

Morbilidad por fractura de cadera

DR. ALEXIS PÉREZ CARVAJAL,¹ DR. SEVERINO E. MATOS DUARTE², DR. ANTONIO PADOVANI CANTÓN,³
DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES DÍAZ DOMÍNGUEZ⁴ Y DR. JESÚS M. ALONSO PÉREZ¹

Pérez Carvajal A, Matos Duarte SE, Padovani Cantón A, Díaz Domínguez M de los A, Alonso Pérez JM. Morbilidad por fractura de cadera. Rev Cubana Ortop Traumatol 2000;14(1-2):12-6

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar las características de la morbilidad por fracturas de caderas (FC) en la provincia de Pinar del Río en el período 1996-1997. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de la morbilidad en el servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Docente Clínicoquirúrgico "Abel Santamaría" en el período comprendido de agosto de 1996 al mismo mes de 1997. Para adquirir la información se utilizó una encuesta previamente validada. Los resultados obtenidos mostraron que la fractura de cadera, cuya causa principal son las caídas accidentales (87,5 % de los casos) constituye un importante problema de salud en la tercera edad. El lugar de ocurrencia predominante fue la vivienda con el 74,4 %. Predominó la FC en el sexo femenino en comparación con el masculino. Por último, los resultados destacaron la necesidad de establecer estrategias de intervención al nivel primario para la prevención y el desarrollo de actividades dirigidas a elevar la calidad de vida del anciano.

DeCS: FRACTURAS DE CADERA/etiología; FRACTURAS DE CADERA/prevención & control; MORBILIDAD; SALUD DEL ANCIANO; CALIDAD DE VIDA; PROMOCION DE LA SALUD.

A medida que se controlan las enfermedades infecciosas, que suelen llevar a una muerte prematura, aumenta la esperanza de vida al nacer. La disminución simultánea de la tasa de mortalidad ha incidido en el incremento de la población de edad avanzada, la que se define como de 65 años y más.¹ Este envejecimiento de la población provocará una sobrecarga de los servicios de salud y originará problemas sociales, económicos y políticos.²

En personas de edad avanzada, las caídas representan un problema muy serio que conduce a traumatismos físicos y psicológicos y a un deterioro de la sociedad. A medida que avanza la edad, la incidencia de caídas aumenta de manera exponencial, especialmente en la mujer, debido a factores que pueden ser extrínsecos, intrínsecos, o ambos, aunque gran parte de los estudios

efectuados sobre el tema han sido retrospectivos y se han basado en datos de dudosa calidad.^{3,8,9}

En los últimos años ha aumentado la frecuencia de los traumatismos en pacientes ancianos, con una mayor incidencia se afecta la extremidad proximal del fémur.⁴

La osteoporosis es uno de los mayores problemas que enfrentan los ancianos de ambos sexos.¹⁰ El evento mórbido en la osteoporosis es la fractura. Aunque la definición de la osteoporosis no requiere la presencia de fracturas, la disminución en la masa ósea está unida innegablemente a un alto riesgo de fracturas.

En los EE.UU., aproximadamente 1,5 millones de fracturas anuales son atribuibles a la osteoporosis; estas incluyen 250 000 fracturas de caderas.⁵

En varios estudios realizados en diferentes regiones y países se señalan tasas de incidencias anuales de fracturas de cadera que oscilan de 219,6 a 318,2 por 100 000 habitantes en los hombres mayores de 50 años y que se triplican en el sexo

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna.

² Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor Asistente.

³ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesora Auxiliar.

femenino.⁶ Otros autores⁷ señalan que el 10 % de estos pacientes proceden de hogares de anciano o instituciones de atención médica, y que de fractura de cadera un 84 % se produce en el hogar y que cerca del 80 % requiere cirugía señalándose también el área urbana como la más afectada, cuando se le compara con la rural.

En nuestro país, donde la expectativa de vida supera los 75 años como promedio, siendo algo mayor en la mujer y donde el 12 % de la población está representada por el grupo de 65 años y más, no escapa a esta problemática, sin embargo, al igual que en otros países y regiones, sólo se han realizado estudios aislados y muy limitados en el abordaje de este problema⁸ lo que no permite caracterizarlo.

Métodos

Se utilizó un estudio descriptivo de carácter prospectivo de la morbilidad por la fractura de cadera (FC) en la provincia de Pinar del Río.

Para el estudio de la morbilidad se aplicó una encuesta a los pacientes ingresados en el servicio de ortopedia del Hospital Provincial Clínico-quirúrgico "Abel Santamaría" en el período comprendido de agosto de 1996 hasta agosto de 1997 con el diagnóstico de fractura de cadera. Se definió como tal a las fracturas comprendidas desde el extremo proximal del fémur (la cadera propiamente dicha) hasta 5 cm por debajo del trocante menor. Se excluyeron las fracturas secundarias de cadera, a otras enfermedades y politraumatismos.

La encuesta recogió información sobre variables relacionadas con datos de identidad, edad, sexo,

fecha y lugar de ocurrencia de la fractura, condiciones personales y ambientales asociadas. La encuesta fue validada durante el mes previo a su aplicación en varios pacientes. Los datos fueron obtenidos directamente de los pacientes, o cuando esto no fue posible a través de los familiares, así como de los expedientes clínicos por personal previamente capacitado. Una vez confeccionadas y revisadas en cada encuesta se plasmó su información en un documento de trabajo para facilitar su tabulación manual y procesamiento.

El análisis estadístico se realizó a través de las técnicas descriptivas dadas en razones, porcentajes, tasas y la desviación estándar para medir variables. Para la asociación estadística se utilizó el chi Cuadrado para tablas de contingencia de 2×2 con un nivel de significación del 95 % ($p < 0,05$).

Resultados

Para el análisis de las características de la morbilidad fue aplicada la encuesta diseñada en esta investigación a un total de 129 pacientes admitidos en el servicio de ortopedia del Hospital Provincial Docente "Abel Santamaría" en el período de agosto de 1996 hasta agosto de 1997 y que representaron el 80,6 % de los egresados con el diagnóstico de FC durante esta etapa. Los casos no incluidos correspondieron a los que se utilizaron para la validación de la encuesta.

En la tabla 1 se presenta la distribución de las FC según edad y sexo donde se observa que el sexo femenino resultó el más afectado con

TABLA 1. Morbilidad por frecuencia de edades. Distribución según edad y sexo

Sexo Edades (años)	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
< 50	1	2,5	1	1,1	2	1,5
50-59	3	7,5	3	3,3	6	4,6
60-69	7	17,5	9	10,1	16	12,4
70-79	9	22,5	36	40,4	45	34,8
80-89	13	32,5	30	33,7	43	33,8
90-99	7	17,5	9	10,1	16	12,4
100	-	-	1	1,1	1	0,7
Total	40	100,0	89	100,0	129	100,0

Fuente: Encuesta de morbilidad.

el 68,9 % del total y una relación 2,2:1 comparado con el sexo masculino.

La edad media de ocurrencia de estos tipos de eventos fue de 77,8 años (DE = 10,8 años) se apreció un comportamiento similar en relación con las edades en ambos sexos, con la mayor concentración de casos en las edades de 70 a 89 años. En resumen el 93,7 % de las FC incidieron en la llamada tercera edad, es decir, 60 y más años.

Es precisamente en los grupos de edades de 70 a 89 años donde se observa el predominio de casos de FC en el sexo femenino en relación con el masculino.

Al comparar el sexo, al lugar de procedencia de los pacientes encuestados (tabla 2), en ambos observamos predominio del área rural sobre la urbana, siendo más elevada esta diferencia para el sexo masculino. La relación rural urbana fue de 1,9:1. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En la tabla 3 se presenta la morbilidad de las FC según lugar de ocurrencia y sexo. De los 129 casos encuestados el 74,4 % aconteció dentro de la vivienda, un 25,5 % fuera de la vivienda, y el 3,1 % en instituciones (hogar de ancianos). En ambos sexos predominó la ocurrencia dentro de la vivienda.

Al establecer el sitio dentro de la vivienda en que ocurrieron las FC (fig. 1) los que más incidieron fueron el dormitorio y el patio, seguían en orden de

frecuencia la sala, baño y portal, no se observaron diferencias en la distribución por sexos. No obstante, dentro de la vivienda predominó el sexo femenino

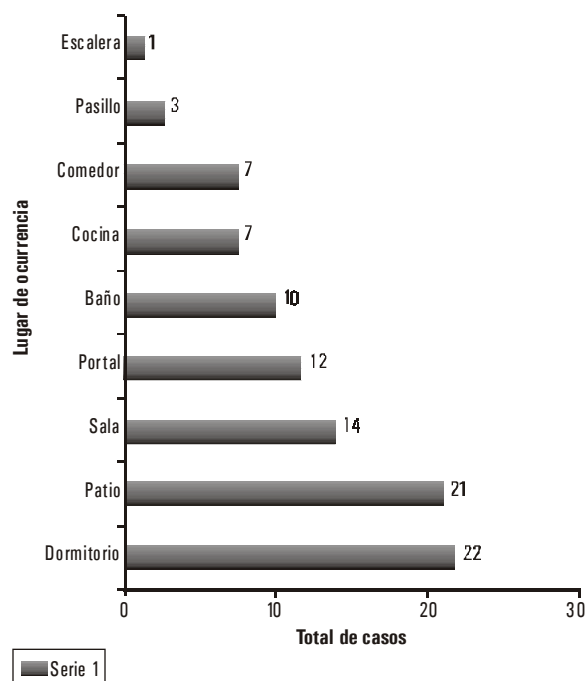


FIG. 1. Distribución según sitio de ocurrencia dentro de la vivienda.

TABLA 2. Morbilidad por fractura de cadera. Distribución por área de procedencia y sexo

Área de procedencia	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Urbano	14	35,0	40	44,9	54	41,9
Rural	26	65,0	49	55,0	75	58,1
Total	40	100,0	89	100,0	129	100,0

Fuente: Encuesta de morbilidad.
 $p = 0,003$.

TABLA 3. Morbilidad por fractura de cadera. Distribución según lugar de ocurrencia y sexo

Lugar de ocurrencia	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Dentro de la vivienda	24	60,0	73	81,0	97	74,4
Fuera de la vivienda	15	37,5	13	15,7	28	22,5
Institucional	1	2,5	13	3,3	4	3,1
Total	40	100,0	89	100,0	129	100,0

Fuente: Encuestas de morbilidad.

sobre el masculino, mientras que fuera de la vivienda el porcentaje fue mayor en el sexo masculino.

La figura 2 presenta la distribución de las FC por día de la semana en que ocurrieron. Como puede observarse los días de mayor afectación fueron los lunes, miércoles y domingos. El resto de los días fue similar en su distribución por días en el total de los casos.

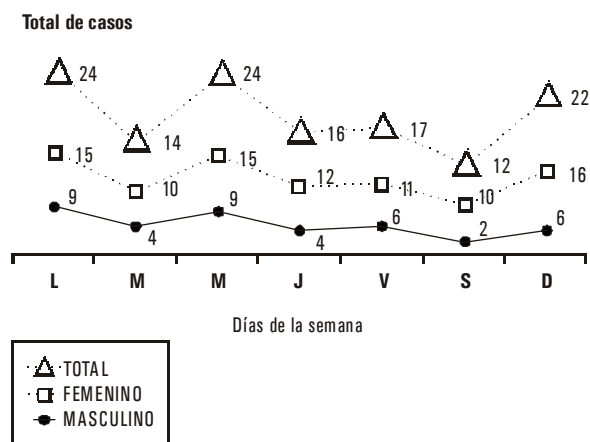


FIG.2. Fractura de cadera según los días de la semana.

Discusión

La muestra estudiada para caracterizar la morbilidad ha permitido alcanzar este objetivo. No obstante, como se conoce, los estudios que se realizan a nivel de hospital tienen la limitante del riesgo de los rasgos de selección que pueden influir en algunos resultados, así como la imposibilidad de extrapolarlos a la población general. Otra limitante ha sido la pobre bibliografía referente a este tipo de estudio para poder comparar nuestros resultados, ya que los disponibles sobre el tema han sido eminentemente clínicos y con limitado enfoque epidemiológico. La distribución por edades y sexo de la muestra estudiada con predominio en el femenino y con la mayor concentración de la morbilidad entre los 70 y 89 años coincide con los hallazgos de otros autores. *Artadill* en un estudio realizado en Asturias señala una incidencia 3 veces mayor en la mujer que en el hombre y un promedio de edad de 80,2 " 8,9 años. Estas diferencias se atribuyen a que en mujeres de edad avanzada la atrofia fisiológica del extremo proximal de fémur es más marcada, así como la configuración de las caderas de la mujer que la predisponen a fracturas ante traumatismos.

El predominio de los casos en el área rural con un 58,1 % con relación al urbano observado, en nuestro estudio, no se corresponde con lo que se señala en otros trabajos.⁵ Esta diferencia pudiera explicarse por el grado de desarrollo alcanzado por nuestras áreas rurales en que van igualándose tales diferencias.

Constituye la vivienda el sitio donde ocurre el mayor por ciento de FC con el 74,4 % lo que coincide con *Artadill* en su estudio que reporta un 84,4 %.

La ocurrencia de FC en instituciones de salud en nuestro estudio resultó muy baja, con el 3,1 % comparada con el 10 % que se reporta en otros estudios.⁶

Dentro de la vivienda, el dormitorio constituyó el lugar de mayor riesgo lo que coincide con otro estudio revisado,⁷ seguido del patio. Este último nos da la medida, de que a pesar de las limitaciones de la movilidad del anciano, este siempre trata de ser útil en las actividades domésticas exponiéndose a este tipo de riesgo.

Tanto el sexo masculino como el femenino mantuvieron una mayor frecuencia de casos los días lunes, miércoles y domingo en los que no encontramos una variable de las exploradas que explicaron este comportamiento.

Para concluir expresamos que las FC constituyen un importante problema de salud dada sus altas tasas de morbilidad así como representan un elevado costo en la atención médica que repercute negativamente en la calidad de vida del anciano.

Las caídas accidentales resultan las causas precipitantes, siendo el hogar el lugar más frecuente de ocurrencia, lo que permite establecer estrategias de intervención para su prevención en el nivel primario de salud.

Summary

The purpose of this research was to determine the characteristics of morbidity from hip fractures (HF) in the province of Pinar del Río from 1996 to 1997. A descriptive prospective study of morbidity was conducted at the Service of Orthopedics and Traumatology of "Abel Santamaría" Clinical and Surgical Teaching Hospital between August, 1996, and August, 1997. A survey previously validated was used to gather information. The results obtained showed that hip fracture, caused mainly by accidental falls (87.5 % of the cases), is an important health problem in the elderly. It occurred predominantly at home (74.4 %). The hip fracture prevailed in females compared with males. Finally, the results stressed the necessity of establishing intervention strategies at the primary health care level for the prevention and for the development of activities directed to improve the quality of life among the elderly.

Subject headings: HIP FRACTURES/etiology; HIP FRACTURES/prevention & control; MORBIDITY; AGING HEALTH; QUALITY OF LIFE; HEALTH PROMOTION.

Résumé

Dans le but de déterminer les caractéristiques de la morbidité par fractures de hanche à Pinar del Río dans la période de 1996 à 1997, une étude descriptive prospective de la morbidité dans le Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital universitaire et clinico-chirurgical "Abel Santamaría" dans la période comprise d'août 1996 à août 1997, a été réalisée. Afin de recueillir des renseignements, on a mené une enquête préalablement validée. Les résultats obtenus ont montré que la fracture de hanche, dont sa cause principale est les chutes accidentelles (87,5% des cas), constitue un problème de santé important pour les personnes âgées. La maison a été l'endroit de prédominance dans 74,4% des cas. Il y a eu une prédominance de la fracture de hanche chez le sexe féminin par rapport au sexe masculin. Les résultats ont finalement souligné le besoin d'établir des stratégies d'intervention au niveau primaire pour la prévention et le développement d'activités dirigées à améliorer la qualité de la vie des personnes âgées.

Mots clés: FRACTURES DE HANCHE/étiologie; FRACTURES DE HANCHE/prévention & contrôle; MORBIDITÉ; SANTÉ DE LA PERSONNE ÂGÉE; QUALITÉ DE LA VIE; PROMOTION DE LA SANTÉ.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. La tercera edad. Bol of Sanit Panam 1992;112:364.
2. _____. Salud de los ancianos. Bol of Sanit Panam 1991;113:552.
3. _____. Factores asociados con caídas en personas de edad avanzada. Bol of Sanit Panam 1992;121:459.
4. García Juárez, Bravo Bernabé, José Dolores, Pedro Antonio. Fracturas intertrocanterianas de la cadera; estudio prospectivo 1987-1990. Rev Mex Ortop Traumatol 1991;8(2):34-7.
5. Riggs BL, Wolton LJ. The worldwide problems of osteoporosis: insights A. Forged by epidemiology. Bone 1995;17:5055-115.
6. Altadill Arregui A, Gómez Alfonso C. Epidemiología de la fractura de cadera en Asturias. Med Clin 1995;105:281-6.
7. Colech Kiel DP. Epidemiology story of fall-related fracture among institutionalized older people 3. In: Geriatr Loc 1995;43:1336-40.
8. Bravo Caite F, Carbonel Frez T, Gabian Hamoud H. Morbilidad y letalidad de la fractura de cadera en Hospitales Provinciales de Santiago de Cuba. Rev Cubana Ortop Traumatol 1990;59(4):67.
9. Hadman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Goodman A, Gilman A. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 4ta. ed. México, DF: McGraw- Hill, Interamericana, 1996;vol 1.
10. Eliopoulos Ch. Gerontological nursing. 3a. ed Philadelphia: JB Lippincott, 1992.

Recibido: 6 de octubre del 2000. Aprobado: 10 de enero del 2000.

Dr. Alexis Pérez Carvajal, Calle González-Alcorta No. 37 e/ Martí y Maceo, Rpto. Cabadas, Pinar del Río.