica modificaciones importantes en los planos estructural y funcional, suponiendo el aprendizaje de nuevas tareas y roles.

A edades avanzadas y con la llegada de la jubilación el apoyo social muestra una serie de cambios propios como la finalización de la crianza de los hijos, el abandono de las relaciones procedentes del ámbito laboral y la disminución del grupo de parientes e iguales por efecto de la mortalidad. De esta manera y aunque durante gran parte del ciclo vital la red de apoyo se ha extendido, a partir de los 70 años sufre un descenso. ⁽⁴⁰⁾

El deterioro funcional y cognitivo que se alcanza en momentos avanzados de la vejez no se asocia sólo con el envejecimiento, sino también con el estilo de vida y las características del entorno del individuo.

La influencia protectora de las relaciones sociales sobre la salud ha sido objeto de diversas investigaciones recientes. Diferentes autores han demostrado que los AM que cuentan con amplias relaciones sociales tienen mayores probabilidades de sobrevivir y muestran mejores resultados en salud y autonomía.

Existen mecanismos en los cuales el apoyo social afecta positivamente a la salud de una persona:

- Cuando ésta se encuentra frente a un fenómeno desconocido, peligroso o nocivo, la reacción de alarma se atenúa con la presencia de familiares.
- El apoyo social favorece muchas actividades personales que se asocian positivamente con aumento en la calidad de vida: rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de adhesión a tratamiento farmacológico y, en general, a cuidados con la salud.
- La enfermedad restringe la movilidad del sujeto, lo que reduce la oportunidad de los contactos sociales y lo aísla.
- La enfermedad tiende a debilitar al AM y en consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de activación de red.
- La presencia de enfermedad en una persona reduce la posibilidad de generar comportamientos de reciprocidad interpersonal de la interacción social. ⁽⁴¹⁾

La amplitud de las redes sociales, la frecuencia del contacto con amigos, la fortaleza de la red familiar, han mostrado efectos protectores frente al inicio de discapacidad, frenando su progresión e incluso incrementando el grado de recuperación. ⁽¹⁰⁾

2.1.10. RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL ROL DEL PROFESIONAL ENFERMERA EN LA ATENCIÓN AL AM OPERADO DE CADERA.

Los múltiples cambios sociodemográficos y culturales que han acontecido en nuestro entorno están provocando importantes modificaciones en las demandas asistenciales de la sociedad con respecto a la población AM y en el modo de darle respuestas por parte de los servicios sociosanitarios. Se ha visualizado que en este último tiempo la proporción de AM enfermos que ocupan camas hospitalarias es cada vez mayor. ⁽⁴²⁾

La profesión de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad experimenta y en consecuencia, a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud demandan. Desde los comienzos de la disciplina, la enfermera ha cuidado a las personas apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse afectada y en las cuales no pueden

responder de forma autónoma como también promoviendo la salud y previniendo la enfermedad de los individuos sanos. ⁽⁴²⁾

De acuerdo a lo anterior y según el modelo de la teorista Virginia Henderson, el objetivo de los cuidados consiste en ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

En enfermería el centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir, saber qué hacer, cómo y con qué recurso otorgar que el AM adquiera y/o potencie el conocimiento, la fuerza y la voluntad. Los modos de intervención: se orientan a aumentar, completar, reforzar o sustituir los conceptos antes mencionados.

A continuación se presentan los principales conceptos de la teorista:

a) **Persona (paciente):** Lo consideraba un individuo que precisaba de ayuda para recuperar su salud y su independencia, para tener una muerte tranquila, cuyas esferas biopsicosociales se constituyen como unidad inseparable al igual que la estructura formada por persona y familia, por tanto es relevante que el profesional considere este aspecto para planificar intervenciones con verdadero impacto en el estado de salud y recuperación del AM.

b) **Necesidad:** Henderson identificó 14 necesidades básicas del individuo que integran los elementos del cuidado enfermero, dentro de éstas se incluye la de actividad y movimiento, siendo un elemento básico de satisfacer para la persona. Independiente de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, la estrategia que se utiliza para contribuir en la satisfacción de necesidades es el proceso de enfermería que incluye las etapas de valoración, diagnóstico enfermero, planificación, ejecución y evaluación cuyo objetivo es atender al usuario de forma personalizada utilizando los recursos con eficacia y eficiencia. ⁽⁴³⁾

c) Salud: En sus escritos la utilizaba como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud es determinada por la capacidad de la persona de satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas, considerando las características de los AM estudiados es posible suponer que su estado de salud no es óptimo pues requieren que otros le proporcionen ayuda.

d) Entorno: Sin definición propia, utilizó: *“es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”* ⁽⁴³⁾, constituyéndose como sinónimo de calidad de vida, base esencial del funcionamiento humano, incluye vínculos de dependencia e interdependencia, donde los individuos sanos debieran ser capaces de controlarlo; aunque durante el curso de una enfermedad se afectaría esta habilidad como podría observarse en los AM de este estudio, sumado a las influencias que puede tener en él la presencia de estímulos educativos, de prevención y/o recuperativos en esta situación de salud.

e) Enfermería: *“La función única de la enfermera es apoyar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación o una muerte tranquila y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios para la satisfacción de las 14 necesidades. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible”* ⁽⁴³⁾; en el caso de los cuidados que requiere la población estudiada es relevante destacar que el profesional enfermero se enfoca principalmente en ayudar a la recuperación de la movilidad y en capacitar a la familia sobre la entrega de cuidados y ayuda durante la convalecencia.

Dentro de la relación enfermera-paciente pueden identificarse tres niveles que van de una dependencia mayor a menor, estos son:

a) La enfermera como Sustituta: en situaciones de salud graves donde el usuario requiere a otro para satisfacer algunas o todas las necesidades básicas, esto podría observarse en el periodo agudo tras la fractura de cadera, donde el AM disminuye o pierde la capacidad

de mantener el equilibrio entre sus requerimientos y la capacidad para responder a ellos; debiendo el profesional enfermero y el equipo de salud contribuir al logro de la estabilización de sus funciones básicas.

b) La enfermera como Ayudante del paciente: el profesional brinda asesoría y educación al usuario y a su familia sobre las acciones necesarias para la adquisición del nivel de dependencia previo a la situación aguda de salud; pasado el procedimiento quirúrgico y en la espera del alta médica la enfermera debiera procurar la internalización de conocimientos, el alcance de motivación para el cuidado o recuperación en la familia y usuario según corresponda, como a su vez, asegurar la existencia de canales de comunicación efectivos en caso que surjan situaciones contingentes; lo anterior considerando que cada AM y sus familias cuentan con características particulares necesarias de ser tomadas en cuenta.

c) La enfermera como Compañera del paciente: la presencia del profesional enfermera durante el periodo de convalecencia debiera incluir supervisión y seguimiento del cumplimiento de indicaciones médicas y las relativas a la calidad de los cuidados otorgados, adelantándose a posibles riesgos que afecten la recuperación de la movilidad, propiciando así la entrega de ayuda acorde a las necesidades reales del AM, con el objetivo final de alcanzar el máximo nivel de autonomía posible en cada caso.⁽⁴³⁾

En el HGF, este proceso de enfermería se lleva a cabo, el profesional prioriza las necesidades para una mejor atención del AM.

Una de las principales situaciones que la profesional debe atender en la etapa preoperatoria es lo relativo al dolor, manteniéndolo en lo posible en niveles tolerables; también debe ocuparse de la necesidad de movimiento, favoreciendo los cambios frecuentes de posición para prevenir las úlceras por decúbito, ya que si el usuario llega a presentarlas la operación se suspende por el riesgo de infección; la necesidad de alimentación es otro factor preponderante, ya que se necesita que el AM tenga una

balanceada y completa nutrición con un buen aporte proteico, que facilite la cicatrización luego de su operación.

Lo anteriormente mencionado está inserto en la labor de un equipo multidisciplinario, el cual en conjunto, contribuye a la recuperación del usuario.

En relación a las tendencias asistenciales actuales, el objetivo prioritario de los profesionales es alcanzar la mayor autonomía de los AM, de forma que puedan valerse por sí mismos en el máximo de AVD, o conseguir que, a pesar de la discapacidad, se retrase la evolución de la dependencia potenciando las capacidades residuales.

En los AM del estudio, distintos profesionales intervienen en sus respectivas áreas de trabajo, proporcionándole una atención integral, este planteamiento implica una planificación de los cuidados, de forma individualizada y exhaustiva, secundaria a la aplicación de la valoración geriátrica integral, entendida como un proceso diagnóstico multidisciplinario diseñado para identificar y determinar los riesgos de deterioro físico, funcional, social y psíquico como de aparición de complicaciones que puede presentar el AM, con objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos.

Así mismo se considera de gran importancia dentro de los cuidados, la realización de educación al AM y acompañante durante la hospitalización, aunque este no es un rol exclusivo de la enfermera, si es inherente a su profesión; el objetivo es fomentar el autocuidado durante el ingreso y al alta.

La recogida y el uso de información de enfermería de forma sistemática y normalizada, permite comunicar el programa de cuidados y los objetivos por alcanzar, a medida que el paciente cambia de una unidad a otra.

Como proveedor de cuidados, la enfermera debe asumir la responsabilidad ayudando a los AM a alcanzar el restablecimiento, mantenimiento de la salud y bienestar. Considerando como un aspecto esencial la atención y el apoyo emocional para la familia del mismo.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivos Generales

- Describir el apoyo familiar instrumental que reciben los adultos mayores en el período de convalecencia de su cirugía en relación a la necesidad de actividad y movimiento.
- Identificar las características de los adultos mayores sometidos a cirugía de cadera incluidos en el estudio.

2.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar el apoyo recibido por el adulto mayor en estudio por parte del proveedor principal de cuidados (hija, cónyuge, etc.) y las acciones (ayuda para levantarse, trasladarse, etc.) del apoyo instrumental para la recuperación de la movilidad.
- Identificar el grado de dependencia del adulto mayor en estudio.
- Identificar el perfil del Adulto Mayor en estudio (sexo, edad, previsión, tipo de cirugía)

2.3. Definición y Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Sub dimensión	Indicadores
1.- Apoyo familiar recibido	Interacción entre el convaleciente y su familia donde el adulto mayor recibe apoyo instrumental para satisfacer la necesidad de actividad y movimiento.	1.1 Proveedor principal de apoyo		- Pareja - Hijo (a) - Nieto (a) - Otros - Nadie
		1.2 Acciones de ayuda Instrumental para la actividad y movimiento.	1.2.1 Alimentación	-Ir a comprar alimentos. -Cocinar el alimento. -Preparar el lugar que usted comerá. (reunir los utensilios de los alimentos) -Lavar o retirar lo que utilizó para comer -Otra -No corresponde

			<p>1.2.2 Trasladarse (transferencia de un lugar a otro)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sentarse en la cama. -Salir entrar en la cama o desplazarse. -Mantenerse de pie con supervisión cercana. -Mantenerse de pie con una persona fuerte que soporte su peso. -Otra -No corresponde
			<p>1.2.3 Deambular (caminar más de 50 metros o dirigirse a otro lugar con un objetivo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Supervisión (vigilancia directa) -Que otra persona lo sostenga mientras camina -Mantener el equilibrio, requiere a otra persona u objeto que le proporcione apoyo fijo. -Que otra persona le acerque la órtesis. (En caso que la utilice) -Otra -No corresponde

			1.2.4 Subir escalones	<ul style="list-style-type: none"> -Supervisión (vigilancia directa) -Sostén. -Levantar pies consecutivos con el fin de subir escaleras/peldaños. -Mover pies en forma alternada (uno tras otro) para bajar escaleras/peldaños. -Otra -No corresponde
			1.2.5 Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> -Ponerse o quitarse ropa exterior -Ponerse o quitarse ropa interior -Abrocharse o desabrocharse los zapatos -Cualquier otra ayuda o supervisión. -Otra -No corresponde

			1.2.6 Arreglarse (toda actividad anexa a bañarse y vestirse).	<ul style="list-style-type: none"> -Lavarse la cara / las manos -Peinarse -Afeitarse/ maquillarse -Lavarse los dientes -Otra -No corresponde
			1.2.7 Bañarse/ ducharse.	<ul style="list-style-type: none"> -Entrar y salir del baño -Agrupar los útiles de aseo (shampoo, toallas, etc.). -Etapas del proceso de la ducha. (entrar y salir de la ducha) -Jabonarse, enjuagarse y/ o secarse. -Otra -No corresponde

			1.2.8 Uso del retrete.	<ul style="list-style-type: none"> -Entrar y salir del baño. -Bajarse, subirse la ropa -Sentarse y levantarse de la tasa/ bacinica -Limpiarse y hacer funcionar el inodoro. -Otra -No corresponde
			1.2.9 Ayuda frente a episodio de incontinencia urinaria y fecal.	<ul style="list-style-type: none"> -Cambio de Muda -Aseo genital -Cambio de ropa -Proporcionar ropa e instrumentos para cambiarse solo -Otra -No corresponde

2.- Perfil del AM	Conjunto de características de la persona mayor de 65 años sometido a cirugía de cadera que cumpla los criterios de inclusión.	2.1 Edad	Rango de edad	65 – 69 años 70 – 74 años 75 - 79 80 y más
		2.2 Sexo		-Femenino -Masculino
		2.3 Previsión		-FONASA -ISAPRE -OTROS
		2.4 Tipo de cirugía		-Endoprótesis -Osteosíntesis -Otra

		<p>2.5 Estado cognitivo (según Cuestionario de Pfeiffer)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Memoria a corto plazo -Memoria a largo plazo -Orientación -Información sobre hechos cotidianos -Capacidad de cálculo 	<ul style="list-style-type: none"> -Normal -Leve deterioro cognitivo -Moderado deterioro cognitivo, patológico -Importante deterioro cognitivo
		<p>2.6 Grado de dependencia (Según Índice de Barthel)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comer - Trasladarse entre la silla y la cama - Desplazarse - Subir y bajar escaleras - Vestirse y desvestirse - Aseo personal - Bañarse/ ducharse - Uso del retrete - Control de heces - Control de orina 	<ul style="list-style-type: none"> -Independiente -Dependencia leve -Dependencia moderada -Dependencia severa -Dependencia total



CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

3.1.1. Constitución y organización del grupo de tesis:

El grupo de seminario de tesis lo conforman seis estudiantes de cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso que contaron con asesoría de la señora Lorena Bettancourt Ortega, Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Valparaíso y Magíster en Enfermería de la Universidad Andrés Bello.

El trabajo de tesis se inició en Marzo del año 2009; durante las primeras sesiones la docente guía reunió al grupo con el fin de delimitar el problema además de fijar la organización con los cargos necesarios para desarrollar un trabajo en forma coordinada, eficiente y eficaz. Se distribuyeron los cargos organizacionales de: presidenta, vicepresidenta, tesorera, secretaria, relacionadora pública, editora y referencias bibliográficas; los cuales fueron elegidos al azar y con rotación de éstos en forma semestral.

Se realizaron reuniones formales, habitualmente los días jueves y/o viernes con duración de 2 horas cada 15 días e informales de acuerdo al avance de la investigación y disponibilidad de tiempo de los integrantes del grupo para ir cumpliendo los objetivos propuestos.

También la asesoría docente se realizó en forma permanente vía e- mail, según necesidad en los cuales se comunicaban los avances, dificultades y otros.

3.1.2. Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo.

3.2. Definición del universo:

Nuestro universo está conformado por todos los AM sobre 65 años sometidos a cirugía de cadera en el HGF perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

Del universo total se extrajo una población que abarcó un total de 6 meses, entre noviembre del año 2008 y abril del 2009; esto debido a la recomendación de expertos que aconsejaban evaluar la recuperación de la movilidad tras un plazo superior a los 2 meses desde el egreso hospitalario, tiempo en el cual pueden lograr la realización de las ABVD; con el fin de hacer un contraste en la evolución de la movilidad, entre el estado inicial del usuario y el actual por medio del Índice de Barthel.

El límite de tiempo fue también determinado considerando la capacidad del AM para recordar los datos que se requerían para el estudio.

3.3. Diseño muestral:

La población en estudio quedó conformada por 57 AM con 65 años y más, sometidos a cirugía de cadera durante los meses noviembre 2008 hasta abril del 2009 en el HGF. Sin embargo, en la práctica, no se encontraron los AM seleccionados por diversos motivos como: domicilio errado, familia no se encuentra en casa, fallecidos e institucionalizados, por lo que, finalmente se llegó a una muestra de 20 AM que se distribuyeron en 3 estratos bimensuales con el fin de agruparlos, ya que según la literatura, debieran contar con un similar grado de evolución en la recuperación de la movilidad y en la realización de las ABVD. El número de AM distribuidos según la fecha de intervención quirúrgica ordenados en tramo bimensual es el siguiente:

Tabla I Distribución de Adultos Mayores encuestados según tramo:

Tramo	Número de usuarios
Noviembre - Diciembre	12
Enero - Febrero	6
Marzo - Abril	2

3.3.1. Unidad muestral:

Para este estudio se definió como AM sometido a cirugía de cadera que cumpliera con los criterios, los cuales son:

- Adulto Mayor de 65 años sometido a cirugía de cadera en HGF perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
- Haber sido sometido a cirugía de cadera durante el periodo Noviembre 2008 –Abril 2009.
- Adultos Mayores no institucionalizados
- Factibilidad de las tesis para llegar al domicilio.

3.4. Metodología de recolección de datos:

El método de aplicación del instrumento escogido fue la visita domiciliaria. Una vez encontrado el domicilio del AM, se le solicitó su participación en el estudio a través de un consentimiento informado y se le explicó e insistió que su participación era totalmente voluntaria donde sus respuestas serían anónimas y confidenciales.

Para la investigación se utilizó un instrumento (ver anexo 6) elaborado por el grupo, a partir de las necesidades que se evalúan en el Índice de Barthel, además previamente se aplicó el cuestionario de Pfeiffer (ver anexo 4) para identificar algún grado de alteración en el funcionamiento cognitivo de los AM para así determinar el sujeto al cual se le aplicaría el instrumento; en el caso que la clasificación del AM sea “normal” (0 – 2 errores) o “leve” (3 – 4 errores) se realizó el AM, si presentaba “deterioro moderado” (5 – 7 errores), se realizó al cuidador principal junto con la cooperación del AM, y si presentaba un “importante deterioro cognitivo” (8 – 10 errores) sólo al cuidador principal o en caso de no encontrarse éste al secundario.

La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre del año 2009 en horarios variables. Se realizó en duplas de alumnas, las que con anterioridad realizaron una organización del trabajo en terreno (ver punto 3.5.).

3.4.1. Descripción del instrumento:

El instrumento fue creado durante los meses de Abril y Mayo del año 2009 siendo supervisado constantemente por la docente guía.

El instrumento consta de dos ítemes, el primero corresponde a los antecedentes personales del AM operado de cadera; en este ítem se deberá también realizar el “Cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer” para determinar a quién se le aplicaría el instrumento. También se aplicará el Índice de Barthel (ver anexo 5), para determinar el nivel de dependencia del AM.

El segundo ítem corresponde a 9 enunciados relacionados con el apoyo recibido en las necesidades abordadas por el “Índice de Barthel”, donde algunas fueron elaboradas desde éste y otras se agregaron según necesidad para incluir otras actividades asociadas a la necesidad de movimiento, en las cuales el AM también puede recibir ayuda.

Las preguntas se formularon indirectamente, mediante un relato libre guiado por la alumna de enfermería, recabando la información necesaria para completar las diferentes alternativas de las preguntas, tanto del propio Índice de Barthel, como del instrumento creado.

3.4.2. Estudio de confiabilidad del instrumento

El instrumento utilizado en esta investigación no fue validado estadísticamente, pero se sometió al juicio de expertas para aumentar el grado de validez.

Los criterios de confiabilidad se lograron a través de la revisión de las profesoras Lorena Bettancourt Ortega y Nidia Núñez Alvarado de la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Valparaíso.

Se realizó una prueba del instrumento de recolección de datos a una persona durante la primera semana de Julio, previa firma de consentimiento informado; excluyéndolo del estudio.

Objetivos la de prueba del instrumento:

- Determinar el tiempo promedio utilizado en la aplicación del cuestionario, para planificar las visitas que se harían en un día.
- Reconocer preguntas que puedan generar dudas o errores en las respuestas.
- Identificar la pertinencia de los instrumentos anexos para cambiarlos en caso de ser necesarios por otros que satisfagan nuestras necesidades investigativas.
- Determinar posibles dificultades en la aplicación del cuestionario.
- Determinar el orden correcto de las preguntas.
- Realizar las correcciones pertinentes llegando con esto al instrumento definitivo.

Hallazgos de la prueba del instrumento:

- Se llegó a la conclusión que el Minimental State (MMSE) no se adecuaba al interés del grupo de investigadores del estudio, por lo mismo fue reemplazado por el Cuestionario Abreviado de Pfeifer.(Ver anexo 4)

3.5. Organización del trabajo en terreno:

Para obtener la autorización y así acceder a la base de datos con el nombre y domicilio de los AM, se enviaron cartas dirigidas a los siguientes cargos: Directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y los siguientes funcionarios del HGF: Director, Encargado Campo Docente Asistencial, Encargada Campo Docente Enfermería, Jefe de unidad y seguridad del paciente, Médico jefe del SOTA, Enfermera Coordinadora del SOTA y Enfermera CES.

Para la realización de las distintas visitas domiciliarias el grupo se distribuyó en duplas, las cuales de forma voluntaria y según el conocimiento que se tenía sobre la zona a visitar, se asignaron los distintos lugares, dividiéndolos en los siguientes sectores: Viña del Mar, Viña Centro, Recreo - Esperanza, Gómez Carreño – Santa Inés, Miraflores – Achupallas, Forestal - Chorrillos, Quilpué - Villa Alemana, Olmué - Limache, Calera y Quillota; las tesisistas acudieron con delantal y piocha institucional.

3.6. Criterios utilizados para el análisis de los datos

3.6.1. Vaciamiento de datos:

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007, donde se vaciaron las respuestas obtenidas en dos de las áreas que se desprenden de nuestras variables: Antecedentes personales del AM, Índice de Barthel y Apoyo recibido.

Para tabular la información se asignó un puntaje binario (0= No y 1= Sí).

3.6.2. Criterios para efectuar el análisis de la información

Se utilizó Microsoft Excel, versión 2007. Las variables a observar en el cuestionario, fueron ingresadas directamente en la herramienta antes mencionada, creando así una base de datos, ésta a su vez permitió incorporar las respuestas escogidas por cada usuario luego se procedió a ordenarlas a conveniencia para tener un manejo más expedito. En el

análisis propiamente tal, se utilizaron medidas descriptivas, tablas de frecuencia, con valores porcentuales y gráficos.

Este análisis fue realizado a nivel general (número total de AM) y a nivel grupos (nivel de dependencia) usando las opciones y herramientas que proporciona Excel tales como filtros, fórmulas estadísticas y matemáticas, opciones de gráficos.

3.6.3. Criterios para el análisis de gráficos y tablas

En los primeros 5 gráficos correspondientes al análisis del perfil del AM se incluyó a toda la muestra en estudio 20 AM.

A partir del segundo ítem, correspondiente al apoyo social familiar recibido por el AM, se excluyeron en cada ítem a tres personas, quedando 17 AM, esto debido a que según el grado de dependencia pertenecían a las clasificaciones “dependiente grave” (1 usuario) y “dependiente total” (2 usuarios), en todos los casos la causa de dependencia no se atribuye a las consecuencias de la cirugía; una de ellas presentaba secuelas motoras por un ACV antiguo, las otras dos por encontrarse con un estado de postración previo. Se excluyeron debido a que la ayuda que recibían en cada uno de los ítemes no se debía a las consecuencias directas de la cirugía de cadera si no que eran requeridas y entregadas previamente, por tanto consideramos que los diecisiete AM que finalmente consideramos representan de manera más significativa la realidad de ellos para la recuperación de la movilidad.



CAPÍTULO IV: RESULTADOS

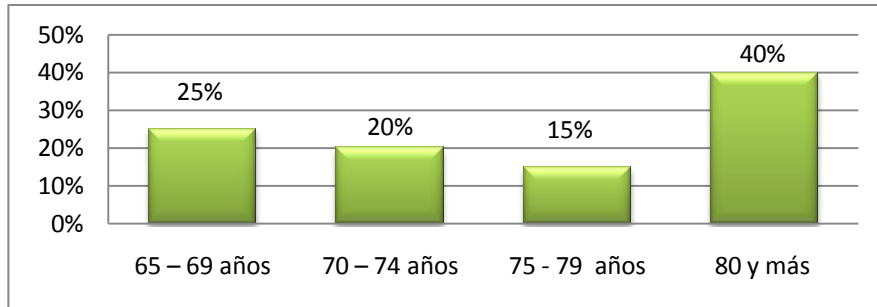
Introducción a los resultados

Antes de exponer los resultados cabe señalar que:

- Los gráficos correspondientes al perfil del AM: del N° 1 al 5, corresponden al total de adultos mayores incluidos en el estudio (20 usuarios).
- En el segundo ítem del instrumento, correspondiente al apoyo familiar del AM se consideró el apoyo social familiar recibido durante los primeros 4 meses de convalecencia.
- En los gráficos y tablas del segundo ítem se debió incluirse solo un total de 17 AM, por las razones expuestas en el capítulo anterior, en “Criterios para el análisis de gráficos” los cuales excluían 3 AM por esas razones.
- En todas las tablas analizadas, el número total de “n” varía, ya que el AM al responder la alternativa “no corresponde” fue excluido del total (17), lo cual queda estipulado en cada una de las tablas.
- Las tablas del segundo ítem números: 1, 4, 6 y 9; no se incluyeron dentro del análisis por tener una baja representatividad porcentual de sujetos producto de ser una muestra limitada.

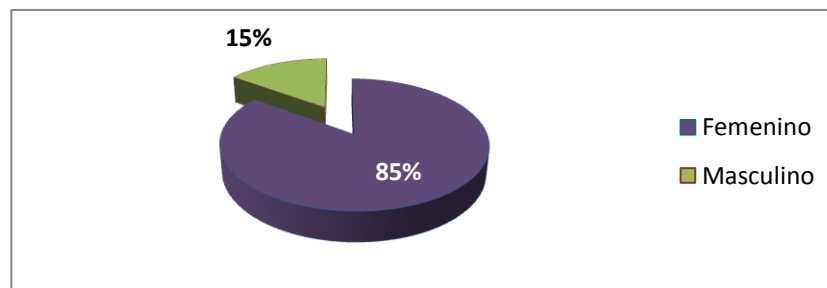
4.1. Análisis descriptivo del Perfil del Adulto Mayor

GRÁFICO N°1: Distribución de los Adultos Mayores operados según edad.



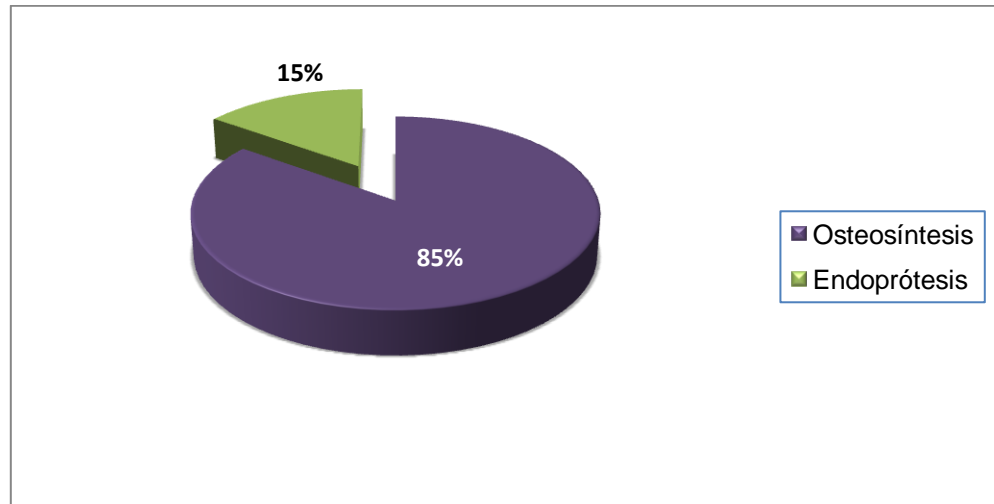
De acuerdo al rango de edad el mayor porcentaje (40%) se observa en la categoría de 80 años y más, lo cual refleja que posiblemente a causa del proceso natural de envejecimiento y los cambios fisiológicos que éste conlleva, se produce un estado de fragilidad que los expondría en mayor medida a sufrir accidentes que derivan en una fractura de cadera y por lo tanto a una intervención quirúrgica.

GRÁFICO N° 2: Distribución de los Adultos Mayores operados según género.



Respecto al sexo, los resultados demuestran que los AM ingresados en el estudio, en su mayoría (85%) corresponden a mujeres; esto podría deberse principalmente, al cambio demográfico al que se ha visto expuesta la población, donde las expectativas de vida aumentarán hasta los 85 años en mujeres y 79 años en hombres para el quinquenio 2045-2050. Otro factor que influiría en que este porcentaje sea mayor, sería el cambio fisiológico del envejecimiento en la mujer que favorece al aumento de la fragilidad osteoarticular. ^{(1) (2)}

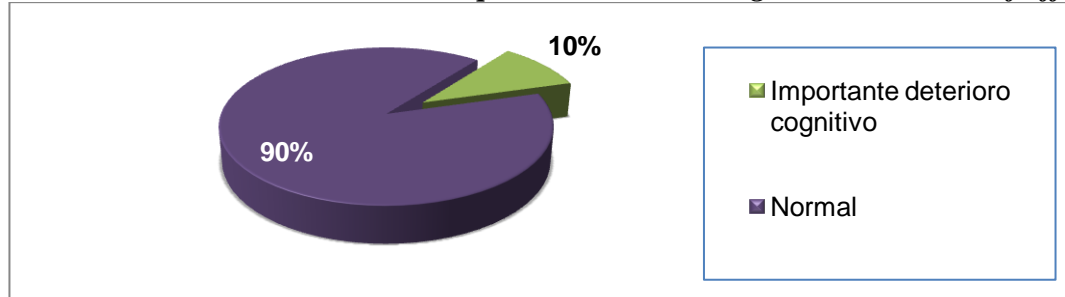
GRÁFICO N°3: Distribución de Adultos Mayores por tipo de cirugía.



Existe un mayor porcentaje de AM operados con osteosíntesis (85%), esto se debe a que la técnica quirúrgica dependerá del grado previo de deterioro de la estructura ósea, el tipo de fractura y su localización. El 15% de los AM fue operado con endoprótesis, ésta se utiliza cuando se trata de una fractura de cuello de fémur.

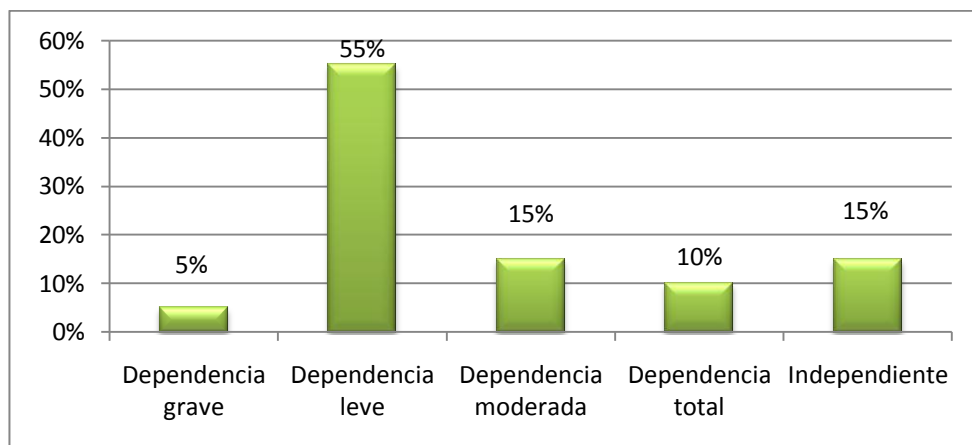
Aún cuando la recuperación de la cirugía por osteosíntesis es más larga y compleja que la de endoprótesis, es la técnica más utilizada en el HGF, posiblemente para minimizar recursos económicos, debido a la gran demanda de este tipo de cirugías, ya que ésta es de mayor costo que la osteosíntesis; además se considera que el AM puede volver a caer, debiéndose realizar eventualmente una segunda intervención quirúrgica.

GRÁFICO N°4: Distribución de AM operados de cadera según Cuestionario Pfeiffer.



De los 20 adultos mayores, el 90% presenta un estado cognitivo normal y sólo el 10% un importante deterioro cognitivo. Esto evidenciaría que el síndrome de las caídas tiene etiología multifactorial no pudiéndose atribuir sólo a la alteración del estado cognitivo, ya que una persona con estado cognitivo normal puede tener igual o mayor posibilidad de sufrir una caída.

GRÁFICO N°5: Distribución de AM operados de cadera según Nivel de Dependencia

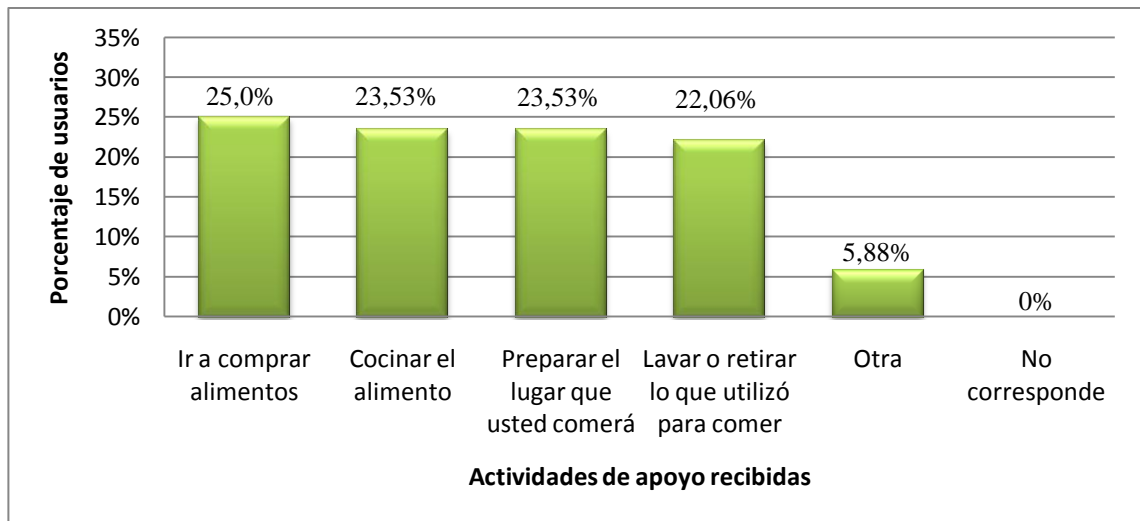


Según el Índice de Barthel un 55% de las personas corresponde a la categoría de dependencia leve, lo que les permitiría actualmente realizar mayor cantidad de AVD. Cabe destacar que los usuarios con dependencia total y grave, correspondientes al 10% y 5% respectivamente, podrían haber presentado una condición que afectaría su nivel de dependencia antes de la caída por otros problemas ostomusculares.

4.2. Análisis descriptivo del Apoyo social familiar recibido por el Adulto Mayor operado de cadera para la recuperación de la movilidad.

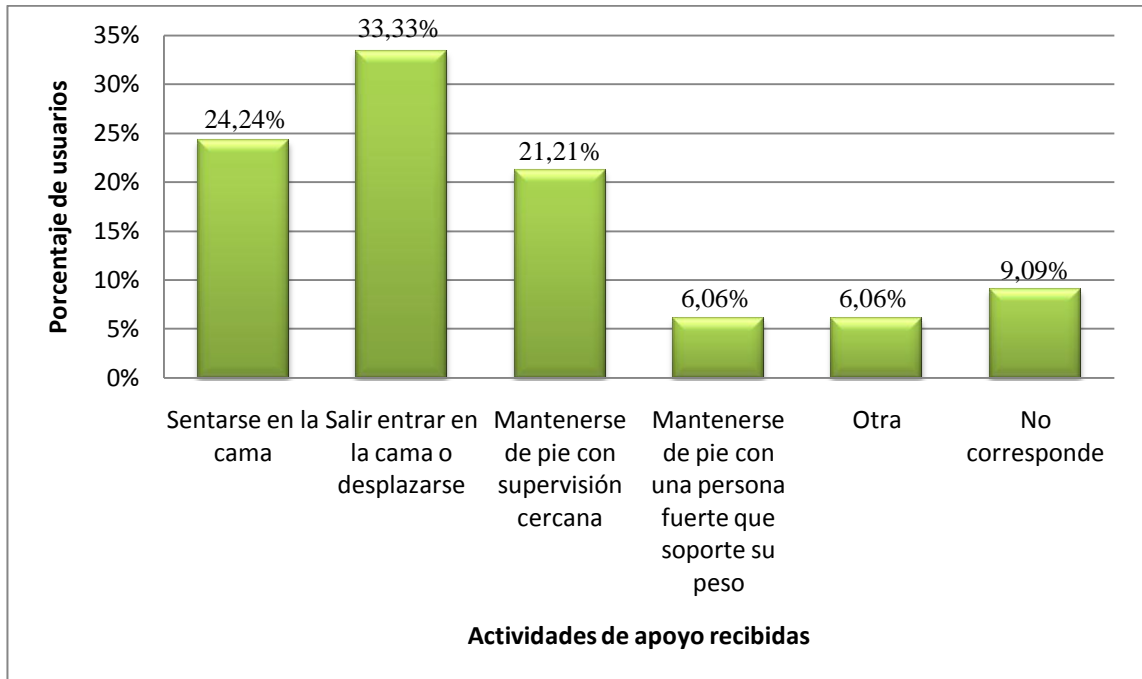
En las preguntas que forman la segunda parte del instrumento existe la posibilidad de escoger más de una opción.

GRÁFICO 1: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Alimentación.



Se destaca la similitud de los porcentajes obtenidos en las distintas actividades. En la alternativa “otra” se mencionan acciones como servir la comida en la boca y trozar los alimentos, considerando que éstas no requieren uso del tren inferior para su realización. Por ello, lo anterior podría considerarse como sobreprotección hacia el AM del estudio en el caso de que estos no presentaran una patología previa agregada.

GRÁFICO 2: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Trasladarse.



Se destaca el rango de AM que requirió ayuda para realizar actividades básicas en el cambio de posición, tales como salir o entrar de la cama o sentarse en ella.

En la opción no corresponde encontramos AM que no se levantaron ni modificaron su posición, lo que se podría atribuir al desconocimiento de éstos y sus cuidadores sobre los riesgos para salud de la inmovilización prolongada.

La opción otra, por no reflejar una tendencia significativa, no se detallará.

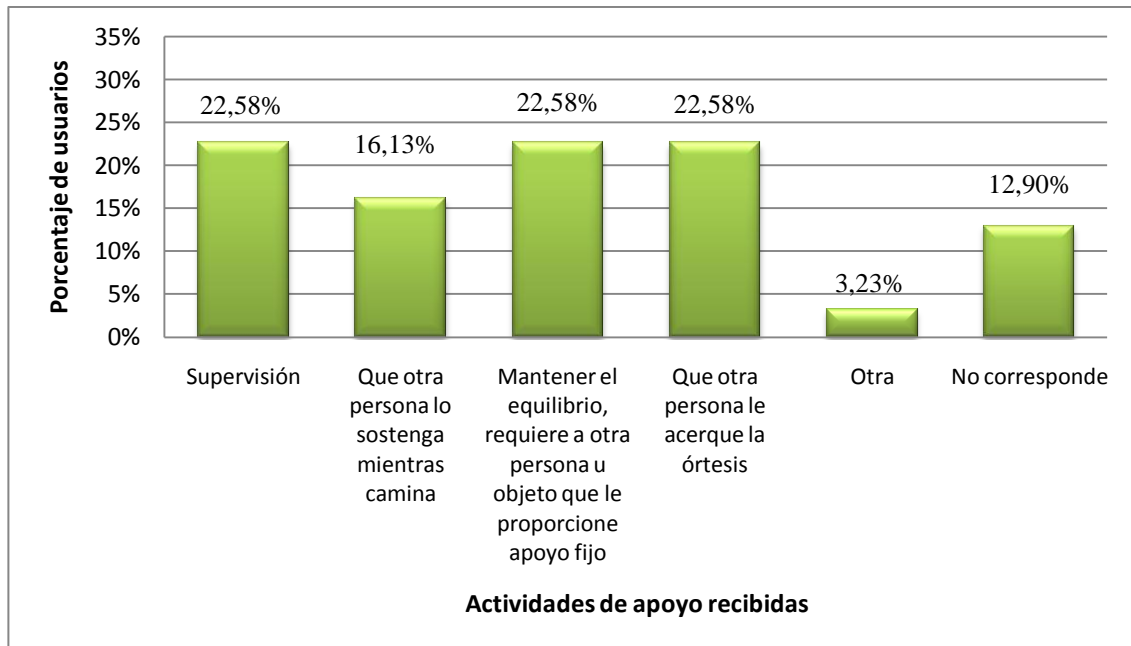
TABLA 2: Distribución porcentual de 14 AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido en trasladarse.

<i>Grado de Dependencia</i>	<i>N° de Actividades</i>					
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Independientes</i> <i>n=2</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
<i>Dependencia Leve</i> <i>n= 10</i>	<i>20%</i>	<i>60%</i>	<i>20%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
<i>Dependencia Moderada</i> <i>n= 2</i>	<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>

Entre AM pertenecientes a la misma categoría (“Independiente”), existe una marcada diferencia en la cantidad de actividades para las cuales recibieron ayuda, lo que podría deberse en parte a la conducta, potenciadora o no, de la autonomía del AM por parte de su familia.

En la categoría “dependientes leves” se destaca el porcentaje de AM que recibieron 2 ayudas, lo que podría concordar con la realización adecuada del traslado.

GRÁFICO 3: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Deambular.



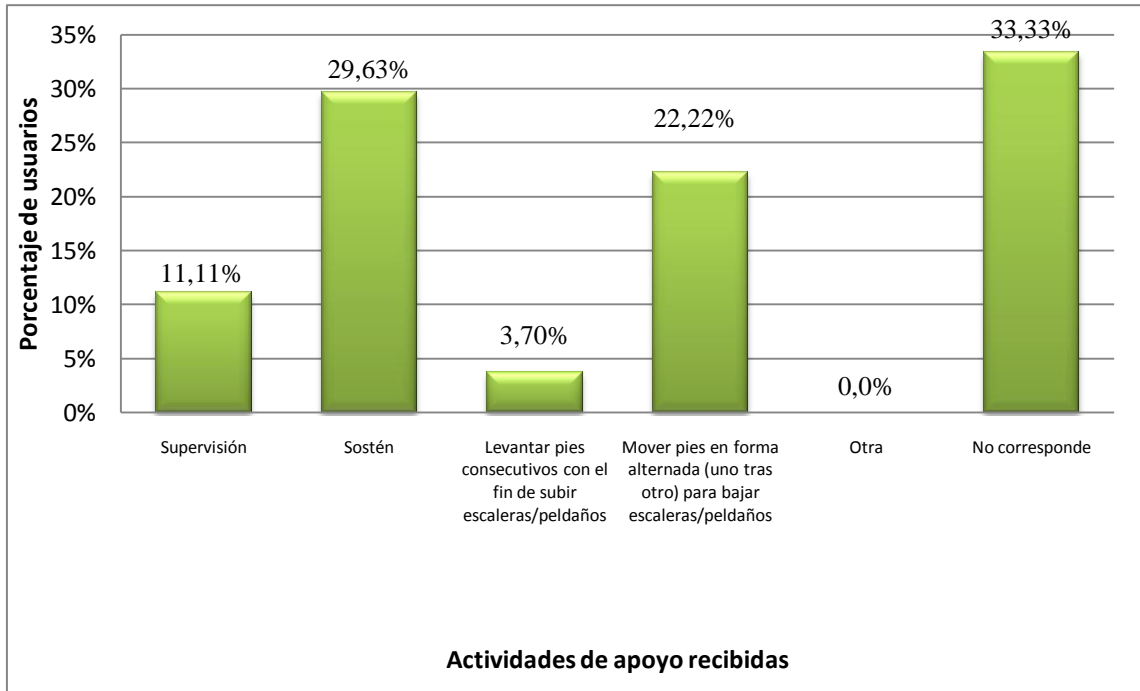
Los porcentajes de apoyos que recibieron los AM fueron similares en todas las actividades. Destaca la proporción de estos que responden la alternativa “no corresponde”, lo cual sería explicado por una posible permanencia en cama durante una parte del periodo de convalecencia. Se considera que unos pilares fundamentales de la recuperación es la deambulacion precoz o temprana, lo cual no ocurre según lo expuesto anteriormente, lo que denotaría nuevamente una falta de conocimientos sobre el manejo y cuidado de estos AM.

TABLA 3: Distribución porcentual de 14 AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido en Deambular.

<i>Grado de Dependencia</i>	<i>N° de Actividades</i>					
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Independientes</i> <i>n=3</i>	66,67%	0%	0%	33,33%	0%	100%
<i>Dependencia Leve</i> <i>n= 9</i>	33,33%	66,67%	0%	0%	0%	100%
<i>Dependencia Moderada</i> <i>n= 2</i>	50%	0%	50%	0%	0%	100%

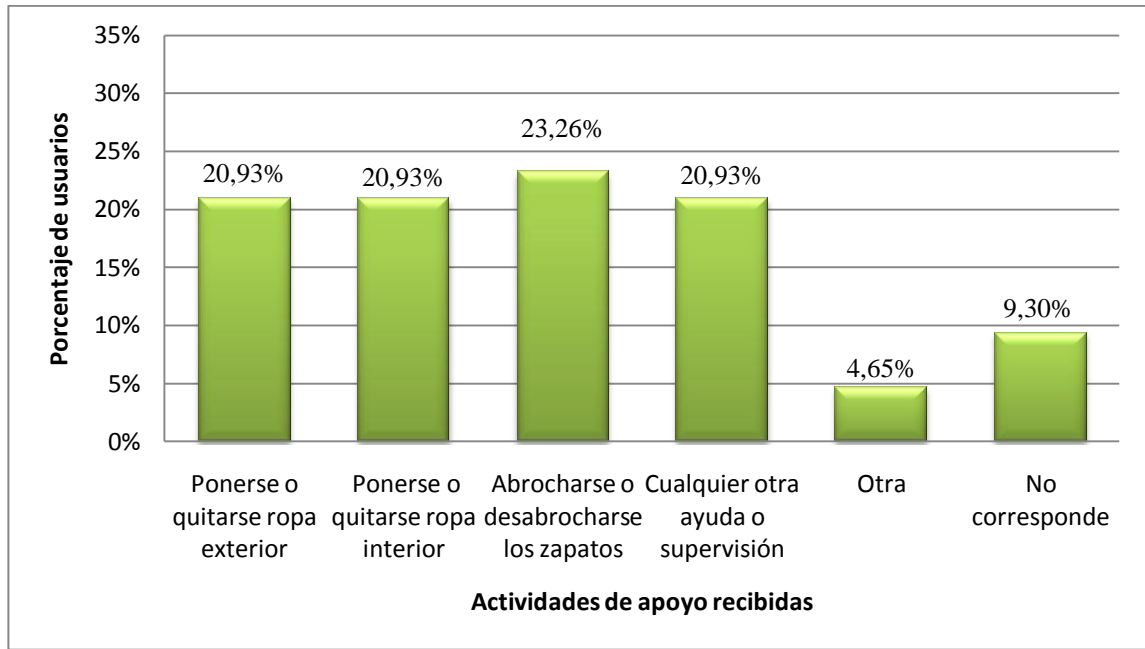
Los porcentajes de apoyo recibido son bajos ya que probablemente esta actividad se complementaría con el uso de órtesis la cual brindaría a los AM soporte físico, lo que evidenciaría que el uso de estos dispositivos facilita y favorece la deambulación, sin menospreciar la supervisión de su cuidador para realizar esta actividad.

GRÁFICO 4: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Subir y Bajar escalones.



La mayor proporción de AM seleccionó la alternativa “no corresponde” donde se destaca que éstos no realizaron la actividad subir y bajar escaleras, principalmente por: miedo y la creencia de que esta acción podría llevarlos a retroceder en su recuperación por el gran riesgo percibido de caerse nuevamente, autorestringiéndose en esta tarea. En menor medida el movimiento no se realizó por indicación médica.

GRÁFICO 5: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Vestirse.



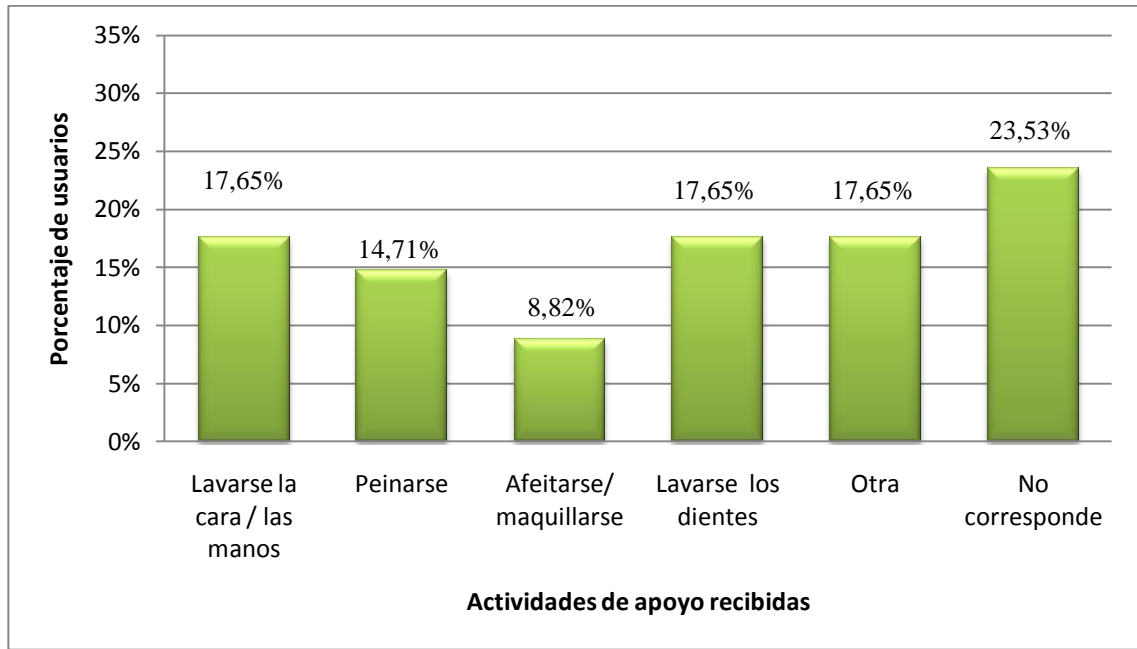
Considerando el estado de fragilidad de los AM y las múltiples etapas que conlleva el vestirse, incluyendo aquellas donde se visten las extremidades inferiores y se requiere de la adopción de posturas exigentes, las que implican mayor dificultad y por lo tanto un alto porcentaje de apoyo familiar para realizarlas, se destaca la presencia de éste en la acción de abrocharse y desabrocharse los zapatos.

TABLA 5: Distribución porcentual de 13 AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido en Vestirse.

<i>Grado de Dependencia</i>	<i>N° de Actividades</i>					
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Independientes</i> <i>n=2</i>	<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
<i>Dependencia Leve</i> <i>n= 8</i>	<i>25%</i>	<i>12,5%</i>	<i>25%</i>	<i>37,5%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
<i>Dependencia Moderada</i> <i>n= 3</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>

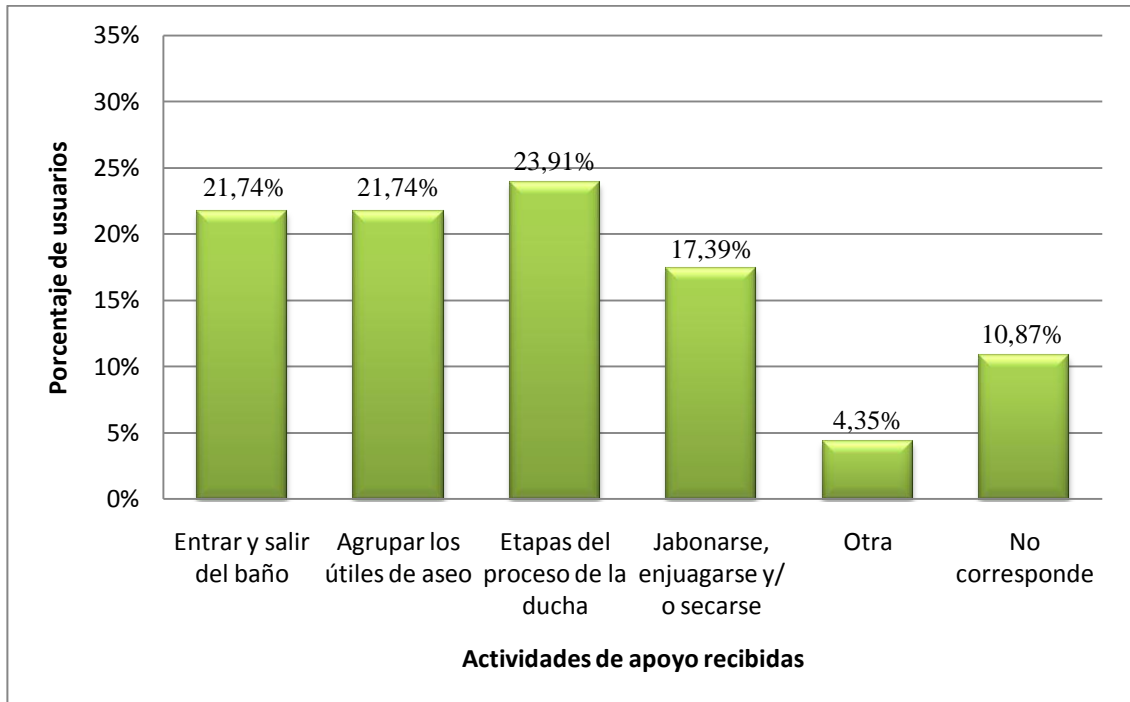
Es relevante la suma de los porcentajes de apoyos recibidos por los AM y la variabilidad numérica de 2, 3 o 4 apoyos. Esto podría interpretarse como una posible consecuencia de la sobre protección familiar u optimización del tiempo del cuidador, a razón de que el proceso realizado por los AM demoraba un tiempo considerable y con el fin de realizar una mejor distribución del tiempo de los cuidadores, éstos realizan la actividad y terminaban sustituyendo al AM.

GRÁFICO 6: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades de Arreglarse



La mayoría de los AM seleccionó la alternativa “no corresponde” pues eran totalmente independientes para realizar esta actividad. Se destaca los porcentajes de apoyos recibidos en actividades básicas que en ningún momento se vieron influenciadas por la fractura y posterior operación como lavarse los dientes, lavarse las manos o peinarse. A raíz de esto, se denota una probable sobreprotección hacia el AM del estudio, al desvalorizar la capacidad de éstos para poder realizar por sí mismos la acción expuesta, en caso de no presentar una enfermedad concomitante previa.

GRÁFICO 7: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades al Bañarse/Ducharse.



La actividad bañarse implica procesos complejos y extensos que incluyen el traslado cama- baño, el ingreso a la ducha o tina que implica el levantamiento de las extremidades y finalmente permanecer durante algunos minutos de pie; evidenciándose en los porcentajes de prevalencia que se observan en las distintas actividades de apoyo recibidas y también en la alternativa “no corresponde” pues además fueron apoyados durante el tiempo de convalecencia recibiendo baño en cama.

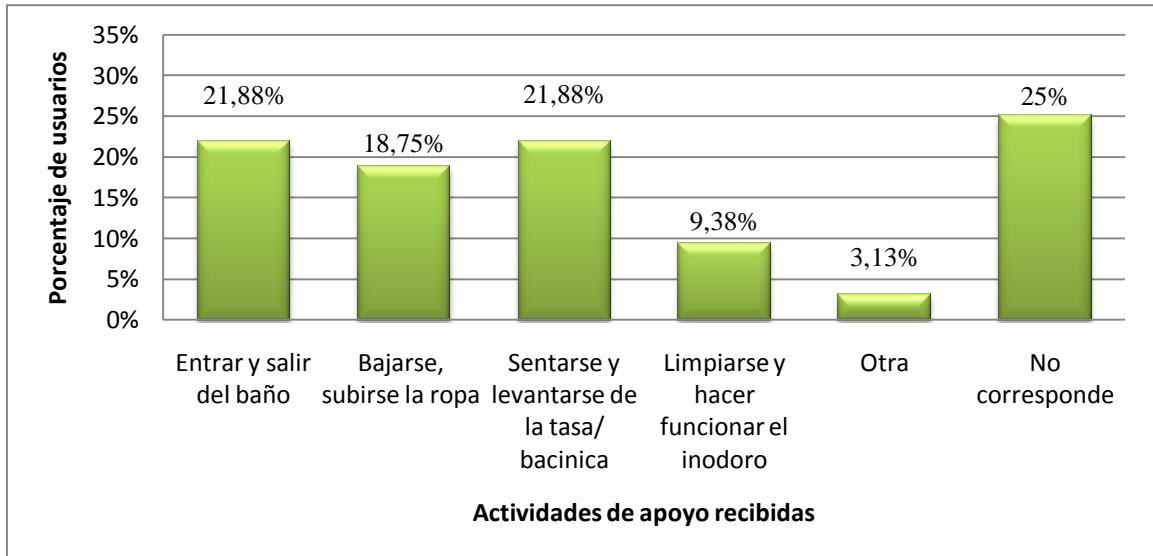
TABLA 7: Distribución porcentual de 12 AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido al Bañarse/Ducharse.

<i>Grado de Dependencia</i>	<i>N° de Actividades</i>					
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Independientes</i> <i>n=2</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
<i>Dependencia Leve</i> <i>n= 8</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>37,5%</i>	<i>62,5%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
<i>Dependencia Moderada</i> <i>n= 2</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>

En esta tabla el análisis se realiza sólo con el grado dependencia leve por baja frecuencia en los resultados de los otros grados de dependencia.

Llama la atención que necesitan ayuda para 3 actividades (37,5%) y para 4 actividades (62,5%) lo cual puede deberse a la complejidad del proceso que implica mayores riesgos para el AM por ejemplo una nueva caída por resbalamiento.

GRÁFICO 8: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades del Uso del retrete.



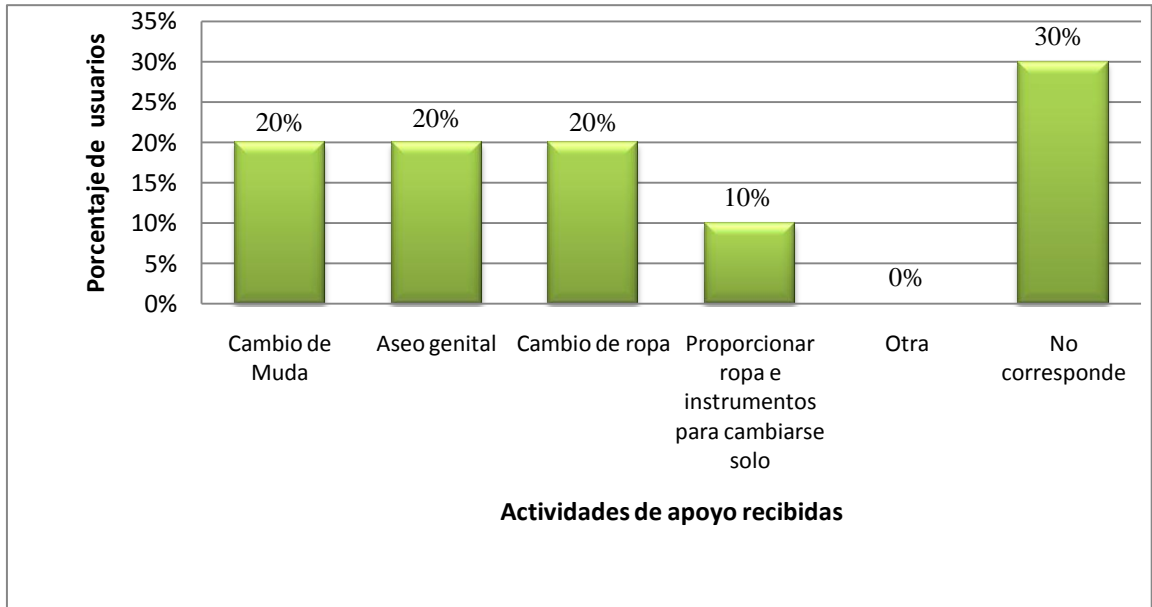
La proporción de ayudas recibidas en esta actividad podrían estar asociadas a que su logro durante la recuperación es progresivo, ya que involucran el uso del tren inferior, la capacidad de trasladarse y de deambular. El porcentaje de alternativa “no corresponde”, se podría derivar de la posible comodidad del cuidador que prefiere uso de pañales y chatas (bacín), que no involucran trasladar al AM al baño.

TABLA 8: Distribución porcentual de 9 AM según grado de dependencia y número de actividades de apoyo recibido en el Uso del retrete.

<i>Grado de Dependencia</i>	<i>N° de Actividades</i>					
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Independientes</i> <i>n=1</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
<i>Dependencia Leve</i> <i>n= 6</i>	<i>16,67%</i>	<i>33,33%</i>	<i>33,33%</i>	<i>16,67%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>
<i>Dependencia Moderada</i> <i>n= 2</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>

Destaca entre los AM dependientes leves la variedad de frecuencias de apoyos en actividades, concentrándose estos porcentajes en el rango 2- 3 ayudas; lo anterior podría atribuirse a la necesidad de realizar un movimiento de flexión, en donde la articulación afectada debe disminuir su nivel en varios centímetros, además si se considera la habitual disposición de los baños de los hogares: estrechos, pequeños surgen dificultades para la ejecución autónoma o con menos ayuda de usar el retrete.

GRÁFICO 9: Distribución porcentual de AM según apoyo recibido en actividades relacionadas con episodios de incontinencia urinaria o fecal.



Sobresalen los hallazgos sobre el porcentaje (53%) de AM que sufrieron un episodio de incontinencia urinaria y/o fecal, como una conducta única y no habitual asociado en el total de ellos a circunstancias excepcionales no relacionadas con la capacidad de contener, se podría deducir que un episodio de estas características no puede considerarse como un acontecimiento esperado durante la convalecencia.



CAPÍTULO V: CONCLUSIÓN, RECOMENDACIONES Y RESUMEN

5.1. Conclusión

En el desarrollo de esta tesis y según los objetivos planteados inicialmente podemos señalar que éstos se cumplieron por medio de la revisión bibliográfica, confección de marco teórico y análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento, logrando identificar el apoyo familiar recibido, el perfil del AM del estudio incluyendo su grado de dependencia según Índice de Barthel.

En cuanto al perfil del AM en estudio destaca el predominio de aquellos con 80 años y más lo que coincide con la transformación demográfica que sufre nuestro país. El desafío frente a las intervenciones quirúrgicas de personas de tan avanzada edad hace preciso el trabajo en equipo, potenciando el enfoque preventivo evitando así llegar a situaciones agudas que pueden tener el carácter de graves.

Las caídas fueron la causa con mayor incidencia para la fractura de cadera según lo relatado por los AM y sus cuidadores, esto hace necesario el surgimiento de guías de manejo de ambientes y prevención de accidentes además de espacios públicos y domiciliarios acondicionados para que el AM se desplace sin riesgos para su salud.

Con respecto a la descripción del apoyo instrumental que obtuvieron los AM del estudio en relación a la necesidad de actividad y movimiento, cabe destacar que la totalidad de ellos recibieron algún tipo de apoyo social familiar instrumental; aun considerando que este tipo de apoyo se caracteriza por ser uno de los más básicos, teniendo influencia en los más avanzados o complejos por ejemplo como el emocional, lo que podría fortalecer la premisa que en la realización de las actividades de la vida diaria se da un espiral de complejidad.

El hallazgo principal fue que los AM incluidos en el estudio recibieron apoyos con mayor frecuencia en las actividades como: abrocharse y desabrocharse los zapatos al vestirse; ayuda en la realización en las distintas etapas del proceso de ducha al bañarse; la compra de los alimentos; entrar y salir de la cama al trasladarse y finalmente ayuda para

mantener el equilibrio al deambular. Consideramos fundamental el énfasis que el equipo de salud debe otorgarle a estas actividades durante la educación que brinde al AM y su familia en el periodo de preparación del alta.

El apoyo social familiar, contribuye a que el AM por estar en esta etapa del ciclo vital presente un estado de fragilidad lo que hace imperativo que cuente con herramientas que favorezcan su autonomía, independencia y por tanto una mejor calidad de vida.

Un importante papel del equipo de salud y principalmente de la enfermera es proporcionar conocimientos a la familia y al AM para que se consideren las necesidades biopsicosociales satisfaciéndolas de la mejor manera posible. En el desarrollo de este estudio se evidenció que este aspecto existe un ejercicio insuficiente, considerando a esto un área fundamental de mejorar en la atención que se le brinda a los AM.

La variedad de resultados en los diferentes enunciados muestra que los requerimientos de cada AM son particulares y que, por lo mismo, es necesario que cada familia o cuidador brinde ayuda integral acorde a estos siempre con la asesoría y posterior seguimiento de profesionales capacitados.

Un componente que no fue medido a través del instrumento pero que tiende a repetirse como causa de no realización de actividades o a la ayuda en mayor número de alternativas es el miedo que experimenta la familia y el AM; la percepción de fragilidad como la de posibilidad cierta de volver a caer teniendo como consecuencia complicaciones en la convalecencia condicionaría en gran medida la disminución de autonomía e independencia del AM.

A lo anterior puede sumarse la tendencia de los cuidadores a realizar actividades que el AM puede llevar a cabo por sí mismo, a pesar del tiempo que demore en desarrollarlas, podemos inferir que la sobreprotección entendida como manifestación de afecto influye negativamente en el nivel de dependencia de AM, limitándolos a hacer sólo aquellas

actividades que el cuidador y familia consideren como deseables de que él cumpla, llevando muchas veces al deterioro de funciones.

Durante la convalecencia se observa que el AM tiende a retrasar la deambulaci3n lo que adem1s de las consecuencias que genera en la movilidad influye negativamente en los procesos fisiol3gicos y mentales en el alcance de un nivel de funcionalidad apropiado seg1n las condiciones basales del AM.

La ayuda que la familia entrega al AM est1 determinada en forma importante por los recursos tanto materiales como humanos con los que se cuenta, el apoyo entregado ser1 de mayor o menor calidad en relaci3n a los conocimientos, tiempo e implementos. Suponiendo que mientras m1s asesor1a y acompa1amiento tengan los cuidadores mejor ser1 la calidad del apoyo traducido en cuidados 3ptimos, es aqu1 donde el rol del profesional enfermero cobra importancia.

Dentro de las caracter1sticas del cuidador destaca el predominio del sexo femenino y el lazo de parentesco de hijas, aun cuando en el instrumento no se profundiz3 en otros aspectos relativos al cuidador consideramos relevante mencionar este hallazgo pues indica una tendencia que puede facilitar la entrega de educaci3n durante la hospitalizaci3n incluyendo a m1s familiares puesto que en caso de ausencia del cuidador principal debe asegurarse que otra persona pueda proporcionar apoyo adecuado.

Considerando las caracter1sticas demogr1ficas del grupo de AM en Chile y la influencia que tienen en las pol1ticas de salud que emanan de las autoridades consideramos que ante este problema de salud espec1fico s3lo se reafirma la necesidad imperiosa de entregar cada vez m1s recursos al mejoramiento de la atenci3n integral que se otorga, aumentando la cobertura no s3lo de intervenciones de tipo asistencial en el sector hospitalario sino que fomentar la ampliaci3n hacia la atenci3n en domicilio donde la enfermera tiene una important1sima tarea que desarrollar.

5.2. Recomendaciones

Después de realizar la investigación sugerimos:

- ✓ Incluir dentro de los contenidos académicos de pregrado, la importancia del apoyo social, especialmente el familiar, conociendo sus áreas, características y la influencia de éste en la recuperación o mantenimiento del estado de salud considerando al individuo en cualquier momento del ciclo vital.
- ✓ Motivar al profesional enfermera a desarrollar y profundizar su rol educativo destacando la importancia de éste en el proceso de recuperación y rehabilitación de AM sometidos a cirugía de tipo traumatológico.
- ✓ Capacitar a los cuidadores de los AM con cirugía de cadera desde el momento del ingreso a Servicio de Traumatología o símil en los diferentes hospitales, con el fin de asegurar cuidados adecuados en el domicilio a través de una educación eficaz y de calidad.
- ✓ Promover la coordinación entre los diferentes niveles de atención para asegurar el seguimiento del AM durante todo el proceso de su recuperación, dándole énfasis aquel que se realiza en domicilio por parte del equipo de atención primaria, idealmente dentro del primer mes de recuperación en el hogar.
- ✓ Crear protocolo de atención domiciliaria para el AM del estudio, fomentando el conocimiento de éste y de sus cuidadores, incorporando aspectos a AVD que pueden realizar, ciñéndose a las indicaciones médicas, incluyendo la relevancia del fomento de la autonomía para disminuir la incidencia de sobreprotección que tenga como causa el miedo de volver a caer.
- ✓ Incentivar la realización de investigaciones relativas al nivel de conocimientos o de capacitación con la que cuenta el cuidador del AM con características que se consideraron en esta investigación, debido a la carencia puesta en manifiesto por parte de los cuidadores; profundizando en las causas de lo anterior y las consecuencias que genera en el AM. También respecto a la presencia del Síndrome de Kennedy en estos AM.

5.3. Resumen

El objetivo del estudio es describir el apoyo familiar instrumental que reciben los AM en el período de convalecencia tras una cirugía de cadera en relación a la necesidad de actividad y movimiento.

Estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo. Cuyo Universo está conformado por 57 AM no institucionalizados, sometidos a cirugía de cadera en el HGF, durante los meses Noviembre de 2008 a Abril de 2009, obteniéndose una población de 20 AM a estudiar a los cuales se aplicó un instrumento de valoración a través de visita domiciliaria. Éste se elaboró basado en el Índice de Barthel para ponderar el nivel de dependencia alcanzado tras la convalecencia, describir el perfil del AM y detectar el apoyo instrumental recibido para la movilidad en las distintas necesidades.

La totalidad de los AM recibió algún tipo de ayuda familiar para su recuperación, la cual estuvo relacionada directamente con los requerimientos individuales del convaleciente, destacándose el apoyo en: abrocharse y desabrocharse los zapatos al vestirse, en las distintas etapas del proceso de bañarse, la compra de los alimentos, entrar y salir de la cama, trasladarse y mantener el equilibrio al deambular. A pesar de que se recomienda una deambulación temprana, ésta es retrasada en parte debido al temor de volver a caer por parte del AM y su familia desfavoreciendo la recuperación de la funcionalidad. La efectividad de la ayuda que la familia entrega al AM está determinada por los recursos materiales, humanos y los conocimientos sobre los cuidados adecuados.

Palabras clave: Apoyo familiar recibido, adulto mayor, cirugía de cadera, caída, enfermería.

5.4. Abstract

The objective of this study is to describe the instrumental family support that older adults obtain on their convalescence after a hip surgery related to the moving and maintaining desirable postures component. This is a descriptive, quantitative, transversal and retrospective study. The universe is conformed by 57 older non institutionalized adults, operated of a hip fracture in the GFH, between November 2008 and April 2009, obtaining a population of 20 older adults to study, which were applied an assessment instrument through a visit to their residences. This were elaborated based on the Barthel Index, to observe the dependence level reached in their convalescence, describing the profile of the older adults and detecting the social support received for the movement in different components.

All older adults received some kind of familiar assist for their recovering, which were related directly to the personal requirements, with special importance the support in: to tie up and untie the shoes, to get dressed, in different stages of bathing, in the buy of the food, getting in and out of bed, transfer and maintain balance during the mobility. Despite an early ambulation is recommended, this was delayed by the older adults and his family for the fear to falling again, being unfavorable for the recovering of functionality. A successful assistance by the family to the older adult is determined by the material and human resources and the knowledge of proper care.

Key words: Received familiar support, older adult, hip surgery, falling, nursing.



REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

- (1) INE. Estadísticas Vitales. Informe anual 2006. [en línea] Santiago de Chile, 2008
<http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php> [Consulta: 4 de Mayo del 2009]
- (2) INE. Censo 2002. Síntesis de Resultados. [en línea] Santiago de Chile, 2003.
<<http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>> [Consulta: 4 de Mayo del 2009]
- (3) HERNÁNDEZ D, FERRER J. Prevención de caídas en el adulto mayor: intervenciones de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 15 (1): 47-50, 2007 [en línea] <<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/65B842C6-2ABD-4AA9-A162-17213D87F1A1/0/RevEnf1072007.pdf>> [Consulta: 2 de Mayo de 2009]
- (4) COLLAZO H., PÉREZ H., BOADA N. La fractura de cadera en la comunidad. 2005. [en línea]
<http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/revisiones/r6_v11_supl205.htm> [Consulta: 3 Mayo del 2009]
- (5) MARÍN JM, LÓPEZ JA. Caídas en el anciano desde el punto de vista médico. Caídas en el anciano GEROSAGG 2 (3): 5-9, 2004 [en línea]
<http://www.sagg.org/hemeroteca/12_2004_3.pdf> [Consulta: 3 de Mayo de 2009]
- (6) GONZÁLEZ IA. Incapacidad funcional en ancianos: Intervención de Enfermería. Medwave, 2009. <<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4149>> [Consulta: 6 septiembre de 2009]
- (7) LOPEZ JC. Ejercicios de propiocepción para población adulta. 2008[en línea]
<<http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/091-propiocepcion.pdf>> [Consulta: 14 de Mayo de 2009]
- (8) FORTUNE J, PAULOS J, LIENDO C. Fracturas del extremo proximal del fémur. Ortopedia y Traumatología. [en línea]
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/textotraumatologia/Trau_Sec01/Trau_Sec01_37.html> [Consulta: 3 de Mayo del 2009]

- (9) BORRERO CL. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. Hacia la promoción de la salud. 13: 42-58, 2008 [en línea]
<http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_3.pdf> [Consulta: 5 de Mayo del 2009]
- (10) HERNÁNDEZ R., GONZÁLEZ MT. Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. Psicología y Salud 16 (002): 149-157, 2006. [en línea]
<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29116204.pdf>> [Consulta: el 5 de Mayo del 2009]
- (11) PÉREZ B., TERÁN M., MORENO F., BAZÁN M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 14(2):57, 2009 [en línea]
<http://www.nietoeditores.com.mx/download/especialidades_mq/2009/abril-junio/EMQ%202.4%20AUTOPERCEPCION.pdf> [Consulta: 30 de Agosto del 2009]
- (12) MINISTERIO DE SALUD. Norma General Administrativa N° 19 Gestión del cuidado de Enfermería para la atención cerrada. Santiago de Chile, 2007.
- (13) HOYL MT. Manual de Geriátría y Gerontología: Teorías del proceso de envejecimiento.[en línea]
<<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf>>
[Consulta: 21 de septiembre 2009]
- (14) HUENCHUAN S., GONZÁLEZ D., PAREDES M., GUZMÁN JM. Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile. CEPAL, 2007 [en línea]
<<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/30220/lcw139.pdf>> [Consulta: 20 de Agosto del 2009]

-
- (15) SOLIMANO G., MAZZEI M. ¿De qué mueren los chilenos hoy?: Perspectivas para el largo plazo. *Revista médica de Chile* 135 (7): 932-938, 2007 [en línea]
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872007000700015&script=sci_arttext> [Consulta: 10 de Mayo del 2009]
- (16) DONOSO E. Descenso de la natalidad en Chile: Un problema país. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 72 (2): 73-75, 2007 [en línea]
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262007000200001&script=sci_arttext> [Consulta: 22 de Junio del 2009]
- (17) MARÍN PP Y COLS. Resultados generales del Proyecto INTRA-WHO en Chile *Revista médica de Chile*. 133 (3): 331-337, 2005
- (18) INE. Población y sociedad. Aspectos demográficos. [en línea] Santiago de Chile, 2008.
<http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/poblacion_sociedad_enero09.pdf> [Consulta: 6 de Mayo del 2009]
- (19) BURKE M., WALSH M, *Enfermería Gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor*. 2°ed. Madrid, España, Harcourt Brace de España, SA; 1998; (pp.) 77-91
- (20) HOGSTEL M., *Enfermería Geriátrica: Cuidados de personas ancianas*. España: Paraninfo; 1998; (pp) 57- 62.
- (21) BURKE M, WALSH M. *Enfermería Gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor*. 2° ed. Madrid, España, Harcout Brace de España, SA; 1998; (pp.) 317-318
- (22) GARCÍA M., TORRES M., BALLESTEROS E. *Enfermería Geriátrica*. 2°ed. España, Elsevier; 2004; (pp) 56-58.
- (23) DU GAS, BEVERLY W. *Tratado de Enfermería Práctica*. 4° ed. México, McGraw-Hill Interamericana, 2000; (pp.) 442- 477

-
- (24) LLUIS RAMOS G., LLIBRE RODRÍGUEZ. Fragilidad en el adulto mayor, un primer acercamiento. Rev Cubana Med Integr 20 (4), 2004 [en línea] <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_4_04/mgi09404.htm> [Consulta: 13 de noviembre 2009]
- (25) MORALES P., RIVAS R., DURÁN DE LA FUENTE IE. Caídas en el anciano. Rev Fac Med UNAM. 50 (6): 235- 237, 2007 [en línea] <<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un076d.pdf> > [Consulta: 2 de Mayo del 2009]
- (26) LARA C, TRAVERSO C. Estudio descriptivo de la calidad de vida y funcionalidad en pacientes operados de fractura extracapsular de cadera con DHS en el hospital clínico de la Universidad de Chile. 2005. [en línea] <http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/lara_c/sources/lara_c.pdf > [Consulta: 6 de Mayo de 2009]
- (27) GAJARDO C., A. PACHECO, R. VALDÉS. Aplicación de un protocolo de atención kinésica postquirúrgico en pacientes con fractura de cadera. Revista Oficial Colegio de Kinesiólogos de Chile, 75: 49-59, 2004.
- (28) JOHNELL O., KANIS JA. An estimate of the worldwide prevalence, mortality and disability associated with hip fracture. Osteoporosis International 15: 897-902, 2004 [en línea]. <<http://www.springerlink.com/content/r6v1dbejq4fpka15/fulltext.pdf?page=1>> [Consulta: 25 de Mayo del 2009]
- (29) TORRES A. Seguimiento farmacoterapéutico en el proceso asistencial de fractura de cadera en el anciano. Granada, España, 2008. [en línea] <<http://hera.ugr.es/tesisugr/17353646.pdf>> [Consulta: 18 de Mayo del 2009]

-
- (30) MERCHANT RA y col. The Relationship between Postoperative Complications and Outcomes after Hip Fracture Surgery. *Annals Academy of Medicine*. 34 (2): 163 - 168, 2005 [en línea] <<http://www.annals.edu.sg/pdf/34Vol200501/V34N2p163.pdf>> [Consulta: 26 de Mayo del 2009]
- (31) GAJARDO C., PACHECO A., VALDÉS R. Aplicación de un protocolo de atención kinésica postquirúrgico en pacientes con fractura de cadera. *Revista Oficial Colegio de Kinesiólogos de Chile*, 75: 49-59, 2004.
- (32) VEGA E. Salud y bienestar en la vejez: Tendencias y perspectivas América Latina y el Caribe. 2007
- (33) ARELLNO C, SCHWEITZEIR D. Prótesis de Cadera. *La dosis.com*. 2003 [en línea] <http://www.ladosis.com/articulo_interno_nd.php?art_id=2043> [Consulta: 10 de Mayo del 2009]
- (34) SENIOR IBERIA. Fractura de Cadera, Guía resumida [en línea] <<http://eoficina.e.telefonica.net/sites/1810/Org791207/pwe/pwe/Fractura%20de%20Cadera.pdf>> [Consulta: 13 de Junio del 2009]
- (35) GAC H y col. Caídas en adultos mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica. *Revista médica Chile* [en línea]. 131: 887-894, 2003. <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000800008&script=sci_arttext> [Consulta: 19 de octubre 2009]
- (36) SHOBHA S.R, MANJULA C. Manejo de Fractura de cadera. *Intramed*. [en línea] <<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43124>> [Consulta: 11 de Junio 2009]
- (37) MEDLINEPLUS. Reemplazo de la articulación de la cadera. [en línea] <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002975.htm>> [Consulta: 11 de Junio 2009]

-
- (38) BILBAO J., MARTÍN F. El apoyo social. SIAFA.[en línea]
<<http://www.siafa.com.ar/notas/nota180/apoyo.htm> > [Consulta: el 18 de Mayo 2009]
- (39) RODRÍGUEZ S, RODRÍGUEZ E., CARMELO H. Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. Psicodebate 7. Psicología, Cultura y Sociedad, 2007 [en línea]
<<http://www.palermo.edu/cienciassociales/psicologia/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>> [Consulta: 18 de Mayo de 2009]
- (40) GARCÍA MA. Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. Rev. Digital Buenos Aires (51);2002 [en línea] <<http://www.efdeportes.com/efd51/bien.htm>> [Consulta: el 1 de Marzo del 2009]
- (41) QUISPE IY, MANCUSSI E FARO AC. Soporte social del anciano quirúrgico: revisión bibliográfica. Enfermería Global, (15): 2-3, 2009 [en línea] <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50431/48401>> [Consulta: 30 de mayo del 2009]
- (42) VALLEJO JM. Valoración enfermera geriátrica. Un modelo de registro en residencias de ancianos. Revista Scielo, 2007 [en línea]
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2007000200003&script=sci_arttext
[Consulta: 15 de septiembre 2009]
- (43) MARRINER A., RAILE M. Modelos y teorías de Enfermería. 5ºed., España. Mosby y Elsevier; (pp) 98 – 107, 2003.
- (44) ABELLÁN A y cols. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1º ed. España, Madrid, 2007 [en línea]
<<http://www.imsersodependencia.csic.es/salud/psicologia/sociedad/pyr.html>>
[Consulta: 20 de Agosto del 2009]

-
- (45) FERRÍN MT. Índice de Barthel o de Discapacidad de Maryland, ABVD. [en línea]
<<http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>> [Consulta: 8 de Junio del 2009]
- (46) INE. Anuario Estadísticas Viales 2005.Santiago de Chile (p)16, 2008 [en línea]
<http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php> [Consulta: 14 de Abril del 2009]
- (47) FORTUNE J, PAULOS J, LIENDO C. Fracturas del extremo proximal del fémur. Ortopedia y Traumatología. [en línea]
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/TextoTraumatologia/Trau_Secc01/Trau_Secc01_02a.html> [Consulta: 15 de octubre 2009]



BIBLIOGRAFÍA GENERAL

LIBROS

- HOPPENFELD, S, MURTHY V. Fracturas tratamiento y rehabilitación. Madrid, Marbán Libros (pp) 288-300, 2001.
- SMELTZER, S, BARE, B. Brunner y Suddarth Enfermería medicoquirúrgica. 10ª ed., México, D.F. McGraw-Hill Interamericana; (pp) 2230-2233, 2005.

TESIS

- ASTARGO C y cols. Adaptabilidad en las familias con adulto mayor encamado, del programa postrado de dos consultorios de Valparaíso. Valparaíso, Chile. 2008.
- BERG A y cols. Apoyo social familiar percibido por el adulto mayor diabético que inicia el tratamiento con insulina, controlado en el consultorio del adulto de la comuna de Valparaíso. Valparaíso, Chile. 2009
- JIMÉNEZ J, ROJAS, P. Rehabilitación integral del adulto mayor (AM) en la comunidad. Resultados de la intervención en 30 Centros de Atención Primaria de Salud (APS) en Chile. Talca, Chile. 2005.

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES ON LINE

- MINISTERIO DE SALUD. Guía clínica Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa. Santiago de Chile. 2005. [en línea]
<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/CaderasR_10Mayo.pdf>
[Consulta: 10 de Septiembre del 2008]
- MINISTERIO DE SALUD. Prevención y manejo de las caídas. Santiago de Chile. 1999. [en línea] <http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/premacai.pdf> [Consulta: 13 de Septiembre del 2008]

DOCUMENTOS ON LINE

- ÁLVAREZ M y cols. Guía práctica clínica: cuidados críticos de enfermería. (pp) 27 – 34, 2004 [en línea] <<http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>> [Consulta: 25 de septiembre 2009]
- CELADE-CEPAL. Notas de población. Año XXXIV. N°84. Santiago de Chile. 2005 [en línea] <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/30198/lcg_2344-P_0.pdf> [Consulta: 7 de junio 2009]
- ECHEVERRI E, VÉLEZ D. La Enfermería, una profesión de servicio. Enfermería. 8(4):19-21,2005. [en línea] <<http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8405-Enfermeria.htm>> [Consulta: 20 de Julio 2009]
- GAC H. Caídas en el Adulto Mayor, Programa de Geriátría y Gerontología Vol. 29, No 1-2, 2000. [en línea] <<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/CaidasAdulto.html>> [Consulta: 10 de septiembre 2008]
- GARCIA A y cols. El apoyo social. Hojas informativas de l@s psicólog@s de las palmas. Época II (53) 659, 2003 [en línea] <www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/social/social08.pdf> [Consulta 17 de agosto 2008]
- MARIN P. Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica. Reumatología. 20(2):54-57, 2004 [en línea] <<http://www.sochire.cl/filemanager/download/458/>> [Consulta: 10 de noviembre 2009]
- PUGA D y col. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Población y salud de Mesoamérica, (5): 1-22, 2007. [en línea] <<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/5/5-1/5-1-1/index.htm>> [Consulta: 2 de Octubre del 2008]

-
- RODRÍGUEZ J, GONZÁLEZ D. Redistribución de la población y migración en Chile: continuidad y cambio según los últimos cuatro censos nacionales de población y vivienda. *Revista de geografía Norte Grande* (35): 7-28, 2006 [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022006000100002> [Consulta: 5 de Agosto del 2009]
 - SANTILLANA H y col. Caídas del adulto mayor: factores intrínsecos y extrínsecos. [en línea] <<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/9B775CE0-F38F-45C4-B625-19A78A0C9D87/0/factores.pdf>> [Consulta: 11 de Octubre del 2008]
 - ZEA M, TORRES B. Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. *Investigación y educación en enfermería* (25): 40-49, 2007. [en línea] <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072007000100004&script=sci_arttext> [Consulta: 23 de Septiembre del 2008]



ANEXOS

Glosario de Términos

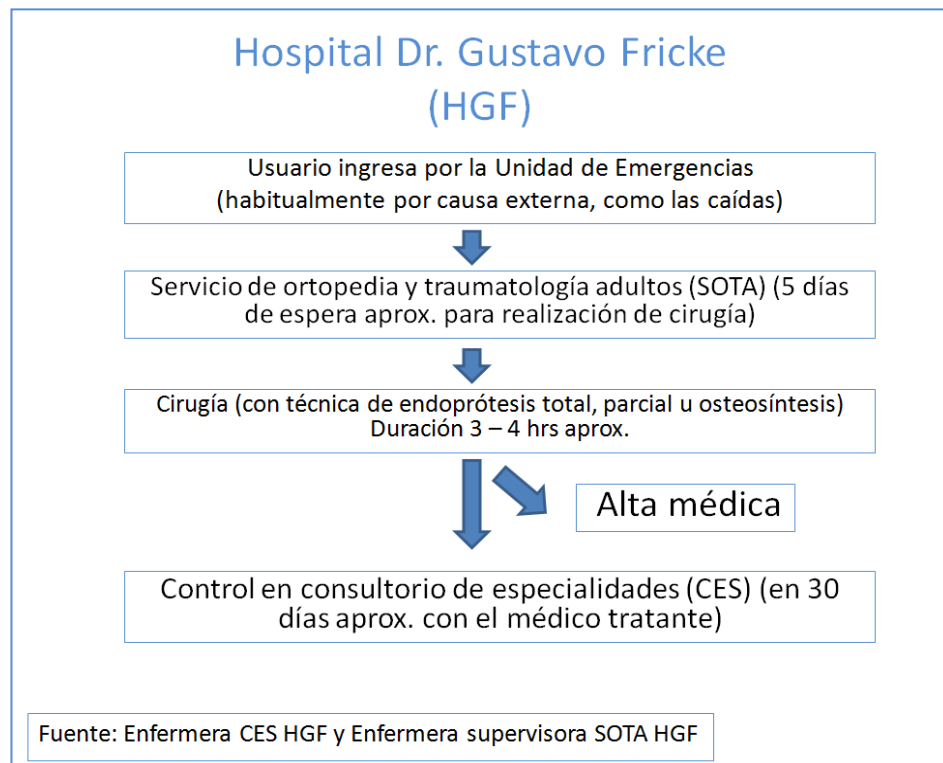
1. **Caída:** Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina e involuntaria. Puede ser referida por el paciente o por un testigo. ⁽³⁾
2. **Apoyo instrumental:** Se refiere a ayuda tangible en actividades concretas de la vida diaria, como la ayuda para realizar compras, la preparación de alimentos, el aseo, el transporte y el manejo del dinero. Este apoyo se relaciona con el bienestar, ya que disminuye la sobrecarga de tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo. ⁽⁴⁴⁾
3. **Índice de Barthel:** Valora el nivel de dependencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD). Evalúa 10 áreas de AVD (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del baño, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control del intestino y control de orina). ⁽⁴⁵⁾
4. **Actividades básicas de la vida diaria:** Son el conjunto de conductas que la persona efectúa todos los días, o con una frecuencia casi cotidiana, para vivir de una forma autónoma e integrada en su medio y en su entorno social. Estas actividades son las siguientes: alimentarse, vestirse, bañarse, ir al baño, moverse y continencia. ⁽²⁹⁾
5. **Índice de adultos mayores:** Número de personas de 60 años o más por cada cien niños menores de 15 años ⁽⁴⁶⁾
6. **Fractura de cadera:** Violento traumatismo de todos los elementos del aparato locomotor y órganos vecinos, donde uno de ellos, el hueso, resulta interrumpido en su continuidad"; aquella que afecta exclusivamente a la pelvis, no implica problemas mayores habitualmente; la complicación grave, tanto terapéutica como en sus secuelas, deriva del compromiso de la articulación de la cadera. ⁽⁴⁷⁾

Glosario de abreviaturas

1. ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.
2. ACV: Accidente Cerebro Vascular
3. AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
4. AM: Adulto Mayor
5. AVD: Actividad de la Vida Diaria.
6. CES HGF: Consultorio de Especialidades Hospital Dr. Gustavo Fricke.
7. DHS: Dynamic Hip Screw (Tornillo Deslizante de Cadera)
8. EEII: Extremidades Inferiores
9. HGF: Hospital Dr. Gustavo Fricke, de Viña del Mar
10. HP: Hospital Juana Ross de Edwards, de Peñablanca
11. LEB: Life Expectancy at Birth (Expectativa de Vida al Nacer.)
12. N/C: No Corresponde.
13. OMS: Organización Mundial de la Salud
14. OTS: Osteosíntesis
15. SOTA: Servicio de Ortopedia y Traumatología Adultos Hospital Dr. Gustavo Fricke.

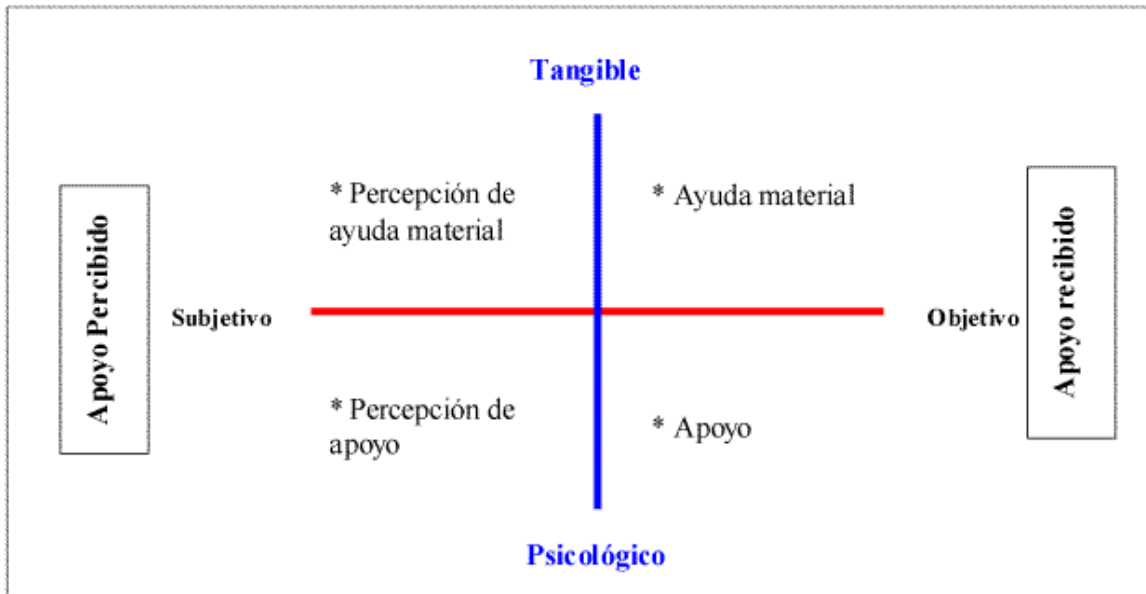
Figuras

Figura 1: Flujograma de atención a usuarios con fractura de cadera con resolución quirúrgica en el Hospital Dr. Gustavo Fricke.



En relación a la rehabilitación el Hospital Dr. Gustavo Fricke (HGF) complementa sus camas del Servicio de Traumatología con algunas del Hospital de Peñablanca (HP) las que se ocupan según necesidad; los pacientes que requieren de una recuperación mayor a la habitual son trasladados al HP donde reciben control médico y tratamiento kinesiológico.

Figura 2: Modelo de apoyo social de Caplan



Modelo de Apoyo Social de Caplan. Fuente Caplan (1976)

ANEXO1: Criterios Médicos para elección de prótesis

Según las características individuales de las personas, en términos generales se puede resumir de la siguiente forma:

En pacientes jóvenes (menores de 65 - 70 años): Se recomienda el uso de prótesis no cementadas de titanio. Las ventajas de este tipo de prótesis son que permiten que el hueso del paciente crezca y se adhiera a la prótesis dando una fijación duradera. Además la nueva tecnología permite que en caso de desgaste de la prótesis, se puedan cambiar los elementos desgastados y no tener que sacar la prótesis completa.

En pacientes mayores (70 años y más): Se recomienda prótesis que se fijan al hueso con cemento. Esto debido a que la calidad del hueso en pacientes mayores es inferior y por lo tanto no tiene la capacidad de adherirse a la prótesis. ⁽³³⁾

La técnica más utilizada cuando los individuos tienen mayor edad es la endoprótesis. Esta se utiliza cuando se trata de una fractura del cuello del fémur, extirpando la cabeza femoral, y por consiguiente la colocación de la prótesis.

Por otro lado, tal como se mencionó anteriormente existen otros métodos de resolución a través de:

a) Osteosíntesis con tornillos: Si se trata de personas no excesivamente mayores, con buen estado general y con una buena calidad del hueso, puede valorarse la fijación de la fractura mediante tornillos y por lo tanto la conservación de la cabeza femoral.

b) Osteosíntesis con clavo de bloqueo: En los casos de fracturas de la región trocantérea (zona situada por debajo de la del cuello), el objetivo del tratamiento es la reducción de las mismas y su fijación mediante dispositivos metálicos (placas, tornillos y clavos) que dan una gran estabilidad al foco y permiten que el usuario pueda también levantarse y cargar cuanto antes. Habrá que tener en cuenta que los resultados serán mejores si tales pacientes presentaban con anterioridad a la fractura, un buen estado general y una idónea actividad funcional. ⁽³⁴⁾

A consecuencia de las formas de resolución de las fracturas de cadera, obligan al usuario a pasar por un proceso de inmovilización que puede prolongarse más allá de lo deseado, lo que conlleva a un sin número de complicaciones sensoriales (disminución de la propiocepción, parestesias, tiempo de reacción lento, disminución de los reflejos correctores, etc.). Todo esto deteriora la capacidad funcional del paciente y dificulta el retorno a las actividades laborales o de la vida diaria.

Para determinar el pronóstico de los usuarios tras una cirugía de cadera existen factores que se asocian en los distintos estudios a una mayor mortalidad en los post operados de cadera, estos son:

- a) Edad: se ha constatado una mayor mortalidad tanto precoz como al año en los operados de más edad. Los pacientes mayores habitualmente son más frágiles, con una salud más precaria y peor respuesta ante las complicaciones, lo que conduce a una mayor mortalidad.
- b) Género: se ha descrito una mayor mortalidad tanto precoz como al año en los varones con fractura de cadera.
- c) Nivel funcional previo: un peor estado funcional previo conlleva una mayor mortalidad precoz y a los 6 y 12 meses.
- d) Institucionalización previa: conlleva mayor riesgo de mortalidad, considerando por una parte las patologías de base que muchos de ellos presentan: hipertensión arterial (41%), insuficiencia cardiaca (21%), patología osteomuscular (40%) además de la gran proporción de éstos que reciben una terapia farmacológica múltiple y variada (número promedio de fármacos: 2,1 por persona), las edades de los AM institucionalizados es elevada (rango de edad entre 63 y 98 años), se describe que cerca del 35% de los AM que viven en hogares de larga estadía presentan antecedentes de caídas previas lo que tal como se revisa con anterioridad contribuye a que el síndrome geriátrico de las caídas se instale. ⁽³⁵⁾

ANEXO 2: Consentimiento informado

Investigación: “Apoyo familiar recibido por el adulto mayor sometido a cirugía de cadera en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar para la recuperación de la necesidad de actividad y movimiento durante su convalecencia en los meses de julio y agosto del 2009”.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realizan: Elizabeth Aguirre, Patricia Álvarez, Carola Álvarez, Carolina Lara, Andrea Retamales y Francesca Tachoures, alumnas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, para la realización de su tesis para optar al grado de Licenciada de Enfermería.

Al participar en el estudio, estoy de acuerdo en responder un cuestionario de preguntas cerradas, en forma anónima y confidencial.

Entiendo que el estudio no implica riesgos de salud para mí y mi familia, y puedo negarme a contestar ciertas preguntas.

He podido hacer las preguntas necesarias acerca de las razones de este estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.

La información que yo otorgue será de carácter confidencial y se podrán publicar los resultados finales del estudio.

Yo _____

Nombre

Apellidos

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio

Dirección _____

Calle/ avenida N°

Ciudad

Teléfono _____

Firma _____

Fecha:

Ante cualquier duda o renunciar al estudio, puede llamar entre 17:00 - 21:00 hrs a:

Andrea Retamales

Celular: 95303xxx

Fono: 032-2960xxx

Elizabeth Aguirre

Celular: 68434xxx

Fono: 032-2720xxx

ANEXO 3: Descripción General del Instrumento

El siguiente instrumento tiene como objetivo identificar el perfil del AM que participará en el estudio y conocer el apoyo social familiar recibido durante los primeros cuatro meses tras una cirugía de cadera. Éste se aplicará mediante una visita domiciliaria, el cual se considerará los domicilios que estén ubicados en lugares que sean factibles de llegar para las tesoristas, ya que se cuentan con los datos básicos del AM obtenidos del servicio de Ortopedia y Traumatología del HGF.

Al inicio de la entrevista nos presentaremos y expondremos cuál es el fin de la visita ofreciendo la participación voluntaria de éste en el estudio. Lo anterior se concretiza a través de la entrega del consentimiento informado (ver anexo 1).

Antes de comenzar la aplicación, se define a quien se le aplicará el instrumento a través del cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer (ver anexo 3) realizándose al AM participante. Si el resultado es “normal” o presenta “leve deterioro cognitivo”, se aplicará solamente al AM; si el resultado es “moderado”, el instrumento se aplicará al AM con la cooperación de su cuidador y finalmente si el resultado arroja “importante deterioro cognitivo” se aplicará solo al cuidador principal.

Una vez realizada la escala de Pfeiffer, se continuará con el índice de Barthel (ver anexo 4), el cual permitirá conocer el nivel de dependencia actual del AM. Terminada la realización de éstos, se inicia la aplicación del instrumento.

Las preguntas de éste serán repetidas cuantas veces sea necesario, según requisitos de cada ítem con un tiempo máximo de aplicación de 30 minutos. Consta de 17 preguntas cerradas, divididas en 3 ítems. El último consiste en un espacio para registrar observaciones del AM o de su familia.

Ítem I: Este ítem describe el perfil del AM y consta de 8 preguntas.

Preguntas 1, 2 y 3: En éstas se describen los antecedentes personales del AM como la edad, sexo y previsión. Estos datos son conocidos previamente por la información entregada del HGF, sin embargo, se deben confirmar a la hora de realizar la visita domiciliaria.

Pregunta 4: Aquí se debe seleccionar el tipo de cirugía realizada, para considerar el tiempo y cuidados que deben recibir las diferentes técnicas de reconstitución de la articulación.

Preguntas 5 y 6: Según el resultado del cuestionario de Pfeiffer se clasificará el estado cognitivo del AM y se completará la pregunta número 6 de acuerdo a los criterios explicados con anterioridad.

Pregunta 7: Esta pregunta está enfocada a identificar qué integrante de la familia es el que se ocupa mayoritariamente de los cuidados del AM, en la ayuda instrumental. Se debe marcar sólo una alternativa, o identificar qué familiar es si este no está en las alternativas. En el caso de ser la hija(o) especificar el sexo marcando el símbolo correspondiente.

Pregunta 8: Se deberá seleccionar el grado de dependencia del AM según el resultado del Índice de Barthel, el cual también se aplicó con anterioridad.

Ítem II:

Éste se refiere al apoyo instrumental recibido por el AM en el periodo de recuperación desde el alta hospitalaria hasta un período de 4 meses aproximadamente. Este periodo es válido si el AM se encuentra en su domicilio.

Será aplicado a toda la población, sean o no dependientes en alguna de las actividades observadas en el Índice de Barthel, respondiendo en más de una alternativa en caso de ser necesario.

Las preguntas están enfocadas a identificar si el AM recibió ayuda para realizar distintas actividades en las cuales es necesario utilizar el segmento inferior del cuerpo.

Éstas se irán completando a través de un relato libre sobre las experiencias de los cuidados recibidos. En caso que el usuario no sea comunicativo y/o explicativo, las preguntas se realizarán directamente señalando las distintas alternativas.

Si la ayuda proporcionada no aparece en las opciones, marcar “otra” y especificar.

Si la ayuda recibida se puede encasillar como “no corresponde” a lo preguntado, se debe registrar la razón; por ejemplo, si el AM es totalmente independiente en esta actividad.

Del mismo modo, si la ayuda no es atingente a la realidad del AM en este periodo, también se debe registrar el motivo; por ejemplo, encontrarse en la fase de rehabilitación, donde hay restricción de la movilidad por indicación médica, por dolor, etc.

Este ítem consta de 9 preguntas cerradas, el cual en cada una de ellas existen 5 actividades donde el AM necesitó apoyo más la alternativa “no corresponde”.

Pregunta 1: Alimentación

La pregunta hace alusión respecto de la ayuda que recibió el AM en esta área durante su convalecencia.

Pregunta 2: Trasladarse

Preguntar en relación a la transferencia o cambio de posición de un sitio a otro, con el objetivo de dirigirse a otro sitio cercano desde la cama, como moverse desde allí al sillón, haciendo la diferencia con deambular.

Pregunta 3: Deambular

Deambular o movilizarse caminando se refiere a recorrer más de 50 metros o dirigirse de un lugar de la casa a otro más distante.

Pregunta 4: Subir escalones

Recibe ayuda para subir escalones o peldaño de cualquier tipo (incluida la altura de la acera de la vía pública).

Pregunta 5: Vestirse

La pregunta hace alusión a la capacidad de realizar acciones y tareas coordinadas necesarias para ponerse y quitarse ropa y calzado en el orden correcto.

Pregunta 6: Arreglarse

Esta pregunta se refiere a todas las actividades que sean distintas al baño y a vestirse y que contribuyan a mejorar el aspecto del AM.

Pregunta 7: Bañarse

Se debe consultar en relación a la última vez que se bañó la persona en una ducha o tina. Se excluye el aseo parcial, con esponja u otro utensilio.

Pregunta 8: Uso del retrete

Se refiere a la ayuda recibida durante todo el proceso que implica el uso del retrete o bacinica con el fin de la eliminación urinaria o intestinal.

Pregunta 9: Continencia

En esta pregunta se debe consultar si durante el periodo de convalecencia el AM ha sufrido algún episodio de incontinencia fecal o urinaria (completa o parcial) y posterior a esto, qué tipo de ayuda ha recibido cuando lo anterior ha sucedido.

ANEXO 4: Cuestionario abreviado del estado mental de Pfeiffer

Realice las preguntas 1 a 10 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas. Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

1. ¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	
3. ¿Cómo se llama este sitio?	
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
5. ¿Cuántos años tiene usted?	
6. ¿Cuándo nació usted?	
7. ¿Quién es el actual presidente (del País)?	
8. ¿Quién fue el presidente antes que él?	
9. Dígame el primer apellido de su madre	
10. Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

PUNTUACIÓN:

- 0-2 errores:** normal
- 3-4 errores:** leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores:** moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores:** importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría, quedando:

- 0-3 errores:** normal
- 4-5 errores:** leve
- 6-8 errores:** moderado
- 9-10 errores:** severo

Para ancianos con estudios superiores se admite un nivel menos, quedando:

- 0-1 errores:** normal
- 2-3 errores:** leve
- 4-6 errores:** moderado
- 7-10 errores:** severo

ANEXO 5: Índice de Barthel: Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro		Situación del paciente	Puntaje
1	Comer	Totalmente independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
		Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
		Dependiente	0
2	Trasladarse entre la silla y la cama	Independiente	15
		Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
		Necesita gran ayuda (una persona entrenada o dos personas), pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
		Dependiente, no se mantiene sentado.	0
3	Desplazarse (Deambular/ caminar sobre una superficie lisa)	Independiente, camina solo al menos 50 metros con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
		Necesita pequeña ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
		Independiente en silla de ruedas en 50 m sin ayuda	5
		Dependiente. Inmóvil.	0
4	Subir y bajar escaleras	Independiente para bajar y subir	10
		Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo, puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
		Dependiente. Incapaz.	0

5	Vestirse y desvestirse.	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
		Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	5
		Dependiente	0
6	Aseo Personal	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
		Dependiente, necesita ayuda con el aseo personal.	0
7	Bañarse/ Ducharse	Independiente para bañarse o ducharse.	5
		Dependiente	0
8	Usar el retrete	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
		Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
		Dependiente	0
9	Control de heces (Deposiciones) (Valórese la semana previa)	Continencia normal	10
		Accidente excepcional (uno/ semana) o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
		Incontinencia (o necesita que le suministren enema)	0

10	Control de orina (Micción)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	(Valórese la semana previa)	Accidente excepcional (máximo uno/ 24 horas), o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
		Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	0
Grado de funcionalidad		TOTAL	
Independiente		100 90 (si lleva silla de ruedas)	
Dependencia leve		60-95	
Dependencia moderada		40-55	
Dependencia grave		25-35	
Dependencia total		0-20	

ANEXO 6:

Instrumento de Apoyo Familiar

I. Antecedentes Personales del Adulto Mayor Operado de cadera.

1.- Su edad se encuentra entre el siguiente rango:

- a) 65 – 69 años
- b) 70 – 74 años
- c) 75 - 79
- d) 80 y más

2.- Sexo

- a) Femenino
- b) Masculino

3.- Usted cuenta con el siguiente sistema de salud (previsión):

- a) FONASA.
- b) ISAPRE.
- c) OTROS.
- d) Cuál (especificar)_____

4.- Tras la revisión de los documentos del usuario; marcar el tipo de cirugía al que fue sometido para corregir su fractura de cadera.

- a) Endoprótesis
- b) Osteosíntesis
- c) Otra (especificar)_____

5.- Según Cuestionario Pfeiffer (aplicar Anexo 1), el resultado del estado mental del Adulto Mayor es:

- a) Normal: 0-2 errores
- b) Leve deterioro cognitivo: 3-4 errores
- c) Moderado deterioro cognitivo, patológico: 5-7 errores
- d) Importante deterioro cognitivo: 8-10 errores

6.- Con respecto al resultado de cuestionario Pfeiffer, usted aplicará el instrumento

a:

- a) Usuario (sí resultado es normal o leve)
- b) Cuidador Principal + Cooperación del Usuario (Sí resultado es moderado)
- c) Cuidador principal (Importante deterioro)
- d) Otro (especificar quién y causa) _____

7.- Según la apoyo que UD. recibe: ¿Quién es la persona que mayoritariamente le ha entregado más ayuda concreta para realizar sus actividades desde su operación es: (MARCAR SÓLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Pareja
- b) Hijo (a) Especificar: ♀ - ♂
- c) Nieto (a)
- d) Otros (especifique) _____
- e) Nadie

8.- Según aplicación del índice de Barthel (Anexo 2); marque el grado de dependencia que presenta el adulto mayor.

- a) Independiente (100 ó 90 si lleva silla de ruedas)
- b) Dependencia leve (60- 95)
- c) Dependencia moderada (40- 55)
- d) Dependencia grave (25-35)
- e) Dependencia total (0-20)

II Apoyo instrumental recibido: Remontarse al principio del período de convalecencia (máximo 4 meses) y se puede marcar más de una alternativa.

1.- Alimentación: Respecto a la alimentación usted recibe ayuda para:

- a) Ir a comprar alimentos.
- b) Cocinar el alimento.
- c) Preparar el lugar que usted comerá.
(reunir los utensilios de los alimentos)
- d) Lavar o retirar lo que utilizó para comer
- e) Otra (especifique)_____
- f) No corresponde (especifique)____

2.- Trasladarse (transferencia de un lugar a otro): Al trasladarse sillón a la cama, y viceversa, usted recibe ayuda para:

- a) Sentarse en la cama.
- b) Salir entrar en la cama o desplazarse.
- c) Mantenerse de pie con supervisión cercana.
- d) Mantenerse de pie con una persona fuerte que soporte su peso.
- e) Otra (especifique)_____
- f) No corresponde (especifique)____

3.- Deambular (caminar más de 50 metros o dirigirse a otro lugar con un objetivo): En relación a deambular o movilizarse caminando, qué tipo de ayuda usted recibe:

- a) Supervisión (vigilancia directa)
- b) Que otra persona lo sostenga mientras camina
- c) Mantener el equilibrio, requiere a otra persona u objeto que le proporcione apoyo fijo.
- d) Que otra persona le acerque la órtesis. (En caso que la utilice)
- e) Otra (especifique)_____
- f) No corresponde (especifique)____

4.- Subir escalones: En el caso que usted necesite subir escalones, la ayuda que usted recibe es:

- a) Supervisión (vigilancia directa)
- b) Sostén.
- c) Levantar pies consecutivos con el fin de subir escaleras/peldaños.

- d) Mover pies en forma alternada (uno tras otro) para bajar escaleras/peldaños.
- e) Otra (especifique)_____
- f) No corresponde (especifique)_____

5.- Vestirse: Al vestirse, a usted lo ayudan a:

- a) Ponerse o quitarse ropa exterior
- b) Ponerse o quitarse ropa interior
- c) Abrocharse o desabrocharse los zapatos
- d) Cualquier otra ayuda o supervisión.
- e) Otra (especifique)_____
- f) No corresponde (especifique)_____

6.- Arreglarse (toda actividad anexa a bañarse y vestirse): Al arreglarse durante el día, a usted lo ayudan a:

- a) Lavarse la cara / las manos
- b) Peinarse
- c) Afeitarse/ maquillarse
- d) Lavarse los dientes
- e) Otra
(especifique)_____
- f) No corresponde (especifique)_____

7.- Bañarse/ducharse: La última vez que se bañó (tina o ducha) durante el periodo de convalecencia, recibió ayuda para:

- a) Entrar y salir del baño
- b) Agrupar los útiles de aseo (shampoo, toallas, etc).
- c) Etapas del proceso de la ducha. (entrar y salir de la ducha)
- d) Jabonarse, enjuagarse y/ o secarse.
- e) Otra (especifique)_____
- f) No corresponde (especifique)_____

8.- Uso del retrete: En relación al uso del WC o baño, usted recibe ayuda para:

- a) Entrar y salir del baño.
- b) Bajarse, subirse la ropa
- c) Sentarse y levantarse de la tasa/ bacinica
- d) Limpiarse y hacer funcionar el inodoro.
- e) Otra (especifique)_____
- f) No corresponde (especifique)_____

9.- Si usted durante el periodo de convalecencia ha sufrido algún episodio de incontinencia fecal o urinaria, la ayuda que ha recibido es:

- a) Cambio de Muda
- b) Aseo genital
- c) Cambio de ropa
- d) Proporcionar ropa e instrumentos para cambiarse solo
- e) Otra (especifique)_____
- f) No corresponde (especifique)_____

OBSERVACIONES FINALES:

ANEXO 7: Entrevistas

7.1. Entrevista Dr. Améstica, médico jefe servicio de traumatología HGF

(26 de Junio de 2009)

Los usuarios operados por artrosis de cadera (con endoprótesis) salen caminando del hospital, los que son operados con osteosíntesis (OTS) con tornillo DHS, deben iniciar el movimiento paulatinamente ya que la recuperación de ésta técnica de cirugía de cadera es más complicada. Las indicaciones para el hogar varían según el doctor que dé el alta.

En el caso de los usuarios operados por OTS con clavo DHS ,que atiende el doctor Améstica, se retiran a sus hogares con la indicación de suspender la analgesia 2 o 3 días posterior al alta y luego aproximadamente a las dos semanas comenzar a moverse, luego a pararse y trasladarse; el control lo indicará para 30 después del alta.

En caso que existiera algún dolor muy intenso o alguna descompensación por alguna patología asociada, consultarán a la Unidad de Emergencias del hospital ya que el doctor en el policlínico no tiene horas disponibles.

7.2. Entrevista a EU Rebeca Molina. Enfermera supervisora del Servicio de Traumatología del HGF.

El tiempo de espera para realizar una cirugía de cadera es de semana. El alta médica es entregada aproximadamente 3 a 5 días posteriores a la cirugía, en caso de no presentar complicaciones.

Al mes siguiente de la cirugía, corresponde un control médico en el cual se retiran los puntos de la herida operatoria.

Los usuarios reciben una visita domiciliaria por parte de las enfermeras de la atención primaria, las realizan las curaciones de la herida operatoria.

La edad de los pacientes operados de cadera es de 60 años o más, es extraño ver pacientes más jóvenes operados por una fractura de cadera.

Frecuentemente los usuarios que ingresan por fractura de cadera originada por una caída, la causa de ésta es una descompensación de la presión arterial.

En el servicio las afecciones a la cadera más frecuentes son las fracturas de cadera por artrosis de cadera con reposición de la articulación (AUGE).

Al año el HGF dispone de 70 operaciones de reposición de articulación de cadera.

Las visitas a los pacientes son pocas, además se atienden muchos pacientes que son de lugares lejanos al hospital o que pertenecen a un hogar de ancianos.

Los familiares reciben educación para el alta ya que es frecuente que tengan miedo a mover al paciente, dejándolo en reposo permanente y contribuyendo a otro tipo de problemas; el objetivo es que el paciente vuelva a hacer su vida lo más normal posible.

La educación que se entrega a los familiares consiste básicamente en cambios de posición, baño en cama y alimentación rica en residuos (para evitar el estreñimiento).

Para la enfermera el apoyo familiar del paciente es muy importante y contribuye a la mejor recuperación de éste. Refiere que en el servicio los usuarios que están en una situación franca de abandono son escasos, y que la mayoría recibe algún tipo de ayuda, ya sea por parte de la familia directa, como los hijos, o vecinos.

Existe una situación problemática con respecto a la firma del consentimiento informado, ya que hay ocasiones en que no hay nadie que lo firme, siendo a veces una vecina quien tiene que cumplir con este trámite.

Se necesitan 4 donantes para la cirugía de cadera en general, los que muchas veces cuesta encontrarlos. Los familiares no son los suficientes para esto y no todos están dispuestos para hacerlo.

Hay ocasiones en que los hijos o nietos del adulto mayor no se quieren hacer cargo de él, y se forma una discusión que indispone al paciente, sintiéndose muy mal anímicamente.

7.3. Entrevista a Internas de Enfermería del servicio de Traumatología del Hospital de Peñablanca.

El Hospital de Peñablanca es conocido como el “Hospital Rehabilitador”, el cual otorga cuidados a los pacientes en el periodo de convalecencia, ya que no cuenta con servicio de Cirugía, por lo que trabaja en conjunto con traumatología del HGF.

El sistema Peñablanca - Fricke funciona de la siguiente manera: El paciente ingresa al servicio de urgencia, la mayoría de las veces producto de una caída, es atendido por el médico, si éste lo estipula se programa una cirugía de cadera, por lo que se realiza un “trueque” con el HGF, en donde este último entrega un paciente operado y desde Peñablanca se va a operar la persona a dicho hospital. Pasado aproximadamente 3 a 5 días los pacientes vuelven al hospital de origen.

El periodo de hospitalización, dura aproximadamente entre 12 y 15 días, luego al momento del alta, al paciente se le entregan medicamentos que alcanzan hasta 5 días post alta. Si el paciente necesita de kinesiterapia motora, esta se realiza en el mismo hospital, y además se le entregan dispositivos de ayuda, si el caso lo requiere, previa indicación médica. A los 20 días post alta, se debe realizarse su primer control en el HGF, y posteriormente continuarán con los controles en el consultorio al cual pertenecen.

En este servicio, la mayor causa fracturas de cadera en adultos sobre 60 años es por caídas a nivel y artrosis con mayor prevalencia en mujeres, y en el lado izquierdo.

Al momento del alta, el paciente debe tener su herida operatoria en buenas condiciones y sin puntos, y una movilidad óptima.

En general, el apoyo que reciben estos pacientes es bueno, ya que cuentan con la ayuda de las damas de blanco, apoyo espiritual y las visitas de sus familiares y en los AM sobre 80 años con gran dependencia, se les otorga un permiso especial y pueden

permanecer 24 horas con su familiar; además existe un horario especial para aquellos familiares que no puedan asistir en los horarios establecidos,

Según lo observado por parte del equipo de salud, se nos señala que en su mayoría, la familia visita regularmente a los pacientes colaborando con los cuidados de cada uno de ellos, como en la asistencia a la alimentación.

La reacción de las familias en pacientes de edad avanzada y dependientes en ocasiones se torna confusa, ya que no saben si cuidarlos en el hogar, institucionalizarlos o modificar el hogar para el uso adecuado de las órtesis en caso de que sea necesario. Por esto, muchas veces, piden que la estadía en el hospital sea más larga, sin embargo, el hospital no autoriza estas solicitudes.

Con respecto a la función de los profesionales de enfermería, éste cuenta con los insumos necesarios para dar una buena atención; también la enfermera realiza educación a la familia al momento del alta sobre los cuidados básicos de la convalecencia en pacientes con prótesis de cadera total, entregando un tríptico como ayuda, lo que hace que la familia se interese en conocer sobre las fracturas, aumentando las consultas de éstos a los profesionales.

Por otro lado, este hospital, no tiene contacto con la atención primaria, por lo que no existe seguimiento de los pacientes como visitas domiciliarias ni curaciones, sólo si deben realizarse kinesioterapia en el hospital.

7.4. Entrevista a EU María Inés Johnson, docente de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso (UV). (Noviembre 2009)

La Sra. María Inés Johnson se desempeña como docente de las alumnas de Enfermería, en el campo clínico del Servicio de Ortopedia y Traumatología Adultos del HGF (SOTA) por lo que conoce el funcionamiento del servicio.

El manejo de enfermería desde que el AM fracturado de cadera ingresa desde la Unidad de Emergencia hasta el alta médica consiste en:

Ocuparse de la estabilización del paciente y del cumplimiento de la toma de exámenes solicitados.

Una vez trasladado al SOTA, se prepara al AM para la intervención quirúrgica. En esta instancia, se toman los exámenes restantes; como toma de muestra, electrocardiograma, etc. Durante este proceso, es muy importante ocuparse principalmente de tres necesidades: del dolor intenso presente en los pacientes; del movimiento, siendo indispensable los cambios de posición, ya que si se produce una úlcera por decúbito, la cirugía se suspende por el riesgo de infección; y la alimentación, ya que se necesita un alto aporte proteico para lograr una óptima recuperación en este tipo de cirugía. La mayoría son AM que no pueden comer normalmente, ya sea porque no pueden movilizarse para aquello, o porque en el hospital se les presenta el síndrome confusional agudo, impidiéndoles realizar sus AVD.

En este último aspecto la nutricionista se encarga de que el AM se alimente con Ensure® en caso que no sea capaz de ingerir la alimentación normal del hospital.

El trabajo que se realiza en el SOTA durante el postoperatorio para la recuperación de la movilidad es un área exclusiva del kinesiólogo, él determina en qué momento y de qué manera se comienza la movilidad de las extremidades. Al inicio le corresponde hacer ejercicios pasivos, a enseñar cómo sentarse al borde de la cama y luego de unos 5 días

aprox., comenzar la deambulaci3n con apoyo de 3rtesis (burrito). A pesar de lo anterior, la EU refiere que la kinesiterapia rehabilitadora no es suficiente, ya que no cuentan con la cantidad de profesionales necesarios para que 3sta actividad sea realizada eficientemente.

Con respecto a la funci3n educativa que la enfermera debiera realizar, refiere que personalmente ella se enfoca en un primer momento a orientar en diversos aspectos a la familia, y luego, cuando se le est3 preparando para el alta, darles recomendaciones para que adecúen el hogar al cual llegar3 el AM. Adem3s, aña de que la educaci3n en el servicio no es la adecuada ya que las enfermeras habitualmente no realizan esta funci3n.

Por 3ltimo, al consultarle si conoce el motivo por el cual el HGF utiliza con mayor frecuencia la t3cnica por osteos3ntesis en la cirug3a de cadera que la endopr3tesis, refiere que la raz3n se basa fundamentalmente por la falta de recursos, ya que los insumos utilizados para la osteos3ntesis son m3s econ3micos que los de una endopr3tesis total o parcial.