

# Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología  
Volumen XV Número 1, 2013 ISSN: 1817-5996  
[www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu)



## ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

### Consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos operados

### Consequences of the hip fracture in operated aged people

Juan Carlos Delgado Morales <sup>I</sup>, Adelaida García Estiven <sup>II</sup>, Mayra Vázquez Castillo <sup>III</sup>, Madelyn Campbell Miñoso <sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Reumatología

<sup>II</sup> Especialista de primer grado en Reumatología

<sup>III</sup> Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Pediatría

<sup>IV</sup> Especialista de primer grado en Medicina General Integral

Hospital Fructuoso Rodríguez. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana. Cuba

#### RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva con objetivo de aportar evidencias científicas sobre las consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos, operados, seguidos en consulta externa del Hospital "Fructuoso Rodríguez" de La Habana, entre Julio 2008 a Junio del 2009. Los resultados fueron: La capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria fue evaluada con el Índice Katz, resultando el mayor número a los pacientes con discapacidad moderada seguido de la severa. Solo una cifra cercana a la cuarta parte de los ancianos estudiados estaba sin limitaciones. Para determinar capacidad funcional, referido a las actividades instrumentadas, utilizamos el índice Lawton, resultando se reduce el grupo de pleno. Predominan los ancianos que clasifican con grado de gran dependencia, seguidos de los de severa. Entre las consecuencias negativas para las familias priman las crisis internas, y afectaciones del cuidador.

**Palabras clave:** fractura de cadera; capacidad funcional, índice Katz, índice Lawton, dependencia.

#### ABSTRACT

We conducted a retrospective descriptive research to provide objective scientific evidence on the impact of hip fracture in elderly patients, operated, followed in outpatient Hospital "Fructuoso Rodriguez" in Havana, from July 2008 to June 2009. The results were: The ability to perform basic activities of daily living was assessed with the Katz Index, resulting in the largest number of patients with moderate disability followed by severe. Only a figure close to a quarter of the elderly was not limited. To determine functional capacity, based on the activities implemented, the Lawton index was used, resulting in a reduction in the full group. Predominantly classified elderly with a high dependency, followed by those with severe dependency. The negative consequences with families internal crises predominate, as well as disruption of the caregiver.

**Keywords:** hip fracture, capacity functional, Katz index, Lawton index, dependency.

#### INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional e individual es continuo, heterogéneo, universal e irreversible, que determina la

pérdida de capacidad de adaptación de los individuos, por lo que como tal no puede ser considerado sinónimo de enfermedad, obligando a diferenciar cuando es normal, fisiológico, del patológico.<sup>1</sup> Es un reto para los sistemas de salud, el objetivo central de lograr una Longevidad Satisfactoria en la cual la declinación fisiológica es mínima, donde desde el punto de vista clínico se alcance un bajo riesgo de enfermedad y discapacidad, un nivel alto de funcionamiento físico y mental y una satisfacción activa con la vida.<sup>2</sup>

Si bien el envejecimiento poblacional no constituye, en modo alguno, un problema de salud sino un logro alcanzado por la Humanidad, en el cual mucho ha tenido que ver el desarrollo científico técnico logrado, no es menos cierto que con este comienzan a proliferar, de forma creciente, un grupo de enfermedades crónicas y degenerativas, así como limitaciones que disminuyen en los ancianos la percepción de su salud.<sup>3,4</sup>

La frecuencia con que acuden los pacientes que han sufrido una fractura de cadera a nuestros centros asistenciales es considerada actualmente un problema de salud que presenta un riesgo elevado para el desarrollo de eventos adversos como la limitación funcional, incluyendo la incapacidad y la dependencia.<sup>5</sup> Algunos especialistas la denominan la epidemia silenciosa <sup>6</sup> debido a su alta incidencia y tendencia al aumento, a pesar de los grandes esfuerzos y numerosos recursos que se dedican a su manejo y tratamiento, considerando la caída que la provoca como el accidente fatal.<sup>7,8</sup>

En nuestro medio se estima que anualmente ocurren aproximadamente 12 000 fracturas de cadera, cifra que aumenta año tras año, constituyendo un desafío importante para el sistema de salud.<sup>9</sup> Por varias razones, entre las que destaca la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, con la consiguiente necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos básicos de la vida diaria y, de modo particular, lo referente al cuidado personal.

La anterior información por sí sola nos invita a pensar sobre la situación compleja del adulto mayor, la cual se constituye en una de las principales problemáticas que debemos enfrentar, nacional e internacionalmente, durante las próximas décadas, en vistas a mejorar la calidad de los años de vida, por lo que hemos decidido realizar la presente investigación en el Hospital Ortopédico Docente Fructuoso Rodríguez animados en el propósito de contribuir al abordaje científico de esta situación, que sirva de base para la prevención y recuperación de los ancianos afectados en su dependencia por las fracturas de cadera.

Nos planteamos como objetivo general en esta investigación, identificar consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos operados, con seguimiento en consulta externa del Hospital Ortopédico Docente Fructuoso Rodríguez, en el período de julio 2008 a junio 2009 y como objetivos específicos:

1.- Determinar capacidad funcional para actividades de la vida diaria, básicas e instrumentadas.

2.- Identificar grados de Dependencia y consecuencias negativas de esta en la familia, por fractura de caderas, en ancianos.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio, descriptivo, retrospectivo, de corte longitudinal con diseño predominante cuantitativo aplicando el método epidemiológico, con el propósito de aportar evidencias científicas sobre las consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos y clasificación de dependencia que afecta a los ancianos que han sufrido fractura de cadera, evolucionados en la consulta externa del Hospital Ortopédico Docente "Fructuoso Rodríguez" Municipio Plaza de la Revolución, Cuba, en el periodo de Julio 2008 a Junio del 2009 que permitan a las autoridades sanitarias trazar políticas de prevención y recuperación como elementos claves para luchar por un envejecimiento exitoso.

Fueron aplicados los instrumentos validados internacionalmente para la medición de la capacidad funcional. (Índices de Katz y Lawton)

### Universo y muestra

El universo de trabajo estuvo compuesto por 621 adultos mayores de 60 años intervenidos por Fractura de Cadera en el Hospital Ortopédico Docente "Fructuoso Rodríguez" sito en el Municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de la Habana en el periodo de un año comprendido de Julio 2008 a Junio 2009.

Para la selección de la muestra a estudiar se utilizó la fórmula por conglomerados para poblaciones conocidas, con una confiabilidad del 95 % y una precisión del 97 %, se obtuvo una muestra mínima a estudiar de 174 pacientes.

La muestra de estudio quedó conformada por 174 adultos mayores con diagnóstico de fractura de cadera que fueron seleccionados por el método de muestreo aleatorio simple. Para ello se realizó un listado consecutivo de todos los pacientes que asistieron a consulta externa de ortopedia de nuestro hospital, que previamente fueron intervenidos quirúrgicamente con ese diagnóstico.

### Criterios de inclusión:

Pacientes que fueron ingresados y operados (urgentes o electivos) por esta entidad y continuaron su atención por consulta externa.

Pacientes mayores de 60 años

Pacientes que dieron el consentimiento informado

### Criterios de exclusión:

Pacientes negados a participar en el estudio

Paciente con enfermedad terminal

Paciente que decide abandonar el estudio

Pacientes que fueron reintervenidos quirúrgicamente

Pacientes institucionalizados

Las principales fuentes de datos fueron:

Historia Clínica Individual

Encuesta confeccionada a partir de la literatura revisada validada por criterio de expertos. Anexo 2

Instrumentos validados internacionalmente para evaluar capacidad funcional y dependencia (Índices de Katz y Lawton). Anexos 3 y 4

Procedimientos

Una vez que el paciente fue seleccionado, se conversaba con él y se solicitaba su conformidad a participar, Anexo 1 si se rehusaba, estaba previsto que se asignara al siguiente. No hubo ningún caso de rechazo. Luego se tomaba la información de la historia clínica más reciente y se consultaban las anteriores de existir, además se aplicaba una encuesta confeccionada al efecto Anexo 2 con la que se interrogaba al paciente y/o familiar todo lo cual se volcaba en el cuaderno de trabajo.

La confección de la documentación que motiva nuestro interés cumplía con todas las exigencias bioéticas, y de la propeútica geriátrica, incluyendo los factores casuales y de repercusión biológica, psicológica y social de dependencia, seleccionados de literatura revisada.

Un aspecto clave y efectuado por el propia autor, consistió en efectuar una evaluación funcional de cada paciente mediante dos instrumentos de amplio dominio internacional, el Katz y el Lawton, según los criterios preconizados para su aplicación e interpretación, en los criterios Pleno, Moderado y Severo.

Posteriormente se procedió a evaluar la dependencia a partir de las directivas e instrumentos descritos en publicaciones de los órganos de trabajo y seguridad social que establecen niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere, quedando agrupados en los Grados:

**I: Dependencia Moderada:**

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

**II: Dependencia severa:**

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

**III: Gran Dependencia:**

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Por último se abordaron las Consecuencias Negativas de la Dependencia, desde el punto de vista familiar, según los cambios en las rutinas, necesidades y relaciones de sus miembros según Peolin 1994.

**Ética:**

Previa explicación en qué consistía la investigación y sus propósitos se tomó el consentimiento informado tanto oral y escrito de los adultos participantes y en los casos que lo requirió de sus representantes, garantizando la confidencialidad y cumpliendo con los principios de bioética médica establecido en Helsinki. Anexo 1

**Técnica y procedimientos:**

- Obtención de la información

La información se obtuvo a través de la revisión de las historias clínicas individuales de los pacientes seleccionados, además de la aplicación de una encuesta y de dos instrumentos, el de Katz y el de Lawton por parte del autor en la consulta externa. Anexos 3 y 4

Los Índices de Katz y Lawton, de amplio uso internacional para la evaluación funcional y dependencia del adulto mayor.

**Procedimientos de análisis estadísticos:**

Los datos fueron procesados en una computadora Pentium III, con el sistema operativo Windows XP. Se emplearon los procesadores de texto y tablas Microsoft Word y Excel 2007.

Como técnicas estadísticas se utilizó las medidas de resumen para variables cuantitativas (números absolutos y porcentos) y medidas de dispersión como la desviación estándar, empleando el programa estadístico SPSS versión 9 con un nivel de significación de 0.05 y confiabilidad del 95 %.

Los resultados se presentan en tablas para facilitar su análisis y comprensión. Se revisó la literatura nacional e internacional. Se sacaron conclusiones y se realizaron recomendaciones.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

La capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria fue evaluada tal y como hemos planteado con el Índice de Katz, Tabla 1 cuyos puntajes aparecen categorizados en tres grupos, habiéndole correspondido el peso principal a los pacientes con discapacidad moderada seguido de la severa. Solo una cifra cercana a la cuarta parte de los ancianos con fractura de cadera estudiados estaba plena, sin limitaciones.

**Tabla 1.** Estado Funcional para Actividades básica de la vida diaria (ABVD) según edad

Edad	Katz (Categorizado)						Total	
	Pleno		Moderado		Severo		Población	
	No	%	No	%	No	%	No	%
60-69	22	66.66	9	27.27	2	6,07	33	18.97
70-79	13	21.67	35	58.33	12	20.00	60	34.48
80-89	8	11.94	26	38.81	33	49.25	67	38.50
90 y mas	--	--	2	14.29	12	85.71	14	8.05
TOTAL	43	24.71	72	41.38	59	33,91	174	100,0

Cuando lo evaluamos según el efecto que ejerce la edad sobre el nivel y estructura de la discapacidad encontramos que se incrementa su índice, así el menor nivel de presencia de discapacitados severos para las ABVD se observó en el grupo atareo 60-69, y el mayor en el grupo de 90 y más años, igualmente afecta a casi la mitad del grupo de 80-89 años.

Si observamos la columna de plenos, sin discapacidad para ABVD se puede apreciar una cifra elevada al inicio, que se corresponde con la menor edad, para luego ir descendiendo a medida que avanza la misma.

Consideramos que estos resultados están ligados a la incidencia de la edad en la fragilidad del aciano y a una mayor frecuencia de fractura de cadera a partir de los 80 años, de donde se deduce una mayor labor de prevención de las caídas en esa etapa de la vida.

Con igual propósito de determinar la capacidad funcional del grupo estudiado utilizamos el Índice de Lawton para evaluar

la misma, esta vez referido a las actividades instrumentadas, que obviamente resultan más complejas resultando se reduce el grupo de pleno, la categoría más favorable, Llama la atención el predominio del grupo con discapacidad moderada. Tabla 2

Evaluado por edad, tenemos que en las edades superiores a los 80 años predominan los ancianos con daño severo de su capacidad confirmando la presunción inicial, de que el grado de afectación para este tipo de actividades está íntimamente relacionado con la edad que en nuestro estudio se agudiza por la fractura de cadera sufrida.

Estos resultados se corresponden con la hipótesis, de que el nivel de deterioro puede no manifestarse con el mismo rango en las actividades básicas de la vida diaria, que en las de las actividades instrumentadas, pues demandan una exigencia superior y se confirma lo invalidante que resulta la fractura de cadera aunque en nuestro caso predomino el moderado para ambas actividades.

**Tabla 2.** Estado Funcional para Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD) según edad.

Edad	Lawton (Categorizado)						Total	
	Pleno		Moderado		Severo		Población	
	No	%	No	%	No	%	No	%
60-69	19	57.57	12	36.36	2	6,07	33	18.97
70-79	10	16.66	37	61.67	13	21.67	60	34.48
80-89	5	7.46	30	44.78	32	47.76	67	38.50
90 y mas	--	--			14	100	14	8.05
TOTAL	34	19.50	79	45.41	61	35.09	174	100,0

Con todos los elementos antes estudiados consideramos útil clasificar los ancianos con fractura de cadera según grado de Dependencia, Tabla 3 un concepto relativamente nuevo, referido a la necesidad de asistencia para ejecutar ciertos actos teniendo como eje las veces que requiere de ayuda para realizar actividades Básicas de la Vida Diaria.

**Tabla 3.** Grado de dependencia actual

Grados de Dependencia	Total	%
Grado I (Moderada)	42	24.18
Grado II (Severa)	31	17,82
Grado III (Gran Dependencia)	67	38,50

Es mayoritario el grupo de Gran Dependencia, compuesto por los que por su pérdida total de autonomía mental o física necesitan presencia indispensable y continua de otra persona, cuidador, o de lo contrario la conducta sería la institucionalización lo que agravaría su situación.

Dado que en los estudios de Dependencia el enfoque no solo ha de ser individual sino también dirigido a la familia, vista está según planteara Carrasco Mayra C. y col. En el Texto Básico para la Maestría Longevidad Satisfactoria. Soporte Electrónico 2005,10 como fuente de amor, satisfacción,

bienestar y apoyo siendo la encargada de transmitir valores, construir sentimientos, formar la conciencia humana y conservar tradiciones, en un marco de solidaridad y como la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. La familia es el principal agente proveedor de cuidados para personas dependientes.

Por ello consideramos útil valorar las consecuencias negativas para la misma.

**Tabla 4.** Consecuencias Negativas Familiares

CONSECUENCIAS	Total de ancianos	%
Desvinculación laboral del Cuidador	20	11.49
Crisis del cuidador crucial	43	24.71
Ausencia de cuidadores sustitutos	36	20.68
Maltrato familiar al discapacitado	33	18.96
Potencialización de la dependencia por sobreprotección exagerada	12	6.89
Restricción o limitación de la independencia en otras esferas	26	14.94
Crisis familiares	61	35.05
Abandono del paciente en estado de dependencia	2	1.14

Resalta la afectación directa a la familia que provoca la fractura de cadera en el anciano, la que se potencializa con el grupo clasificado con gran dependencia, dada la necesidad de cuidador crucial permanente habiendo registrado en el presente estudio la crisis de cuidador que requiere de apoyo y atención médica, en donde inciden aspectos económicos como la pérdida de ingresos por desvinculación laboral, no contar con sustitutos lo que conlleva agotamiento e irritabilidad que en muchos casos se traduce en maltrato al discapacitado, elementos que están presentes cuya cuantía se reflejan en la tabla 4.

Desde el punto de vista cuantitativo porcentual las dos consecuencias principales están dadas, en primer orden por las crisis familiares que agudizan todo el cuadro dejando de ser el principal apoyo y la crisis del cuidador crucial, ambas interrelacionadas.

## CONCLUSIONES

En la evaluación funcional tanto para actividades de la vida diaria como para la instrumentada sobresale el grupo de moderado, sin embargo en edades superiores a los ochenta años primó la categoría severa.

Predominan los ancianos que clasifican con Gran dependencia, seguidos del grupo II, Severa.

Entre las consecuencias negativas para las familias, más frecuentes, se encuentran, las crisis internas, y afectaciones del cuidador.

## RECOMENDACIONES

Iniciar proyectos de trabajo sobre prevención de Dependencia en ancianos con fractura de cadera, fundamentalmente en la

Atención Primaria de Salud (APS) y su referencia y contra referencia con el Hospital.

Establecer políticas sanitarias que garanticen un incremento de la salud de este grupo poblacional.

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado

Yo

Con carné de identidad

Expreso mi conformidad a participar en la investigación sobre "Consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos operados. Hospital Fructuoso Rodríguez.2009." y responder la encuesta diseñada para recoger los datos necesarios.

Y para que así conste firmo la presente.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### Anexo 2. Encuesta

#### I. Datos generales

-Nombres y Apellidos

-Edad: 60-69 \_\_\_\_ 70-79 \_\_\_\_ 80-89 \_\_\_\_ 90 y mas \_\_\_\_

-Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

-Color de la piel: B \_\_\_\_ N \_\_\_\_ M \_\_\_\_

-Estado civil: Viudo (a) \_\_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_ Soltero (a) \_\_\_\_ Unión consensual \_\_\_\_

-Escolaridad: Primaria sin terminar \_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_

Pre Universitaria \_\_\_\_ Universitaria \_\_\_\_

-Convivencia: Solo \_\_\_\_ Acompañado \_\_\_\_

II Antecedentes patológicos personales:

-CI \_\_\_\_ HTA \_\_\_\_ DM \_\_\_\_ ECV \_\_\_\_ ICC \_\_\_\_  
 Depresión \_\_\_\_ EPOC \_\_\_\_ Enfermedad de Parkinson  
 \_\_\_\_ Insuficiencia Renal \_\_\_\_ Asma bronquial \_\_\_\_ Otras \_\_\_\_

-Comorbilidad: Numero de Enfermedades No Trasmisibles  
 que padece 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_ 5 \_\_\_\_ mas de 5 \_\_\_\_

-Factores de Riesgo, Habito de Fumar \_\_\_\_  
 Alcoholismo \_\_\_\_ Obesidad \_\_\_\_ Sedentarismo \_\_\_\_

-Número de medicamentos que consume \_\_\_\_

-Minusvalías: Visuales \_\_\_\_ Auditivas \_\_\_\_ Físico-  
 Motoras \_\_\_\_

Detalle cuales

-Complicaciones: Bronconeumonía \_\_\_\_ Anemia \_\_\_\_ Sepsis  
 Urinaria \_\_\_\_ Estado confusional agudo \_\_\_\_ Ulceras por  
 presión \_\_\_\_ Sepsis de la Herida \_\_\_\_ Otras \_\_\_\_

III Factores Causantes de Dependencia

-Psicológicos: Aislamiento social \_\_\_\_ Quejas físicas \_\_\_\_

Crisis de Jubilación \_\_\_\_ Perdida de allegados \_\_\_\_ Temor a  
 caerse \_\_\_\_ Pérdida memoria \_\_\_\_ Depresión \_\_\_\_ Otras \_\_\_\_

-Sociales: Sobreprotección \_\_\_\_ Soledad \_\_\_\_ Familia  
 Disfuncional \_\_\_\_

Insatisfacción de necesidades básicas \_\_\_\_ Otras \_\_\_\_

IV- Necesidad de ayuda para realizar varias actividades  
 básicas de la vida diaria.

Número de veces al día \_\_\_\_

V- Consecuencias Negativas de la Dependencia Desde el  
 punto de vista familiar

-Desvinculación laboral del Cuidador \_\_\_\_ Crisis del  
 cuidador Crucial \_\_\_\_ Ausencia de cuidadores sustitutos \_\_\_\_  
 Maltrato familiar al Discapacitado \_\_\_\_ Potencialización de  
 la dependencia por sobreprotección exagerada \_\_\_\_  
 Restricción o limitación de la independencia en otras esferas  
 que el individuo es Independiente \_\_\_\_ Crisis familiares \_\_\_\_  
 Abandono del paciente en estado de dependencia \_\_\_\_  
 Otras \_\_\_\_

**Anexo 3. Índice de Katz.**

Bañarse: (en tina o ducha) Transferirse:

Independiente: Se baña completamente, o necesita ayuda sólo  
 para jabonarse ciertas regiones (espalda, o una extremidad  
 dañada) Independiente: Entra y sale de la cama

Secundaria \_\_\_\_

independientemente, se sienta y para de la silla (puede usar  
 soporte mecánico).

Dependiente: Requiere ayuda para bañarse más de una parte  
 del cuerpo, o para entrar o salir de la tina, o no se puede  
 bañar solo. -Dependiente: Requiere ayuda para moverse  
 hacia o desde la cama o silla; no realiza una o más  
 transferencias.

Vestirse: Continencia:

Independiente: Llega al baño, se sienta y para del toilet, se  
 arregla la ropa y se limpia (puede usar su propia chata en la  
 noche y usar soportes mecánicos) -Independiente: Controla  
 totalmente esfínter anal y vesical.

Dependiente: Requiere ayuda durante su estadía en el toilet, o  
 al usar chata (bedpan). -Dependiente: Incontinencia total o  
 parcial para orina u obrar; control parcial o total por enemas  
 o sondas o recolectores; o uso regulado de chata

Ir al Toilet: (Ir al baño) Alimentación:

Independiente: Llega al baño, se sienta y para del toilet, se  
 arregla la ropa y se limpia (puede usar su propia chata en la  
 noche y usar soportes mecánicos) Independiente: Lleva la  
 comida del plato a la boca (se excluye el cortar la carne o  
 preparar la comida).

Dependiente: Requiere ayuda durante su estadía en el toilet, o  
 al usar chata (bedpan). -Dependiente: Requiere asistencia  
 para comer; no come; o usa alimentación enteral o parental.

**Anexo 4 .Índice de Lawton**

Escala de actividades instrumentadas de la vida diaria

A. Capacidad para usar el teléfono

Opera el teléfono por iniciativa propia; busca el número en el  
 dial, etc. \_\_\_\_\_

Marca unos cuantos números bien conocidos. \_\_\_\_\_

Contesta el teléfono, pero no marca. \_\_\_\_\_

No usa, en absoluto, el teléfono. \_\_\_\_\_

B. Compras

Hace todas las compras necesarias,  
 independientemente. \_\_\_\_\_

Hace independientemente, pequeñas compras (leche, pan,  
 café). \_\_\_\_\_

Tiene que ser acompañado para cualquier viaje. \_\_\_\_\_

Completamente incapaz de comprar. \_\_\_\_\_

C. Preparación de los alimentos

Planea, prepara y sirve comidas adecuadas  
 independientemente. \_\_\_\_\_

Prepara comidas adecuadas si se le dan los ingredientes. \_\_\_\_\_

Calienta y sirve si se le deja preparada. \_\_\_\_\_

Hay que prepararle y servirle las comidas. \_\_\_\_\_

#### D. Manejo de la casa

Mantiene la casa, solo o con ayuda ocasional (Ej.: trabajo pesado, ayuda doméstica). \_\_\_\_\_

Realiza tareas diarias ligeras tales como lavar los platos, hacer las camas. \_\_\_\_\_

Realiza tareas diarias ligeras, pero no puede mantener un nivel aceptable de limpieza. \_\_\_\_\_

Necesita ayuda para todas las tareas del mantenimiento de la casa. \_\_\_\_\_

No participa en ninguna de las tareas domésticas. \_\_\_\_\_

#### E. Lavado (de ropa).

Hace el lavado personal, completamente. \_\_\_\_\_

Lava pequeñas piezas, lava las medias, etc. \_\_\_\_\_

Todo el lavado es hecho por otros. \_\_\_\_\_

#### F. Modo de transporte

Viaja independientemente en transporte público o maneja su propio auto. \_\_\_\_\_

Dispone su propio viaje en taxi, pero no usa otros transportes públicos. \_\_\_\_\_

Viaja en transportes públicos cuando va acompañado por otros. \_\_\_\_\_

Viaje limitado a taxi o automóvil con ayuda de otro. \_\_\_\_\_

No viaja en absoluto. \_\_\_\_\_

#### G. Responsabilidad de los propios medicamentos

Es responsable de tomar los medicamentos en dosis y a horas correctas. \_\_\_\_\_

Toma la responsabilidad si se le preparan previamente los medicamentos en dosis separadas. \_\_\_\_\_

No es capaz de administrarse sus propios medicamentos. \_\_\_\_\_

#### H. Capacidad para manejar las finanzas

Maneja, independientemente, los asuntos económicos (presupuesto, hace cheques, para el alquiler y las cuentas, va al banco, cobra y sigue la pista de sus ingresos). \_\_\_\_\_

Maneja las compras diarias pero necesita ayuda

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Romero A. *Definición de envejecimiento Documento 3 Maestría de Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. La Habana 2005.*
2. Toledo Curbelo GJ. *Fundamentos de Salud Pública., Tomo I. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2004. p. 56-72.*
3. Pérez Martínez VT. *El deterioro cognitivo: una mirada previsor Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(1-2):13-27.*
4. Delsler T, Peña J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous; 1994. p. 42-65.*
5. Álvarez Cambras R. *Tratado de Ortopedia y Traumatología. La Habana: Pueblo y Educación; 1985. p. 132-4.*
6. Nogal L, Ribera JM. *Complicaciones y consecuencias de las caídas. El síndrome poscaída. En: Pitto RP. Osteoporosis y caídas en los ancianos. Barcelona: Ed. Fahoemo-Edipharma; 1994. p. 37-56.*
7. Copeland CE, Mitchell KA, Brumback RJ, Gens DR, Burges AR. *Mortality in patients with bilateral femoral fractures. J Orthop.Trauma. 2008;12:315-9.*
8. Benitez Herrera A, Ylisastegui Romero LE. *Auto percepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un Centro de Atención Primaria. Rev Atención Primaria. 1996;17(4):273-9.*
9. Toledo Fernández AM, Cabrera Cruz N, Arteaga García A, Mejías Sánchez Y. *Calidad de las guías de práctica clínica cubanas. Revista Cubana de Salud Pública, 2011;37(3):349-58.*
10. Carrasco M. *Texto Básico Maestría Longevidad Satisfactoria [CD-ROM]. La Habana 2005.*

Los autores refieren no tener conflictos de intereses.

Recibido: 20 de enero de 2013

Aprobado el 16 de abril de 2013

Autor para correspondencia: Dr. Juan Carlos Delgado Morales E-mail: [carlos.delgado@infomed.sld.cu](mailto:carlos.delgado@infomed.sld.cu)

Calle Parraga No 11, altos, entre Estrada Palma y Luis Estévez. 10 de Octubre. La Habana, Cuba. CP 10500.