

Diferencias entre géneros y fractura de cadera

HOSPITAL UNIVERSITARIO" FAUSTINO PÉREZ HERNÁNDEZ". MATANZAS
Diferencias entre géneros y fractura de cadera
Differences between genders in the hip fractures.

AUTORES:

Dra. Caridad M Castañeda Gueimonde.(1)
Dr. Pavel Amigo Castañeda. (2)
Dra. Maylín Rodríguez Díaz (3)

(1) Especialista de 2do Grado en Medicina Interna. Profesor auxiliar de la FCM-M Investigador Agregado.
(2) Especialista de 1er Grado en Ortopedia y Traumatología.
(3) Residente de 3er año de Medicina General Integral

RESUMEN

Hombres y mujeres, tienen diferencias que entrañan requerimientos, susceptibilidades y resistencias fisiológicas diferentes, a su vez con factores de riesgo también diferentes para uno y otro sexo, lo que hace que existan problemas de salud que deben analizarse bajo este enfoque de género. La fractura de cadera además de las consecuencias físicas para el paciente genera también limitaciones de orden psicológico, personal y familiar, concebida esta enfermedad dentro de las crisis transitorias de la familia en su ciclo vital. De ahí que decidimos estudiar 400 pacientes que resultaron operados por fractura de cadera en el hospital" José R. López Tabrane" desde el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2002 analizándose las algunas variables sociodemográficas, complicaciones, lugar del accidente y estado al egreso , encontrando como resultado que predominó el sexo femenino, más del 50% de los fracturados eran hipertensos, la fractura que predominó fue la extracapsular de la cadera izquierda, la complicación médica más frecuente fue la Neumopatía Aguda Inflamatoria y las féminas tuvieron mejor evolución y menor mortalidad que los hombres a pesar de tener mayor morbilidad. Recomendamos la necesidad de una efectiva prevención primaria donde el Médico General Básico, el Fisiatra, el Clínico y el Ortopédico se vean involucrado con el único propósito de frenar la aparición de una afección que ocasiona elevado gasto sanitario y facilitar la rápida inserción del enfermo a su comunidad.

DESCRIPTORES DeCS :

FRACTURAS DE CADERA/ epidemiología
FRACTURAS DE CADERA/ etiología
FRACTURAS DE CADERA/etnología
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, entrañan requerimientos, susceptibilidades y resistencias fisiológicas diferentes, a su vez con factores de riesgo también diferentes para uno y otro sexo, lo que hace que existan problemas de salud que deben analizarse bajo este enfoque de género (1). Debe distinguirse

que el sexo es una variable que explica procesos biológicos distintivos para la mujer y el hombre, y el género es un atributo aprendido que incluye cualidades sociológicas que determinan comportamiento y formas de relacionarse (2). Los estudios de género han ayudado a consolidar una visión analítica de las relaciones entre los géneros mucho más equilibradas. La fractura de cadera es un evento que además de las consecuencias físicas para el paciente ocasiona también limitaciones de orden psicológico, personal y familiar concebida esta enfermedad dentro de las crisis no transitorias de la familia en su ciclo vital, mereciendo especial consideración por su repercusión en el ámbito de la comunidad. Con estas premisas nos propusimos como objetivo analizar las diferencias entre géneros y la fractura de cadera.

MATERIAL Y MÉTODO

ESTUDIO : Descriptivo aplicado de tipo longitudinal

UNIVERSO : El total de pacientes intervenidos por fractura de cadera en el servicio de Ortopedia y Traumatología del hospital José R. López Tabrane, de Matanzas en el período comprendido entre el 1ero de enero del 2001 y el 31 de diciembre del 2002.

MUESTRA:

La muestra coincidió con el universo de estudio (400 pacientes)

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

A todos estos pacientes se les llenó un modelo en el que se recogieron las variables como edad, sexo, color de la piel, antecedentes patológicos personales, mes en el que se produjo la fractura, tipo de fractura, cadera fracturada, complicaciones, lugar del accidente y estado al egreso. Con estas variables se procedió al estudio de la distribución de las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes y proporciones). Los resultados se exponen en tablas. Se revisa literatura nacional y foránea con respecto al tema, se compara y se arriba a conclusiones.

RESULTADOS

En nuestro estudio el 63,5% de los fracturados correspondió al sexo femenino (254 pacientes) con una relación mujer hombre de 1,75 : 1 (Tabla No. 1).

TABLA No 1 Distribución por sexo

Sexo	No	%
Femeninos	254	63.5
Masculinos	146	36.5
Totales	400	100
Relación Mujer / Hombre = 1.7		

Fuente: Historias Clínicas

Al analizar los grupos etáreos y sexo nos encontramos que dentro de los pacientes menores de 60 años predominó el sexo masculino sobre el femenino (15% V/S 4%), (Tabla No. 2) En cuanto a los mayores de 60 años existe un predominio del sexo femenino sobre el masculino 96% V/S 85% sobresaliendo el rango de 80 a 89 años en ambos sexos. Con relación al color de la piel de nuestros pacientes

distinguimos que predominó el color blanco de la piel en ambos sexos entre los pacientes. Con respecto a los Antecedentes Patológicos Personales del grupo de pacientes se destacó la hipertensión arterial en más del 50% de los fracturados tanto para hombres como para mujeres, sucediéndoles otros antecedentes como la Diabetes Mellitus y la Cardiopatía Isquémica

Tabla No. 2 Distribución por sexo de los grupos etáreos, color de la piel y antecedentes patológicos personales de los pacientes

		FEMENINOS		MASCULINOS	
		No	%	No	%
GRUPOS ETÁREOS	< 60 años	11	4.4	22	15.1
	60 a 69	21	8.3	17	11.6
	70 a 79	84	33.0	37	25.3
	80 a 89	111	43.7	51	34.9
	> 90 años	27	10.6	19	13.0
	Totales	254	100.0	146	100.0
COLOR DE LA PIEL	Blanca	220	86.6	112	76.7
	Negra	23	9.1	14	9.6
	Mestiza	11	4.3	20	13.7
	Totales	254	100	146	100.0
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	H. Arterial	158	62.2	75	51.3
	Diabetes Mellitus	46	18.1	40	27.3
	Card. Isquémica	40	15.7	26	17.8
	Insuf. Cardíaca	37	14.5	25	17.1
	Otros	38	14.9	11	7.5
	No precisado	120	47.2	32	21.9

En el análisis de los meses del año de ocurrencia de las fracturas el mes de enero fue el que agrupó el mayor número de pacientes (56 pacientes), siendo similar ambos sexos. Revisando la distribución por tipo de fracturas (Tabla No.3) en ambos sexos predominó la fractura extracapsular de la cadera izquierda tanto para el sexo masculino como para el femenino

Tabla No. 3 Distribución por sexo de los diagnóstico al ingreso y la cadera fracturada

		FEMENINOS		MASCULINOS	
		No.	%	No	%
DIAGNÓSTICO AL INGRESO	Extracapsular	171	67.3	106	72.6
	Intracapsular	83	32.7	40	27.4
	Totales	254	100	146	100
CADERA FRACTURADA	Izquierda	128	50.4	83	56.8
	Derecha	126	49.6	63	43.2
	Totales	254	100	146	100

Fuente: Historias Clínicas

Con relación al cuadro que muestra el lugar de ocurrencia de la fractura y el sexo (Tabla No. 4) encontramos que los hombres se fracturan con más frecuencia (30,1%) en la vía pública y las mujeres (40,2%) en el hogar.

TABLA No. 4 Distribución por sexo del lugar de ocurrencia de la fractura

Lugar de ocurrencia de la fractura	FEMENINOS N= 254		MASCULINOS N=146	
	No	%	No	%
Vía pública	32	12.6	44	30.1
Centro comercial	12	4.7	18	12.3
Hogar de ancianos	4	1.6	8	5.5
En el hogar	102	40.2	48	32.9
Accidentes	6	2.4	8	5.5
No precisado	98	38.5	20	13.7
Totales	254	100.0	146	100.0

Fuente: Historias Clínicas

Estudiando la distribución de las complicaciones intrahospitalarias de forma global fueron más frecuentes en el sexo masculino (20,5% V/S 13,8%) y dentro de las complicaciones médicas fueron la Neumopatía Aguda Inflamatoria las más comunes siendo ambas mayormente encontradas entre los hombres, la Neumopatía Aguda Inflamatoria se destaca cuatro veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres, esto parece tener relación con los Antecedentes Patológicos Personales donde la Diabetes Mellitus estuvo frecuente con elevada cuantía (Tabla5). Dentro de las complicaciones quirúrgicas aparece como la primera opción la celulitis.

TABLA No. 5 Distribución por sexo de las complicaciones

COMPLICACIONES		FEMENINOS		MASCULINOS	
		No.	%	No	%
Si		35	13.8	30	20.5
No		219	86.2	116	79.5
Totales		254	100.0	146	100.0
MÉDICAS	HTA	4	1.6	4	2.7
	NAI	7	2.8	16	10.9
	TEP	2	0.8	1	0.7
	EVE	0	0	1	0.7
	Ins. Card	1	0.4	1	0.7
	Hiperglicemia	4	1.6	2	1.4
	Anemia	3	1.2	1	0.7
QUIRÚRGICAS	Celulitis	6	2.4	5	3.4
	Hematomas	3	1.2	0	0
	Sangramiento	4	1.6	2	1.4
	Sepsis	2	0.8	2	1.4
MED.- QUIR.	NAI + Sangramiento	0	0	1	0.7
Sin complicaciones		219	86.2	116	79.5

Fuente: Historias Clínicas

En el análisis de la mortalidad al egreso (Tabla No.6) aparece que la mortalidad global fue de 2,8%. En nuestra investigación al desglosar los fallecidos por sexo encontramos que los hombres fallecieron 3 veces más que las mujeres.

TABLA No. 6 Distribución por sexo según estado al egreso.

	FEMENINOS		MASCULINOS	
	No.	%	No	%
Vivos	250	98.4	139	95.2
Fallecidos	4	1.6	7	4.8
Totales	254	100.0	146	100.0

DISCUSIÓN

Algunos autores contemporáneos (3) exponen que el control de la postura ha sido analizado en las diferentes etapas de la vida y el resultado de varios estudios demuestran que el control postural es una destreza que se adquiere con precocidad y que se mantiene estable entre los 16 y los 60 años, existen expertos como Smith (3) que escribe sobre las medidas de ataxia y expone que la población anciana se mueve más que los jóvenes y que el tambaleo es dos veces mayor en las mujeres que escribe sobre las medidas de ataxia y expone que la población anciana se mueve más que los jóvenes y que el tambaleo es dos veces mayor en las mujeres. En cuanto a las caídas accidentales en algunas investigaciones (3) constituyen el 77% de los fracturados que se producen en el sexo masculino, elemento este que lo propician las actividades inherentes al desempeño laboral de los hombres. Autores nacionales aseguran que varios estudios demuestran que el control de la postura decae después de los 60 años, existiendo diferencias notables entre 21 a 30 años y entre 73 a 80 años (3).

Con relación al color de la piel cifras discretamente más elevadas fueron reportadas por otros autores como Escarpenter. (4)

Debe comentarse que según el 7mo reporte sobre Hipertensión Arterial (5) después de los 50 años el 50 % de la población se hace hipertensa. En el análisis de los meses del año de ocurrencia de las fracturas algunos autores foráneos (6) lo explican por una relación entre este mes y el período invernal donde la rigidez articular genera mayor limitación a la posición erecta, así como la existencia de superficies resbaladizas que establecen una marcha insegura lo que se evidencia en nuestro trabajo, siendo el mes de enero el que sobresale en nuestro trabajo.

La mayoría de los autores revisados (7-13) es más frecuente la fractura de la cadera izquierda tanto para el sexo masculino como para el femenino siendo para algunos trabajos la conclusión de que la cadera izquierda se fractura en un 10% más de los casos que la derecha. (4)

Estudiando la distribución de las complicaciones intrahospitalarias encontramos que la Neumopatía Aguda Inflamatoria se destaca cuatro veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres, esto parece tener relación con los Antecedentes Patológicos Personales donde la Diabetes Mellitus estuvo frecuente con elevada cuantía, con morbilidad que facilita la sepsis ya que los pacientes diabéticos (14) por trastornos en la inmunidad celular y disminución de la migración de los macrófagos lo que hace proclive esta complicación. La bronconeumonía intrahospitalaria constituye una de las primeras causas de sepsis nosocomial, en

España y México ocupan el tercer lugar mientras que en Estados Unidos, solo están precedidas por las sepsis urinarias.(15-16)

Muchos autores consideran la bronconeumonía responsable de más del 15% de las infecciones del hospital y la causa más común de mortalidad asociada con ésta. (16-17)

En Cuba se aprecia un comportamiento similar y ocupa el foco principal de sepsis nosocomial en las salas de terapia y contribuye a aumentar las pérdidas humanas y elevar los costos hospitalarios (18,19). Dentro de las complicaciones quirúrgicas aparece como la primera opción la celulitis, hallazgo que se justifica por lo explicado anteriormente. Relacionado con la inmunidad celular y el paciente diabético.

Con relación al lugar de ocurrencia de la fractura Pérez Carvajal (20) en un estudio en Pinar del Río similar al nuestro encuentra al establecer el sitio donde ocurrieron las fracturas de cadera un predominio al igual que nosotros del sexo femenino en el hogar mientras que fuera de la vivienda predominó el sexo masculino. En el análisis de la mortalidad aparece que la global fue de 2,8% cifra está muy inferior a la reportada por otros autores tanto nacionales como foráneos en trabajos similares al nuestro, Escarpanter 5,1% (4), Martínez Llanos 3,1% (21), Collazo 5,9% (22), Arbelo 5,8% (23), Rey 8,4% (24), Sancho Rojas 5% (25), Pérez Cano 7,88% (26), Sánchez Ferrin 5,8% .

Aunque las mujeres se fracturaron con mayor frecuencia que los hombres, estos se complicaron más, siendo la bronconeumonía y la celulitis las complicaciones más frecuentes lo que trajo como consecuencia una mayor mortalidad en este sexo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2001.
2. Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud. *Sexol soc* 2003; 21: 14 - 20
3. Espinosa Brito A. Temas de Geronto-geriatria. Las caídas en el anciano. Rev Finlay. Órgano Científico Médico de Cienfuegos; 1990.
4. Escarpanter, Bulies JC. Morbilidad y Letalidad por fractura de la cadera. Evaluación del quinquenio 1991- 1995. *Rev cub ortop traumatol* 1997; 11 (1-2): 79 – 86.
5. Séptimo informe del Joint National Committee para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial (JNC 7); 2003. Disponible en: URL: http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/JNC-7_esp.pdf
6. Aviña Valencia J. El Viejo y la fractura de cadera. *Rev m ex ortop traum* 2000; 14(6): 478-83
7. Perera Rodríguez NR, Pérez Guerra E, Pérez García TJ, Ramos Díaz O. Incidencia de las fracturas de cadera en la provincia de Sancti Spíritus. *Rev cuba ortop traumatol* 2002; 16(1-2):44-77.
8. Olmos JM, Martínez J, García J . Incidencia de la fractura de cadera en Cantabria. *Med clin (Barc)* 1992; 99(4):29-31.
9. Sosa M, Segarra MC, Hernández D, González A, Liminasa JM, Betancourt P . Epidemiology of proximal femoral fracture in Gran Canaria (Canary Islands). *Age ageing* 1993;22(5):285-8.
10. Arbelo A, Laínez MM, Navarro MC, Sosa M . Epidemiología de las fracturas de la extremidad proximal del fémur en Gran Canaria (1989-1993). *Rev ortop traumatol* 1999;12(3):107-12.

11. De Cabo JA, Jorge RJ, Borrego D, Moreno A, López J . Modificaciones funcionales, personales y sociales de las fracturas de la extremidad proximal del fémur en pacientes mayores. *Rev esp cir osteoart* 2000; 35: 368-75.
12. Martínez F, Peguero A, Calvo A . Incidencias de las fracturas del tercio proximal del fémur en Aragón. *Rev esp enf metab óseas* 1992;1(Suppl B): 33-9.
13. Sáez F, Martínez MV, Martínez-Iñiguez J . Análisis de las caídas productoras de fractura de cadera en el anciano. *Rev ortop traumatol* 1999;2:99-106.
14. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. T II.España: Interamericana de España; 2002. p. 2481
15. Morales Suárez M, Varela M. Estudio comparativo de la prevalencia de infección intrahospitalaria en un hospital comunal valenciano. *Rev enf infecc microbiol clin* 1995; 7 (13):23-32.
16. Ronald NJ. Impact of changing pathogens and antimicrobial susceptibility patterns in the treatment of serious infections in hospitalized patient. *Am j med* 1996 ;100 (6 A): 3S – 12S.
17. Vaque Rafart J. Monge V, García J. Evaluación de la prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. *EPINE* 1990 – 1991 – 1992. *Todo hosp* 1994; 4 (105): 15 – 22.
18. Soler Rodríguez M. Cuidados intensivos. *Rev cuba med* 1993; 32(2):77-84.
19. Prat A, Asenjo MA. Las infecciones nosocomiales como indicador de la calidad de la asistencia hospitalaria. Repercusión económica de las infecciones nosocomiales. *Todo hosp* 1994;4(105):45-9.
20. Sáez F, Martínez MV, Martínez-Iñiguez J . Análisis de las caídas productoras de fractura de cadera en el anciano. *Rev ortop traumatol* 1999;2:99-106.
21. R. Martínez Llanos J M. Epidemiología de la fractura osteoporótica de cadera en el área sanitaria Virgen Macarena (Sevilla). *Rehabilitación* 1998; 32(2): 77 – 84.
22. Collazo Álvarez H, Boada Sala NM . Morbimortalidad por fractura de cadera. *Rev cuba ortop traumatol* 2000;14(1-2): 21-5.
23. Arbelo A, Laínez MM, Navarro MC, Sosa M . Epidemiología de las fracturas de la extremidad proximal del fémur en Gran Canaria (1989-1993). *Rev ortop traumatol* 1999;2:107-12.
24. Rey L, Torrijos A, Armenteros J, Espinosa A, Munuera L, Gijón J. Fracturas de cadera en el área V (Madrid). *Rev esp enferm metab óseas* 1993;2:S(B)3.
25. Sancho Rojas , C.Arguedas Chaverri . Epidemiología de la fractura de cadera de origen osteoporótico en Costa Rica en un período de cinco años. *Rev esp enfer metab ósea* 2000; 9 (2): 66 –9.
26. Pérez Cano R , Galán Galán F, Dilsen G. Risk factors for hip fracture in Spanish and Turkish women. *Bone* 1993;14 (Suppl 1):S69-S72.

SUMMARY

Differences in intimations , susceptibilities and physiological resistances as well as risk factors are found between men and women, and these make possible that health problems should be analyzed taking into consideration the gender. Moreover the physical consequences that are provoked by hip fractures in patients, these are also psychological, personal and familiar limitations, that is why this disease is considered as a transitory crisis in the family. For this reason we decided to study 400 patients that were operated in Matanzas ' Hospital "José R. López Tabrane" between january 2001 to december 2002, analyzing some sociodemographic

variables; complications, places of the accidents and patient condition when discharged. The predominant result was the female sex, more than 50% of the patients were hypertensive the most predominant type of fracture was the extracapsular of the left hip, the most frequent complication was the Neumopathy, the female had a better evolution and less mortality. We recommend the need of an effective primary prevention where the general doctor, the clinician and the orthopedist are together with the purpose to stop the appearance of an infection.