

Percepciones y experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera

Maria Teresa de la Chica Aragón*, Maria Teresa Robles Ruiz*

*Graduada en Enfermería por la Universidad de Jaén.

Resumen

Objetivo principal: Esta investigación pretende conocer las emociones que experimentan los pacientes tras sufrir una fractura de cadera, así como profundizar en sus vivencias y su significado en relación a la dependencia en las actividades de la vida diaria.

Metodología: Se diseñó un estudio cualitativo descriptivo, utilizando la fenomenología como orientación teórico-metodológica. Se realizaron entrevistas a personas que han estado ingresadas en el Hospital Neurotraumatológico de Jaén por este motivo.

Resultados principales: En los resultados surgieron temas como el dolor, la dependencia, las emociones que surgen tras sufrir la fractura y aspectos de la rehabilitación.

Conclusión principal: Estas lesiones no sólo suponen una fractura ósea sino también causa grietas sociales y existenciales.

Palabras clave: Dependencia; Enfermería; Experiencias; Fractura de cadera; Investigación cualitativa.

Abstract

Objective: This research seeks to understand the emotions experienced by patients after suffering a hip fracture and to deepen their experiences and their significance in relation to dependence in activities of daily living.

Methods: A qualitative descriptive study was designed, using phenomenology as a theoretical and methodological orientation. Interviews were conducted to people who admitted to the Hospital Neurotraumatológico de Jaén for this reason.

Results: The results show topics such as pain, dependence, emotions that arise after suffering fracture and aspects of rehabilitation.

Conclusions: These injuries not only entail a bone fracture but also cause social and existential cracks.

Keywords: Dependency; Nursing; Experiences; Hip fracture; Qualitative Research.

Introducción

La fractura de la extremidad proximal del fémur o fractura de cadera es la complicación más importante de la osteoporosis en términos de mortalidad, morbilidad y costes que supone al sistema sanitario, hablamos de un importante problema de salud pública.

Si la incidencia de fracturas de cadera continúa, la incidencia global (por cada 100 000 habitantes de 50 años o más de edad) se puede calcular que será de 649 y 889 en los años 2020 y 2030, respectivamente. Junto con el aumento en el tamaño de la población de edad avanzada significa que el actual número de fracturas de cadera casi podría triplicarse para el año 2030¹.

La independencia de estas personas se ve comprometida puesto que la mayoría de las que sufren esta fractura no recupera el nivel funcional anterior a la lesión. Sin embargo, existe poca información sobre la

manera en que se experimenta este tipo de sucesos y como se intenta mantener la autonomía².

En la práctica clínica, la expresión del dolor se manifiesta en el diálogo entre el paciente y la enfermera. Tanto los pacientes como los profesionales de la salud creen que la comunicación verbal es la forma más común de expresarlo³.

Cuando éste se evalúa, una gran parte de la atención se centra en su intensidad, mientras que a otras dimensiones de la experiencia se les presta poca atención o son completamente ignoradas. Necesitamos un conocimiento más extenso acerca de la manera de expresarse de los pacientes⁴.

Un adecuado proceso de transición del cuidado es fundamental para el tratamiento eficaz y eficiente de las personas con múltiples enfermedades crónicas ya que se

ha reconocido como una etapa de alto riesgo⁵ en la que suele darse una discontinuidad y una falta de coordinación^{6,7}. La importancia de la compenetración entre los Servicios de Atención Primaria y los Servicios de Atención Especializada fundamentan la necesidad de establecer mecanismos que las garanticen. Todo ello llevará a una mejora en la comunicación entre niveles asistenciales y a la consecución de una mejora en la calidad de vida del paciente recientemente intervenido de prótesis de cadera⁸.

La medición de la calidad de vida es un factor cualitativo a la hora de valorar la salud de la población y la efectividad de nuestras decisiones. Es fundamental para la enfermera tener en cuenta tanto los factores psicológicos como los sociales y la influencia que la enfermedad tiene en la vida del paciente⁹.

Por todo ello, se pretende con esta investigación conocer las emociones y profundizar en las vivencias experimentadas por personas tras sufrir fractura de cadera, así como descubrir en que se ha traducido en relación a la dependencia en las actividades de la vida diaria.

Metodología

Se diseñó un estudio cualitativo descriptivo, utilizando la fenomenología, según el enfoque de Amedeo Giorgi, como orientación teórico-metodológica.¹⁰

La investigación se llevó a cabo en la provincia de Jaén, donde se realizaron las visitas domiciliarias, desde Noviembre de 2013 hasta abril de 2014.

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a aquellas personas que han estado ingresadas en el Hospital Neurotraumatológico de Jaén tras sufrir fractura de cadera. Como criterios de inclusión se establecieron, además de la lesión de cadera, y que hubiese transcurrido al menos un mes desde el momento de la visita para la entrevista y la fecha del alta hospitalaria y haber firmado el consentimiento informado para la investigación, quedando en éste reflejados: los objetivos de la investigación, la participación voluntaria y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, así como la confidencialidad de sus datos. Se respetó en todo momento el anonimato de los informantes. Los criterios de exclusión fueron que no padecieran

deterioro cognitivo, demencia o fractura patológica. Se trata de un muestreo por conveniencia; casos disponibles a los cuales se pudo tener acceso por estar desarrollando el período de formación práctico-clínica en la unidad de Traumatología del Hospital Neurotraumatológico.

La muestra final estuvo formada por cinco personas, tres mujeres y dos hombres con edades de entre 55 y 84 años.

Algunas de las cuestiones fueron: ¿Podría describir de su experiencia durante su estancia hospitalaria?, ¿en qué medida percibe que existe un seguimiento de su estado por parte del sistema sanitario?, describa con sus propias palabras el dolor que siente en la cadera en estos momentos, ¿en qué medida cree que haber sufrido la fractura de cadera ha influido en su capacidad para sus actividades diarias?, ¿cómo cree que su lesión le ha afectado a usted emocionalmente?, ¿cómo cree que afecta la fractura de cadera en relación al contacto con las personas de su entorno?

La duración de los encuentros no fue prefijada con anterioridad si no que se adaptó a la medida de las circunstancias de cada visita. El tiempo fue el necesario para una completa recogida de información según precisara la investigadora y siempre que el entrevistado no se sintiera agotado.

Las entrevistas fueron grabadas con una grabadora y posteriormente transcritas palabra por palabra. La duración de las mismas fue de entre 30 y 60 minutos.

Para el análisis de las entrevistas se utilizó el software Nvivo 9 de análisis de datos cualitativos, siguiendo el pensamiento fenomenológico del autor Amedeo Giorgi.

Resultados

El análisis que se presenta a continuación se organiza en torno a las claves que surgieron de los datos de la entrevista:

- Percepción de dolor

El dolor fue mencionado por la mayoría de los participantes en diversos grados.

Algunos comentaron que experimentaron dolor severo durante la estancia hospitalaria y uno consideró que el dolor no se había manejado bien por profesionales sanitarios:

“Tuve muchos dolores. Los últimos días me metieron un poco morfina y entonces (...) porque aquello no era normal.” (Hombre, 55 años)

Los participantes tienen una tendencia a hablar sobre el dolor por medio de:

Cuantificación del dolor.

Los pacientes cuantifican su dolor con números. Una forma de calificar fue haciéndole referencia a la escala numérica del dolor, se les pidió que dieran una puntuación a su dolor donde el 0 era el mínimo y el 10 el máximo:

“Pues (...) del 1 al 10(...) un 7. No es un dolor constante pero (...) yo imagino que es de la postura de estar aquí sentada tantas horas y sino en la cama (...)” (Mujer, 53 años)

Localización del dolor.

Algunos de ellos localizan su dolor en diferentes partes del cuerpo y expresan la extensión del mismo. Ellos no sólo localizan el dolor en la cadera sometida a la intervención, también hacen referencia a otras partes específicas del cuerpo, por ejemplo, la ingle, la rodilla o el pie:

“Me duele debajo de la pierna como si fuera una agujeta. [Me enseña la cicatriz situada a la altura del muslo izquierdo].” (Mujer, 65 años)

Caracterización del dolor.

Los entrevistados también caracterizaron el dolor a través de expresiones indirectas y directas. Por otra parte, perciben “sensaciones” de lo que se podría denominar dolor, lo que ellos explican cuando se les hace referencia al dolor.

Los pacientes utilizan expresiones directas o incluso metáforas que indica que el dolor fue disminuyendo:

“Siento dolor no muy fuerte pero siento dolor” (Mujer, 53 años)

Duración del episodio de dolor.

Formas de hablar sobre el tiempo que dura este dolor y en que situaciones suele ocurrir. Ninguno comenta que el dolor sea repentino y en situaciones imprevisibles si no que suele ocurrir en los mismos momentos a lo largo del día, como cuando realizan los ejercicios de rehabilitación:

“Era a todas horas desde que me levantaba hasta que me acostaba a todas horas y cuando iba a algún lado ya no podía, ya me tenían que llevar y a fuerza de dolores.” (Mujer, 85 años)

- Estado de dependencia

Describimos esta categoría como: situación en la que una persona no puede valerse

por sí misma para realizar ciertas actividades necesarias para construir su día a día. Necesita ayuda o bien de alguna persona o algún dispositivo.

Necesidad de dispositivos.

Algunos comentan que se valen de dispositivos para la realización de ciertas tareas, sin éstos no podrían llevarlas a cabo y otros no relacionan estos utensilios como ayuda imprescindible ya que al preguntarle por las actividades en las que necesitan ayuda algunos sólo mencionaban aquellas en las que requieren de una persona.

“Comer y a veces me voy a la cama despacico con la muleta, pero muy pocas veces.” (Mujer, 85 años)

Necesidad de otras personas.

Dos de nuestras entrevistadas eran cuidadas por sus hijas, uno de ellos vive con su mujer que le ayuda en ciertas actividades y otro también vive con su mujer pero no puede prestarle toda la asistencia que necesita, por lo que hacen uso del servicio de una cuidadora formal dos horas al día y el resto del día otra cuidadora informal. La relación con los cuidadores es valorada positivamente por los participantes.

“Ahora, meterme en la bañera (...) pero me baño todos los días, primero me sienta, me coge y me lava. Mi hija es la que me ayuda.” (Mujer, 65 años)

Necesidad de ayuda para actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

La dependencia también es expresada por nuestros participantes en aquellas tareas en las que necesitan ayuda y no podrían realizar solos. Esas tareas en las que todos los participantes coinciden son las relacionadas con el desplazamiento. La mayoría requieren de ayuda para bañarse, vestirse y acostarse:

“Que me tenían que cuidar, que me tenían que acostar y levantarme. Ahora mismo, para que me bañen, para que me vistan, para que me desplacen de un lado a otro.” (Mujer, 65 años)

- Rehabilitación

Para muchos participantes la rehabilitación y en especial la fisioterapia se consideraron muy importantes para su recuperación y un aspecto fundamental en su tratamiento. Un participante informó no estar recibiendo ningún tipo de rehabilitación en el momento

de la entrevista. El resto de participantes que si reciben rehabilitación al mes de recibir el alta, comentan que la movilidad que han recuperado ha sido gracias a estas sesiones rehabilitadoras, la influencia de éstas positivamente en su estado de ánimo y el cambio físico que sienten cuando los rehabilitadores les realizan los movimientos fisioterapéuticos.

“Sí, sí, hombre es que me viene muy bien, si no vinieran los de rehabilitación no podría mover los pies, ya si los puedo mover.” (Hombre, 84 años)

- **Afectación del estado emocional**

Todos los participantes admitieron que haber sufrido la fractura de cadera les había afectado a su estado emocional, en diferentes grados y de diferentes formas. Este cambio en el estado de ánimo es percibido desde que sufren la fractura hasta el momento de la entrevista. Estos sentimientos surgidos estaban relacionados por su incapacidad para realizar ciertas actividades de la vida diaria, la dependencia constante y la no aceptación de la nueva situación.

Anhelo de independencia.

En algunos participantes su estado emocional actual se ve envuelto en el pasado, en recordar que actividades podían realizar antes de sufrir la fractura:

“Si yo estoy bien, yo estoy bien pero dentro de eso pensaba en lo bien que estaba antes. Yo me conformo con poder solamente andar aunque tenga que echar media hora en llegar.” (Mujer, 53 años).

Desesperanza.

La mayoría de los entrevistados dicen confiar en que se van a recuperar, recuerdan otras patologías que han sufrido y piensan que las actividades que llevaban a cabo antes de sufrir la fractura no van a poder volver a realizarlas:

“Pues ya verás cómo me siento, deseando de volver a andar y hacer mis cosas pero yo creo que va a ser más difícil” (Hombre, 84 años).

Rabia.

Algunos participantes dicen sentir rabia cuando necesitan ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida diaria o tienen que pedir ayuda porque no pueden hacer algún tipo de actividad por ellos mismos. Incluso admiten sentir rabia por su orgullo y amor propio:

“La rabia que me da que se me caiga un papel o algo al suelo, como no me puedo doblar, siempre estas pendiente de llamar a alguien” (Mujer, 53 años).

Tristeza.

Otros participantes dicen sentirse tristes a raíz de sufrir la fractura pero también aseguran que pueden ser por otros motivos asociados a otras patologías, la fractura no sería la única razón para ellos:

“Muy triste y porque me lo hace mi hija y hay confianza porque es mi hija, sino fuera mi hija sufriría mas” (Mujer, 85 años).

Pérdida de apetito.

La mayoría de los participantes dicen no tener ganas de comer y por lo tanto comer menos que antes de sufrir la fractura. Uno de ellos lo relaciona con su estado de ánimo y asegura haber perdido peso desde que le ocurrió la lesión:

“Hombre (...) pues el ánimo lo perdí yo, ahora lo voy cogiendo poquito a poco, he perdido por lo menos ocho o diez kilos.” (Hombre, 84 años).

Discusión

En contraposición con el punto de vista ortopédico, en el que una fractura de cadera a menudo se considera una lesión común y un caso habitual entre la población que requiere un tratamiento sin complicaciones, los resultados de este estudio muestran que desde la perspectiva de los pacientes, una fractura de cadera es un incidente intensamente desagradable con importantes efectos en la vida de quien la padece.

En nuestro estudio la valoración del dolor ha sido organizada según los datos recogidos en: *cuantificación del dolor, localización, caracterización y duración*. Nuestros participantes afirmaron localizar el dolor en diferentes partes del cuerpo, no sólo situaban el dolor en la cadera sino que hacen referencia a otras partes del cuerpo como la ingle, la rodilla o el tobillo. Hemos encontrado que en otros estudios los participantes mencionaban que el dolor no provenía de la cadera donde habían sufrido la fractura sino que tenían otras ubicaciones.

En cuanto a la *cuantificación*, en nuestras entrevistas tan sólo una persona logró dar un valor numérico al dolor que sentía, cuando preguntamos del 0 al 10 cuánto le dolía, utilizando la escala numérica del dolor. Esto mismo ocurrió en un estudio

realizado en el año 2000 sobre la experiencia subjetiva del dolor de personas con dolor de espalda crónico la cuantificación del dolor se quiso atribuir a un valor máximo, utilizando un valor numérico, de las 11 entrevistas realizadas tan sólo una pudo cuantificar el dolor de este modo.

A la hora de explicar el dolor y establecer sus *características* los entrevistados del estudio lo hicieron combinando expresiones directas, así como describiendo "sensaciones" de lo que se podría denominar dolor para ellos y también hicieron uso de metáforas en las que comparan el dolor con otras experiencias conocidas o con otro dolor sufrido anteriormente. Estos resultados obtenidos apoyan a los encontrados en otra investigación en el que los participantes también utilizaron otras sensaciones ya experimentadas como comparación con el fin de describir su dolor. Esta forma de comunicar el dolor sirve para informar a los profesionales sanitarios, para que cuando evalúen el dolor tengan en cuenta experiencias similares de dolor y de este modo comparar y entender mejor a los pacientes. Los pacientes con dolor crónico también utilizan metáforas para expresar su dolor verbalmente.

En nuestra investigación la *duración* del dolor es variable entre los participantes pero en lo que sí coinciden es en que ocurre en ciertas situaciones y momentos a lo largo del día, no lo denominan un dolor repentino. En cambio, en otros estudios los participantes lo describen como un acontecimiento repentino e imprevisible que podría ocurrir en cualquier momento del día, algo que fluctúa en el tiempo.

Nuestros participantes hacen referencia a su falta de autonomía mediante la *necesidad de dispositivos, necesidad de otras personas* y descripción de las *actividades en las que se necesita ayuda*. Todos hacen uso de dispositivos de ayuda como bastón, muletas, andador, silla de ruedas, adaptadores para la bañera o adaptadores para el váter. Les sirve de complemento para la realización de ciertas actividades y en otros casos son de uso imprescindible. Las personas a las que hemos entrevistado describen una nueva experiencia con limitaciones físicas y en la que su independencia se ha visto mermada. Algunos expresaron sentimientos de frustración, relacionados con la incapacidad para moverse y la pérdida de confianza, de control, sensación

de inseguridad, fragilidad y temor. Nuestros participantes describieron inestabilidad para funciones básicas corporales y todas las actividades que se relacionan con la movilidad física. Estos hallazgos son similares a los descritos por los pacientes con accidente cerebrovascular, que experimentan su cuerpo como impredecible, limitado y dependiente. Además coinciden con nuestros participantes en la necesidad de dispositivos de ayuda o asistentes en actividades de la vida diaria. En un estudio sobre experiencias de personas que han sufrido fractura de cadera los participantes describían actividades que iban realizando de manera independiente como muestra de su recuperación.

Otro aspecto surgido en el análisis de nuestras entrevistas ha sido el de la importancia de la rehabilitación para la recuperación total de las personas que sufren este tipo de lesión. Nuestros participantes advierten de la necesidad de recibir rehabilitación puesto que comentan que sin éstas no hubieran podido volver a recuperar la movilidad conseguida hasta ahora. Otros comentan la positiva influencia de las sesiones en su estado de ánimo y el cambio físico que supone recibirlos. Un estudio cualitativo acerca de las percepciones del paciente durante el proceso de rehabilitación, extrajo de sus entrevistas que las preocupaciones e inquietudes que sufren estas personas representan un obstáculo para el éxito de la rehabilitación. Sin embargo, se ha demostrado que estos sentimientos se pueden reducir mediante breves intervenciones de enfermería, incluida la mejora de la información.

Nuestros participantes han expresado cómo la fractura de cadera ha afectado a su estado emocional. A través de sus testimonios hemos podido extraer sentimientos de desesperanza, rabia, anhelo de independencia, tristeza, resignación y como también esto ha repercutido en su pérdida de apetito. Estos estaban relacionados con su incapacidad para realizar ciertas actividades de la vida diaria, la dependencia constante y la no aceptación de la nueva situación. En otra investigación más de la mitad de los participantes también experimentaron un fuerte impacto en su estado emocional mientras que un número menor de participantes habían desarrollado lo que se podría denominar como un problema de salud mental tras sufrir la fractura. También

mostraron el estado de ansiedad en el que se encontraban cuando fueron entrevistados o recordaban sentirla en el momento que sufrieron la lesión, como bien apoya un caso clínico, esta sensación constituye el principal impedimento para alcanzar los objetivos programados, o es el origen de nuevos problemas en salud. De las entrevistas se ha podido concluir que los participantes sienten una gran inseguridad, perciben desconocimiento y falta de información sobre la situación en la que se encuentran y sobre cómo deben actuar ante ella. Un estudio extraído de sus resultados que los pacientes y familias al tener por escrito unas recomendaciones a realizar tras ser dados de alta, sintieron mayor seguridad y satisfacción en la vuelta a su domicilio.

Conclusiones

Partiendo del análisis de las experiencias de nuestros participantes se responde a la pregunta de investigación y se modelan evidencias para la práctica clínica y la mejora de los cuidados de enfermería, puesto que si un tema es relevante para las enfermeras es el proceso de adaptación a la dependencia de las personas que sufren estas lesiones y sus familias, ya que están estrechamente relacionadas con los pacientes y su entorno. Los profesionales de enfermería deben formar parte de un equipo multi-disciplinario encaminado hacia terapias para ayudar a los pacientes y cuidadores en el proceso de redefinición de la dependencia. Se deben transmitir conocimientos a los pacientes y sus

familias para ayudarles a alcanzar el equilibrio buscado.

Por ello, este tipo de investigación nos permite conocer la capacidad de los pacientes para captar e interpretar la información que reciben y a partir de esto, se podrían desarrollar en la práctica clínica, nuevas y diferentes formas de informar y educarlos. Esta investigación cualitativa permite a los profesionales añadir profundidad al fenómeno de la dependencia a través del propio testimonio de aquellos que sufren esa situación. Es importante la descripción de matices, detalles y formas de hablar acerca de sus experiencias, puesto que conducirá a una mejor comprensión de su sufrimiento y su necesidad de empatía, atención individualizada y optimización de la gestión de recursos. Recalcar la importancia de la labor enfermera en este tipo de situaciones, puesto que se encarga de evaluar los recursos que cada persona necesita, así como de las posibles barreras que surjan en la rehabilitación. La comprensión de los pacientes y el fomento de su voluntad para formar parte de este proceso son tareas importantes en enfermería ya que mejoran las posibilidades de los pacientes para la recuperación.

Por último, las políticas de atención socio-sanitaria relacionadas con la dependencia deben utilizar resultados de evidencias como este estudio. Los resultados sirven para ayudar a comprender la complejidad del proceso, una etapa necesaria antes de la generación de políticas exhaustivas y eficaces.

Bibliografía

1. Kannus P, Niemi S, Parkkari J, Palvanen M, Vuori I, Järvinen M. Hip fractures in Finland between 1970 and 1997 and predictions for the future. *The Lancet* 1999 3/6; 353(9155):802-805.
2. Huang T, Acton GJ. Ways to maintain independence among Taiwanese elderly adults with hip fractures: a qualitative study. *Geriatr Nurs* 2009; 30(1):28-35.
3. Blomqvist K, Hallberg IR. Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *Int J Nurs Stud* 2001; 38(3):305-318.
4. Bergh I, Jakobsson E, Sjöström B, Steen B. Ways of talking about experiences of pain among older patients following orthopaedic surgery. *J Adv Nurs* 2005; 52(4):351-359.
5. Adair CE, McDougall GM, Beckie A, Joyce A, Mitton C, Wild CT, et al. History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes. *Psychiatric Services* 2003; 54(10):1351-1356. Disponible en:

<<http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=87718>> [acceso 07.01.2014]

6. Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Ann Intern Med* 2004; 141(7):533-536.
7. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297(8):831-84.
8. Meneses Jiménez, María Teresa; Moreno Rodríguez, Ana; Martín Juárez, Mercedes. La fractura de cadera y la importancia del alta de enfermería. El nexo entre la enfermería especializada y comunitaria. *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 9.
9. Moreno Rodríguez, Ana M.; Yonte Huete, Fabiola. Impacto en la calidad de vida de los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera. *Rev Paraninfo Digital*, 2013; 19.
10. Giorgi AP, Giorgi B. Phenomenological psychology. *The Sage handbook of qualitative research in psychology* 2008:165-178.