

Artículo original

Síndromes geriátricos en pacientes con fractura de cadera no reciente en una unidad de primer nivel de atención médica

González-López AM,* Vázquez-Cruz E,** Romero-Medina JL,** Gutiérrez-Gabriel I,* Montiel-Jarquín AJ,*** Salvatori-Rubí JJ,*** García-Carrasco M,**** Mendoza-Pinto C****

Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México

RESUMEN. *Objetivo:* Identificar la frecuencia de síndromes geriátricos en pacientes que sufrieron fractura de cadera no reciente en una unidad de primer nivel de atención médica en el estado de Puebla, México. *Material y métodos:* Estudio transversal realizado en 376 pacientes que sufrieron fractura de cadera no reciente, a los que se les evaluó la presencia de síndromes geriátricos. Incluimos variables demográficas, incontinencia urinaria, polifarmacia, trastornos del sueño, estado nutricional, así como depresión y autonomía. La depresión y autonomía fueron evaluadas por las escalas de Yesavage y Katz. Utilizamos estadística descriptiva. *Resultados:* Fueron un total de 376 pacientes, 219 (58%) femeninos, 157 (42%) masculinos; edad promedio 72.57, (65-95, \pm 7.08) años, 98.7% presentó al menos un síndrome geriátrico. La depresión se detectó en 303 (80.9%), la polifarmacia se observó en 282 (75%), en cuanto a los trastornos del sueño se encontraron en 262 (69.7%), las caídas se encontraron en 63 (16.8%), la incontinencia urinaria en 19 (5.1%), en cuanto a la obesidad en 15 (4%) y pérdida de la autonomía en 3 (0.8%). *Conclusión:* 98.7% padecen por lo menos un síndrome geriátrico, el género femenino es el más afectado, el síndrome más frecuente es

ABSTRACT. *Objective:* To identify the frequency of geriatric syndromes in patients with a non-recent hip fracture seen at a primary health care unit in the state of Puebla, Mexico. *Material and methods:* Cross-sectional study conducted in 376 patients with a non-recent hip fracture screened for geriatric syndromes. We included demographic variables, urinary incontinence, polypharmacy, sleep disorder, nutritional status, depression and autonomy. The two latter were assessed using the Yesavage geriatric depression scale and the Katz index. We used descriptive statistics. *Results:* The total number of patients was 376; 219 (58%) were females and 157 (42%) were males; mean age was 72.57 years (65-95 \pm 7.08), and 98.7% had at least one geriatric syndrome. Depression was detected in 303 (80.9%), 282 (75%) were on polypharmacy, 262 (69.7%) had sleep disorders, 63 (16.8%) had experienced falls, 19 (5.1%) had urinary incontinence, 15 (4%) were obese, and 3 (0.8%) had loss of autonomy. *Conclusion:* 98.7% of the patients had at least one geriatric syndrome; females were the most affected sex; depression was the most frequent syndrome, followed by polypharmacy, sleep disorders, falls, urinary incontinence, obesity and loss of autonomy.

Nivel de evidencia: IV

* Unidad de Medicina Familiar Núm 1.

** Unidad de Medicina Familiar Núm. 6.

*** Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Traumatología y Ortopedia de Puebla 275.

**** Unidad de Investigación de Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas del Hospital General Regional 36-CIBIOR.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México.

Dirección para correspondencia:

Álvaro José Montiel-Jarquín

UMAE, Hospital de Traumatología y Ortopedia

Diagonal Defensores de la República esquina 6 Poniente s/n,
Col. Amor, CP. 72140, Puebla, México.

E-mail: alvaro.montielj@imss.gob.mx dralmoja@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actaortopedica>

depresión, seguida de polifarmacia, trastorno del sueño, caídas, incontinencia urinaria, obesidad y pérdida de la autonomía.

Palabras clave: fractura, cadera, ancianos de 80 o más años, complicaciones.

Key words: fracture, hip, aged 80 and over, complications.

Introducción

Durante los próximos años, México contará con una población de ancianos, por ello, es que los servicios médicos deberán estar encaminados a satisfacer sus necesidades de salud, que en parte se deberán a los avances tecnológicos. En este sentido, los accidentes ocupan la segunda causa de defunciones en nuestro país; las enfermedades crónico-degenerativas se presentan en los pacientes mayores de 65 años, lo que hace que se eleve el costo en la atención médica y se incrementen las demandas en la atención de este tipo de pacientes. Por lo tanto, la identificación de la frecuencia de presentación de los síndromes geriátricos permite conocer hacia dónde debemos enfocar y dar prioridad a las actividades prevención y de atención médica para lograr un alto impacto en la mejora de la calidad de vida mediante la creación de programas nacionales.

Se define síndrome como el complejo de signos y síntomas provocados por una causa común o que aparecen en combinación para presentar el cuadro clínico de una enfermedad o anomalía.¹ Los síndromes geriátricos más presentes son la incontinencia urinaria, que es cualquier pérdida involuntaria de orina ocurrida en al menos seis ocasiones durante el año o cualquier historia evidente de goteo inducido por estrés o urgencia;² la depresión, que se define como la emoción o sentimiento sicopatológico de tristeza que puede acompañarse de síntomas somáticos, cambios en los ritmos biológicos y alteraciones neuroendocrinas;^{3,4} la polifarmacia, que es la ingesta de más de cinco medicamentos al día, la geriatría la define —junto a la iatrogenia a fármacos— como uno de los grandes síndromes geriátricos, probablemente porque la polifarmacia como entidad clínica se comporta como un simulador de enfermedad generando síntomas sugerentes de cualquier estado patológico;^{5,6} los trastornos del sueño, cuya prevalencia se incrementa con la edad y se estima que 80% de los ancianos tienen dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano, fragmentación del sueño y ronquido, lo que condiciona somnolencia diurna, desorientación, *delirium*, deterioro cognitivo, incremento en el riesgo de caídas y lesiones, deterioro en la calidad de vida, incremento del uso de recursos y de los costos de atención y sobrecarga al cuidador entre otras;⁶ el estado nutricional del anciano que está relacionado con el propio proceso de envejecimiento durante el cual se producen cambios corporales, aparecen alteraciones metabólicas, alimentarias con la coexisten-

cia de enfermedades crónicas y agudas^{7,8} y las caídas, que pueden ser definidas como una precipitación al suelo, repentina, involuntariamente, insospechadas con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo son un fenómeno frecuente que afecta a una gran parte de la población geriátrica.

Noventa por ciento de las fracturas de cadera se presentan en personas mayores de 64 años y tienen una mortalidad de 5%, una estancia hospitalaria promedio de 16 días y pueden ser condicionantes de incremento en la frecuencia de síndromes geriátricos, pudiendo llegar a presentarse hasta en 45% de los adultos mayores con predominio en hombres.^{9,10,11}

El objetivo de este trabajo es presentar la frecuencia de síndromes geriátricos en pacientes mayores de 65 años que han sufrido fractura de cadera no reciente en una Unidad de Primer Nivel de Atención Médica en el estado de Puebla, México.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal en un centro de primer nivel de atención médica. En él, incluimos pacientes mayores de 65 años de edad con antecedentes de haber sufrido fractura traumática de cadera, en un tiempo mayor a seis meses antes de este estudio. El período de estudio comprendió de primero de Enero de 2013 al 30 de Junio de 2013.

A los pacientes que aceptaron participar en el estudio mediante el llenado de un consentimiento informado y que cumplieron con los criterios de inclusión, se les aplicó un cuestionario para datos generales, la escala de depresión para pacientes geriátricos de Yesavage y la escala de Katz para valorar autonomía en pacientes con fractura de cadera. La entrevista y llenado del cuestionario de datos consistió en preguntar sobre la presencia o ausencia de caídas y de emisión involuntaria de orina (incontinencia urinaria), cantidad de ingesta de medicamentos por día (polifarmacia), trastornos del sueño y estado nutricional para pacientes geriátricos.

Consideramos polifarmacia como la ingesta de cinco o más medicamentos por día; alteraciones del sueño a una o más de las siguientes opciones: dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano, fragmentación del sueño, sueño no reparador, necesidad de una siesta diurna, levantarse varias veces durante la noche y ronquido, el estado nutricional

Tabla 1. Distribución de síndromes geriátricos por grupos de edades en pacientes con fractura de cadera no reciente.

Edad (años)	Estado nutricional (algún grado de sobrepeso)	Incontinencia urinaria	Depresión	Polifarmacia	Trastornos del sueño	Pérdida de autonomía	Caídas
Promedio 72.23 ± 7 n = 376							
Grupo etario (n)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
65-70 (180)	122 (67.6)	3 (1.6)	132 (73.3)	109 (60.5)	103 (57.2)	0 (0)	18 (10.0)
71-75 (89)	45 (50.5)	8 (8.9)	70 (78.6)	72 (80.8)	74 (83.1)	0 (0)	16 (17.9)
76-80 (46)	16 (34.7)	1 (2.1)	43 (93.4)	45 (97.8)	34 (73.9)	0 (0)	10 (21.7)
81-85 (37)	20 (54.0)	3 (8.1)	36 (97.2)	35 (94.5)	33 (89.1)	1 (2.7)	10 (27.0)
86-90 (16)	4 (25)	1 (6.2)	15 (93.7)	14 (87.5)	12 (75)	1 (6.2)	5 (31.2)
> 90 (8)	1 (12.5)	3 (37.5)	8 (100)	7 (87.5)	6 (75)	1 (12.5)	4 (50)
Total = 376	208 (55.31)	19 (5.05)	303 (80.9)	282 (75)	262 (69.68)	3 (0.79)	63 (16.75)

Abreviaturas: n = pacientes, ± = desviación estándar, n = muestra, % = porcentaje, > = mayor de.

fue valorado mediante las Guías de Práctica Clínica usadas en México para la valoración geriátrica.

Consideramos el test de Yesavage de 15 reactivos para depresión como normal cuando arrojó valores de 0 a 4 puntos y como depresión presente con cinco o más puntos. Así, también consideramos el índice de Katz para autonomía, también clasificado jerárquicamente de la letra A a la G y otros; siendo éstos los de peor calificación para evaluar independencia para la alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse de acuerdo con los siguientes valores: A) independencia, B) independencia para todas las anteriores excepto una función, C) independencia para todas salvo bañarse solo y una más, D) independencia para todas salvo bañarse, vestirse y una más, E) independencia para todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más, F) independencia para todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más, G) dependiente para las seis funciones básicas y la el último denominado como Otros, dependientes dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F. La información se procesó en el programa SPSS v22 de IBM, utilizando estadística descriptiva.

Resultados

Se recopilaron un total de 376 pacientes, la edad promedio fue de 72.23 (65-95 años) ± 7.08 años, siendo 219 (58%) pacientes femeninos y 157 (42%) masculinos.

Con respecto a los grupos de edad, la mayor frecuencia de los pacientes estuvo entre los 65 y 70 años. La depresión fue el síndrome que más frecuentemente se presentó, seguido de polifarmacia, trastornos del sueño, algún grado de sobrepeso, caídas, incontinencia urinaria y pérdida de autonomía. En 98.7% (n= 371) de los pacientes tuvo por lo menos un síndrome geriátrico. Los resultados de la distribución de síndromes geriátricos por grupos de edades en pacientes con fractura de cadera no reciente se muestran en la tabla 1.

Discusión

La valoración y el diagnóstico oportuno de los síndromes geriátricos representa uno de los principales factores a estudiar en el adulto mayor, ya que son padecimientos a los que está predisposto debido a los cambios asociados al propio envejecimiento y las complicaciones de padecimientos crónicos de los cuales pueden ser portadores. La fractura de cadera *per se* puede ocasionar un incremento en la frecuencia de dichos síndromes.

De acuerdo con el número creciente de pacientes geriátricos es importante conocer la prevalencia de los síndromes geriátricos en estos pacientes, conocer si los médicos familiares indagan sobre estos padecimientos en la consulta diaria, si se les otorgan valoraciones y tratamientos adecuados además de identificar la existencia de estos síndromes.

En un estudio de García Zenón¹² sobre prevalencia de síndromes geriátricos en pacientes hospitalizados, se encontró que la edad media fue de 85.47 ± 4.4 años con una mínima de 80 y una máxima de 100 años, 56.4% (n = 282) era de sexo femenino. En 98% (n = 490) de los pacientes tuvo al menos un síndrome geriátrico y el síndrome geriátrico más frecuente fue polifarmacia con 68.2%. A diferencia de nuestra población que es menor en número, ya que ellos incluyeron un poco más de 500 pacientes contra 376 de nuestra población y que la población de ellos era hospitalizada contra la de nosotros que era ambulatoria; nuestros hallazgos concuerdan en que cerca de 98% de ambas poblaciones presentan por lo menos un síndrome geriátrico, pero difiere en el síndrome geriátrico presentado con mayor frecuencia, ya que ellos encontraron polifarmacia a diferencia de nosotros que encontramos depresión. Así también en nuestro estudio la edad media fue menor 72 ± 7 años, con un mínimo de 65 y máximo de 95 años. Sin embargo, es importante mencionar que la población estudiada por García Zenón en el momento del estudio estaba hospitalizada. No sabemos si la fractura de pelvis no reciente pudo haber sido la causante del incre-

mento de la frecuencia de depresión en nuestra población. Asimismo, el género que predominó en nuestro estudio fue el femenino, lo cual también concuerda. Es importante mencionar que la frecuencia de fractura de cadera es mayor en la población masculina comparada con la femenina,⁹ lo que hace en nuestra población que hayamos tenido una prevalencia mayor de mujeres comparada con hombres.

En este mismo estudio¹² se incluyó población con nivel socioeconómico alto, lo cual difiere con nuestra población que son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social muy probablemente de clase media baja económica por no ser objetivo del estudio. La situación de que nuestros pacientes fueron ambulatorios puede ser la causa de la diferencia en prevalencia y tipo de síndrome geriátrico presentado en ambos estudios.

En el estudio titulado «Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional» de Varela Pinedo y colaboradores, llevado a cabo durante 2003 en Perú, en una muestra de 400 pacientes hospitalizados encontraron la malnutrición en 68.22%, 54% de incontinencias, 52.72% de insomnio, 39.75% caídas y 15.97% de depresión, lo cual también difiere de nuestros hallazgos, pero concuerda en que las mujeres tienen un mayor de síndromes geriátricos que los hombres.¹³⁻¹⁴

En nuestro estudio, encontramos un promedio de 3.02 síndromes geriátricos por paciente, esto debido tal vez a que nuestra población no está hospitalizada, por lo tanto tiene menos patologías que los mantendrían hospitalizados. No encontramos desnutrición debido a que nuestros pacientes se valen por sí mismos, lo que hace que el estado nutricio sea mejor.

En el estudio de Lisigurski-Teitelman sobre valoración integral en una población de adultos mayores también realizado en Perú, con una muestra de 90 adultos mayores de 60 años, aplicaron la escala de Yesavage a 72 pacientes, de los cuales 56% de las mujeres y 24.3% de los hombres presentaban depresión.¹⁵

En nuestro estudio, se tomó una población mayor con rangos de los 65 a 95 años de edad y el número de mujeres fue de 58%, casi el mismo que el estudio anteriormente mencionado, esto debido a que las mujeres son las que con mayor frecuencia acuden a los servicios de salud. La escala de depresión de Yesavage se efectuó a toda nuestra muestra y 80.9% presentaron depresión, cifras que no concuerdan con respecto al estudio anterior. En 84.9% de las mujeres y 75.2% de los hombres presentaron algún grado de depresión, aquí es mayor la depresión en mujeres que en hombres al igual que en el estudio anterior.

Por lo anterior, podemos concluir que 98.7% de las personas mayores de 65 años con antecedente de una fractura no reciente de cadera padecen por lo menos un síndrome geriátrico, que el género femenino es más afectado que el masculino y que la depresión es el síndrome más frecuente seguido de polifarmacia.

Sugerimos realizar estudios sobre prevención, manejo integral y temprano de estos síndromes para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. Villanueva AR: Síndrome. En: Villanueva AR, López AC, Ruiz AF. Diccionario Mosby Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Diccionario General. 2000.
2. Martínez-Gallardo L, Nellen-Hummel H, Hamui-Sutton A, Halabé-Cherem J: Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seg Soc.* 2007; 45(5): 513-21.
3. Italo-Marsiglia G: Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1,159 pacientes. *Gac Med Caracas.* 2010; 118(1): 3-10.
4. Agüera-Ortiz L, Losa R, Goez L, Gilaberte I: Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. *Psicogeriatría.* 2011; 3(1): 1-8.
5. Velázquez-Portillo M, Gómez-Guerrero R: Frecuencia y factores asociados al empleo de polifarmacia en pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias. *Arch Med Urg Mex.* 2011; 3(2): 49-54.
6. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. México: Secretaría de Salud; 2010.
7. Bernal-Orozco M, Vizmanos B, Celis-De la Rosa A: La nutrición del anciano como un problema de salud pública. *Antropo.* 2008; 16: 43-55.
8. Franco-Álvarez N, Ávila-Funes J, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo L: Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. *Rev Pan Salud Pub.* 2007; 22(6): 369-75.
9. Serra JA, Garrido G, Vidán M, Marañón E, Brañas F, Ortíz J: Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *Ann Med Inter (Madrid).* 2002; 19(8): 389-95.
10. Hernández-Herrera D, Ferrez-Villegas J: Prevención de caídas en adulto mayor. Intervenciones de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seg Soc.* 2007; 15(1): 47-50.
11. Mosquera-Betancourt G, Vega-Basurto S, Valdeblánquez-Atencio J, Valera-Hernández A: Protocolo de manejo hospitalario del trauma craneoencefálico en el adulto mayor. *Rev Arch Med Camagüey.* 2010; 14(1): 1-12.
12. García-Zenón T, López-Guzmán J, Villalobos-Silva J, d'Hyver-de las Deses C: Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados. *Rev Med Inst Mex Seg Soc.* 2006; 22(5): 369-74.
13. Martínez-Gallardo L, d'Hyver-De las Deses C: Prevalencia de síndromes geriátricos en una residencia de mujeres de edad avanzada. *Med Int Mex.* 2011; 27(1): 23-8.
14. Varela-Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Herrera-Morales A, Ortiz-Saavedra P, Chigne-Verástegui O: Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Rev Diag Perú.* 2004; 43(2): 57-63.
15. Lisigurski-Teitelman M, Varela-Pinedo L, Ortiz-Saavedra P: Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores. *Rev Soc Perú Med Inter.* 2002; 15(1): 39-45.