



Departamento de enseñanza e investigación

Licenciatura en Enfermería

Nivel de independencia del adulto mayor en rehabilitación post intervención quirúrgica mediante artroplastia total de cadera en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (LGII) en el período de Marzo y Junio del 2022

Gerardo Martínez María Fernanda

Malagón Coronel Tania

Meza Alonso Mariana

Asesor académico:

López Murillo Jesús Obdulio

Dr. Pantoja Herrera Martin

Índice

Pregunta de investigación.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Justificación.....	2
Objetivos.....	3
Metodología.....	4
Presentación de resultados.....	10
Análisis de resultados.....	10
Logística.....	10
Marco teórico.....	12
Resultados.....	26
Conclusión.....	42
Anexos.....	43
Bibliografía.....	49

NIVEL DE INDEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR EN REHABILITACIÓN POST INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN EN EL PERÍODO DE MARZO Y JUNIO DEL 2022.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de independencia del adulto mayor en rehabilitación post intervención quirúrgica mediante artroplastia total de cadera?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población adulta mayor en México ha ido en aumento en los últimos años, teniendo en cuenta este panorama, epidemiológicamente hablando se presentan importantes síndromes geriátricos; siendo de mayor prevalencia las caídas, mismas que tienen como resultado una fractura.¹ La fractura de cadera por caída representa el principal motivo de ingreso de pacientes adultos mayores en el servicio de ortopedia.²

Este tipo de fractura destaca por la incapacidad y pérdida de la autonomía que genera al paciente, esto se asocia con repercusiones psicológicas, generando descenso de la autoestima, aislamiento social y aumenta la posibilidad de nuevas caídas, por ello es necesario evaluar el nivel de independencia del adulto mayor que se encuentra en rehabilitación después de una intervención por fractura de cadera.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en el 2018 en México residían 15.4 millones de personas de 60 años y más representando el 12.3 % de la población total, 7 de cada 10 personas adultas mayores viven solas y presentan algún tipo de discapacidad o limitación.³ Entre 2005 y 2050 la población de adultos mayores aumentará alrededor de 26 millones, aunque más del 75% de este incremento ocurrirá a partir de 2020. Debido a este acelerado crecimiento, se estima que la población de 60 años o más, en 2030 representará uno de cada seis (17.1%) y en 2050 más de uno de cada cuatro (27.7%).⁴

Con el envejecimiento se presentan diferentes comorbilidades como la disminución cognitiva, cambios cinestésicos en la marcha y el aumento de consumo de fármacos que pueden alterar las capacidades de respuesta del organismo favoreciendo así una mayor fragilidad, dichas comorbilidades predisponen a las personas adultas mayores a sufrir caídas, siendo estas la causa principal de accidentes, generando fracturas en diferentes huesos. Las fracturas de cadera son un problema de salud que consume gran cantidad de recursos en su atención, en la rehabilitación y la reinserción del paciente adulto mayor. Este tipo de fractura trae consigo consecuencias como ansiedad, pérdida de la confianza en sí mismos, aislamiento social, miedo, trastornos en la movilidad lo que los puede condicionar a la dependencia, además la familia reacciona con actitudes de sobreprotección que restringen la autonomía del adulto mayor, así como también puede presentarse una incapacidad funcional.⁵

Ciertos factores como la edad, estado nutricional e incluso la situación económica influyen directamente en la recuperación funcional del paciente adulto mayor. Al menos un 30% de los adultos mayores que sufrieron una fractura de cadera se vuelven moderadamente dependientes de un cuidador primario. Esta situación afecta tanto la calidad de vida del adulto mayor como la de su familia.⁶

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar el nivel de independencia del adulto mayor en rehabilitación post intervención quirúrgica mediante artroplastia total de cadera en el Instituto Nacional de Rehabilitación en el período de Marzo y Junio del 2022.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores relacionados en la recuperación de la independencia del adulto mayor en rehabilitación post intervención quirúrgica mediante artroplastia total de cadera.
- Aplicar el instrumento de valoración geriátrica Índice de KATZ para determinar el nivel de independencia del adulto mayor.
- Evaluar el nivel de independencia que consigue el adulto mayor durante la rehabilitación posterior a la intervención quirúrgica mediante artroplastia total de cadera.
- Identificar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) más afectadas en el adulto mayor post operado de artroplastia total de cadera.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Descriptivo, observacional, prospectivo y transversal

El estudio se realizará en el Instituto Nacional de Rehabilitación tomando como población de estudio a adultos mayores de 60 años en adelante que recibieron tratamiento quirúrgico mediante artroplastia total de cadera en un periodo de marzo a junio 2022, serán captados en el servicio de rehabilitación y se les aplicará el Índice de KATZ para determinar el grado de independencia que han logrado obtener después de recibir terapia física. Una vez aplicados los instrumentos se vaciarán en el programa Excel y SPSS con el fin de categorizar los resultados y analizarlos mediante estadística descriptiva.

Muestra: adultos mayores de 60 años en adelante que recibieron tratamiento quirúrgico mediante artroplastia total de cadera.

Selección de la muestra a conveniencia, mediante los criterios de inclusión y exclusión en el tiempo y área determinada:

Criterios de inclusión

- Todos los adultos mayores a partir de 60 años
- Pacientes que fueron ingresados por fractura de cadera y recibieron tratamiento quirúrgico mediante artroplastia total de cadera.
- Pacientes que continúan en seguimiento por consulta externa en el servicio de ortopedia.
- Adultos mayores que puedan contestar completo el instrumento o que estén acompañados de un cuidador primario que pueda contestar por ellos.

Criterios de exclusión

- Adultos menores de 60 años.
- Presencia de otro tipo de fracturas.
- Pacientes que no hayan recibido tratamiento quirúrgico
- Pacientes que no se encuentran en seguimiento por el servicio de ortopedia.

Criterios de eliminación

- Instrumentos no respondidos en su totalidad

Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer	Femenino
		Masculino
Edad	Tiempo vivido por una persona expresado en años	Años cumplidos
Residencia	Mención a la acción y efecto de residir puede tratarse del lugar o domicilio en el que se reside o vive	Ciudad de México
		Provincia
Estado civil	Situación personal en la que se encuentra en un determinado momento de su vida	Casado Unión libre Divorciado Viudez
Convivencia familiar	Es la condición de relación entre los miembros de una familia	Excelente
		Buena
		Regular
		Mala
Comorbilidades	La presencia de uno o	Diabetes Mellitus

	<p>más trastornos o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario.</p>	<p>Hipertensión Arterial Sistémica</p> <hr/> <p>Insuficiencia cardiaca</p> <hr/> <p>Otras</p>
<p>Nivel de independencia</p>	<p>Grados A-B o 0 - 1 puntos = 1. Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.</p> <p>Grados C-D o 2 - 3 puntos =2. Incapacidad moderada.</p> <p>Grados E-G o 4 - 6 puntos =3. Incapacidad severa.</p>	<p>Puntaje alfabético:</p> <p>A. Independiente en todas sus funciones.</p> <p>B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.</p> <p>C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,</p> <p>D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.</p> <p>E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.</p> <p>F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del</p>

		<p>W.C., movilidad y otra cualquiera de los dos restantes.</p> <p>G. Dependiente en todas las funciones.</p> <p>H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F</p>
--	--	---

Variable independiente:

Rehabilitación post intervención quirúrgica mediante artroplastia total de cadera.

Variable Dependiente:

Nivel de independencia

Variables intermedias:

- Enfermedades previas y comorbilidades
- Convivencia familiar

Variables contextuales:

- Edad
- Sexo
- Residencia
- Estado civil

Instrumento

El instrumento que será utilizado en este proyecto es: Índice de KATZ, porque en la actualidad, esta escala de valoración se utiliza principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría. En muchos casos, por problemas médicos es posible que actividades básicas y fundamentales que se llevan a cabo sin problema por los adultos mayores pasan a suponerles un problema, requiriendo de ayuda externa para llevarlas a cabo.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) Índice de KATZ

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital para delimitar la dependencia en fracturas de cadera.

Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente, aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas. Valora seis funciones básicas, baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación en términos de dependencia o independencia. Este índice se basa en la evaluación de independencia o dependencia funcional del paciente para: bañarse, vestirse, ir al baño, transferirse, continencia y alimentación.

Objetivo: Identificar el grado de independencia de la persona mayor para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Requerimientos: Formato, impreso, bolígrafo, espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Instrucciones: Se dará una puntuación a cada actividad que realice el adulto mayor, de manera que se asignaran 0 puntos cuando la actividad es realizada de manera independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o si no se realiza. Al final se sumarán los puntos obtenidos y se registrara en el apartado de resultados.

Nota: Si la persona mayor no se encuentra cognitivamente integra interrogar al cuidador.

Calificación:

Grados A-B o 0 - 1 puntos = 1. Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2 - 3 puntos =2. Incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos =3. Incapacidad severa.

Puntaje alfabético:

A. Independiente en todas sus funciones.

B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.

C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.

D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.

E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.

F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C., movilidad y otra cualquiera de los dos restantes.

G. Dependiente en todas las funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F. 7

Presentación de resultados

Se presentarán mediante tablas de frecuencia y graficas de pastel.

Análisis de resultados

La información recabada de los instrumentos aplicados se vaciará en el programa Excel y SPSS versión 25, donde se le aplicaran pruebas estadísticas como Moda, Mediana, Media y Desviación Estándar.

Logística

El protocolo de investigación se realizó a partir del establecimiento de los objetivos y metas establecidas a las que se pretendió llegar.

Para ello es importante el establecimiento de estrategias y acciones que permitan obtener resultados.

- Elección de tema de investigación
- Elaboración marco teórico conceptual
- Materialización de instrumento de captación de información
- Aplicación de instrumento
- Recolección de datos
- Análisis de información
- Obtención de resultados

Para la aplicación del instrumento es necesario pedir autorización a las autoridades pertinentes en el Instituto Nacional de Rehabilitación, para poder ingresar al área de medicina de rehabilitación del adulto mayor post intervención quirúrgica de fractura de cadera.

Para obtener dicha autorización es necesario plantear los objetivos de investigación, una vez conseguida la autorización para aplicar los instrumentos de captación de información, es

necesario reclutar a los participantes de dicho estudio, en este caso adultos mayor post operados de fractura de cadera eso se realizará con entrevistas verbales en el área de consulta externa y rehabilitación, para poder obtener la información necesaria y poder realizar el análisis de datos.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Factores biológicos del envejecimiento

1. Factores biológicos del envejecimiento

La mayoría de los especialistas en el tema definen el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la muerte.

Estos cambios inevitables se consideran envejecimiento fisiológico, a los que hemos de añadir los cambios que ocasionan los diferentes estilos de vida, el medio ambiente y las enfermedades padecidas, es decir el envejecimiento patológico. Este último es diferente para cada individuo y para cada órgano y sistema; nos da la edad biológica o funcional, en contraposición con la edad cronológica.⁸

1.1 Osteopenia

La osteoporosis (OSP) de las personas mayores, que se configura alrededor del eje fragilidad ósea, riesgo de caída, constituye uno de los síndromes geriátricos más relevantes y es la enfermedad metabólica ósea más frecuente en ancianos. Constituye el segundo problema sanitario asistencial en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares, según la Organización Mundial de la Salud. Su prevalencia va en aumento dado el progresivo envejecimiento de la población.

Durante el envejecimiento continúa la pérdida de masa ósea, tanto a nivel de la columna vertebral como de la cadera, que se ha iniciado en la posmenopausia en las mujeres y alrededor de los 60 años en los varones. En la senectud es además cuando se producen la gran mayoría de las fracturas por fragilidad ósea, cuya incidencia aumenta exponencialmente en los mayores de 75 años.

Se caracteriza por una baja masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que conduce a un hueso frágil y a un aumento del riesgo de fractura. A pesar de que es una enfermedad prevenible y tratable, la principal manifestación clínica es ya la existencia de una

complicación que es la fractura. Aunque se trata de una enfermedad sistémica, la localización más frecuente de las fracturas osteoporóticas es a nivel de fémur proximal, vertebral y antebrazo distal.⁹

1.2 Disminución de la visión

La disminución visual asociada al envejecimiento es una de las condiciones más comunes en los PAM y un problema de salud pública. Tomando en cuenta que las alteraciones visuales, influyen en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria de las PAM, se han reportado diversas consecuencias, como la dependencia física, incremento de lesiones por caídas, depresión, incremento en la morbilidad, aislamiento social, deterioro psicosocial, entre otros.

Las causas más comunes de pérdida de visión en los ancianos son la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), la catarata, el glaucoma y la retinopatía diabética, siendo la catarata la primera causa de pérdida de visión en las personas mayores de 60 años y, en la mayoría de las ocasiones, susceptible de ser tratada con éxito.¹⁰

1.3 Dificultad en la marcha

La capacidad de locomoción en bípedo es característica de los seres humanos, distinguiéndose del resto de los seres vivos. La deambulación en dos pies libera nuestras extremidades superiores y nos permite realizar otras actividades de la vida diaria e interactuar con el medio que nos rodea. Los adultos mayores son especialmente sensibles a disminuir su capacidad locomotora, iniciando de esta forma un progresivo deterioro del estado de funcionalidad física, psíquica y social, en general las caídas favorecen un problema de postura asociado al envejecimiento, originando un desequilibrio.

A los 60 años, un 15% de los individuos presentan alteraciones en la marcha, 35% a los 70 años y aumenta hasta cerca del 50% en los mayores de 85 años

La marcha senil se caracteriza por una postura del cuerpo con discreta proyección anterior de cabeza, flexión del tronco, caderas y rodillas. Las extremidades superiores tienden a realizar un menor balanceo y el desplazamiento vertical del tronco se reduce. El largo del paso disminuye y el ancho del paso se incrementa levemente.¹¹

1.4 Debilidad muscular

El riesgo mayor del desequilibrio es la estación unipodal. Los adultos mayores que permanecen más de cinco segundos parados en una sola extremidad tienen un gran riesgo de caerse y fracturarse la cadera.

Con la edad se produce una pérdida de la fuerza muscular que pueden desarrollar las fibras musculares (calidad muscular) y además un descenso en el número de células musculares (masa muscular). Esta se caracteriza con el desencadenamiento de distintas complicaciones principalmente la dismovilidad.

Dismovilidad o movilidad dificultosa, se define como “la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse secundario a situaciones patológicas diversas de origen biológico, psíquico, social, espiritual y/o funcional que afecta la calidad de vida y/o tiene riesgo de progresar”.¹²

2. Caídas

Las caídas se definen como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”. Son la segunda causa de muerte no intencional a nivel mundial, después de los accidentes.

El grupo etario más afectado es el de mayores de 60 años y son quienes tienen mayor riesgo de muerte y lesiones graves. El 30% sufren una caída al año, en mayores de 75 esta cifra aumenta hasta 40%.¹³

En los adultos mayores las caídas ocurren cuando tienen dificultad para mantener una posición adecuada estando sentados, acostados o de pie.

Los principales factores de riesgos asociados a las caídas son:

- Factores intrínsecos:

Trastornos debido al envejecimiento que afecta las funciones necesarias para mantenimiento del equilibrio, como son trastornos oculares, alteraciones vestibulares y de la sensibilidad. Así como cambios fisiopatológicos como los cardiovasculares o patologías degenerativas.

- Factores extrínsecos

Son causas externas ajenas al envejecimiento como obstáculos para la deambulación, mala iluminación, pisos deslizantes, etcétera.

Se considera que las caídas son un factor precipitante de la fractura de cadera, siendo el factor predisponente la osteoporosis.¹⁴

3. Fractura de cadera

Son fracturas que ocurren en el extremo proximal del fémur, comprenden regiones de la cabeza y cuello femoral, así como el segmento trocantéreo (entre trocánter mayor y el límite inferior del menor) y la región subtrocantérea (desde el trocánter menor hasta 5 cm por debajo), son generalmente resultado de traumatismos de alta energía como choques automovilísticos o caídas.¹⁵

3.1 Epidemiología de las fracturas de cadera

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que para el año 2050 un total de 6 millones de fracturas de cadera ocurrirán en el mundo entero por año, teniendo como consecuencia mayor demanda hospitalaria.

En México, una de cada cuatro personas adultas cursa con osteopenia u osteoporosis y se calculó a finales del siglo pasado un promedio de 100 fracturas de cadera por día. Se estima que entre 8.5 y 18% de las mujeres, tendrán una fractura de cadera a lo largo de su vida. La incidencia en la Ciudad de México es de 1,725 casos en mujeres y 1,297 hombres por cada 100,000 habitantes, con una proyección de incremento hasta de siete veces para el año 2050 y en el año 2005 se reportaron 29,373 fracturas de cadera en México.

Se considera que las fracturas de cadera son la consecuencia más grave tanto de las caídas como de la OP debido a su impacto funcional y su alta morbilidad. Tan sólo 73.6% de los pacientes recupera a los dos años una movilidad similar a la que tenía previo a la fractura. La mortalidad en la fase aguda tras una fractura suele ser inferior a 10%; sin embargo, después del primer año, entre 23.6% y 34.5% de las personas han fallecido.¹⁶

3.2 Edad

Son más frecuentes en población mayor de 60 años, aumentando en forma exponencial después de los 80 años, una de cada 1000 personas presenta una fractura.¹⁷

3.3 Sexo

La incidencia de fractura de cadera en la ciudad de México es de 1725 casos en mujeres y 1297 en hombres por cada 100,000 habitantes, con una proyección de incremento hasta siete veces para el año 2050. Se estima que entre 8.5 y 18% de las mujeres tendrán una fractura de cadera a lo largo de su vida.¹⁸

3.4 Estado civil

Tienen mayor incidencia de fractura los adultos mayores viudos y solteros a comparación de los casados, sin embargo, no es un factor sociodemográfico asociado significativamente al riesgo de fractura de cadera.¹⁹

3.5 Enfermedades previas asociadas a la fractura de cadera

La mayoría de los pacientes que sufren una fractura de cadera presentan enfermedades sistémicas asociadas siendo las más frecuentes enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, diabetes mellitus, déficits sensoriales o neurológicos, problemas de movilidad o equilibrio, desnutrición y demencia.²⁰

En un estudio se evidenció la presencia de comorbilidades y factores de riesgo de riesgo en 73.9% de los pacientes, observándose la presencia de una sola comorbilidad en el 42.7% y 3 comorbilidades en el 3.1%; encontrándose entre estas, la hipertensión arterial (58.3%), diabetes mellitus (8.3%), enfermedad coronaria (11.4%), anemia (2.1%), consumo de tabaco (9.4%) y Alzheimer (14.6%). Del total de pacientes solo el 4.2% tenía el diagnóstico de osteoporosis.²¹

3.6 Signos y síntomas de la fractura de cadera

Comúnmente los pacientes refieren dolor severo en la cadera afectada y tienen dificultad o imposibilidad para caminar. A la exploración física se encuentra la extremidad afectada acortada y en rotación externa, así como también limitación a la movilidad para realizar rotación y flexión tanto pasivas como activas.

Los pacientes con fracturas desplazadas usualmente no pueden estar en bipedestación, así como los pacientes con fracturas pequeñas pueden ser capaces de caminar y solo presentar un leve dolor.²²

3.7 Diagnóstico

Se puede establecer en la mayoría de los casos mediante una historia clínica detallada, un minucioso examen físico y un estudio radiográfico de la cadera afectada que en general confirma el diagnóstico. En los casos que se presente duda sobre el diagnóstico se puede solicitar un estudio radiográfico AP con la cadera en rotación interna unos 15-20°, con la que se obtendrá una imagen óptima del cuello femoral revelando un rasgo de fractura que no era evidente en la proyección anteroposterior. Si aun así el estudio radiográfico no muestra el rasgo de fractura, pero los hallazgos clínicos apoyan el diagnóstico de fractura, resulta apropiado un estudio adicional con TC, RM, o Cintigrafía con Tc 99m.²³

3.8 Tratamiento

Se realiza generalmente reducción abierta con fijación interna (RAFI).

En algunas ocasiones es necesario el reemplazo de la cabeza de fémur o reemplazo total de cadera

La mayoría de las fracturas se tratan quirúrgicamente, Y después de la intervención se realiza la rehabilitación tan pronto como sea posible, se administra anticoagulación profiláctica para reducir la incidencia de trombosis venosa tras la fractura, así como el control del dolor con analgesia.²⁴

3. Rehabilitación

Una rehabilitación oportuna y adecuada permite al adulto mayor volver a su estado de movilidad tras la fractura de cadera y con ello la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria

Tras la fractura los adultos mayores suelen pasar mucho tiempo encamados en periodos de inactividad los cuales traen consigo secuelas como coágulos y úlceras por presión, así como la atrofia de la movilidad corporal y pérdida de la masa muscular. Por ello es importante

comenzar lo antes posible el proceso de rehabilitación y movilización temprana con apoyo de un profesional.

Los adultos mayores post fractura de cadera en funcionamiento físico y la movilidad, puede mejorar con rehabilitación incluyendo entrenamiento de resistencia progresivo.

Los principales objetivos de la rehabilitación son aumentar la fuerza y evitar la atrofia muscular.²⁵

Durante la sesión la movilización del miembro afectado debe de ser gradual llevando como resultado la deambulacion total. Los ejercicios de deambulacion se inician después de 4 a 8 días (suponiendo que los pacientes pueden soportar todo su peso y pueden mantener el equilibrio) y los ejercicios para subir escaleras se inician después de 11 días.

Se les enseña a los pacientes a realizar ejercicios diarios en su domicilio para fortalecer los músculos del tronco y del cuádriceps de la pierna afectada, así como también a utilizar bastón (uno o dos) para empezar a realizar ciertas actividades como sentarse y levantarse.

Los terapeutas ocupacionales enseñan a los pacientes cómo realizar sus actividades básicas e instrumentales de nuevo sin lastimarse y favoreciendo la movilidad. Cómo, por ejemplo:

- Mantener su cadera correctamente alineada
- Lavar los platos y planchar sentados en un banco alto
- Utilizar una almohada para elevar el asiento del automóvil cuando se ingresa o se sale de éste, entre otras.²⁶

3.1 Papel de enfermería en la rehabilitación

Enfermería es una profesión que tiene su propia parte de conocimientos científicos logrando enfocar al paciente y la interacción con su ambiente. La rehabilitación cuenta con el profesional de enfermería como el primer eje de administración del cuidado y dedicación las 24 horas del día mientras el paciente se encuentra hospitalizado después de esto enfermería sigue teniendo un papel importante en la educación de los familiares y del propio paciente para la aplicación de la rehabilitación en nosocomios o en el hogar.

La asistencia de enfermería en rehabilitación tiene como principal objetivo ayudar al paciente a alcanzar un grado máximo de independencia de acuerdo con sus capacidades a través de orientación y entrenamiento en situaciones que le permiten reinsertarse a realizar sus actividades diarias, así como sus actividades básicas de la vida cotidiana.

Enfermería tiene como responsabilidad realizar actividades que ayuden en pro de la mejoría del paciente aplicando el proceso de enfermería en sus cuatro fases:

- 1) Valoración
- 2) Planeación
- 3) Ejecución
- 4) Evaluación

Esas acciones van encaminadas de primer contacto con el paciente hasta áreas de alta especialidad, las actividades de enfermería están enfocadas a prevenir las complicaciones a promover y enseñar al paciente para adquirir una independencia y mantenerla, así como facilitar su integración al medio social en el cual se desenvuelve y lograr que el adulto mayor sea funcional.

De igual forma el proceso de enfermería como método científico tiene un papel importante que fundamenta la práctica de enfermería y permite diferenciar el diagnóstico de los problemas interdependientes y complicaciones del paciente en su situación actual. Enfermería requiere de conocimientos y habilidades precisos que se proporcionan en cuidados en el según el marco profesional de enfermería que centra su atención en la respuesta humana y no solo en la situación de la enfermedad.

Este proceso va a ser el que nos va a permitir describir, identificar y evaluar de forma coherente las respuestas humanas del paciente y nos ayudará como un instrumento de proceso para elaboración, establecimiento de objetivos y evaluación de estos.²⁷

Por ello el proceso de atención enfermería permitirá evaluar y redirigir la rehabilitación si así fuese necesario, ayudan a identificar problemas interdependientes o complicaciones de los resultados de la rehabilitación ya sean positivos o negativos. En el área hospitalaria de forma asistencial el personal de enfermería realizará funciones de acuerdo con la patología y

problemas y necesidades de los pacientes hospitalizados, participará en la evaluación integral del paciente, así como la realización de acciones preventivas de atención en la rehabilitación temprana.

De igual forma, podrá identificar y asesorar a otros profesionales de enfermería en las acciones que se deben realizar conforme al paciente hospitalizado para prevenir la incapacidad, realizar una valoración del estado de salud del paciente de forma integral identificando problemas existentes y realizará protocolos de atención enfermería a los pacientes con problemas de rehabilitación.

Los cuidados enfermería ocupan un lugar importante dentro de la rehabilitación del daño físico del paciente, la tensión continua del equipo de enfermería proporciona los cuidados enfermeros necesarios y se participa de manera activa tanto la recuperación física como cognitiva del paciente, así como ayudarlo la aceptación capacitación adaptación y rehabilitación de su problema actual.

La enfermería en el área de rehabilitación ayuda a las personas con discapacidades y problemas fisiopatológicos que logren alcanzar su mayor nivel de función, así como adaptarse a un nuevo estilo de vida, necesario para poder ayudar a restaurar y mantener la función física y emocional, así como prevenir complicaciones en el paciente, tienen educación asesoramiento y administración para el paciente y la familia:

Y sin dejar de lado el área de investigación enfermería puede promover y participar la realización de procesos investigativos que mejoren el conocimiento sobre la problemática de las discapacidades de los pacientes para proponer el desarrollo de técnicas innovadoras para la atención de las personas y procesos de capacitación, así como elaborar propuestas de investigación y elaborar artículos como resultado de los trabajos de investigación realizados.²⁸

3.2 Papel de enfermería en la rehabilitación post cirugía de cadera

La rehabilitación postoperatoria es un conjunto de medidas dirigidas a acelerar la convalecencia de los pacientes tras una intervención quirúrgica. Además de la evolución de las técnicas quirúrgicas en el sentido de practicar intervenciones menos invasivas, algunos parámetros que guardan relación con la medicina perioperatoria permiten acortar la duración de hospitalización.

Estos parámetros se extienden desde el período preoperatorio (información, preparación farmacológica y nutricional, etc.) hasta el alta de los pacientes. En la intervención quirúrgica, la reposición adecuada de la volemia, la prevención de la hipotermia y el uso de agentes anestésicos de eliminación rápida aceleran el despertar y reducen la morbilidad postoperatoria. En el postoperatorio, los procedimientos de rehabilitación se basan en una analgesia multimodal óptima, la reanudación de la nutrición y una movilización rápida de los pacientes. La rehabilitación es un proceso de índole general en el cual, además del equipo médico, participa el equipo multidisciplinario de salud y de forma importante el personal de enfermería realizando actividades específicas que permiten a paciente una pronta recuperación como, por ejemplo:

- Mantener al paciente hemodinamicamente estable.
- Controlar el dolor.
- Acomodar al paciente, manteniendo la postura correcta, evitando la rotación interna + aducción de la cadera + flexión > 90° de la cadera.
- Comprobar sensibilidad, pulso, temperatura y movilidad de ambos pies.
- Iniciar tolerancia según protocolo de anestesia (6-8 horas dependiendo del tipo de anestesia), previa comprobación del peristaltismo.
- Mantener sonda vesical, vigilando la diuresis.
- Vigilar nivel de conciencia.
- Vigilar sangrado, tanto en el aspecto del apósito como en el contenido del drenaje, iniciando profilaxis anti-trombótica según prescripción facultativa, dejando transcurrir entre 6-12hs de la finalización de la cirugía (dependiendo del anticoagulante utilizado).
- Retirar drenajes y realizar curas, s/ protocolo, comprobando el aspecto de la herida quirúrgica.
- Fomentar una rápida sedestación en asiento adecuado.
- Enseñar al paciente la realización de ejercicios activos para reforzar la musculatura de las piernas (contracción y relajación de cuádriceps...), consiguiendo con ello mantener un buen tono muscular que favorezca una rápida recuperación.
- Conseguir una temprana deambulación, asistido muletas o andador, para alcanzar una mayor independencia a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

- Educar al paciente en la realización de actividades cotidianas, tales como: subir-bajar escaleras, adecuar el WC del domicilio con el dispositivo oportuno para que la altura sea mayor (si es muy bajo), evitar asientos demasiado bajos (coche, sillones, banqueta), no permanecer sentado con las piernas cruzadas, no caminar en pisos mojados o encerados, no inclinarse hacia adelante o de lado para recoger objetos.

4. Antecedentes del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII

En el año de 1951 se creó la Dirección General de Rehabilitación en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual se integró con diversos centros y servicios de rehabilitación para todo tipo de discapacidades: musculoesqueléticas, de la audición, de la visión y por deficiencia mental, dando lugar al Centro de Rehabilitación del Sistema Musculoesquelético, al Instituto de Audiología, al Instituto Nacional de Niños Ciegos, anexando la Escuela Nacional de Ciegos y estableciendo el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos, el Centro de Débiles Visuales y el de Deficiencia Mental, así como el Centro de Rehabilitación Francisco de P. Miranda, el cual, a finales de 1970 se transformó en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos Teodoro Gildred.

En el año de 1989 se decidió fusionar los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana para dar lugar a la Formación de un solo Instituto fortalecido, lo cual se logró mediante la construcción y equipamiento de un nuevo edificio, llevándose a cabo el proyecto ejecutivo e iniciándose su construcción.

La fusión, funcional, de estos Institutos, se llevó a cabo mediante la modificación al Reglamento Interno de la Secretaría de Salud en el mes de Agosto de 1997, creándose el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR).

Como parte fundamental de su objetivo original, el CNR se convirtió en un Instituto Nacional de Salud mediante la modificación de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud a partir del 23 de junio del 2005, creándose el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Actualmente el Instituto ha ganado presencia y reconocimiento a nivel nacional como Institución líder en la Atención médica de Alta Especialidad y la Formación de Recursos Humanos en los campos de Ortopedia, Medicina de Rehabilitación y Audiología y más recientemente en Otorrinolaringología. Así mismo, tiene presencia nacional a través de las

campañas de Cirugía Extramuros y del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados. Participa en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud. Ha alcanzado proyección Internacional a través de los programas de cooperación internacional mediante la intervención de la Dirección General de Asuntos Internacionales y como Centro Colaborador de OPS/OMS. ²⁹

Misión

Somos una Institución de Salud dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y atención médica especializada de excelencia con un enfoque humanístico.

Visión

Consolidarse como la Institución de mayor prestigio en su campo donde se desarrolle la investigación de vanguardia en materia de discapacidad, con formación de recursos humanos líderes en este ámbito, como modelo de atención en problemas de salud discapacitantes de la población y centro de referencia a nivel nacional e internacional alcanzando el más alto grado de humanismo, calidad y eficiencia.²⁹

5.Dorothea Orem: Teoría de requisitos de autocuidado

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí

mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético-legales y morales que desarrolla la profesión.³⁰

La teoría de autocuidado

- La teoría del déficit del autocuidado
- La teoría de los sistemas de enfermería

Teoría del déficit de autocuidado

Es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de autocuidado. El déficit de autocuidado es un concepto abstracto que si se expresa en términos de limitaciones de la acción orienta la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor de autocuidado. ³¹

Teoría de los sistemas de enfermería

Es en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

- a) Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo, realiza el autocuidado terapéutico del paciente. Compensa la incapacidad del paciente de conseguir el autocuidado, apoya y protege al paciente.
- b) Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados con la colaboración del paciente semi-dependiente. Toma algunas medidas de autocuidado, regula la acción del autocuidado, acepta el cuidado y la asistencia de la enfermera, toma algunas de las medidas de autocuidado por el

paciente compensan las limitaciones del autocuidado del paciente, asiste al paciente en lo que este necesita

- c) Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. 32

Por esto es importante la aplicación de una teórica en la práctica de enfermería para determinar factores que favorecen en la recuperación de individuo y de igual forma

- Examinar los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado.
- Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.
- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

RESULTADOS

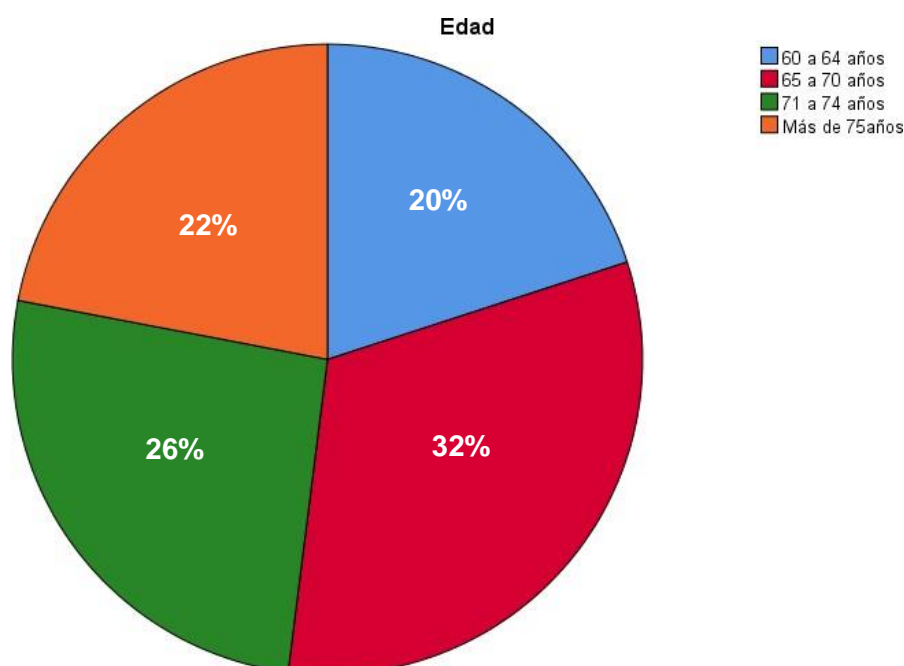
En este estudio identificamos 50 casos de adultos mayores a partir de 60 años post operados de fractura de cadera que recibieron tratamiento quirúrgico mediante artroplastia total de cadera en el servicio de consulta externa de ortopedia del Instituto Nacional de Rehabilitación que cumplían con los criterios de inclusión presentados en este trabajo de investigación.

TABLA 1 EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60 a 64 años	10	20
65 a 70 años	16	32
71 a 74 años	13	26
Más de 75años	11	22
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M

GRÁFICA 1 EDAD



Grafica I: Edad, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M.

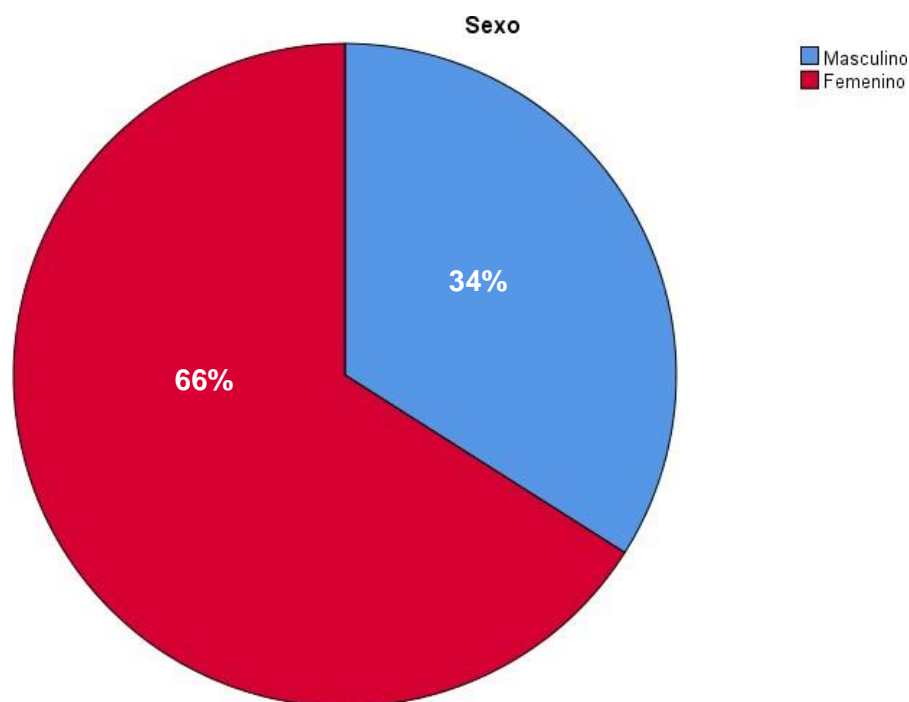
El presente gráfico muestra que el 32% corresponde al grupo de edad de 65 a 70 años y al grupo de 75 años en adelante, un 26 % corresponde al grupo de edad de 71 a 74 años, al disminuir la edad, disminuye los casos con un 10% como en las edades comprendidas entre los 60 a 64 años, demuestra que la incidencia de fractura de cadera aumentando en forma exponencial.

TABLA 2 SEXO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	34
Femenino	33	66
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, idem

GRÁFICA 2 SEXO



Grafica II: Sexo, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. idem

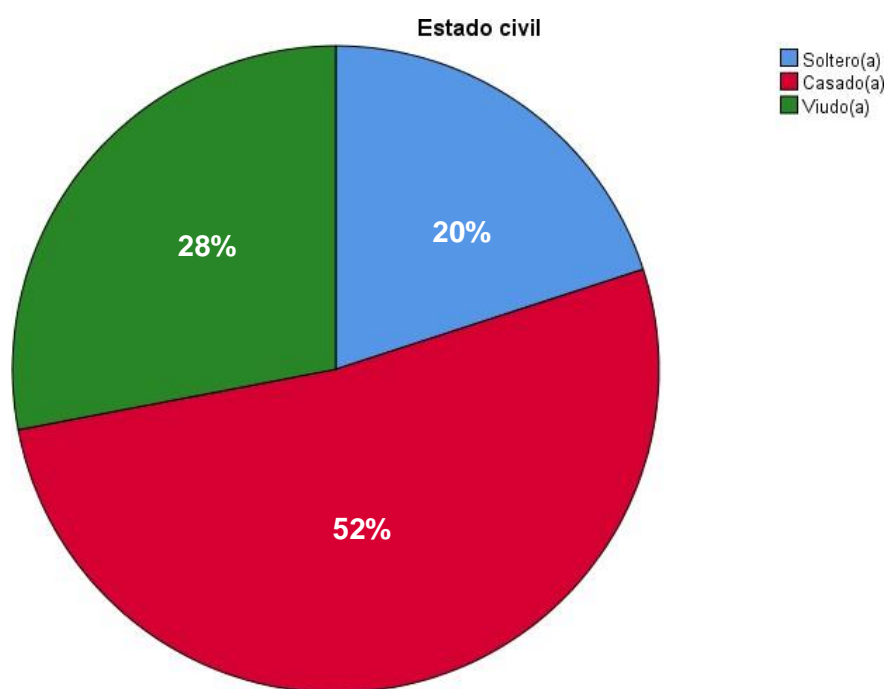
Fracturas de cadera distribuida acorde al sexo en el servicio de ortopedia del Instituto Nacional de Rehabilitación durante el período de marzo a junio del 2022. En relación con los resultados obtenidos, hay un predominio de fractura de cadera en el sexo femenino con el 66% que correspondería a 33 pacientes, respecto a 17 hombres que representan el 34%.

TABLA 3 ESTADO CIVIL

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	10	20
Casado(a)	26	52
Viudo(a)	14	28
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 3 ESTADO CIVIL



Grafica III: Estado civil, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

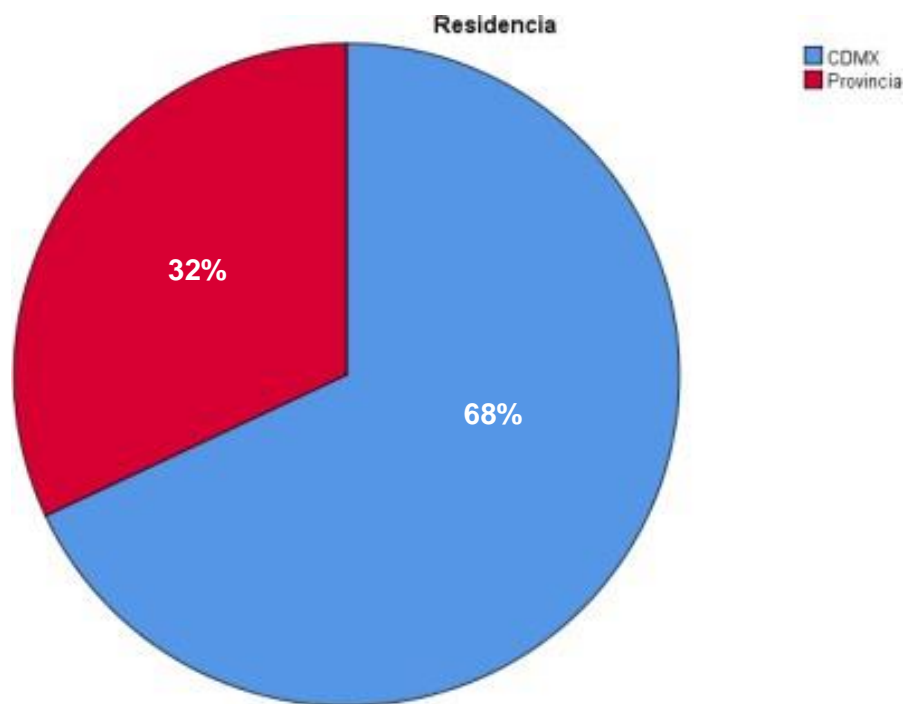
Los datos permiten inferir que el estado conyugal que predomina entre las personas adultas mayores es la unión en pareja con un 52%, la viudez ocupa un lugar importante entre las personas adultas mayores y se observa un 28% y, por otro lado, aquellos que se encuentran solteros, viven solos o solas puede significar que están en situación de vulnerabilidad ante cualquier emergencia o necesidad que no puede satisfacer por ellas o ellos mismos.

TABLA 4 RESIDENCIA

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
CDMX	34	68
Provincia	16	32
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 4 RESIDENCIA



Grafica IV: Residencia, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

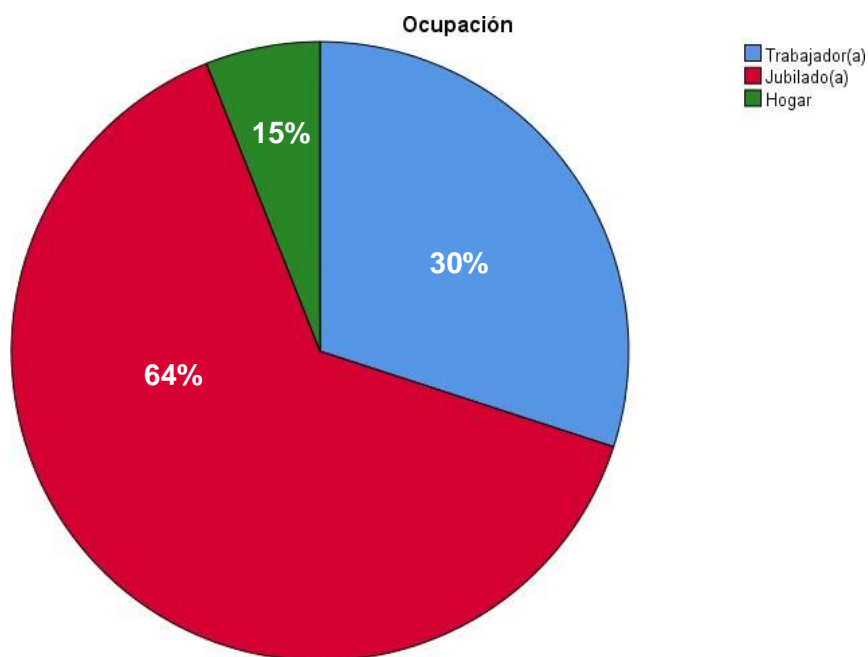
La población adulta mayor representa un 68% del total de la población urbana y un 32% de la población rural, en el caso de quienes requieren cuidado o apoyo a causa de una enfermedad o discapacidad las personas adultas mayores que viven en compañía de sus familiares pueden tener un papel relevante para su bienestar físico y emocional.

TABLA 5 OCUPACION

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador(a)	15	30
Jubilado(a)	32	64
Hogar	3	6
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 5 OCUPACIÓN



Grafica V: Ocupación, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

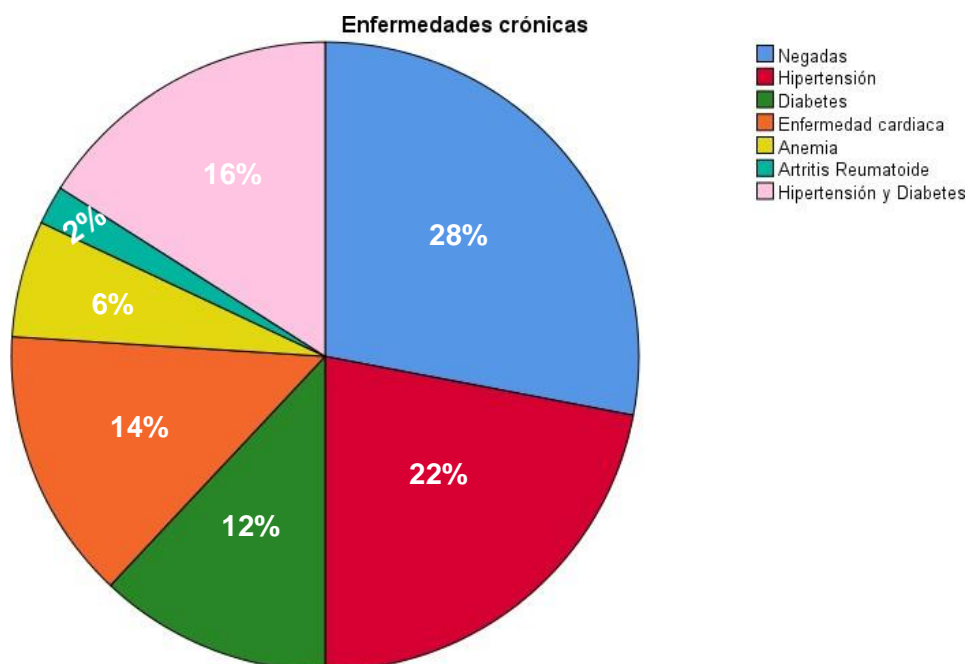
Los principales grupos de ocupación en los que participan las personas adultas mayores es de jubilados con un 64%, la segunda ocupación más frecuente es de trabajador con un 30%. Este aspecto ya impacta en los esquemas de pensión o jubilación y es uno de los desafíos del proceso de envejecimiento que enfrenta la población para el goce de una vida digna.

TABLA 6 ENFERMEDADES CRONICAS

Enfermedades crónicas	Frecuencia	Porcentaje
Negadas	14	28
Hipertensión	11	22
Diabetes	6	12
Enfermedad cardiaca	7	14
Anemia	3	6
Artritis Reumatoide	1	2
Hipertensión y Diabetes	8	16
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 6 ENFERMEDADES CRÓNICAS



Grafica VI: Enfermedades crónicas, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

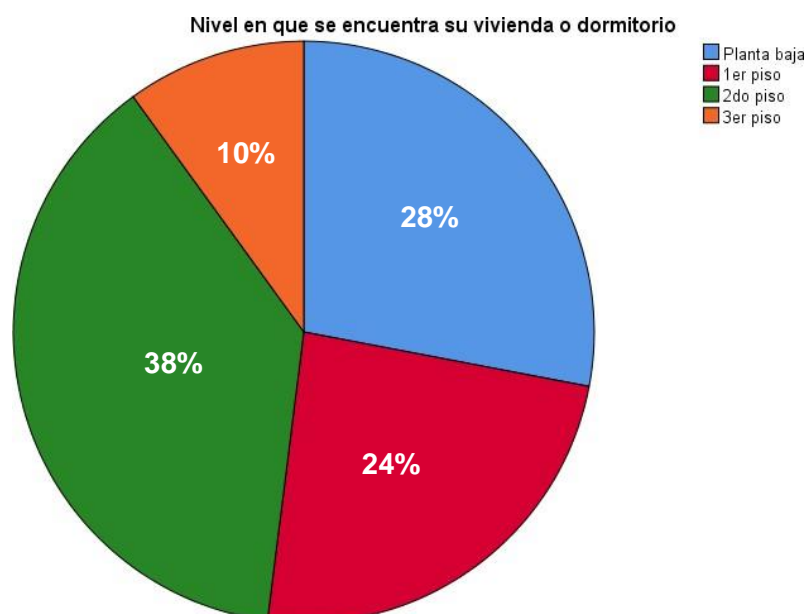
La fractura de cadera es una patología que se presenta con mayor frecuencia en el adulto mayor, propiciando un deterioro importante de su capacidad funcional, esto asociado a la comorbilidad característica del envejecimiento que conlleva a un grave problema de salud pública. La mayor proporción de factores de riesgo asociadas a nuestro grupo de pacientes fue la hipertensión arterial con 22%, seguido de la diabetes e hipertensión arteri al con 16%, enfermedad cardiaca un 14%, diabetes 12% y anemia 6%.

TABLA 7 NIVEL EN QUE SE ENCUENTRA SU VIVIENDA O DORMITORIO

Nivel en que se encuentra su vivienda o dormitorio	Frecuencia	Porcentaje válido
Planta baja	14	28
1er piso	12	24
2do piso	19	38
3er piso	5	10
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 7 NIVEL EN QUE SE ENCUENTRA SU VIVIENDA O DORMITORIO



Grafica VII: Nivel que se encuentra dormitorio, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

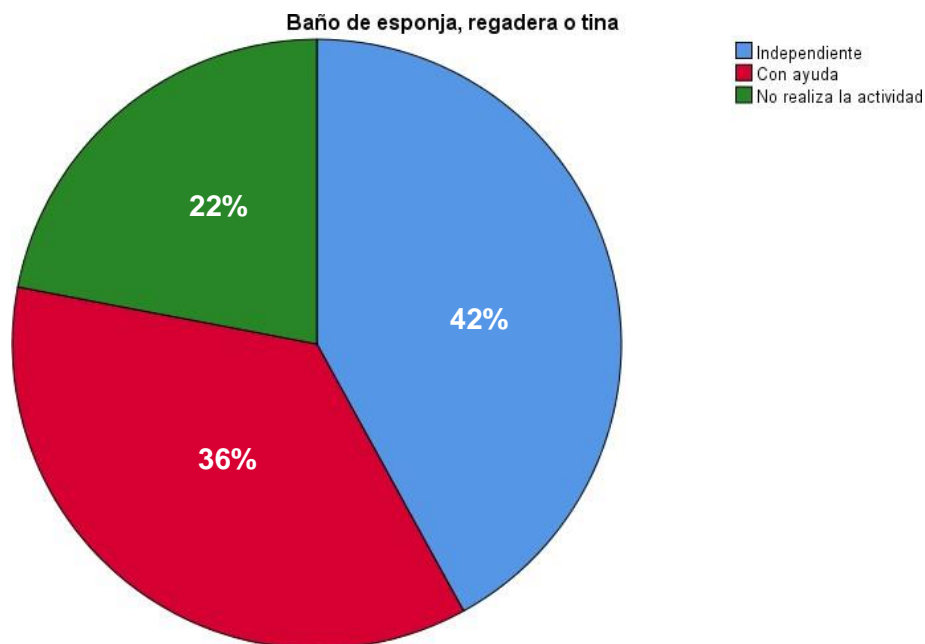
Se observó las condiciones de la vivienda que se caracteriza por un conjunto de indicadores que influyen de manera favorable en la calidad de vida y salud del adulto mayor, se presenta con un puntaje de un 38% que su dormitorio de encuentra en un segundo piso, debido a las dificultades locomotoras y de salud propias de la edad se consideran inadecuadas para su edad.

TABLA 8 BAÑO DE ESPONJA, REGADERA O TINA

Baño de esponja, regadera o tina	Frecuencia	Porcentaje válido
Independiente	29	42
Con ayuda	10	36
No realiza la actividad	11	22
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 8 BAÑO DE ESPONJA, REGADERA O TINA



Grafica VIII: Baño, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

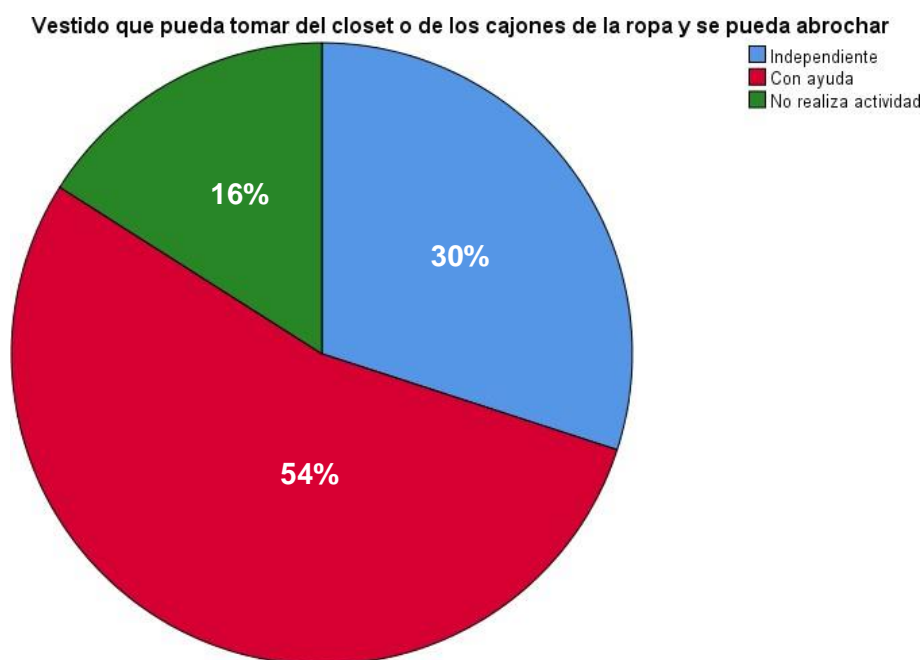
Como resultado de la actividad básica de la vida diaria “baño” un 42% de los adultos mayores fueron independientes, 36% necesitaba ayuda, mientras que el 22% resultó dependiente.

TABLA 9 VESTIDO QUE PUEDA TOMAR DEL CLOSET O DE LOS CAJONES DE LA ROPA Y SE PUEDA ABROCHAR

Vestido que pueda tomar del closet o de los cajones de la ropa y se pueda abrochar	Frecuencia	Porcentaje válido
Independiente	15	30
Con ayuda	27	54
No realiza actividad	8	16
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 9 VESTIDO QUE PUEDA TOMAR DEL CLOSET O DE LOS CAJONES DE LA ROPA Y SE PUEDA ABROCHAR



Grafica IX: Vestido que pueda tomar del closet de la ropa y se pueda abrochar, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

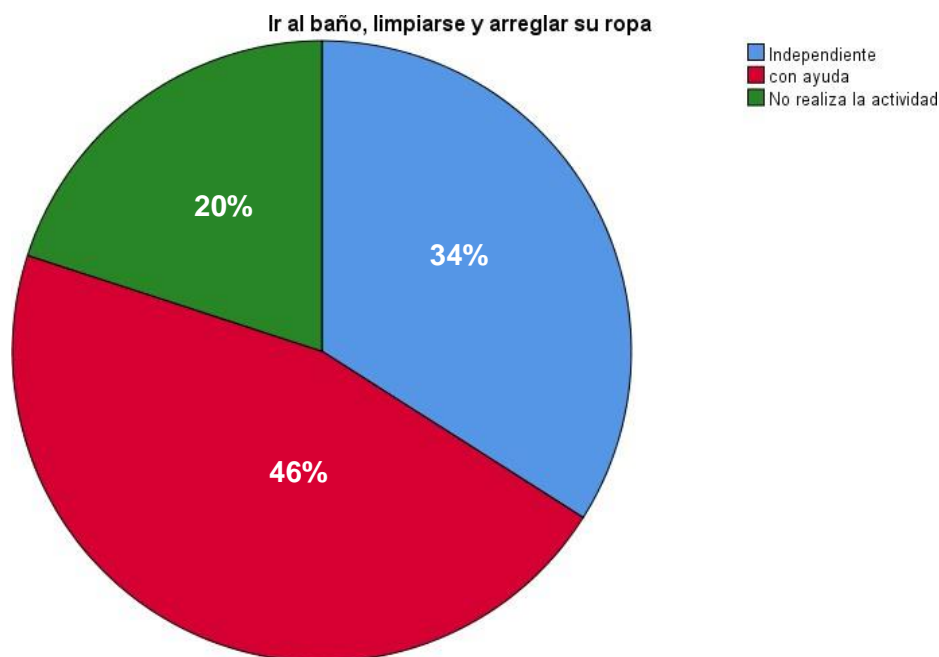
Para la actividad básica de la vida diaria “Vestido”, el 54% de adultos mayores necesitaba ayuda para realizar la actividad, 16% resultó dependiente, mientras que el 30% fue independiente.

TABLA 10 IR AL BAÑO, LIMPIARSE Y ARREGLAR SU ROPA

Ir al baño, limpiarse y arreglar su ropa	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	17	34
con ayuda	23	46
No realiza la actividad	10	20
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 10 IR AL BAÑO, LIMPIARSE Y ARREGLAR SU ROPA



Grafica X: Ir al baño, limpiarse y arreglar su ropa, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M.

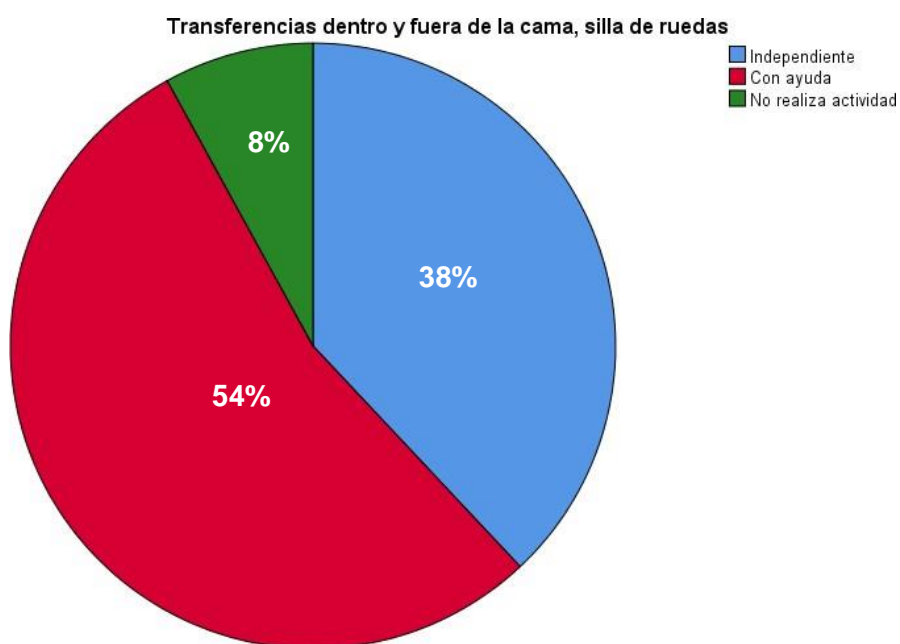
El 46% de adultos mayores necesita ayuda para la actividad básica de la vida diaria “ir al baño”, mientras que un 20% era dependiente para realizar la misma actividad.

TABLA 11 TRANSFERENCIAS DENTRO Y FUERA DE LA CAMA, SILLA DE RUEDAS

Transferencias dentro y fuera de la cama, silla de ruedas	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	19	38
Con ayuda	27	54
No realiza actividad	4	8
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 11 TRANSFERENCIAS DENTRO Y FUERA DE LA CAMA, SILLA DE RUEDAS



Grafica XI: Transferencias dentro y fuera de la cama, silla de ruedas, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

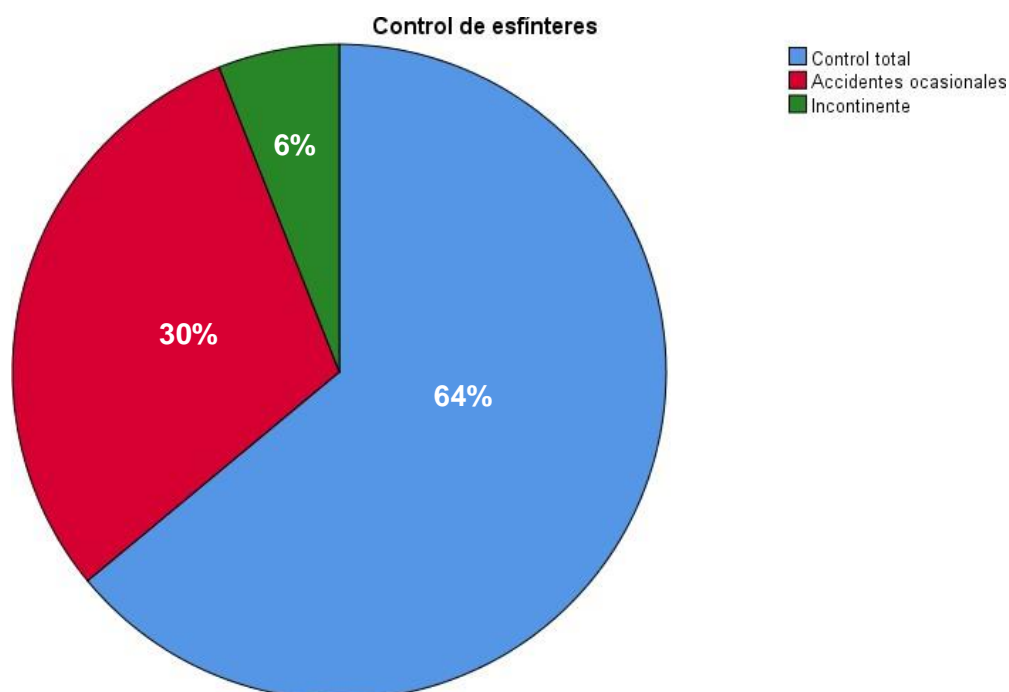
Un 54% de adultos mayores necesita ayuda con las “transferencias”, mientras que un 8% era dependiente para realizar la misma actividad.

TABLA 12 CONTROL DE ESFINTERES

Control de esfínteres	Frecuencia	Porcentaje
Control total	32	64
Accidentes ocasionales	15	30
Incontinente	3	6
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 12 CONTROL DE ESFINTERES



Grafica XII: Control de esfínteres, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

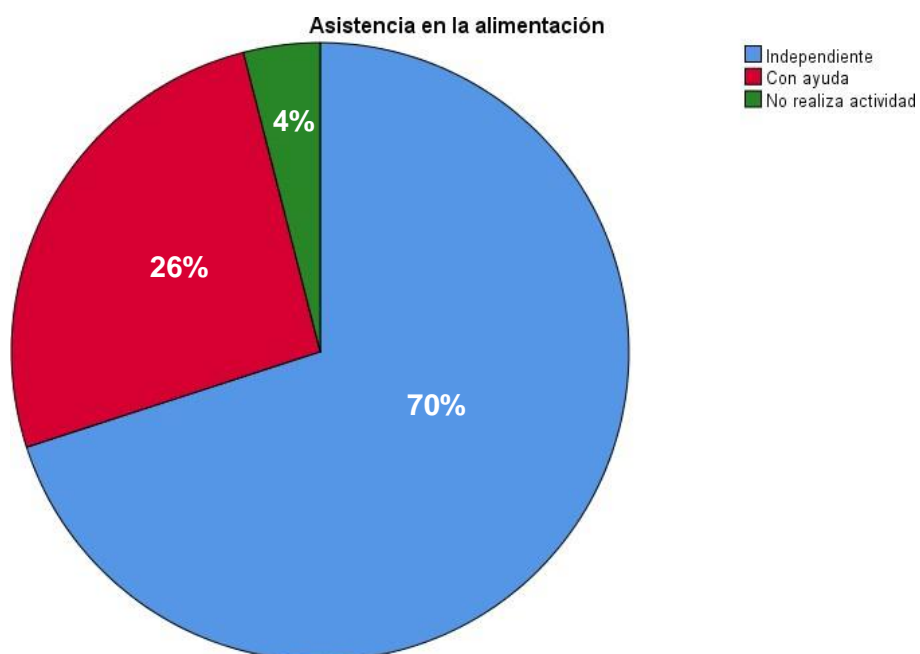
Con respecto a la actividad básica de la vida diaria “control de esfínteres”, el 64% de los adultos mayores no presentó ninguna alteración, en un 30% se dio de manera ocasional, mientras que el 6% manifestó problemas de incontinencia urinaria.

TABLA 13 ALIMENTACION

Asistencia en la alimentación	Frecuencia	Porcentaje válido
Independiente	35	70
Con ayuda	13	26
No realiza actividad	2	4
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRAFICA 13 ALIMENTACIÓN



Grafica XIII: Asistencia en la alimentación, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M. ídem

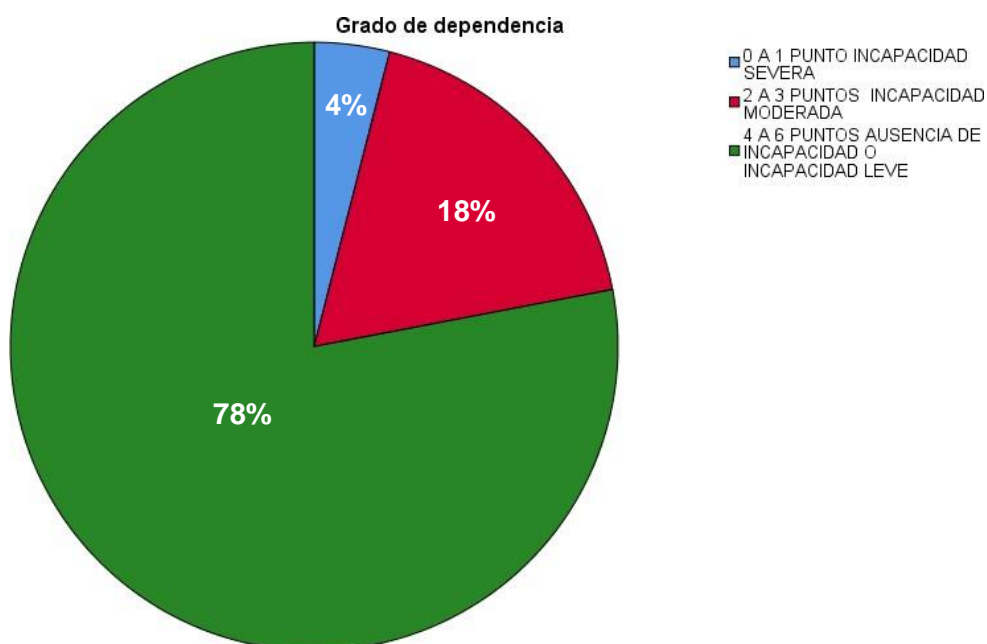
Un 70% del total de adultos mayores presentó independencia para la “alimentación”, el 26% necesita ayuda, mientras que un 4% eran dependientes en la realización de dicha actividad.

TABLA 14 GRADO DE DEPENDENCIA

Grado de dependencia	Frecuencia	Porcentaje válido
0 A 1 PUNTO INCAPACIDAD SEVERA	2	4
2 A 3 PUNTOS INCAPACIDAD MODERADA	9	18
4 A 6 PUNTOS AUSENCIA DE INCAPACIDAD O INCAPACIDAD LEVE	39	78
Total	50	100

Fuente: Instrumento elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M, ídem

GRÁFICA 14 GRADO DE INDEPENDENCIA



Grafica XIV: Grado de dependencia, elaborado por Gerardo M, Malagón T, Meza M.

Una de las ventajas del índice de Katz es que no solo nos brinda una visión global acerca del grado de dependencia funcional, sino que también nos permite analizar de manera independiente cada una de las 6 actividades básicas de la vida diaria incluidas. Respecto a la evolución funcional, al evaluar el grado de dependencia en los adultos mayores post operados de fractura de cadera, se obtuvo que un 78% del total presentaron un grado de dependencia leve, 18% una dependencia moderada, una de 4% dependencia severa.

DISCUSIÓN

El estudio de Martínez encontró que la población en la que es mayormente frecuente la fractura de cadera es en adultos mayores de 80 años, esto difiere de nuestros resultados donde el 32% de nuestros adultos mayores tienen entre 65 a 70 años y solo un 11% más de 75 años.

El sexo predominante de nuestra población coincide con el estudio de Viveros JC que confirma que la mayor parte de casos de fractura de cadera se da en mujeres, en nuestra investigación el 66% fueron mujeres y 34% hombres.

Respecto al estado civil el 52% se encuentra casado o vive con su pareja, esto difiere de la bibliografía consultada la cual nos menciona que mayormente se presenta en adultos mayores viudos y solteros, sin embargo, no se encontró relación de esta variable sociodemográfica en la incidencia de fractura.

En relación con la asociación de las enfermedades crónico-degenerativas con la fractura de cadera, el estudio de los autores Doger P y Rueda G encontraron que las enfermedades más comunes son las cardiovasculares, respiratorias, diabetes mellitus, déficits sensoriales o neurológicos, problemas de movilidad o equilibrio, desnutrición y demencia, coincidiendo con las patologías que más presentó nuestra población con un 22% hipertensión arterial y 14% enfermedades cardíacas, sin embargo el 28% niega padecer alguna.

Acerca del nivel de independencia que alcanzaron los adultos mayores que estudiamos como se muestran en nuestros resultados el 78% de ellos presentan una dependencia leve o son independientes, encontrándose que no coinciden con los resultados de la investigación de Bautista J²⁹ ya que en su estudio refiere que el 23.3% presentan dependencia leve y un 43.3% moderada, sin embargo, en un estudio en España³³ sobre dependencia funcional en adultos mayores tras sufrir una fractura de cadera se encontró que un 36.1% de los pacientes presenta una dependencia leve y solo un 19.5% dependencia moderada, lo cual si bien no es igual a lo obtenido en nuestra investigación en cuanto a porcentajes, si lo es en cuanto a que la mayoría de ellos muestran una dependencia leve, esto debido a que en esta investigación³⁴ se realizó en pacientes con mayor tiempo post operado, así mismo en nuestra investigación donde la mayoría de ellos ya tenían un año de post operados.

Las necesidades básicas más afectadas en nuestro estudio fueron las que están relacionadas con los traslados y movilización autónoma donde la mayoría de nuestros adultos mayores necesitan ayuda para realizarlas, como son vestirse con un 54%, ir al baño con 46% y las transferencias fuera y dentro de la cama con un 54%, nuestros resultados

coinciden con los de Montalbán S³⁵ que encontró que en un 96.7% de adultos mayores necesitaban ayuda con el vestido, 60% necesitó ayuda para ir al baño y un 56.7% de los adultos mayores requirió ayuda con las transferencias fuera y dentro de la cama.

CONCLUSION

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de independencia del adulto mayor por intervención quirúrgica de artroplastia total de cadera, así como identificar los factores que influyen directamente en la recuperación del adulto mayor.

Por lo tanto, se concluye que la rehabilitación post quirúrgica de la fractura de cadera es influenciada por múltiples factores, siendo los de mayor peso la edad, el sexo, el estado nutricional, las comorbilidades, e incluso los roles adquiridos por el paciente antes de la fractura, los cuales van a incidir directamente en el pronóstico que tenga el paciente adulto mayor posterior a la fractura de cadera y en la evolución que siga durante su proceso de recuperación. Considerando que algunos de estos factores pueden ser modificados, es importante intervenir sobre ellos de manera preventiva, ya que esto podría mejorar el pronóstico y la recuperación funcional de los pacientes después de la fractura de cadera.

La recuperación funcional de los pacientes adultos mayores posterior a una fractura de cadera, puede verse directamente afectada por la alteración de cualquiera de estos factores de manera positiva o negativa.

Por ello, se deben de tomar acciones para el mejoramiento de la salud e independencia del adulto mayor, como por ejemplo, la implementación de programas que permitan la inclusión tanto del paciente y el cuidador en su proceso de rehabilitación y recuperación, los cuales permitan un óptimo desarrollo y recuperación de actividades básicas de la vida diaria, así como la participación activa del personal de enfermería para el proceso de enseñanza y rehabilitación del adulto mayor, llevar a cabo un seguimiento en caso de deserción de las terapias de rehabilitación, la aplicación directa de planes de cuidado tanto como para la persona afectada y el familiar, tomando en cuenta las consideraciones del entorno y factores que influyen de manera directa en la recuperación del adulto.

De esta manera se cumpliría el propósito de la implementación del papel de enfermería en la rehabilitación y recuperación de las actividades básicas del adulto mayor, participando de una forma científica, holística y profesional.

Anexos

Proyecto de investigación: Nivel de independencia del adulto mayor en rehabilitación post intervención quirúrgica mediante artroplastia total de cadera en el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII entre Marzo y Junio del 2022.

a) Cédula de datos generales

Instrucciones: Escriba en el recuadro correspondiente la información que se solicita

Usuario:	Sexo a) Femenino b) Masculino	Edad:
Residencia: a) Ciudad de México b) Provincia	Ocupación: a) Trabajador(a) b) Pensionado(a) c) Otra:	
Estado civil: a) Soltero(a) b) Casado(a) c) Unión Libre d) Divorciado(a) e) Viudo(a)	¿Con quién vive? a) Solo b) Con familiares c) Con conocidos	
¿Qué rol tiene en su familia? a) Jefe de casa b) Abuela(o) c) Ama de casa d) Otra:	Padece alguna de estas enfermedades crónicas o agudas: a) Hipertensión Arterial b) Enfermedad Cardíaca c) Diabetes mellitus d) Anemia e) Alzheimer	

Otra:

¿En qué nivel se encuentra su vivienda o dormitorio?

- a) Planta Baja
- b) Primer piso
- c) Segundo piso
- d) Más de 3 pisos

Escala Índice de KATZ

Instrucciones: Marque con una X en el recuadro que corresponda a como realiza las siguientes actividades el adulto mayor.

Índice de KATZ	
1) Baño (Esponja, regadera o tina)	
No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño).	
Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo. (ej. espalda o pierna).	
Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte	
2) Vestido	
Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.	
Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.	
Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	
3) Uso del sanitario	
Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo).	
Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo.	
Que no vaya al baño por sí mismo/a.	
4) Transferencias	
Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte)	
Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.	
Que no pueda salir de la cama.	
5) Continencia	
Control total de esfínteres	

Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social.	
Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	
6)Alimentación	
Que se alimente por si solo sin asistencia alguna.	
Que se alimente solo y que tenga asistencia solo para cortar la carne o untar mantequilla.	
Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	
RESULTADO	

CLASIFICACIÓN DE KATZ

A Independiente en todas las actividades básicas de la vida diaria.

B Independiente en todas las actividades, salvo una.

C Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional.

D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.

E Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional.

F Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.

G Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria.

H Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E y F.

Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. Instituto Nacional de Geriátrica. Secretaria de Salud. México; 2020

Le pedimos su apoyo en la realización de una investigación conducida por Malagón Coronel Tania, Meza Alonso Mariana y Gerardo Martínez María Fernanda estudiantes de la licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana, asesorada por el docente López Murillo Jesús Obdulio. La investigación, denominada “ Nivel de independencia del adulto mayor en rehabilitación post intervención quirúrgica de fractura de cadera en el Instituto Nacional de Rehabilitación entre Marzo y Junio del 2022”, tiene como propósito identificar el nivel de independencia del adulto mayor en rehabilitación post operado de fractura de cadera.

Si usted accede a participar en esta entrevista, se le solicitará responder diversas preguntas sobre el tema antes mencionado, lo que tomará aproximadamente entre 15 y 20 minutos. La información obtenida será únicamente utilizada para la elaboración de la investigación.

Su participación en la investigación es completamente voluntaria. Usted puede interrumpir la misma en cualquier momento, sin que ello genere ningún perjuicio.

He recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas.

Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para la recolección de datos y la realización de la encuesta propuesta y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee. De tener preguntas sobre mi participación, puedo contactar a la responsable al teléfono 5547993312.

Firma

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Del Carmen E, Tejero Q, Zavala MA, Hernández A, Hernández H. Fractura de cadera en adultos mayores: prevalencia y costos en dos hospitales. Revista médica de Perú. [Internet]. 2015. [Consultado 4/01/22]; 3(28). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000300006
2. Gardea M, Kawas O, Peña V, Barragán A. Perfil psicosocial de adultos mayores mexicanos hospitalizados por fractura de cadera secundaria a caída. Revista de salud pública. [online]. 2019. [Consultado 4/01/22]; 2(21). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642019000200181
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. México; 2019. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
4. Tello T, Varela L. Fragilidad en el adulto mayor; detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. Rev Perú Med Exp Salud Publica Integr v.33 n.2 Lima abr.-jun. 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200019
5. Clodet F, Salinas C. Fractura de cadera en el adulto mayor. Rev Fac Med Hum. v.17 n.2 Perú 2017. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/845/754>
6. Peralta Vargas CE. Factores asociados a la recuperación de la marcha y la funcionalidad en ancianos hospitalizados por fractura de cadera. 2013 [acceso diciembre 2021]. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/19859/>
7. Trigas M. Índice de KATZ. Coruña: 2019. Rev Geriatr y Gerontol. v.32 n.5 Disponible en: <https://meiga.info/escalas/indicedekatz.pdf>
8. Valdés L, Caridad M, Valdés L, Montes A. Caracterización de los ancianos frágiles. Rev Elec Med. 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2019/cmh192f.pdf>

9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Valoración Geriátrica Integral. En Unidades de Atención Médica. Guía de Práctica Clínica. México; 2018. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>
10. GPC. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Privación Social en el Adulto Mayor. [Internet]. IMSS. México; 2013. [Consultado 17- Ene- 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/611GRR.pdf>
11. Cerda A. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 [cited 13 January 2021];25(2):265-275. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-trastorno-marcha-del-S0716864014700379>
12. González N. Síndrome de inmovilización en el Adulto Mayor. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet] 2015 [Consultado 17/01/2021]; 71(616) 551-555. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc153h.pdf>
13. Secretaria de Salud de Jalisco. Cómo evitar caídas en adultos mayores. [Internet]. Secretaria de salud. México. 2019; [Consultado 20/01/22]. Disponible en: <https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticia/8560>
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Caídas en el adulto mayor. [Internet]. IMSS. México. 2015; [Consultado 20/01/22]. Disponible en: https://docs.google.com/document/d/19zZ_rBBDluzlg_HS0MXO7CM0MUNyUZq_KPQf_aSd2gc/edit
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor con fractura de cadera. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
16. Doger P, González J, King A. Fractura de cadera: un reto multidisciplinario. Rev Fac Med UNAM. México 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2019/un194c.pdf>
17. Martínez A. Fracturas de cadera en ancianos. Revista colombiana de ortopedia y traumatología. [internet]. 2016. [Consultado 23/01/22]. Disponible en: <https://www.sccot.org.co/pdf/RevistaDigital/19-01-2005/05Fracturas.pdf>

18. Viveros JC, Torres JL, Alarcón T, Condorhuaman PY, Sánchez CJ, Gil E, et al. Fractura de cadera por fragilidad en México: ¿En dónde estamos hoy? ¿Hacia dónde queremos ir? *Acta Ortopédica Mexicana*. [Internet]. 2018. [Consultado 22/01/22]; 32(6) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2018/or186f.pdf>
19. Zavaleta W. Estado civil y procedencia como factores de riesgo sociodemográficos asociados a fractura de cadera en el adulto mayor. Hospital Regional Docente de Trujillo. [Tesis]. Perú: 2014. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/392/ZavaletaAraujo_W.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Doger P, González J, King AC. Fractura de cadera: un reto multidisciplinario. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*. [Online]. 2019. [Consultado 23/01/22]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2019/un194c.pdf>
21. Rueda G, Tovar JL, Quintero D, Beltrán CA. Características de las fracturas de fémur proximal. *Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud*. [Online]. 2017. [Consultado 23/01/22]. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/50/119>
22. Vásquez P, Castellanos A. La fragilidad del paciente geriátrico como un indicador de riesgo para complicación postoperatoria. *Rev Mex Anestesiología*. V.41 n. 1 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181t.pdf>
23. Muñoz S, Lavanderos J, Vilches L, Delgado M, Cárcamo K, Passalacqua S, et al. Fractura de cadera. *Revista UACH*. 2018; 22. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art11.pdf>
24. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de fracturas del extremo proximal del fémur. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015.
25. Izaguirre A, Delgado I, Mateo C, Sánchez H, Luque A. Rehabilitación de las fracturas de cadera. *Acta ortop. mex*. V 32 n. 1 Ciudad de México 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022018000100028
26. Salvador E. Introducción a la rehabilitación. Grossman School of Medicine. 2021. Disponible en:

<https://www.msmanuals.com/es/hogar/fundamentos/rehabilitaci%C3%B3n/introducci%C3%B3n-a-la-rehabilitaci%C3%B3n>

27. Medina E, López L, Marques E. Fisioterapia y Acondicionamiento Físico en Ancianos con Prótesis Total de Cadera Tras Fractura. 2016. Disponible en: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/58689/FISIOTERAPIA%20Y%20ACONDICIONAMIENTO%20F%C3%8DSICO%20EN%20ANCIANOS%20CON%20PR%C3%93TESIS%20TOTAL%20DE%20CADERA%20TRAS%20FRACTURA.pdf?sequence=1>

28 Velasco A. Manual de Medicina Física y Rehabilitación para Enfermería. Disponible en: <https://files.sld.cu/rehabilitacion-neuro/files/2010/05/manual-de-medicina-fisica-y-rehabilitacion-para-enfermeria.pdf>

29. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Diciembre 2018. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/>

30. Naranjo Hernandez, Ydalsys; Concepcion Pacheco, José Alejandro y Rodriguez larreynaga, Miriam. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac méd espirit [online]. 2017, vol.19, n.3 [citado 2022-07-27], pp.89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1608-89212017000300009&lng=es&nrm=iso. Issn 1608-8921.

31. Prado Solar, Liana Alicia; Gonzalez Reguera, Maricela;, Noelvis y Karella. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [online]. 2014, vol.36, n.6 [citado 2022-07-27], pp.835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1684-1824.

32. Navarro Pena, y Castro Salas, m.. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm. glob. [online]. 2010, n.19 [citado 2022-07-27]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1695-6141.

33. Bautista JL. Grado de dependencia funcional en pacientes adultos mayores de 60 a 85 años post-operados de fractura de cadera. Lima, Perú. Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2021.

34. De Febrero M. Dependencia funcional tras sufrir una fractura de cadera en la población de 65 años y más en la comarca de Baix Camp. Departamento de Medicina y Cirugía - Universidad Rovira i Virgili (URV). España. 2020.

35. Montalbán S, García I, Moreno C. Evaluación funcional en ancianos intervenidos de fractura de cadera. Rev. esc. enferm. [Internet]. 2017. [Consultado 22/07/22]. 5(46). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mpKJ7YTwBZH85NfmfLywXJL/?lang=es#>