



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
ORTOPEDIA**

**“FRECUENCIA DE SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES CON
FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL GENERAL DE BALBUENA,
SSDF”**

TIPO DE INVESTIGACIÓN: CLINICA

**PRESENTADO POR:
DRA. ALHELÍ LUCÍA BREMER AZTUDILLO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN: ORTOPEDIA
DIRECTOR DE LA TESIS: DR. JOSE ANTONIO PEÑAFORT GARCIA**

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FRECUENCIA DE SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES CON FRCTURA
DE CADERA EN EL HOSPITAL GENERAL DE BALBUENA SSDF

AUTOR: DRA. ALHELÍ LUCÍA BREMER AZTUDILLO

Vo Bo.

DR. JORGE ARTURO AVIÑA VALENCIA



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDÍA

Vo. Bo.

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

FRECUENCIA DE SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES CON FRCTURA
DE CADERA EN EL HOSPITAL GENERAL DE BALBUENA SSDF

AUTOR: DRA. ALHELÍ LUCÍA BREMER AZTUDILLO

Vo Bo.

DR. JOSE ANTONIO PEÑAFORT GARCIA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Peñafort', is written over the printed name. The signature is stylized and somewhat illegible due to overlapping lines.

DIRECTOR DE TESIS
JEFE DE SERVICIO DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme vivir un día a la vez.

A mis padres, LUCY y MARCO, por estar ahí siempre. Los amo.

A Diana Bremer por que es la mejor hermana que haya podido tener.

Al Dr. José Antonio Peñafort por apoyarme en los momentos mas duros de mi vida

Al Hospital General de Balbuena por abirme las puertas estos 4 años a todo los médicos, enfermeras y pacientes, sin ustedes esto no seria posible. Gracias por todas las enseñanzas y palabras de aliento.

PARA TAY BREMER

... MAY THE FORCE STAY WITH YOU

INDICE	PAG.
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y METODO	22
RESULTADOS	28
DISCUSION	46
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54

RESUMEN

Se desea conocer la frecuencia de síndrome depresivo en pacientes de más de 60 años con diagnóstico de fractura de cadera, ingresados en el Hospital General de Balbuena.

Se realizó un cuestionario el cual consta preguntas generales, Minimental y escala para depresión GDS, se aplicó a todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de fractura de cadera, del 1er de diciembre del 2012 al 30 de mayo del 2013, realizado por un solo aplicador, en zona de urgencias con familiar presente autorizando la aplicación del cuestionario mediante una firma.

Se encontró que de los 65 pacientes encuestados 29 pacientes (44.62%) fueron diagnosticados con depresión: 8 con depresión leve, 8 con depresión moderada y 13 con depresión severa, se encontró una relación mayor en mujeres 4:1, 40% de las fracturas de cadera se presentaron por caídas en el baño, y la mayoría de las fracturas fueron transtrocantericas.

Al paciente geriátrico debemos verlo con un enfoque global, ya que son los que presentan mayor fragilidad al ser ingresados en nuestros hospitales, nuestra obligación es mejorar la calidad de vida del paciente y bajar la tasa de mortalidad asociada a una fractura de cadera, ya que al tratar a fondo el síndrome depresivo mejoras la evolución clínica y funcional de un paciente hospitalizado, lo que se traduce en menor estancia intrahospitalaria y mayor movilidad para el paciente.

Palabras clave: fracturas de cadera, depresión, pacientes geriátricos.

INTRODUCCION.

La articulación de la cadera, una enartrosis, esta formada por el tercio proximal del fémur el cual contiene una cabeza esférica que se une mediante un cuello de aproximadamente 5 cm de longitud, al macizo trocántero, formado a su vez por dos prominencias óseas, el trocánter mayor (externo y superior), y el trocánter menor (interno e inferior) a los que se insertan los potentes grupos musculares que le dan movilidad a la cadera en todos los planos

Esta articulación se encuentra protegida por una capsula articular sumamente resistente, en su cara anterior, compuesta del ligamento iliofemoral, el ligamento pubofemoral, situado en la porción inferior y anterior del cuello y finalmente la cara posterior de la articulación, recubierta por un ligamento más tenue, el isquiofemoral¹.

Es de suma importancia conocer la vascularización de fémur proximal, puesto que el tratamiento y complicaciones de las fracturas en esta zona dependes en gran medida de ésta. El principal aporte de sangre de la cabeza femoral proviene de las ramas terminales de la arteria circunfleja posteromedial^{1,2}, que irriga dos tercio de la cabeza del fémur. Ésta, proviene de la arteria femoral profunda que tiene su trayecto entre el musculo psoas y el musculo pectíneo pasando por la base del cuello femoral extracapsular y proximal al trocánter menor. La arteria del ligamento redondo y una rama de la arteria del obturador, completan la irrigación de la cabeza femoral. Las complicaciones de estas fracturas como Pseudoartrosis y necrosis avascular de

la cabeza femoral se deben al daño sufrido a la vascularización de la cadera en el traumatismo.

La movilidad de la articulación de la cadera, se realiza en los tres planos del espacio, en el plano sagital, podemos realizar una flexión de 0 a 140 grados y una extensión de 0 a 15 grados, en el plano frontal una abducción de 0 a 30 grados y una aducción de 0 a 25 grados, y en el plano transversal una rotación externa de 0 a 80 grados e interna de 0 a 60 grados.

Para practicar la mayoría de las actividades de la vida diaria, nos bastamos con 120 grados de flexión, 28 grados de abducción y 33 grados de rotación externa, para caminar, 40 grados de flexión, 5 grados de extensión y 10 grados de movimiento tanto en el plano frontal como en el transversal ^{3,4}.

La principal función de la articulación coxofemoral es la transmisión del peso corporal a la extremidad inferior junto con el control estático y dinámico del equilibrio del tronco. En situación ideal de estática bipodal, el peso corporal se transmite de forma equilibrada a las dos extremidades inferiores, pasando la fuerza a través de la cabeza y cuello femoral. Esta fuerza ejercida por el peso corporal, simétrica en posición de reposo, se multiplica durante el apoyo monopodal ejercido en la marcha. De ahí la relevancia del peso corporal en la patología de cadera, y la gran resistencia que esta zona debería tener durante toda la vida. El paso de fuerzas a través del fémur proximal va diferenciando el hueso que conforma cada zona dándole mayor resistencia o elasticidad según sean sus requerimientos.

El hueso cortical es más grueso y resistente en la cara interna del cuello femoral, formando el arco de Adams, la cortical externa es más débil.

El hueso esponjoso forma una estructura trabecular que se dispone siguiendo las líneas de fuerza, distinguimos un sistema trabecular principal formado por el eje arciforme de Gallois Bosquette (haz principal de tensión) y un abanico de sustentación (haz principal de compresión) además de un sistema trabecular secundario formado por el eje trocanteriano (eje secundario de compresión)¹.

La descripción por Ward del patrón óseo trabecular data de 1838, el área trabecular del cuello delimitada por los dos ejes primarios y por el eje de compresión secundario, se conoce con el nombre de triángulo de Ward, siendo ésta una de las zonas más débiles del fémur proximal.

El conocimiento de este patrón y la valoración radiológica del desplazamiento de los ejes trabeculares en el contexto de una fractura de cuello femoral es predictivo de la posible lesión de la vascularización del cuello femoral, determinándonos el mejor tratamiento quirúrgico a seguir⁵.

Las fracturas de fémur proximal se subdividen básicamente en dos grandes grupos, según la localización del trazo respecto a la cápsula articular, esta localización conlleva diferencias pronósticas y terapéuticas.

Determinaremos la localización y la forma del trazo mediante el examen radiológico, debiendo obtener al menos proyecciones en dos planos (anteroposterior y lateral), aunque no siempre es sencillo por el dolor que presenta el paciente^{6,7}.

Clasificamos las fracturas del fémur proximal en dos grandes grupos:

- Intracapsulares o fracturas del cuello femoral
- Extracapsulares o fracturas trocанterreas.

Las fracturas Intracapsulares: a su vez pueden ser subcapitales, transcervicales, y basicervicales, en este tipo de fracturas existe un índice de necrosis capital femoral y Pseudoartrosis elevado ⁸.

Estudios diversos demuestran que las fracturas del cuello femoral se producen en gente más independiente y más joven que las fracturas trocantéricas ⁹.

Afectan básicamente a dos grupos de población: pacientes jóvenes que sufren un traumatismo de alta energía (accidente de tráfico) representando un 3 a 5% del total, y pacientes de edad avanzada tras sufrir un traumatismo de baja energía son más del 90%. Existen además subgrupos minoritarios como son las fracturas de estrés que ocurren en pacientes jóvenes que se someten a cargas excesivas (deportistas de alto rendimiento y militares) y fracturas patológicas, siendo las más frecuentes secundarias a metástasis de mama, pulmón o por mieloma múltiple.

Existen ciertas clasificaciones las cuales describen la alineación de los fragmentos en la fractura, proponen un tipo de tratamiento y hablan del pronóstico funcional, dentro de estas, se encuentra la clasificación de Garden basada en la disrupción que produce la fractura en la alineación trabecular.

Así, podemos clasificar las fracturas del cuello femoral en cuatro tipos, como se muestran en la figura 1.

-Tipo 1: fractura no desplazada, habitualmente en valgo y en retroversión, puede ser incompleta.

- Tipo 2: fractura completa no desplazada, que no varía la alineación trabecular.
- Tipo 3: fractura desplazada, pero que mantiene cierta continuidad hueso-hueso
- Tipo 4: fractura desplazada con disociación completa de la cabeza con respecto al cuello

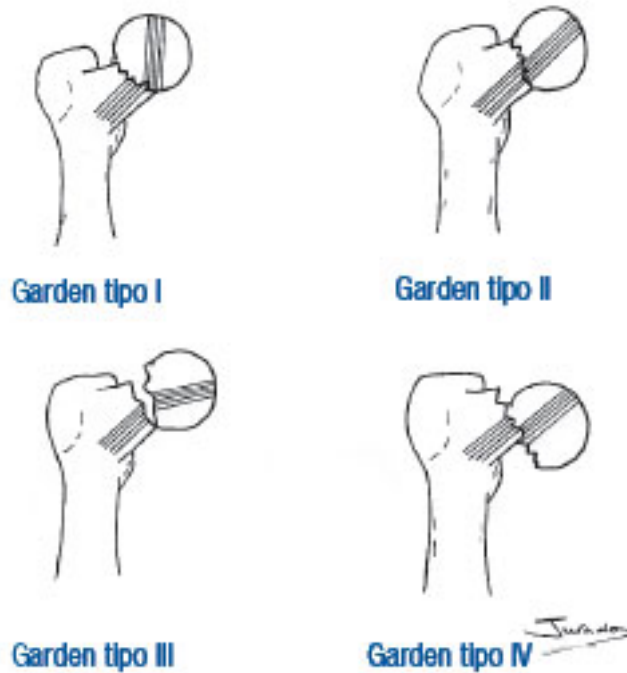


Figura 1. Clasificación de Garden

Las fracturas tipo 1 y 2 tienen menor riesgo de Pseudoartrosis y necrosis avascular que las tipo 3 y 4.

Las fracturas extracapsulares engloban las lesiones que afectan a la región trocantérica y hasta 5 cm por debajo del trocánter menor. Según la localización de la línea de fractura a su vez se clasifican en:

- Fracturas intertrocantéricas: la línea de fractura discurre entre ambos trocánteres.

- Fracturas subtrocantéricas: el trazo de fractura es distal al trocánter menor.

Según el grado de desplazamiento, el número de fragmentos y la estabilidad, se han establecido varias clasificaciones, las más conocidas, la de Boyd o la clasificación de Kile, en donde la determinación de la estabilidad, es el factor más importante para decidir un tratamiento. Se consideran estables las fracturas que presentan una cortical posteromedial intacta o con posibilidad de reconstrucción, que no tenga extensión a la región subtrocantérica y que no presenten un trazo de oblicuidad inversa ⁶.

Otra de las clasificaciones más usadas es la de la sociedad de osteosíntesis AO/OTA, en la cual según el trazo de fractura nos da un diagnóstico numérico, una o varias posibilidades de tratamiento y un pronóstico funcional a corto y largo plazo. Esta clasificación se encuentra mundialmente reconocida y su uso es sencillo, el segmento del fémur se denomina 3, el área de la cadera 1, por lo tanto se denomina 31 al segmento proximal del fémur a partir de aquí se van haciendo subgrupos según la estabilidad y grado de conminución (Figura 2).

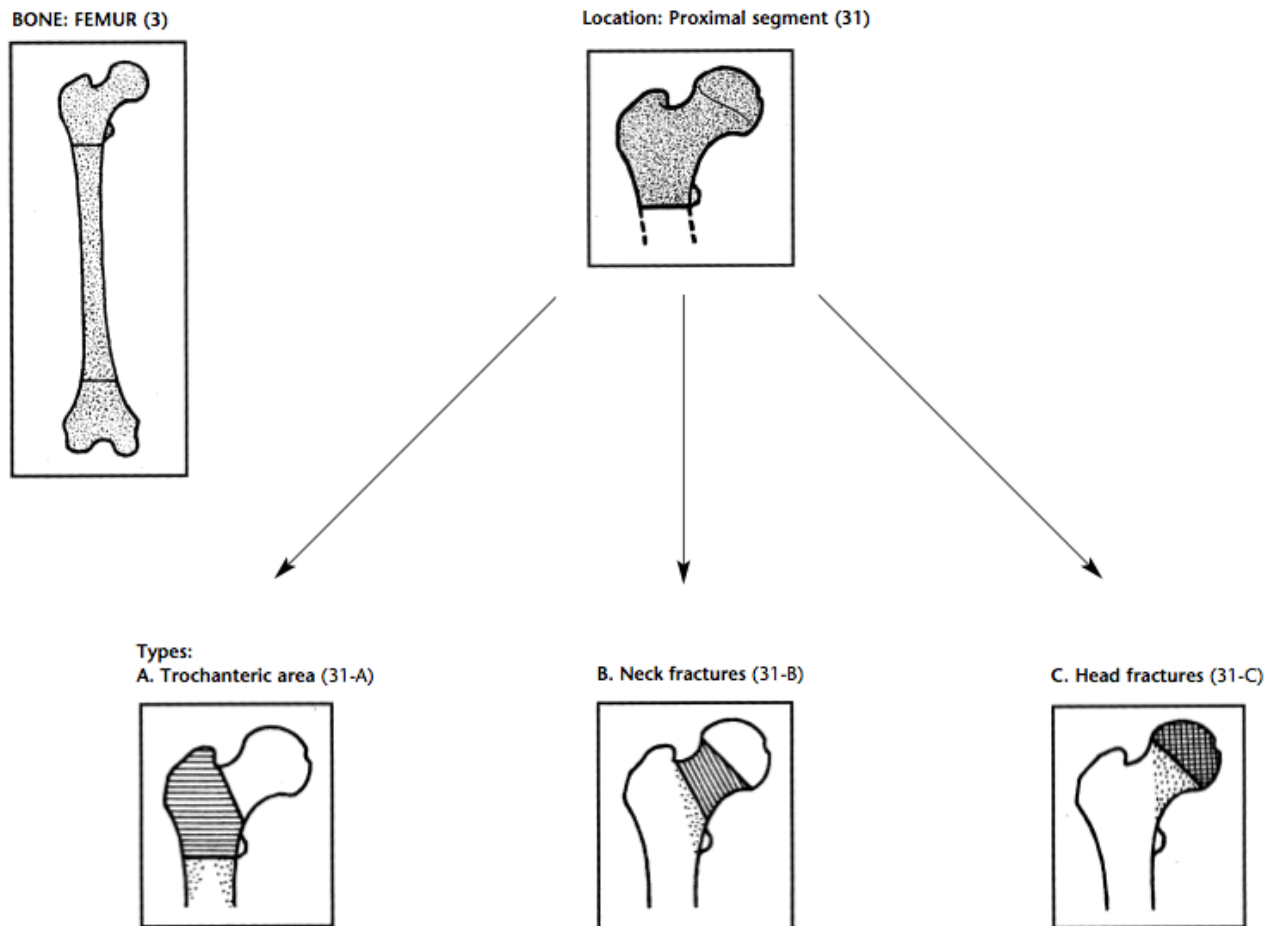


Figura 2. Clasificación 31 de AO

Las fracturas trocantéricas se producen sobre hueso vascularizado, por lo tanto en estos casos la pseudoartrosis y la necrosis avascular de la cabeza femoral no serán frecuentes.

Diversos estudios publicados han demostrado que este tipos de fracturas afectan a gente de más edad, con menor nivel funcional y más dependiente para las actividades de la vida diaria que las fracturas de cuello femoral ^{10,11}.

También se ha determinado una relación clara entre estos pacientes y la osteoporosis, ya que muchos pacientes habían sufrido una fractura osteoporótica previamente a la fractura de la cadera. Esta relación no es tan evidente en las fracturas de cuello femoral. Las fracturas trocantéricas, al igual que las fracturas de cuello femoral, afectan a dos grandes grupos poblacionales: gente joven que sufre un traumatismo de alta energía y gente mayor que sufre un mínimo traumatismo, registrando en este grupo hasta una frecuencia de más del 90%.

La exploración física nos dará más información en fracturas trocantéricas que en fracturas del cuello femoral. Lo más evidente es la imposibilidad para la deambulación, sin embargo, en algunas fracturas subcapitales no desplazadas o enclavadas en valgo, los pacientes son capaces de dar algunos pasos o flexionar la cadera (Figura 3), si la fractura está desplazada veremos un acortamiento longitudinal y rotación externa de la extremidad afectada (Figura 4).



Figura 3. Paciente con fractura subcapital de cadera, se observa la flexión de la cadera sin dolor en el paciente.



Figura 4. Paciente con fractura transtrocanterica de cadera izquierda

La elevada incidencia de este proceso en el anciano, es multifactorial¹², siendo la osteoporosis el principal factor predisponente, y la caída el factor precipitante.

La osteoporosis reduce la masa ósea y produce cambios en la microarquitectura del hueso que condicionan un incremento del riesgo de fractura. A lo largo de la vida, la densidad mineral ósea se reduce en un 58% en mujeres y un 39% en varones siendo su medición un factor pronóstico de importancia para determinar la probabilidad de futuras fracturas ^{13,14}. La

incidencia aumenta de forma paralela a la expectativa de vida, y es la causa más frecuente de fractura en personas mayores de 50 años.

Este riesgo se calcula para las fracturas de cadera, en un 15% en mujeres y un 6% en hombres a lo largo de toda la vida¹⁵, si bien en mujeres el riesgo se incrementa a partir de los 50 años y en varones 10 años más tarde, duplicándose cada 5 años a partir de esa edad, ya no solo por la pérdida de masa ósea, sino también por el aumento del riesgo de caídas.

Se calcula que la expectativa de vida de la población mexicana será de 78 años en el 2020 y de 80 años en el 2030¹⁶. El proceso de envejecimiento reduce la coordinación neuromuscular, la visión, la audición y los sistemas de alerta autónomos. La asociación de otras comorbilidades como enfermedades articulares, crónicas degenerativas y enfermedades con deterioro cognitivo, disminuyen el estado reactivo ante la marcha y aumentan el desequilibrio facilitando las caídas y por lo tanto, las fracturas de cadera¹⁷.

Otro factor relacionado con un aumento del riesgo de fractura de cadera es el sedentarismo, siendo por ello una fractura más frecuente en pacientes con trabajos sedentarios. Finalmente otros factores de riesgo descritos por la literatura son el bajo índice de masa corporal, el déficit de vitamina D, el tabaquismo, alcoholismo y aquellas enfermedades metabólicas que reducen la masa ósea¹².

A pesar de que la osteoporosis es una enfermedad subclínica hasta la producción de la fractura, sus implicaciones clínicas y socioeconómicas son considerables, en especial en lo que se refiere a la fractura de cadera, ya que por su repercusión sistémica y funcional representa un problema asistencial, de

gestión hospitalaria, económica y social, siendo causa de una elevada mortalidad, por lo tanto actualmente las estrategias de prevención se centran en el tratamiento de la osteoporosis y en la prevención de las caídas.

El primer paso es la detección de factores de riesgo para fracturas de cadera, los cuales son:

- Antecedentes de fracturas previas
- Antecedentes familiares maternos de fractura de cadera
- Tabaquismo activo
- Índice de masa corporal menor de 19
- Sedentarismo

La práctica de una densitometría ósea nos confirmará el diagnóstico de osteoporosis, aunque su realización indiscriminada en ancianos con factores de riesgo múltiples y clara osteopenia radiográfica, es controvertido por el costo-beneficio¹⁸.

Detectado el paciente en riesgo, la instauración de medidas preventivas farmacológicas o no, pueden reducir de forma significativas dicho riesgo.

Como medidas no farmacológicas efectivas destaca:

- El ejercicio físico regular¹⁹,
- Evitar el tabaquismo y el consumo de cafeína, ya que incrementan la excreción urinaria de calcio, y a su vez se asocian a mala alimentación, bajo peso y sedentarismo¹².
- El aporte nutricional adecuado, recomendándose una dieta variada y equilibrada, así como rica en calcio y vitamina D.

- La adecuación del entorno a las necesidades físicas del paciente, retirando objetos externos que les puedan hacer caer, usando barras de apoyo y cinta antiderrapante en baños y recamaras así como el uso de andaderas y bastones para reducir el riesgo de caídas²⁰.

El tratamiento farmacológico de la osteoporosis en el anciano debe individualizarse, dado que se trata de pacientes polimedicados, dicho tratamiento farmacológico proporciona beneficios, con una reducción del riesgo de fracturas de cadera que se produce a corto plazo, entre 2 y 4 años dependiendo del tratamiento. En pacientes gravemente discapacitados o con una corta esperanza de vida, el tratamiento farmacológico es más discutible, siendo la asociación de calcio y vitamina D el tratamiento con un mejor balance costo-beneficio²¹.

La incidencia de las fracturas de cadera está en aumento debido al incremento en la expectativa de vida. En Estados Unidos las fracturas de cuello femoral juntos con las fracturas de muñeca, son las mas frecuente en ancianos, ocupando el primer lugar en incidencia con un 90%. Se calcula que entre 300 000 y 500 000 personas sufren este tipo de fracturas al año.

En un estudio multicentrico del 2005 publicado en México se estimó que la incidencia anual de fracturas de cadera en mujeres fue de 169 por 100 000 habitantes y en hombres de 98 por 100 000 habitantes.²², con una gran mortalidad a pesar de los avances quirúrgicos y anestésicos introducidos en su tratamiento.

Los datos respecto a la mortalidad, son muy dispares, se calcula que entre el 15-30% de los pacientes fallecen al año de la fractura. Esta variabilidad se debe a que en general se trata de un grupo muy heterogéneo. El porcentaje más bajo, suele corresponder a los ancianos más jóvenes, con un buen nivel funcional previo y con menores comorbilidades, por el contrario el análisis de pacientes de mayor edad puede reflejar tasas de mortalidad anual hasta del 30%.

El tratamiento multidisciplinario (geriatras, psiquiatras, rehabilitadores, ortopedistas, enfermeras y trabajadores sociales) de las fracturas de cadera han conseguido reducir la mortalidad hospitalaria hasta en un 5%, mejorando el empleo de recursos, la satisfacción del paciente y su situación clínica en el momento del alta.²³

La depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abandonando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión por vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas, de ilusionarse por nada. Asociados a la tristeza pueden aparecer otros síntomas somáticos como trastornos del apetito, del sueño o alteraciones del contenido del pensamiento que pueden empeorar aun más el cuadro.

El anciano tiene más dificultades para identificar y reconocer ante otros los síntomas afectivos, para decir que está triste, es poco habitual que consulte

por este motivo, con más frecuencia consulta por síntomas somáticos, incluso hipocondriacos. Además, la depresión puede afectar al funcionamiento cognitivo, sobre todo, a la capacidad de concentración y la memoria, dificultando la evaluación. El deterioro cognitivo, en muchas ocasiones ya está presente previamente a la depresión complicando su diagnóstico y evolución. La presencia de otras enfermedades, sobre todo de origen vascular, el consumo de fármacos, son otros de los factores que contribuyen a que el síndrome depresivo en el anciano sea peculiar.

Los factores de riesgo propios del paciente para sufrir síndrome depresivo, son:

- Género, siendo más frecuente en mujeres, aunque a partir de los 80 años es más frecuente en el hombre.
- Edad, el envejecimiento cerebral causa una hipofunción de los tres sistemas de neurotransmisores implicados en la génesis de la depresión, serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico.
- La presencia de antecedentes familiares de depresión
- Presencia de lesiones vasculares cerebrales, sobretodo a nivel de la corteza prefrontal dorsolateral.

Las características especiales de la depresión en el anciano son las siguientes:

- Acentuación patológica de rasgos premórbidos.
- Escasa expresividad de la tristeza.

- Tendencia al aislamiento.
- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- Frecuentemente se asocia a deterioro cognitivo.
- Expresión en forma de quejas somáticas.
- Posibles trastornos conductuales. Irritabilidad
- Posibles síntomas psicóticos asociados. Delirio
- Presencia de comorbilidades
- Frecuente asociación de enfermedad cerebrovascular
- Polimedicación

Las formas clínicas de presentación, pueden ser diversas, desde la depresión mayor o el trastorno bipolar a la distimia²⁴

La cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) diferencia cuatro síndromes depresivos básicos.²⁵

- Depresión mayor
- Depresión menor
- Distimia
- Reacción depresiva

Para su diagnóstico, es esencial la entrevista clínica, que en el anciano debe ser lenta, clara, especialmente respetuosa y presentando atención en la comunicación no verbal. La exploración física, debe estar orientada a descartar la presencia de clínica neurológica o vascular. La exploración psicopatológica, y finalmente las exploraciones complementarias, teniendo especial interés la

analítica y las pruebas psicométricas (mini mental, escala de depresión geriátrica (GDS-15), escala de Hamilton)^{26,27}

Las escalas o instrumentos de medición deben poseer como características esenciales: validez y confiabilidad, se acuerdo a esto existen instrumentos que son útiles como ayuda para el diagnostico de depresión, otros serán útiles para determinar la severidad de la depresión o bien para evaluar la respuesta al tratamiento que se haya implementado. El instrumento que mejor ha probado sus utilidad en la detección de depresión en el anciano es la escala de Depresión Geriátrica (por sus cifras en ingles GDS), el cual fue inicialmente diseñado a partir de 100 reactivos, los cuales después de analizar su correlación 30 de ellos se correlacionaron mas significativamente con el diagnostico de depresión. Este instrumento ya ha sido validado en población mexicana y actualmente existe una versión en español que permite su aplicación.

Los puntos de corte que se han establecido para el GDS son: 0 a 10 en donde se considera que la persona no tiene riesgo de depresión, de 11 a 14 se considera que tiene una depresión leve, cuando es de 15 a 20 se considera que la depresión es moderada y cuando la calificación es de 21 a 30 se considera que el individuo tiene una depresión severa. La escala de Hamilton es muy utilizada en países europeos, se aplica en los casos de depresión ya diagnosticada, para establecer la severidad de la misma. Este instrumento no se recomienda como apoyo en la búsqueda de casos de depresión, ya que los

síntomas generales de algunas enfermedades pueden sesgar los resultados, pues incluye síntomas somáticos.²⁸

Por lo general la depresión en jóvenes se manifiesta por sensaciones de tristeza persistente, ideas de ruina, pensamientos suicidas, etc. Estos síntomas suelen estar atenuados en los ancianos y más a menudo se presentan manifestaciones como fatigabilidad, dificultades en la concentración, insomnio y pérdida de apetito con disminución del peso; tales manifestaciones suelen ser confundidas por los familiares y los médicos con otro tipo de enfermedades asociadas a la vejez como Alzheimer, Parkinson, enfermedad vascular cerebral.²⁵

El diagnóstico puede resultar complejo, pero al menos debemos poder sospechar la enfermedad subyacente, y en tal caso derivar al paciente al especialista para la confirmación diagnóstica y la valoración de necesidad de tratamiento. No debemos asumir que la depresión es una consecuencia normal de envejecimiento o la enfermedad subyacente.

La importancia del diagnóstico de depresión en pacientes con fractura de cadera, radica en que son varios los estudios publicados que muestran un peor resultado funcional y una peor percepción de calidad de vida tras el tratamiento de la fractura de cadera en pacientes deprimidos^{29,30,31,32}. Por lo que resulta de interés conocer su diagnóstico como factor pronóstico, aunque parece que aun hay dudas sobre si el tratamiento precoz de dicho cuadro, podría mejorar el resultado del tratamiento de la fractura de cadera.^{33,34}

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad, resalto la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. El síndrome depresivo destacó por ocupar el cuarto lugar mundial y se estimó que para el año 2020 ocupara el segundo lugar y el primero en países en desarrollo.

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos, con una prevalencia de pacientes hospitalizados de 18.9%.²⁵

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporciono las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales, se estimó que 8.4% de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. ³⁵

A juicio de la OMS, el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante y en gran medida prevenible, que se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costes económicos muy elevados.

Los pacientes que presentan síndrome depresivo pueden presentar privación social, soledad, baja calidad de vida, incremento del uso de los

servicios de salud, deterioro cognitivo, deterioro de la realización de las tareas diarias, alto riesgo de depresión crónica, alto riesgo de suicidio.

En España, el número de suicidios consumados han aumentado en los últimos años, pasando de 1652 en 1980 a 3399 en el 2005, siendo la tasa de mortalidad bruta por suicidio de 15.79 por 100,000 habitantes. En pacientes de 70-74 años de 31.68%, 80-84 años 49.45% y en pacientes de 90 a 94 años de 79.96%. ³⁶

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2005 el gasto en antidepresivos fue superior a los 600 millones de euros. Los pacientes con depresión pierden 11 días por cada periodo de 6 meses, mientras que individuos sin esta condiciones únicamente pierden 2 o 3 días. Debido a su alta prevalencia, al coste que origina su tratamiento, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio y su impacto en la productividad de las personas, la depresión juega un enorme papel económico no solo en el sistema sanitario si no también en la sociedad. ³⁶

En un metaanálisis realizado por Holmes and House en el año 2000, de frecuencia de síndrome depresivo en pacientes internados en un hospital por una fractura de cadera a nivel mundial, se llegó a la conclusión de que se presenta una tasa bruta por 4309 pacientes una asociación de depresión y fracturas de cadera del 41.64%.

En la actualidad se presenta un reto en el tratamiento del paciente geriátrico, el cual por los usos y costumbres de nuestro país, muchas veces es abandonado a su propia suerte, llevándolos a presentar maltrato físico y psicológico. Como ya se ha dicho, existe una frecuencia mundial de síndrome depresivo en pacientes con fracturas de cadera de 41.64%. En México no se han encontrado estudios que nos hablen acerca del tema. La importancia de conocer la frecuencia de síndrome depresivo en nuestros pacientes hospitalizados con fractura de cadera nos ayudaría a reducir costos y tiempos de hospitalización, creando sistemas integrales de salud en donde este tipo de pacientes fueran tratados en un enfoque global, por psiquiatras y ortogeriatras (subespecialidad que solo existe en España) esto nos conllevaría a reducir complicaciones prequirúrgicas y postquirúrgicas, mortalidad y mejorar la calidad de vida del paciente.

Esta frecuencia se estudiara en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Balbuena, SSDF diagnosticados por el servicio de ortopedia con cualquier fractura de cadera (por el momento el hospital no atiende pacientes con patología tumoral), identificado a los pacientes por sexo y edad, estudiando la frecuencia de comorbidos y tipos de fractura de cadera, se realizaran escalas de medición para depresión en donde se identificaran pacientes con síndrome depresivo, para conocer la frecuencia en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo, transversal y prospectivo al censo de pacientes mayores de 60 años de ambos sexos con cualquier tipo de fractura de cadera, ingresados en el Hospital General de Balbuena del 1er de diciembre del 2012 hasta el 1 de junio del 2013; se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de enfermedad vascular cerebral, demencia, Alzheimer o Parkinson, además de pacientes con diagnóstico de depresión previa a la fractura de cadera o pacientes con consumo activo de ansiolíticos y antidepresivos.

Se realizó un instrumento de medición el cual cuenta con preguntas generales como edad, sexo, características generales de la vivienda, uso de barandales y protecciones para prevención de caídas, presencia de cuidadores, todas estas preguntas con respuestas dicotómicas (sí o no). Detalles del mecanismo de lesión y tipo de fractura, aplicación de un test minimal el cual consta de 35 preguntas, de las cuales si se contestan positivamente se les da un punto por cada pregunta contestada, con un límite mínimo para personas geriátricas de 20 puntos, si el paciente tuviera menos de 20 puntos, nos habla de alguna patología neurológica, por lo tanto entraría en criterios de exclusión.

Por último la aplicación del test GDS de 30 preguntas las cuales con respuestas dicotómicas (sí o no), por cada pregunta positiva para depresión, se da un punto, si la pregunta se responde negativo, se da 0 puntos. La manera de calificación de este cuestionario es la suma de todas las preguntas positivas

para depresión. Si el paciente tiene de 0 a 10 se considera que la persona no tiene riesgo de depresión, de 11 a 14 tiene una depresión leve, de 15 a 20 se considera que la depresión es moderada y cuando la calificación es de 21 a 30 se considera que el individuo tiene una depresión severa (se anexa cuestionario).

Se aplico dicho cuestionario (3 hojas) a cada una de los pacientes mayores de 60 años hospitalizadas por fractura de cadera en el hospital general de Balbuena, El cuestionario fue aplicado por una sola persona, se aplicó en el área de urgencias de este hospital en compañía del familiar responsable del paciente, previa autorización del paciente y de su familiar, quien firmaron al final del cuestionario. La aplicación del cuestionario comenzó el 1 de diciembre del 2012 y termino el 30 de mayo del 2013. Esta tesis se considera una investigación de riesgo mínimo, por lo que no se uso consentimiento informado. El paciente firmo al final del cuestionario.

Posteriormente se realizo el vaciado de datos en hojas de Excel en donde se realizaron desviaciones medias, promedios, y tablas porcentuales de los datos obtenidos así como la realización de gráficos. Posteriormente se analizo la información obtenida en esta tesis.

FICHA DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION_____ REGISTRO_____

EDAD: _____ SEXO: MASCULINO___ FEMENINO___

APP:_____

MOTIVO _____ DE _____ LA

FRACTURA:_____

CUIDADORES:

HERMANOS___ AMIGOS___ VECINOS___ HIJOS___ FAMILIA

POLITICA___ CONTRATADOS___ NADIE___

MASCOTAS: SI___ NO___ HABITA EN PLANTA ALTA: SI___ NO___

TIENE PROTECCIONES EN CASA: SI___ NO___

TIPO DE FRACTURA: CLASIFICACION AO_____ CLASIFICACION

TRONZO_____

TEST MINIMENTAL (MMSE)¹

Ocupación.....Escolaridad.....

Fecha.....

¹ Test minimental creado en 1975 por Folstein y cols. Identifica rápidamente pacientes con deterioro cognitivo.

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año.....
_____5
- Dígame el hospital (o lugar).....
planta.....ciudad.....Provincia.....Nación.....

_____5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; moneda, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)
_____3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 pesos. y me gasto de tres en tres ¿cuantas le van quedando ?
_____5
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás
_____3

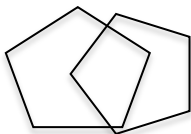
MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ?
_____3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj
_____2
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros
_____1
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
¿qué son el rojo y el verde ?
_____2
- ¿Que son un perro y un gato ?
_____3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa
_____1
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS
_____1
- Escriba una frase

Dibuje dos pentágonos intersectados y pida al paciente que los copie tal cual



_____1

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS)²

1. ¿ESTA SATISFECHO CON SU VIDA? SI NO
2. ¿HA ABANDONADO MUCHOS DE SUS INTERESES Y ACTIVIDADES? SI NO
3. ¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACIA? SI NO
4. ¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO? SI NO
5. ¿TIENE ESPERANZA EN EL FUTURO? SI NO
6. ¿TIENE PREOCUPACIONES QUE NO SE PUEDE QUITAR DE LA CABEZA? SI NO
7. ¿ESTA DE BUEN HUMOR HABITUALMENTE? SI NO
8. ¿TEME CONTINUAMENTE QUE LE VAYA A OCURRIR ALGO MALO? SI NO
9. ¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? SI NO
10. ¿SE DIENTE MUCHAS VECES DESAMPARADO O DESVALIDO? SI NO
11. ¿SE ENCUENTRA INQUIETO Y NERVIOSO CON FRECUENCIA? SI NO
12. ¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR Y HACER COSAS NUEVAS? SI NO
13. ¿ESTA PREOCUPADO POR EL FUTURO CON FRECUENCIA? SI NO
14. ¿CREE QUE TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LOS DEMAS? SINO
15. ¿PIENSA QUE ES AGRADABLE ESTA VIVO A SUS AÑOS?SI NO
16. ¿SE NOTA TRISTE CON FRECUENCIA? SI NO
17. ¿SE SIENTE UTIL? SI NO
18. ¿LE DA MUCHAS VUELTAS A LOS QUE SUCEDIO HACE MUCHO TIEMPO? SINO
19. ¿ENCUENTRA INTERESANTE LA VIDA EN GENERAL? SI NO
20. ¿LE CUESTA EMPRENDER NUEVOS PROYECTOS? SI NO

² Escala de depresión geriátrica, realizada en 1983 por Yesavage and Brink, para tamizaje de la población.

21. ¿SE SIENTE LLENO DE ENERGIA? SI NO
22. ¿SE SIENTE DESAMPARADO? SI NO
23. ¿CREE QUE LA MAYORIA DE LA GENTE ESTA MEJOR QUE USTED? SI NO
24. ¿SE DISGUSTA A MENUDO POR PEQUEÑECES? SI NO
25. ¿SIENTE GANAS DE LLORAR CON FRECUENCIA? SI NO
26. ¿LE CUESTA CONCENTRARSE? SI NO
27. ¿DISFRUTA LEVANTANDOSE POR LA MAÑANA? SI NO
28. ¿PREFIERE EVITAR LAS REUNIONES SOCIALES? SI NO
29. ¿TOMA DECISIONES SIN DIFICULTAD? SI NO
30. ¿PIENSA CON LA MISMA CLARIDAD DE SIEMPRE? SI NO

Gracias por su ayuda

Fecha: _____

Firma: _____

RESULTADOS

Se obtuvieron 65 pacientes con fractura de cadera encuestados, de los cuales el 80% (52 casos) fueron del sexo femenino, y el 20% (13 casos) fueron del sexo masculino, con una relación 4:1.

Con respecto a la edad media de los pacientes Los pacientes presentaron edad media de 80.12 ± 8 años, con un rango de 61 a 98 años; en la figura 5 se describe el comportamiento del grupo, siendo el grupo mas afectado el de 86 a 90 años, seguidos por el grupo de 81 a 85 años.

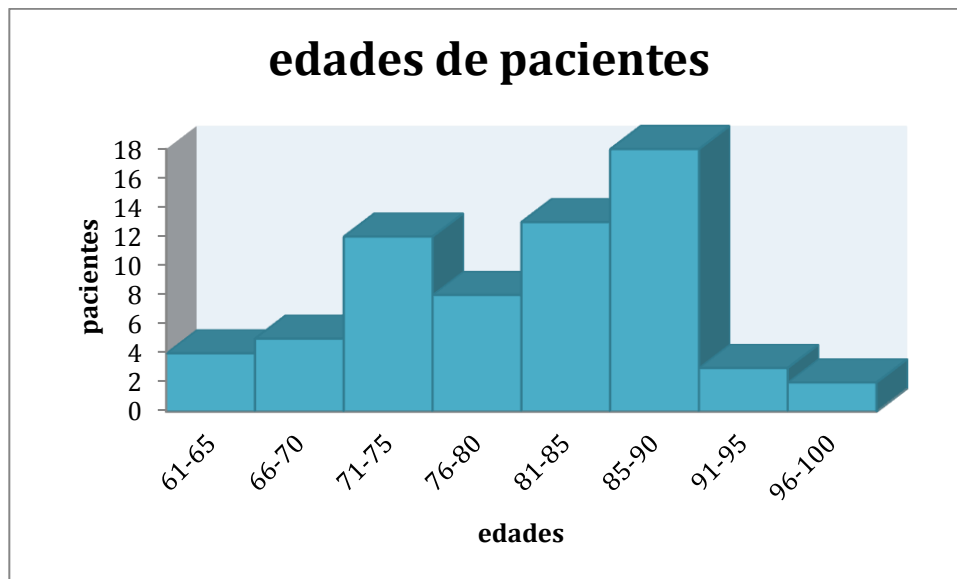


Figura 5. Muestra de pacientes del Hospital General Balbuena, SSDF

En la figura 6, se encuentran las comorbilidades que presentaron nuestros pacientes. En primer lugar diabetes mellitus con un 55.38%, seguido de hipertensión arterial sistémica con 44.62%. 13% con otras comorbilidades como insuficiencia vascular periférica, hiperplasia prostática benigna y enfermedad pulmonar obstructiva, dentro de las comorbilidades se presenta una baja frecuencia de cardiopatía encontrando solo 3 pacientes.

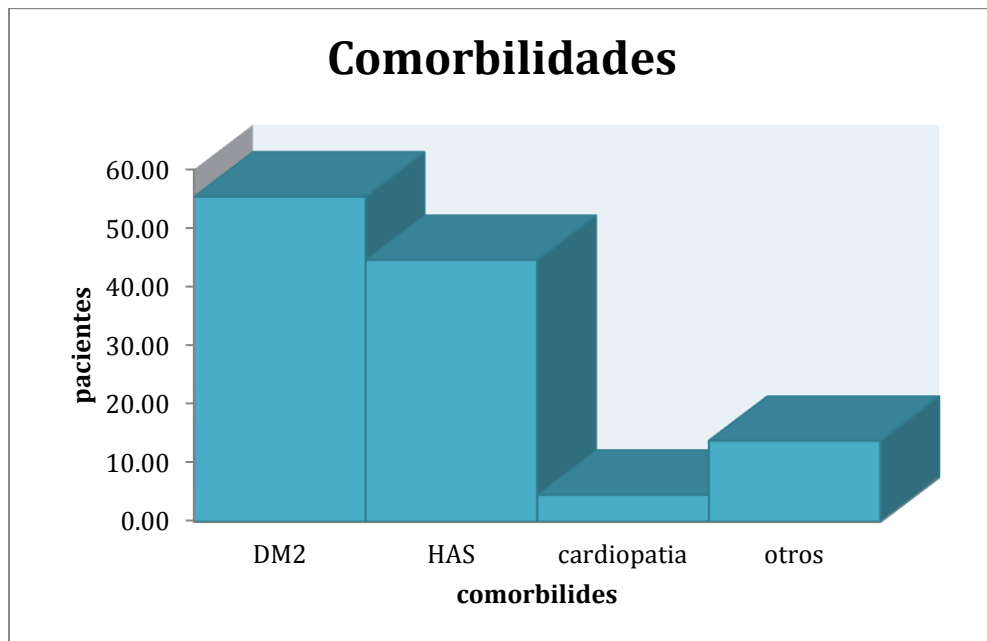


Figura 6. Comorbilidades

Hablando de los mecanismos de lesión el 40% de los pacientes presentaron caídas en el baño por la noche o al terminar de bañarse, otros pacientes presentaron caídas en diversos sitios de la casa, ya sea en el patio, recámara o áreas comunes, igualando al porcentaje de caídas en baño.

Cabe resaltar que el 63.08% de los pacientes entrevistados no presentan protecciones en casa, como barandales, tiras antiderrapante en el suelo, o manerales en baños. Solo el 36.92% presenta barandales en escaleras de las casas (figura 7) pero ningún paciente de todos los entrevistados tiene protecciones para prevención de caídas en el baño.

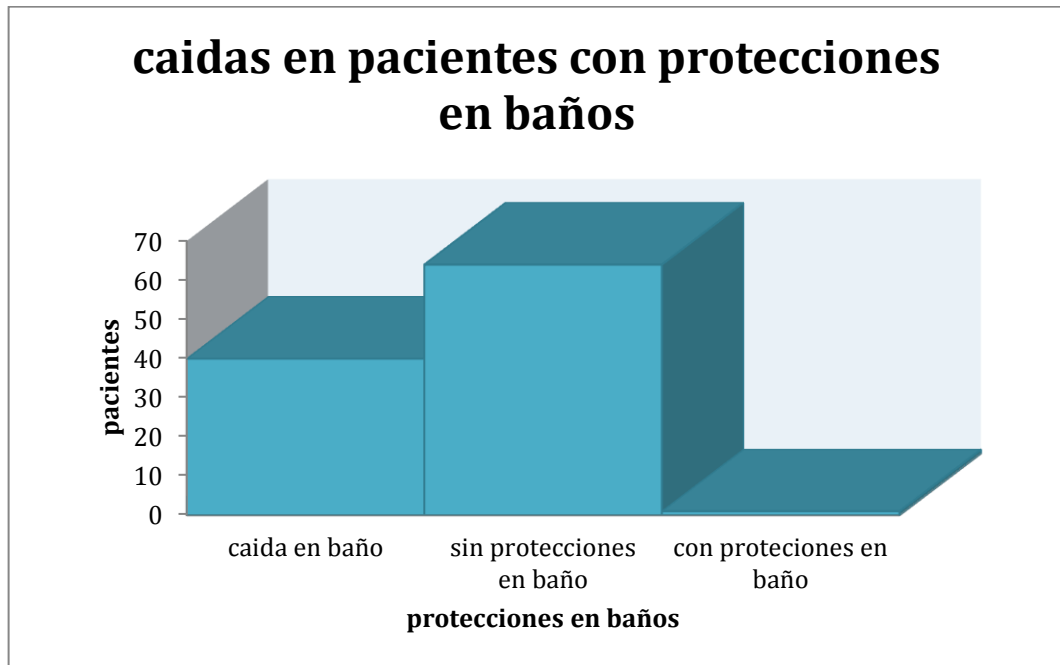


Figura 7. Protecciones en casa

En la figura 8 se muestran otros mecanismos de lesión se encuentran las caídas de la banqueta, presentado por 6 pacientes (9.23%) (uno de los pacientes en estado de ebriedad), 5 pacientes presentaron caída de escaleras (7.69%), y solo 1 paciente presento atropellamiento.

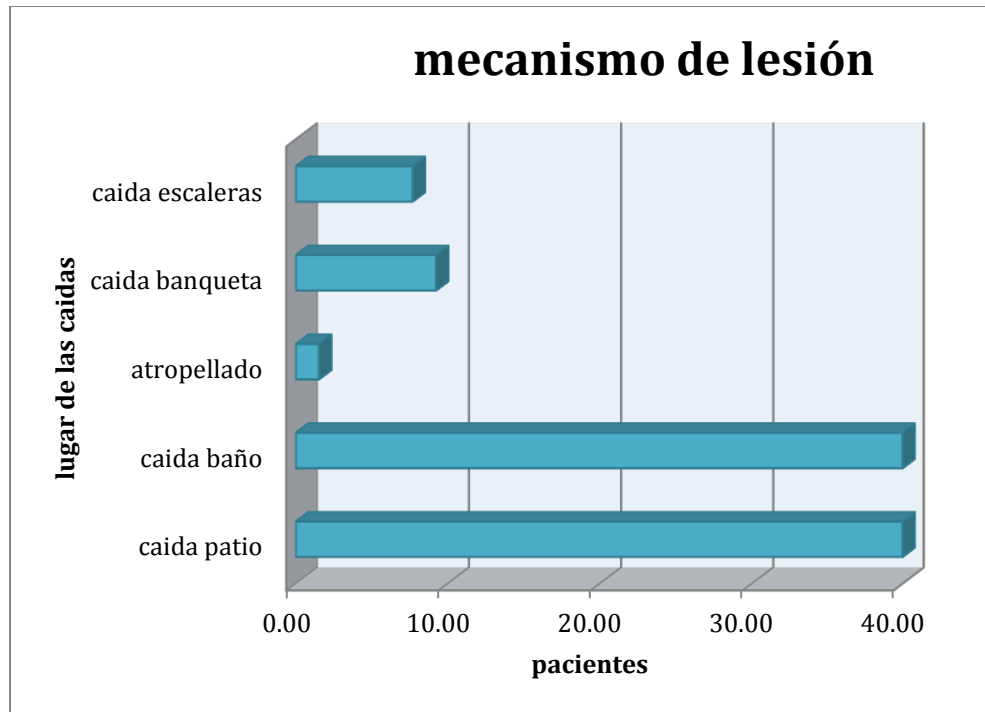


Figura 8. Mecanismo de lesión

En el rubro de cuidadores se encontró que 30 pacientes son cuidados por uno o mas de sus hijos (46.15%) y 6 pacientes sin cuidadores (9.23%), estos se encuentran mas descuidados, y por lo regular no tienen quien les de el material de osteosíntesis o protésico para la deambulaci3n temprana de los pacientes. Se encontraron 5 pacientes cuidados por personas contratadas (7.69%), si cuentan con familiares pero no tienen tiempo de atenderlos adecuadamente o se cansan

de atender a los pacientes, algunos de estos pacientes son groseros con su familia, dentro de ese grupo 1 paciente habitaba en un asilo al momento de la caída. En la figura 9 se observan todos los cuidadores que tienen los pacientes.

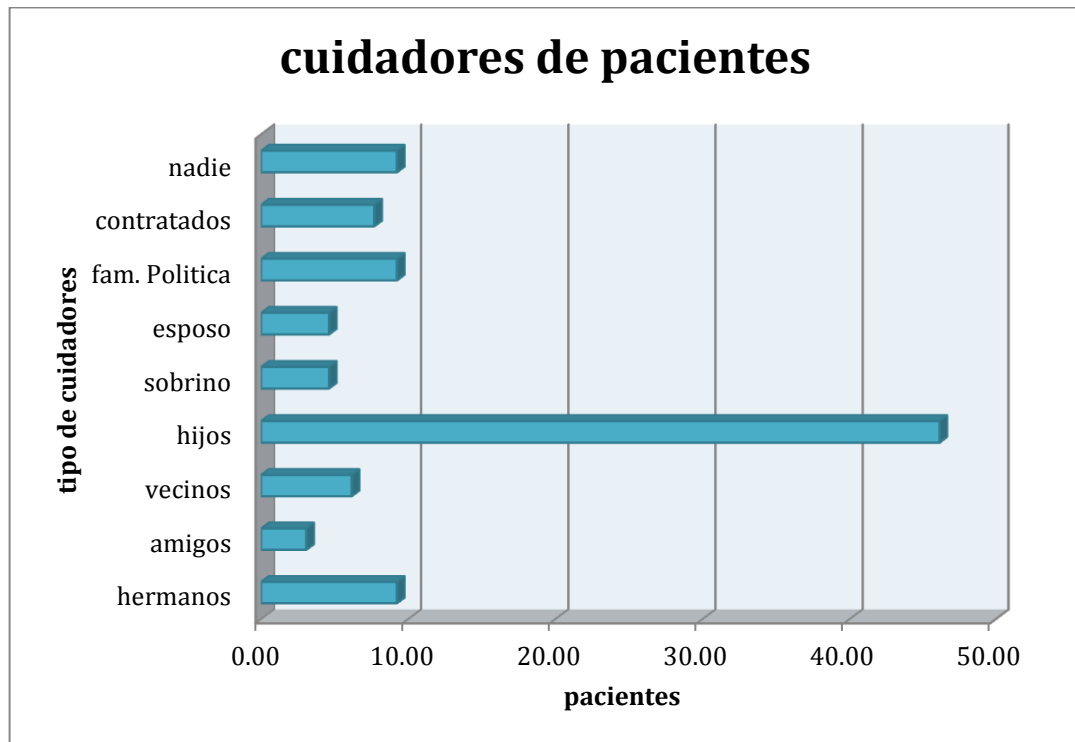


Figura 9. Cuidadores de los pacientes con fractura de cadera

Las mascotas pueden ser animales de compañía para las personas, pero también pueden ocasionar fracturas al propiciar las caídas de los pacientes, en la figura 10 se puede ver que 71% de los pacientes encuestados no tenían mascotas, como perro o gato. Se recomienda tener mascotas medianas, las cuales no puedan tirar a los pacientes.



Figura 10. Mascotas en la familia

En la figura 11 se muestra los pacientes que habitan en planta alta, la mayoría de nuestros pacientes encuestados habitan en planta baja, para que no bajen escaleras y estén mas accesibles a los cuidados de sus hijos y para que la familia este mas al pendiente de ellos, muchos de nuestros pacientes son funcionales, ayudándole a sus hijos a realizar tareas de la casa como hacer la comida y cuidar a los niños pequeños.



Figura 11. Habitación del paciente

En el tipo de fractura de cadera, se presentaron 54 pacientes con fracturas transtrocantericas (extracapsular) y 11 pacientes con fracturas a nivel de cuello cervical (Intracapsular) (figura 12).



Figura 12. Tipos de lesión presentados

En la figura 13 con la ayuda de la clasificación AO se agruparon las 54 fracturas transtrocantericas de los pacientes:

Fracturas estables que deben fijarse para la movilización temprana del paciente y disminución de complicaciones del paciente.

- 31 A1.1

Fractura inestables que deben fijarse para reducción del dolor, movilización temprana y disminución de complicaciones

- 31 A1.2
- 31 A2.1
- 31 A2.2
- 31 A2.3

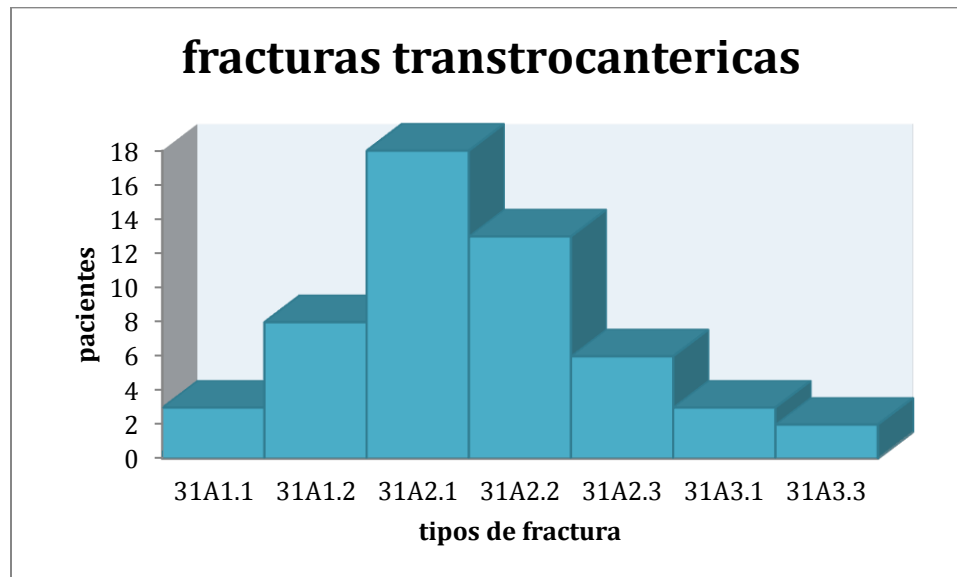


Figura 13. Pacientes con fracturas transtrocantericas, clasificación AO

Para las fracturas Intracapsulares se utilizó la misma clasificación (AO) en la figura 14 se enlistan todos los rubros en donde se clasifican nuestros pacientes, cabe mencionar que todas las fracturas enlistadas tienen indicaciones quirúrgicas:

- 31B2.1
- 31 B2.2
- 31 B2.3
- 31B3.1

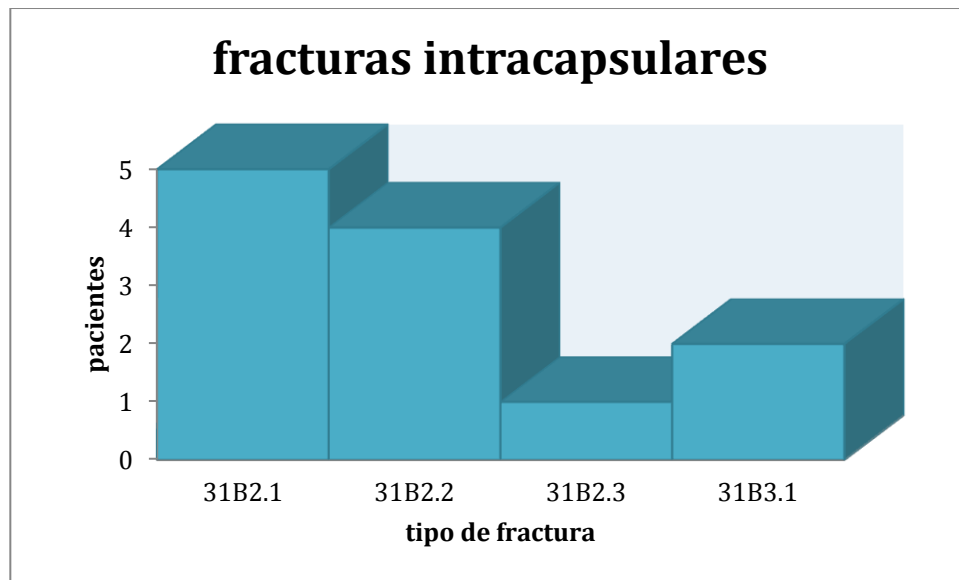


Figura 14. Pacientes con fracturas Intracapsulares, clasificación AO

El cuestionario GDS se aplico a 65 pacientes, el cual consto de 30 preguntas con las siguientes respuestas dadas por los paciente según el orden de la pregunta en el cuestionario: 13 pacientes (20%) no están satisfechos con su vida, 27 pacientes han abandonado sus actividades por falta de interés, 31 pacientes encuentran su vida vacía, 44 pacientes se encuentran aburridos de sus vidas, 17 pacientes no tienen esperanzas de sus vidas, 35 pacientes se encuentran preocupados por el futuro, 22 pacientes no tienen buen humor habitualmente y se enojan por cosas insignificantes, 36 pacientes presienten que algo malo les ocurrirá, 28 pacientes no se sienten felices en general con su vida, 23 pacientes se sienten desvalidos (Figura 15).

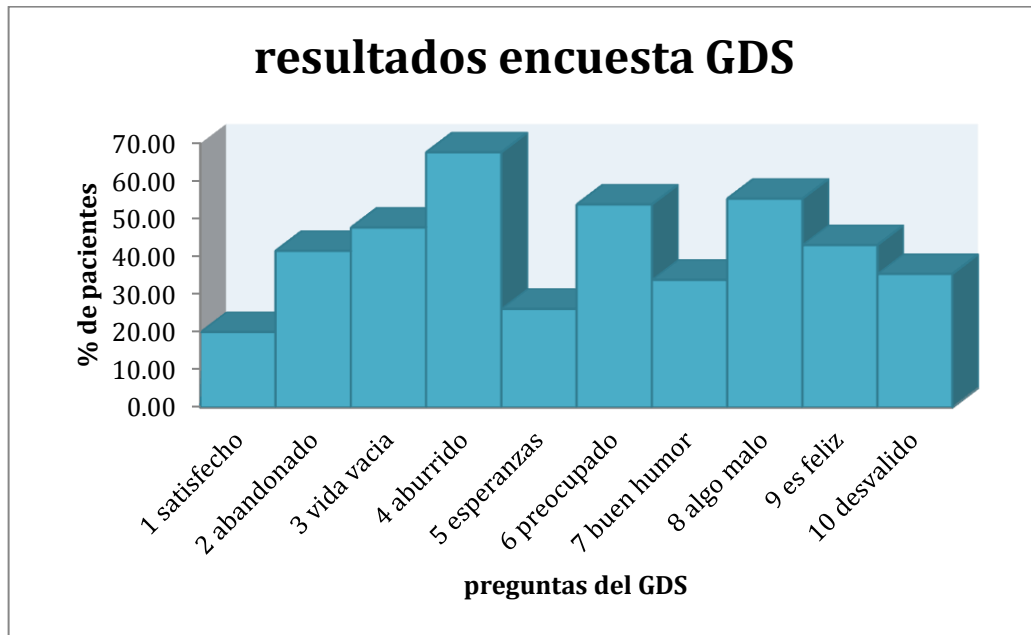


Figura 15. Resultados GDS

42 pacientes se sienten nerviosos y ansiosos posterior al ingreso hospitalario, 29 pacientes prefieren quedarse en casa a hacer cosas nuevas, 34 pacientes tienen miedo al futuro, 26 pacientes tienen mala memoria u olvidan las cosas más fácilmente que antes, 10 pacientes sienten que no es agradable seguir vivo a sus años, 26 pacientes se sienten tristes, 18 pacientes no se sienten útiles en sus vidas, 35 pacientes le dan vueltas a cosas que ya han pasado hace muchos años, 16 pacientes piensan que su vida no es interesante o le han perdido el interés a la vida, 25 pacientes prefieren no realizar proyectos nuevos (Figura 16).

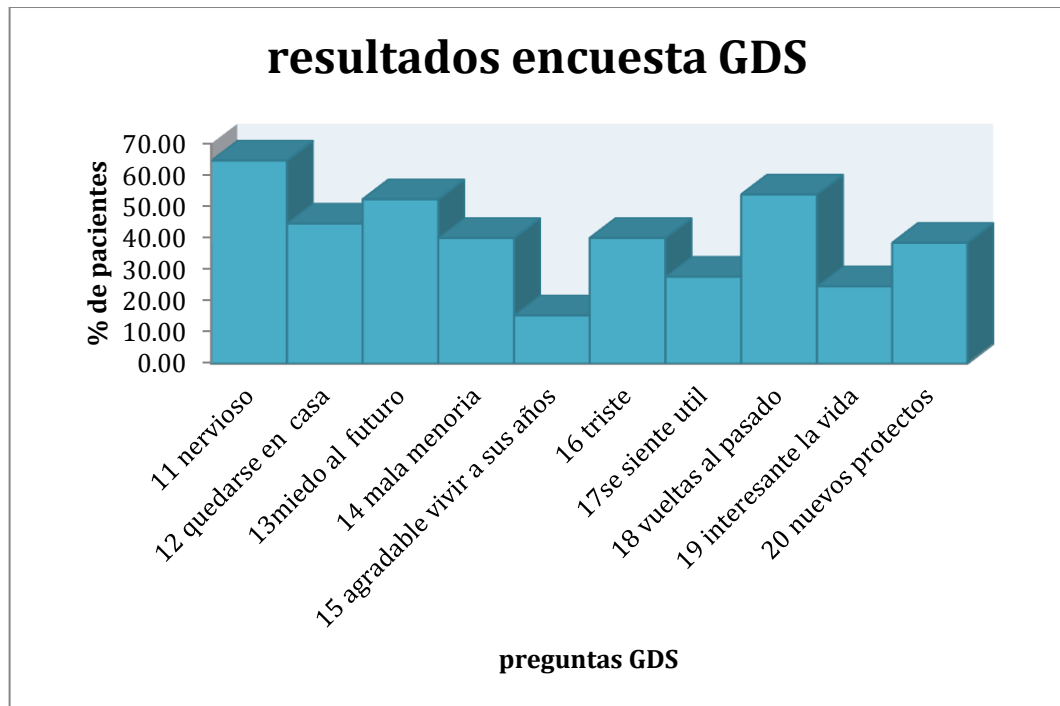


Figura 16. Resultados GDS

19 pacientes no se sienten llenos de energía para realizar actividades de la vida cotidiana , 29 pacientes siente que hay gente que esta mejor que ellos, 24 pacientes se disgusta por pequeñeces, 23 pacientes siente ganas de llorar todo el día, 18 pacientes prefiere no levantarse temprano, 20 pacientes evitan reuniones familiares o de amigos (Figura 17).

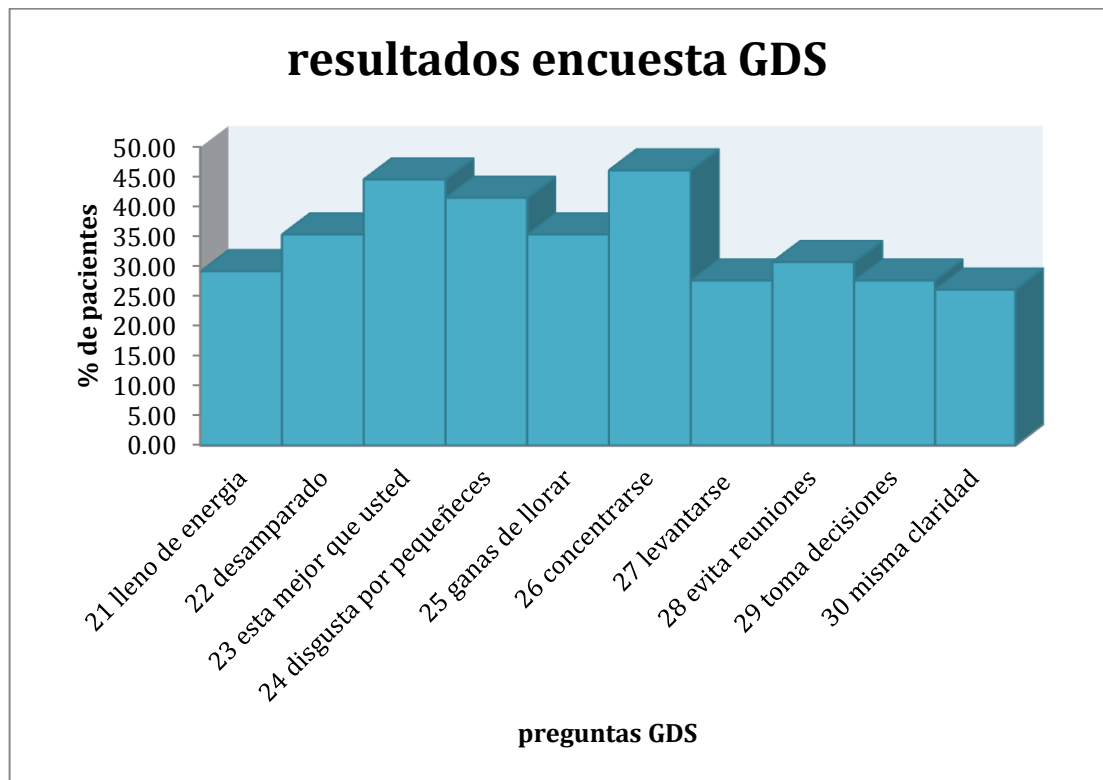


Figura 17. Resultados GDS

En la figura 18 se encuentran enumeradas las preguntas que los pacientes contestaron mas comúnmente como positivas para depresión, por lo que podemos decir que son los síntomas mas frecuentes de depresión en el paciente adulto mayor hospitalizado:

- Aburrimiento general de la vida
- Estado de ansiedad y nerviosismo
- Siente que algo malo les va a pasar
- Se siente preocupado acerca del futuro

Cuando al paciente se le encuesta referente a su futuro nos refiere la mayoría de los pacientes que están preocupados por los gastos de la estancia hospitalaria y los costos del material de osteosíntesis o protésico. El 53.85% de los pacientes le dan mucha importancia a los hechos del pasado, siendo un parteaguas la hospitalización del paciente y sentirse en gravedad para reflexionar sobre esos hechos y otorgar el perdón a familiares y amigos cercanos respecto a enojos.

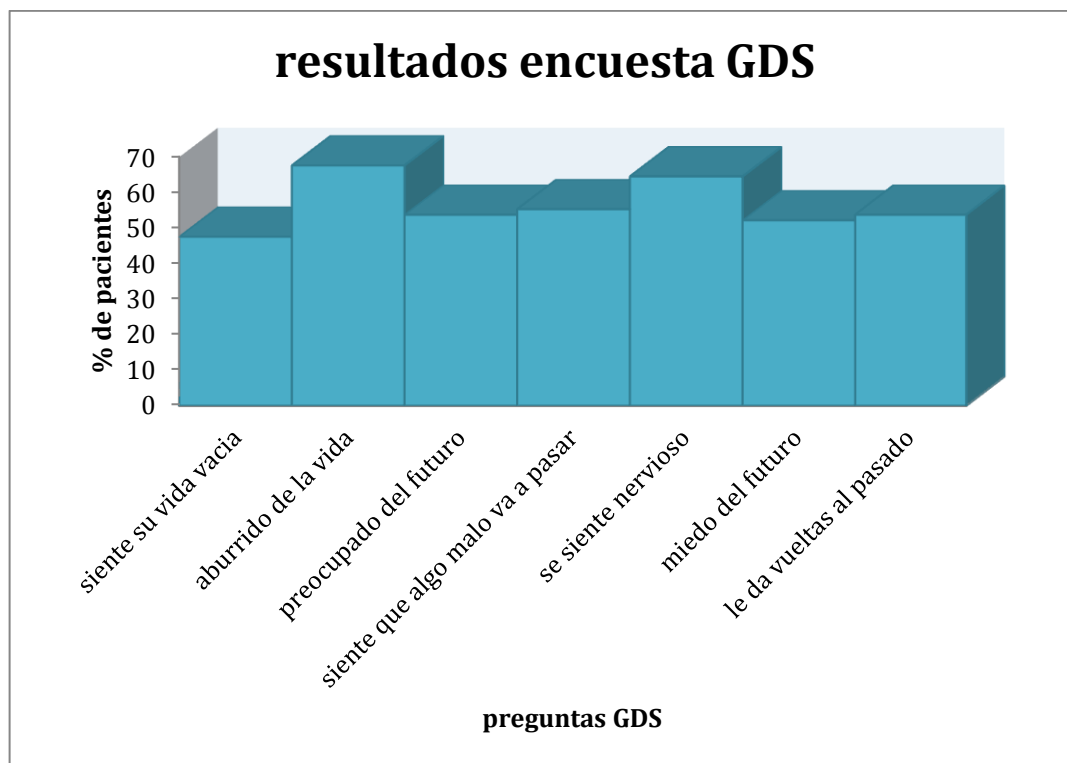


Figura 18. Preguntas positivas mas frecuentes en escala GDS

Dentro de los resultados del test GDS en la figura 19, encontramos 36 pacientes sin datos de depresión, 8 pacientes con depresión leve, 8 pacientes con depresión moderada y 13 pacientes con depresión severa, recordando que la escala GDS divide las depresiones por puntaje siendo de 0 a 10 puntos pacientes sin depresión, 12 a 14 puntos pacientes con depresión leve, 15 a 19 puntos depresión moderada y mas de 20 puntos con depresión severa.

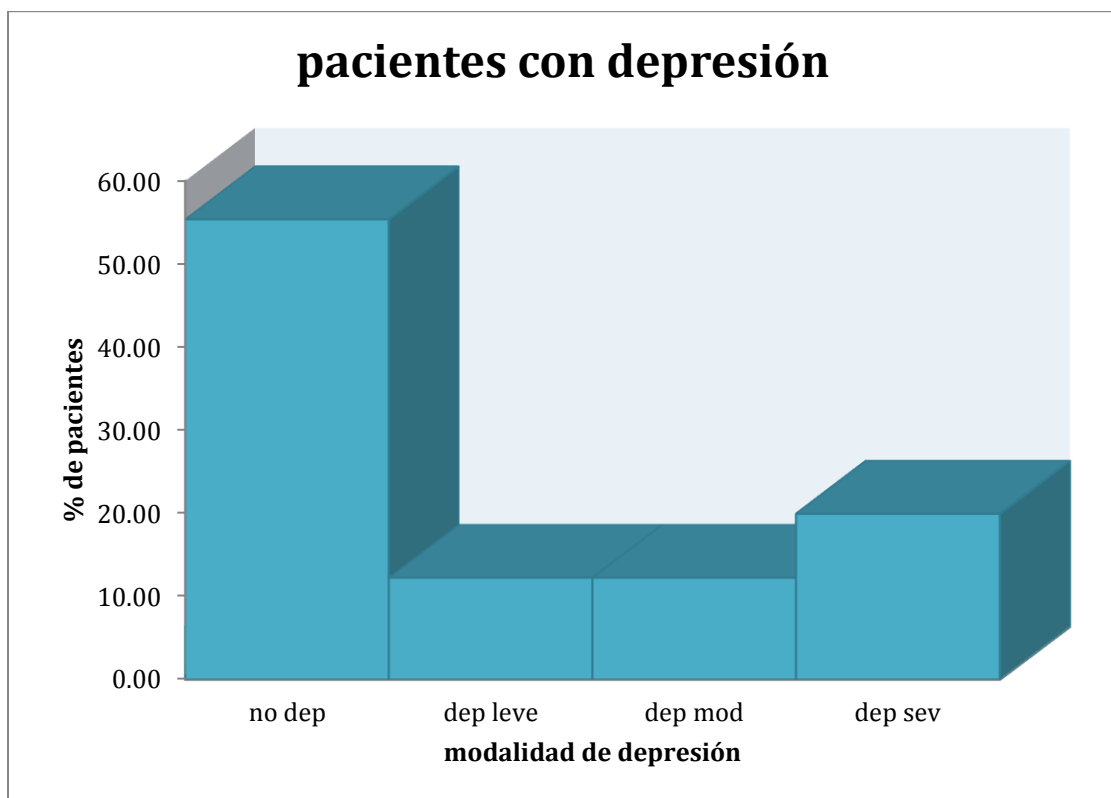


Figura 19. Frecuencia de depresión por tipo

Encontrando una frecuencia de depresión del 44.62%, reportando mas alta la frecuencia del Hospital General Balbuena que la reportada a nivel mundial (Figura 20).

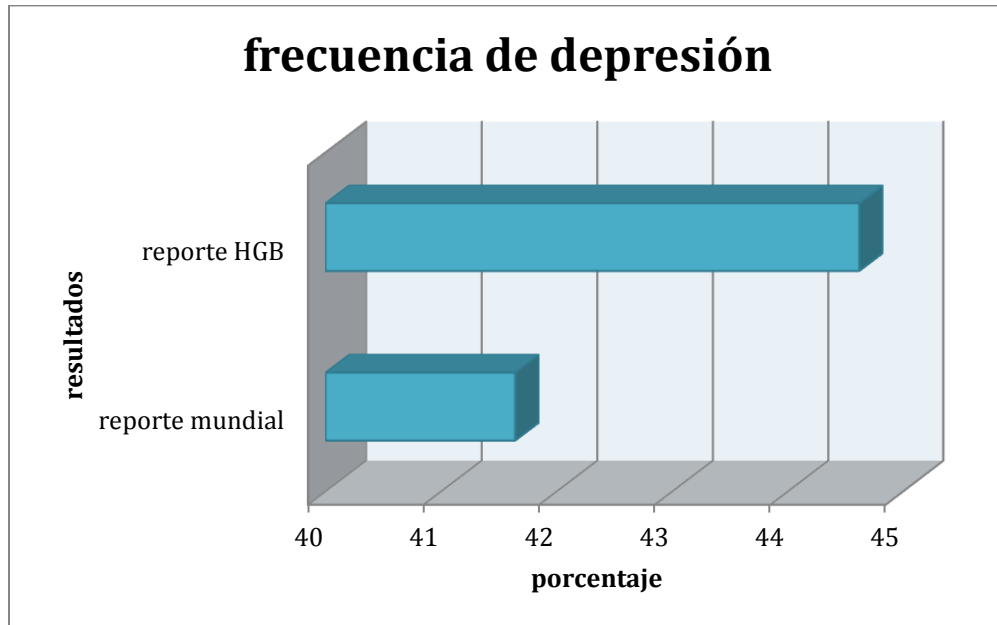


Figura 20. Frecuencia de depresión comparada con la frecuencia mundial

La frecuencia por genero de síndrome depresivo fue de 24 mujeres (82%) y 5 pacientes hombres, con frecuencia de 4:1 (Figura 20).

En pacientes masculinos (serie 1):

- depresión leve 2 pacientes.
- depresión moderada 1 paciente.
- depresión severa 2 pacientes.

En pacientes femeninos (serie 2):

- depresión leve 6 pacientes.
- depresión moderada 7 pacientes.
- depresión severa 11 pacientes.

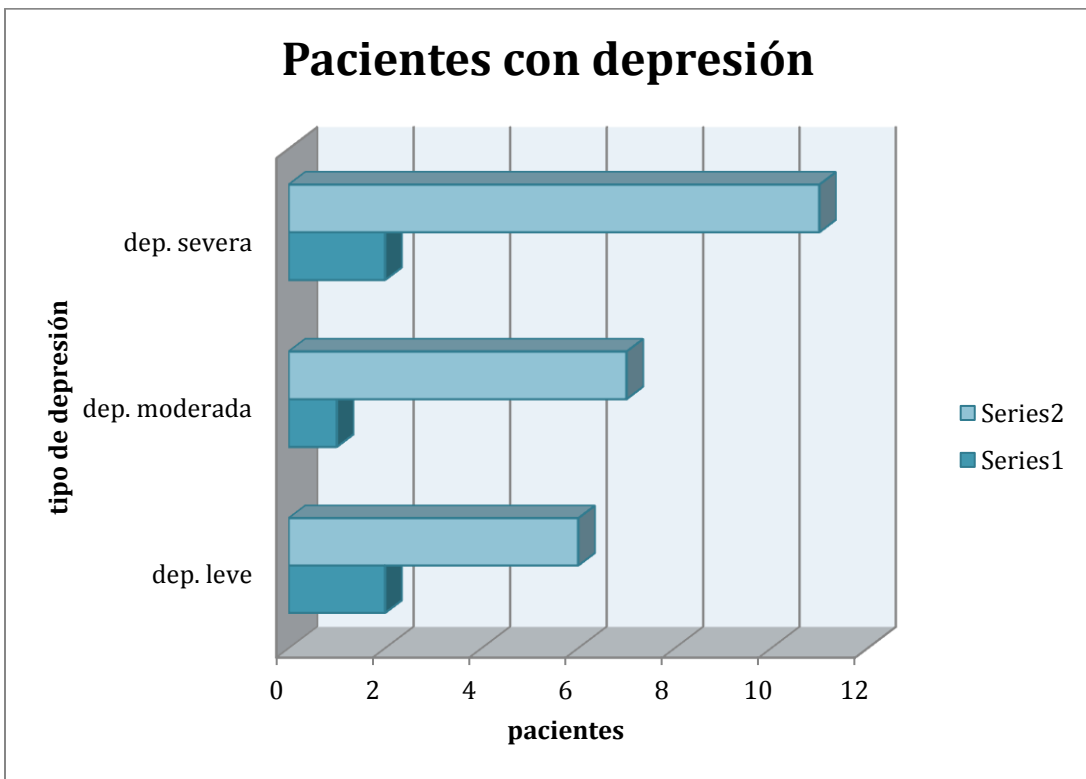


Figura 20. Frecuencia de depresión por genero

En los pacientes que presentaron depresión en cualquiera de su magnitud, el mecanismo de lesión por lo cual se presento la fractura fueron: caída en baño 20%, caída en patio 18.46%, caída de una banqueta 3.08%, caída de escaleras 3.08%. No se presentaron pacientes atropellados (Figura 21).

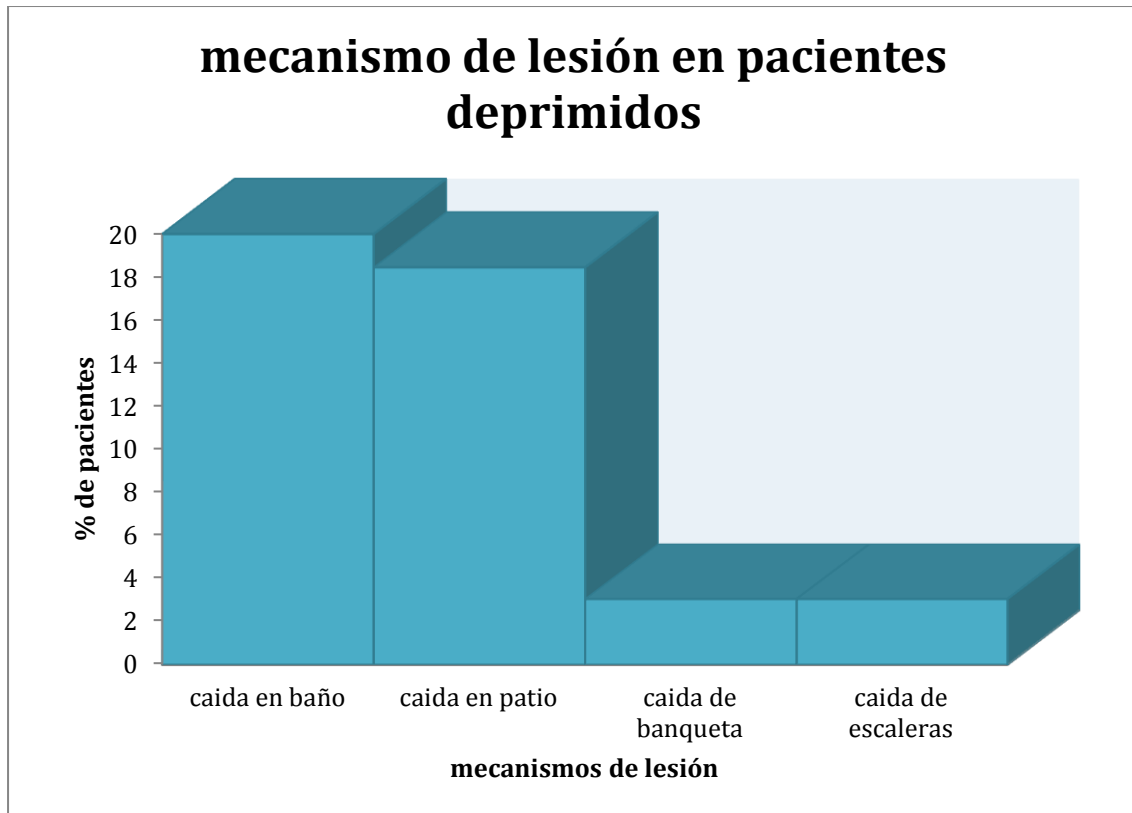


Figura 21. Mecanismo de lesión en pacientes con depresión.

Dentro del rubro de los cuidadores, los pacientes con depresión presentan 15.38% cuidados por hijos, 7.69% sin cuidadores, 6.15% cuidados por familia política, 4.62% cuidados por hermanos, 4.62% con cuidadores contratados, 4.62% cuidados por vecinos, 1.54% cuidados por sobrinos y no se encontró ningún paciente cuidado por amigos (Figura 22).

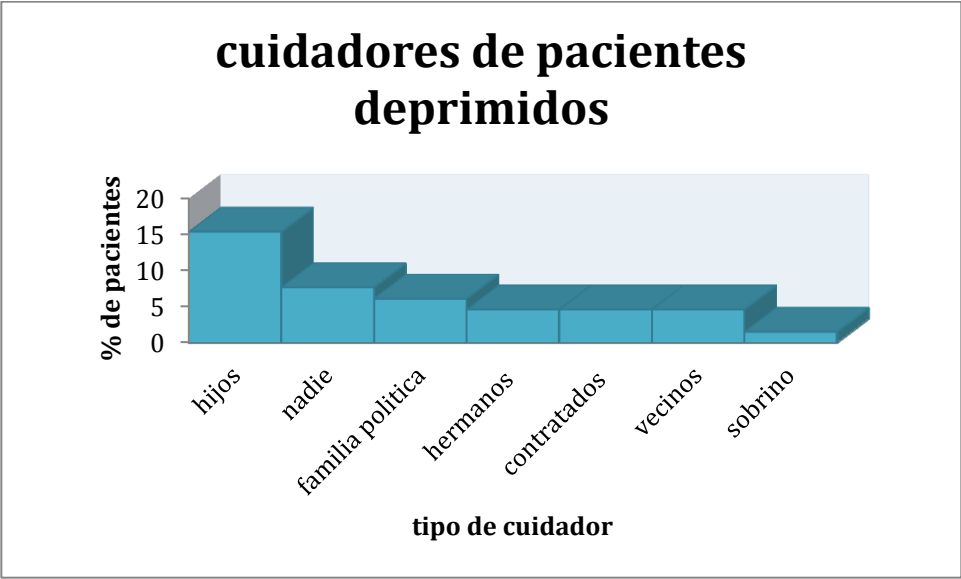


Figura 22. Cuidadores de pacientes con depresión.

DISCUSION

Dentro de nuestro estudio, la edad media de los pacientes fue de 80 ± 8 años, la literatura mundial nos da a entender, que entre mas edad presente un paciente, tendrá un riesgo mayor de presentar caídas por la disminución del estado reactivo de la marcha¹⁷. Las caídas que presentaron los pacientes fueron en su mayoría fracturas con trazo transtrocanterico (54 pacientes), estas se producen con un mecanismo de baja energía, cuando los pacientes presenten mayor edad, mas comunes serán estos tipos de fractura por la presencia de osteoporosis^{10, 11}

La osteoporosis se considera una enfermedad multifactorial, siendo esta enfermedad, el principal factor predisponente de una fractura y la caída el factor precipitante¹². Presentándose mas frecuentemente en mujeres que hombres, debido a que a partir de los 50 años las mujeres sufren mas descalcificación que los hombres, debido a la menopausia, esto provoca mayor incidencia de osteoporosis en mujeres¹⁵.

Los hábitos alimenticios de la población mexicana adulta mayor, que habita en las ciudades, no es adecuada. La dieta esta basada en carbohidratos y refrescos, lo cual conduce a un aumento de peso y una descalcificación ósea por falta de un aporte adecuado de calcio en la dieta, este aporte, según la OMS, en este grupo etario debería ser por lo menos de 2000 mg de calcio al día.

Al aumentar el peso de un paciente sobre una cadera osteoporótica u osteopénica, es muy probable que presenta una fractura de cadera con un mecanismo de lesión bajo energía (como caída de su propia altura) ya sea

caídas en el baño o de un escalón con una incidencia encontrada en este estudio de un 40%. Además recordemos que la mayoría de los pacientes entrevistados no colocan barandales ni soportes adecuados en escaleras o baños, lo cual nos conduce a este aumento.

La mayoría de los pacientes encuestados habitan en planta baja, en donde tienen mas cuidados y vigilancia de sus familiares, además de tener mayor facilidad de salir al patio y tomar el sol, recordando que dentro del metabolismo de la vitamina D debe intervenir el sol para que esta se fije al hueso y evitar la osteoporosis ²¹, solo el 22% de los pacientes habitan en planta alta, teniendo que bajar escaleras para acceder a la cocina o baño, propiciando alguna caída.

La mayoría de las caídas fueron producidas en el baño (40%) en donde solo una de las pacientes encuestada tiene protecciones adecuadas para baño, estas deben incluir cinta antiderrapante, manerales para el W.C y la regadera, sillas para baño y tapetes de plástico con antiderrapante.

En el Hospital General de Balbuena se tuvo una frecuencia de depresión mayor que la reportada a nivel mundial ²⁹. El síndrome depresivo es una enfermedad de afectación mundial, que muchas veces pasa desapercibida por sus diversos síntomas, algunos de estos inespecíficos. Cuando se muestra síntomas clínicos importantes (suicidio) muchas veces ya no es tiempo para tratar la enfermedad, recordando que hasta el 30% de los pacientes geriátricos

sufren suicidio o se dejan morir ³², por eso la importancia de diagnosticar la depresión en nuestros pacientes, para ayudar a mejorar las condiciones de vida del paciente y tratar de cambiar la tasa de mortalidad acerca de las fracturas de cadera.

La mayoría de los pacientes deprimidos cuando llegan a la consulta externa a su primera revisión posterior a su evento quirúrgico van renuentes y no movilizan la extremidad, pues no tienen círculos de apoyo y cuidado adecuados, Muchos de los pacientes caen de sus camas, se luxan las prótesis o se forma una fractura perimplante por falta de atención de los familiares.

Otro punto importante es que la mayoría de los pacientes entrevistados son cuidados por familiares cercanos (hijos) pero el que vivan en la misma casa no quiere decir que cuiden a sus pacientes adultos mayores. Algunos de nuestros pacientes entrevistados refirieron que sus hijos solo los abandonaban en los cuartos y en ocasiones les llevaban la comida, eso no presenta un cuidado apropiado. Debemos fomentar la cultura del cuidado hacia nuestros adultos mayores, los cuales en muchas de las ocasiones sufren abandono y maltrato físico y psicológico.

CONCLUSIONES

Dentro de las condiciones mas vulnerables de la raza humana, se encuentran los extremos de la vida, y en este caso nos enfocamos al extremo distal de la vida, en donde la mayoría estos pacientes, por cuestiones culturales no han vivido una vida plena, tratan de pasar los últimos años de su vida de una manera tranquila y útil.

Las sociedades anteriores a este tiempo así lo marcaban mayoritariamente para las mujeres, en donde no se les permitía un acceso tan amplio a la educación como en estas fechas, el nivel educativo bajo no implica mayor tasa de depresión (objetivo que no se estudio en esta tesis) pero si ayuda a tener mayor discernimiento acerca de la calidad de vida que queremos como personas.

Cabe mencionar que el censo de pacientes entrevistados para esta tesis consto de un 80 % de mujeres y que de los 29 pacientes con depresión el 82% (24 pacientes) lo presentan las mujeres.

En este estudio se determinó que la frecuencia de síndrome depresivo en pacientes con fractura de cadera, es mas alta que la reportada a nivel mundial, reportando por este estudio un 44.62%. Esto nos enseña que al paciente geriátricos tenemos la obligación de verlo en un enfoque global, y no como en muchos casos se realiza en enfoque aislado centrándose en la lesión ósea, si

bien no son la mayoría de los pacientes los que presentan síndrome depresivo, tenemos un gran número de pacientes que presentan dicha patología antes de ingresar a nuestros hospitales, la cual se agrava al quedarse internado por más de 15 días.

La mayoría de los pacientes son abandonados por sus familiares cuando se encuentran internados en instituciones de salud, en donde sabemos que las visitas son restringidas, y si en ocasiones no los visitan en sus casas muchas veces en los hospitales, los familiares de los pacientes se presentan a los informes y se van a trabajar, por lo cual los pacientes quedan a expensas de las enfermeras o médicos de la institución los cuales no están 100% del tiempo a su cargo, recordando que la falta de personal en nuestros hospitales merma en mucho la atención al paciente.

Estos pacientes geriátricos al estar postrados en cama pierden la noción del tiempo y el espacio, la mayoría de ellos sufren síndrome demencial al perder la relación tiempo espacio, lo cual nos complica el tratamiento. Otra complicación del abandono es la formación de escaras en región sacra y talones, egresándolos en ocasiones con grandes lesiones dérmico epidérmicas con un alto índice de infección (por la falta de cuidado) y ponen en riesgo el tratamiento dado por el ortopedista al encontrarse infecciones cerca de la herida quirúrgica.

Por el momento las instituciones de la secretaria de salud del distrito federal no cuenta con una área adecuada para el cuidado del paciente geriátrico,

los pabellones propuestos debería contar con instalaciones amplias, al igual que baños amplios con cintas antiderrapante, manerales en baños y pasillos, barandales en las camas, contar con andaderas adecuadas y bastones así como sillones tipo reposet para evitar las escaras en nuestros pacientes y promover la deambulaci3n temprana despu3s de un evento quir3rgico.

Tenemos grandes retos con los pacientes geri3tricos y mas aun con los pacientes geri3tricos que sufren s3ndrome depresivo, los cuales son abandonados a su suerte en nuestras instituciones, y sienten deseos de morir.

Algunos pacientes dejan de comer o tomar sus medicamentos al no sentirse felices con la vida que llevan, debemos recordar que el tiempo y la edad son cosas inexorables, y como dice el dicho “ como te vez me vi, como me veo te veras”. Tratemos de mejorar la atenci3n a nuestros pacientes geri3tricos, los cuales con sus voces llenas de experiencia nos pueden abrir un mundo de posibilidades.

RECOMENDACIONES

Posterior a la realización de esta tesis se sugieren estas recomendaciones:

1. Realización de densitometrías óseas a nivel de cadera y columna lumbar para captar a pacientes con riesgo de osteoporosis u osteopenia.
2. Pacientes de mas de 50 años que presenten fracturas de muñeca por mecanismos de lesión de baja energía considerarlas como pacientes con osteoporosis y dar tratamiento.
3. Prevención de osteoporosis en etapa de osteopenia al dar 2000 mg diarios de calcio con vitamina D.
4. Mejorar aceras para prevenir caídas de ellas de pacientes mayores.
5. Construcción de casas con espacios amplios para personas de la tercera edad, con baños amplios.
6. Colocación de cinta antiderrapante en baños, así como manerales en el WC y regadera, uso de sillas para baño.
7. Colocación de barandales en escaleras para prevención de caídas.
8. Trabajan en redes de apoyo para el paciente geriátrico.

9. En los hospitales, mejorar las zonas de pacientes geriátricos, siendo con mayor espacio, baños mas amplios, siguiendo el punto 6.

10. Atención del paciente geriátrico por psiquiatras y ortogeriatras en un enfoque global.

11. Realización del test GDS a toda la población geriátrica en el hospital.

12. Envío y seguimiento por parte del psiquiatra de pacientes con depresión.

13. Seguimiento estrecho postquirúrgico para prevención de complicaciones.

REFERENCIAS

1. TRUETA J, Harrison MHM. "The normal vascular anatomy of the femoral head in adult man". J Bone Surg Br. 1953;35B: 442-460
2. GUYTON JL. "Fracture of hip, acetabulum and pelvis". Campbell's operative orthopaedics. 10ª edición. 2004: 2181-2760.
3. LOTZ JC, Cheal EJ, Hayes WC. "Fracture prediction for the proximal femur using finite element models: Part II Nonlinear analysis" J Biomech Eng. 1991. Nov; 113(4):361-365
4. MYERS AH, Robinson EG, Van Natta ML, Michelson JD, Collins K, Baker SP, "Hip fractures among the elderly: factors associated with in-hospital mortality. Am J Epidemiol. 1991. Nov 15; 134(10); 1128-1137.
5. KYLE RF. "Fractures of the femoral neck" Instr Course Lect 2009; 58:61-68
6. KAPLAN K, Miyamoto R, Levine BR, Egol KA, Zuckerman JD. "Surgical management of hip fractures: an evidence-based review of the literature. II: intertrochanteric fractures" J Am Acad Orthop Surg. 2008. Nov;16(11):665-673
7. Miyamoto RG, Kaplan KM, Levine BR, Egol KA, Zuckerman JD. "Surgical management of hip fractures: an evidence-based review of the literatura. I: femoral neck fractures. J Am Acad Orthop Surg. 2008 Oct;16 (10):596-607.
8. KYLE RF, Cabanela ME, Russel TA. "Fractures of the proximal part of the femur" Inst Course Lect 1995;44:227-253

9. KOVAL KJ, Aharonoff GB, Su ET, Zuckerman JD. "Effect of acute inpatient rehabilitation on outcome after fracture of the femoral neck or intertrochanteric fracture" J Bone Joint Surg Am. 1998 Mar(3):357-364
10. LAWTON JO, Baker MR, Dickrin RA. "Femoral neck fractures: two populations". Lancet 1983. 2:70-72
11. GALLAGHER JC, Melton LJ, Riggs BL. "Epidemiology of fractures of the proximal femur in Rochester, Minnesota" Clin Orthop 1980;150:163-171
12. CUMMINGS SR, Nevit MC, Browner WS et al. "Risk factors for hip fracture in White women". N Eng J Med 1995;332(12):767-773.
13. MAZESS RB. "On aging bone loss" Clin Orthop 1982; 165:239-252
14. KANIS JA, McCloskey EV. "Evaluation of the risk of hip fracture". Bone 1996;18(3 suppl):123-132
15. BROWNER BD. "The bones and joint decade". JBJ Surg 1999;81 AQ (7):903-904
16. www.inegi.com.mx
17. RODRIGUEZ ALVAREZ J. "Epidemiología de las fracturas de cadera" Guía de la buena práctica clínica: anciano afecto de fractura de cadera. 2007:11-19
18. KERN LM, Powe NR, Levine MA. "Association between screening for the osteoporosis and the incidence of hip fracture". Ann Int Med. 2005; 142:173-181
19. CHANG JT, Morton SC, Rubenstein LZ. "Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials" BMJ. 2004; 328:680-687

20. NEER R, Anaud CD, Zanchetta JR, Prince R, Gaich GA, Reginster JY, Hodsman AB, Eriksen EF, Ish-Shalom S, Genant HK, Wang O, Mitlak BH "Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis". N Engl J Med 2001 May 10;344 (19): 1434-1441.
21. MIRALLES R, Conejo A, Lopez E. "Prevención de fractura de cadera en ancianos". Guía de la buena práctica clínica: anciano afecto de fractura de cadera. 2007:85-103
22. DINESH D. et al. "Epidemiology of hip fracture: Worldwide geographic variation". Indian Journal of Orthopaedics. 45/1. 2011. 15-22
23. Informe de osteoporosis de la comunidad económica europea. Luxemburgo: International osteoporosis Foundation; 1999.
24. AGÜERA L, Martin M, Cervilla J. "Psiquiatría Geriátrica" Primera Edición. Barcelona: Masson S.A., 2002.
25. MATILLA Mora Rosa, "Depresión en el anciano". Biblioteca católica digital. 2000
26. YESAVAGE JA, Brink TL, Rose TL. "Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report". J Psychiatry Res 1983; 17:37-49.
27. BRINK TL, Yesavage JA, Lum O. "Screening test for geriatric depression". Clin Gerontol 1982; 1:37-43.
28. MARTINEZ AF. "Tópicos de gerontología. Academia 2". Serie de monografías científicas de la FESZaragoza, México: UNAM 1998: 140-151.

29. HOLMES J, House A. "Psychiatric illness predicts poor outcome after surgery for hip fracture: a prospective cohort study". *Psychol Med.* 2000 Jul; 30(4):921-9.
30. GIVENS JL, Sanft TB, Marcantonio ER. "Functional recovery after hip fracture: the combined effects of depressive symptoms, cognitive impairment and delirium". *J Am Geriatr Soc.* 2009 Jan; 57(1):179-180.
31. FENTON FR, Cole MG, Engelsmann F. Depression in older medical in-patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:279-284.
32. VOSHAAR RC, Banerjee S, Horran M, Baldwin R. Predictors of incident depression after hip fracture surgery". *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007 Sep;15(9):807-14.
33. EVANS M, Hammond M, Wilson K. Placebo-controlled treatment trial of depression in elderly physically ill patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:817-824.
34. BURNS A, Banerjee S, Morris J. Treatment and prevention after surgery for hip fracture in older people: Randomized Controlled Trials. *J Am Geriatr Soc* 2007 Jan; 55:75-80.
35. CORINA Benjet. Et al. "La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento" *Salud Pública Méx* 46 N. 5, Cuernavaca Septiembre-octubre 2004
36. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. 20-22 pp.