

CONDIÇÕES CLÍNICAS DE IDOSOS VÍTIMAS DE TRAUMA MUSCULOESQUELÉTICO¹

Samia Mara Barros de Queiroz*
Daisy Teresinha Reis Coutinho**
Paulo César de Almeida***
Maria Vilani Cavalcante Guedes****
Maria Célia de Freitas*****

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar as condições clínicas do idoso com traumas musculoesqueléticos. Estudo transversal, descritivo e observacional realizado com 133 idosos hospitalizados com traumas de membros inferiores. Os dados foram coletados entre janeiro e agosto de 2014. Aplicou-se formulário fundamentado na teoria de Henderson. As condições clínicas dos idosos foram avaliadas a partir das variáveis: quedas da própria altura, uso de medicação, acuidade visual e auditiva, comprometimento musculoesquelético, tabagismo, uso de álcool e doenças de base. Analisou-se a associação entre a queda da própria altura e as características demográficas/clínicas pelos testes de χ^2 e razão de verossimilhança, calculou-se as RCs e seus IC95%. Predominou o sexo feminino (52,6%), média de idade 78,7 \pm 9,9 anos. Adoecimentos como hipertensão e diabetes favorecem a ocorrência de quedas. Verificou-se comprometimento da faixa etária de 79 a 98 anos com fraturas de colo de fêmur (RC= 1,07; IC95% 0,42-270) e trocânter (RC=1,52; IC95% 0,59-3,92). Dentre as necessidades fundamentais avaliadas, destacou-se: dependência total para alimentar-se, uso de fraldas, queda da própria altura, diminuição visual e fraturas de fêmur. Os resultados apontam para o despertar do enfermeiro no atendimento dessa parcela populacional de modo a planejar cuidados preventivos de complicações e reestabelecer sua capacidade funcional.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Pesquisa em Enfermagem Clínica. Ferimentos e Lesões. Serviço Hospitalar de Emergência.

INTRODUÇÃO

As alterações do envelhecimento tornam o idoso clinicamente mais vulnerável e o predis põe a adoecimentos crônicos não transmissíveis, bem como a acidentes por causas externas, dentre estes, os domésticos, sendo as quedas os mais frequentes. Associados aos adoecimentos, estes acidentes demandam hospitalizações, passíveis de contribuir para agravamento de condições neurológicas, cardiovasculares, incontinência urinária e/ou intestinal, problemas de equilíbrio, força e visão, além da alteração na marcha e de reações adversas a medicamentos⁽¹⁾.

O envelhecimento é um fenômeno natural e universal caracterizado pelo lento declínio funcional de órgãos e sistemas, do vigor fisiológico e cognitivo, agravando as alterações inerentes à idade e a sensibilidade às doenças cronológicas.

Essa ação natural do tempo denota diferentes aspectos entre os indivíduos e os sistemas do corpo destes, predispondo alguns idosos a situações de fragilidade e perda de autonomia⁽²⁾.

Tanto a velhice quanto a enfermidade constituem elementos que ameaçam a integridade do ser humano, principalmente quando a enfermidade é causadora da imobilidade no leito, situação da mais extrema vulnerabilidade⁽³⁾.

Em idosos, os traumas musculoesqueléticos, especificamente de membros inferiores, representam a maior parte dos acidentes. Como evidenciado em estudos recentes, as fraturas envolvendo ossos do quadril sobressaem como a segunda mais comum. Destas, 80,5% estão na faixa etária acima de 60 anos e as fraturas de fêmur são as maiores responsáveis pela mortalidade nessa parcela populacional⁽⁴⁾.

Nesse contexto, o enfermeiro implementará o cuidado dirigido ao idoso no intuito de atender às

*Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: samiaqueiroz@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde, UECE. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: daisytrcout@hotmail.com

***Estatístico. Professor Doutor, UECE. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: pc2015almeida@gmail.com

****Enfermeira. Professora Doutora, UECE. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: vilani.guedes@uece.br

*****Enfermeira. Professora Doutora, UECE. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: maria.celia30@terra.com.br

necessidades oriundas das alterações decorrentes do processo de envelhecimento, aliadas à imobilidade gerada pelos traumas de membros inferiores. Os traumas físicos no idoso, em especial os de membros inferiores, impactam na qualidade de vida dessa parcela populacional, uma vez que levam à imobilidade e à dependência momentânea e/ou contínua. Esses traumas comprometem ainda a capacidade funcional, a autonomia e a independência do idoso. Portanto, os traumas, dentre eles os relacionados às quedas, são considerados eventos marcantes na vida da pessoa idosa, como um potencial do declínio de uma função ou sintoma de nova doença, acarretando consequências desastrosas e marcantes⁽⁵⁾.

Assim, fundamentado em teorias de enfermagem, a exemplo do referencial de Virgínia Henderson⁽⁶⁾, que aborda as necessidades fundamentais e intrínsecas do ser humano, o enfermeiro pode identificar as demandas do idoso e planejar ações de acordo com a individualidade de cada um. Tais ações favorecerão um cuidado clínico qualificado, assim como o fortalecimento da autonomia profissional pela efetivação do cuidado baseado no conhecimento científico.

Diante do exposto, definiu-se como objetivo do estudo: avaliar as condições clínicas de idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores.

METODOLOGIA

Estudo transversal, de caráter descritivo observacional, realizado com idosos internados com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores em um hospital público de referência em traumas, em Fortaleza-CE.

Para o cálculo do tamanho da amostra, estimou-se uma prevalência de idosos hospitalizados com trauma musculoesqueléticos em 30%, fixou-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral absoluto de 6%. Esses valores aplicados na fórmula indicada para populações finitas ($N=342$ pacientes) proporcionou um tamanho amostral ("n") igual a 133. Adotou-se como critério de inclusão: ter cognição preservada e apresentar traumas musculoesqueléticos de membros. A preservação da cognição foi avaliada no momento do preenchimento do formulário de coleta de dados pelas respostas dos idosos frente aos questionamentos. Excluíram-se idosos com

traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, associados ao traumatismo cranioencefálico e queimaduras. A composição da amostra de 133 idosos foi constituída pela técnica de acessibilidade.

Os dados foram coletados no período de janeiro a agosto de 2014, com aplicação de um formulário composto de duas partes: a primeira contendo variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária e estado civil) e a segunda pela entrevista clínica e exame físico, baseados na teórica Virgínia Henderson, que contempla quatorze necessidades humanas fundamentais, sendo somente nove avaliadas (respirar normalmente, comer e beber, eliminar resíduos corporais, dormir e repousar, evitar perigos ambientais, comunicar-se, corpo limpo e tegumentos protegidos, mover-se e manter a postura adequada)⁽⁶⁾.

O preenchimento do formulário e a realização do exame físico duraram em média sessenta minutos, com registros das medições (temperatura, pressão arterial) e informações adicionais coletadas dos prontuários pela pesquisadora.

Os resultados foram apresentados em tabelas com os valores absolutos e percentuais. Analisaram-se as associações entre a variável queda da própria altura e as características sociodemográficas e clínicas por meio dos testes de χ^2 e de razão de verossimilhança. A força das associações foi medida por meio das razões de chances (RCs) e seus intervalos de confiança (IC95%). Os dados foram processados no SPSS 20.0 e foram consideradas estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$.

No desenvolvimento do projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, parecer nº 501.763, cumpriram-se as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa. Foram expostos os objetivos da pesquisa aos idosos e oferecidas as informações solicitadas e, após a assinatura do Termo de Consentimento, procedeu-se ao exame físico e à entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 133 idosos internados vítimas de traumas musculoesqueléticos e à espera de procedimento cirúrgico tinham idade média de $78,7 \pm 9,9$ anos, variando entre 60 e 98 anos. Do total, 70(52,6%) eram do sexo feminino, 76(57,1%) eram casados,

enquanto 102(76,7%) residiam com seus familiares e 83(62,4%) eram provenientes do interior do estado. As doenças de base prevalentes foram: hipertensão arterial sistêmica (42,9%) e diabetes mellitus (19,5%). As lesões musculoesqueléticas foram decorrentes de quedas e/ou acidente automobilístico.

Com base na autora Virgínia Henderson, as demandas de cuidado mais prevalentes identificadas foram: dependência total para alimentar-se, uso de fraldas, queda da própria altura, diminuição da acuidade visual e fraturas de fêmur, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição do número de idosos, segundo as necessidades fundamentais e condições clínicas. Fortaleza-CE, Brasil, 2014.

Necessidades	Condições Clínicas	N(%)
Respirar normalmente	Dificuldade de respirar	18(13,5)
Comer e beber de forma adequada	Dependência para alimentar- se	
	Independente	52(39,1)
	Ajuda parcial	26(19,5)
	Dependente total	55(41,4)
	Cavidade oral	
	Sem anormalidades	42(31,6)
	Falhas dentárias/não prótese	50(37,6)
	Uso de prótese	35(26,3)
	Outras lesões	6(4,5)
	Eliminar resíduos corporais	Usa fraldas ⁽¹⁾
Usa aparadeira e/ou papagaio		31(23,3)
Continência		91(69,5)
Incontinência		40(30,5)
Uso de laxantes		47(35,3)
Nº de evacuações		
1-2 vezes/ semana		75(57,7)
3-6 vezes /semana		14(11,5)
Diariamente		40(30,8)
Dormir e repousar		Dificuldade em adormecer
	Insônia	35(26,3)
	Repouso sem alteração	43(32,3)
Evitar perigos ambientais	Acidentes de trânsito	41(20,9)
	Quedas da própria altura	92(69,2)
	Histórico de quedas	51(38,9)
	Dor referida	115(86,5)
	Uso de medicação	92(78,6)
Comunicar-se	Acuidade visual	
	Diminuída	130(98,5)
	Ausente	2(1,5)
	Acuidade auditiva	
Corpo limpo e tegumentos protegidos	Normal	99(74,4)
	Diminuída	34(25,6)
	Pele ressecada com lesões senis*	103(77,5)
	Equimoses, hematomas	14(11,7)
	Úlcera por pressão	10(7,9)
Mover-se e manter a postura adequada	Outras lesões	10(7,9)
	Fratura da diáfise de fêmur*	86(64,7)
	Fratura do colo de fêmur	27(20,3)
	Fratura do trocânter	29(21,8)

*Variável com mais de uma resposta

Segundo identificado, a queda da própria altura esteve associada apenas ao sexo feminino (RC=2,2; IC95%: 1,04 – 4,71) e às faixas etárias 90-98 anos (RC=7,8; IC95%: 1,40 – 35,70) e 80-89 anos (RC=3,97; IC95%: 1,52 – 10,32). A dor referida, presente em 115(86,5%) dos idosos,

tem sentido amplo, visto que o trauma pode levar à dor, assim como à imobilidade física, sendo esta também uma consequência da dor. Como revelado em estudo, a dor em membros inferiores está diretamente relacionada à imobilidade e incapacidade⁽⁷⁾.

Tabela 2. Análise da razão de chance de queda da própria altura com as características demográficas e clínicas dos idosos internados. Fortaleza-CE, Brasil, 2014.

Variáveis	Sim N(%)	Não N(%)	RC	Queda da Própria Altura	
				IC95%	p-value
Sexo					0,036
Feminino	54(77,1)	16(22,9)	2,2	1,04 – 4,71	
Masculino	38(60,3)	25(39,7)	1,0		
Faixa etária(anos)					
90-98	15(88,2)	2(11,8)	7,08	1,40 – 35,70	0,010
80-89	42(80,8)	10(19,2)	3,97	1,52 – 10,32	0,004
70-79	17(58,6)	12(41,4)	1,33	0,49 – 3,61	0,565
60-69	18(51,4)	17(48,6)	1,0		
Com quem reside					
Outros	15(65,2)	8(34,8)	0,78	0,30 – 2,06	0,246
Sozinho	10(66,7)	5(33,3)	0,83	0,26 – 2,67	0,762
Famíliares	67(70,5)	28(29,5)	1,0		0,234
Tabagismo					
Sim	32(76,2)	10(23,8)	1,7	0,72 – 3,80	
Não	60(65,9)	31(34,1)	1,0		0,349
Uso de álcool					
Sim	18(62,1)	11(37,9)	0,66	0,28 – 1,57	
Não	74(71,2)	30(28,8)	1,0		0,175
Hipertensão					
Sim	43(75,4)	14(24,6)	1,7	0,79 – 3,64	
Não	49(64,5)	27(35,5)	1,0		0,340
Diabetes					
Sim	20(76,9)	6(23,1)	1,62	0,59 – 4,40	
Não	72(67,3)	35(32,7)	1,0		0,994
Uso de medicação					
Sim	74(69,2)	33(30,8)	0,99	0,394 – 2,52	
Não	18(69,2)	8(41,0)	1,0		0,331
Acuidade visual					
Diminuída	48(65,8)	25(34,2)	0,69	0,32 – 1,47	
Ausente	42(73,7)	15(26,0)	1,0		0,285
Acuidade auditiva (referida pelo idoso)					
Diminuída	66(66,7)	33(33,3)	0,62	0,25 – 1,50	
Normal	26(76,5)	8(23,5)	1,0		
Comprometimento musculoesquelético					
Diáfise de fêmur					0,328
Sim	57(66,3)	35(74,5)	0,67	0,30 – 1,49	
Não	29(33,7)	12(25,5)	1,0		
Trocânter do fêmur					
Sim	22(75,9)	70(67,3)	1,52	0,59 – 3,92	0,378
Não	7(24,1)	34(32,7)	1,0		
Colo de fêmur					0,880
Sim	19(70,4)	8(29,6)	1,07	0,42 – 2,70	
Não	73(68,9)	33(31,1)	1,0		

As condições de adoecimento das pessoas idosas com hipertensão e diabetes favorecem-lhes significativamente o aumento da probabilidade da ocorrência de quedas da própria altura, destacando o uso de medicamentos, dentre eles os anti-hipertensivos, drogas que alteram a atenção, as respostas motoras e a pressão arterial⁽⁸⁾. No estudo, sobressaíram as faixas etárias de 79 a 98 anos como as mais comprometidas, com destaque para as fraturas de colo de fêmur (RC= 1,07; IC95% 0,42-270) e trocânter (RC=1,52; IC95% 0,59-3,92).

Frequentemente, os acidentes de trânsito e quedas, sobretudo as quedas da própria altura, levam a pessoa idosa à incapacidade funcional, com reflexo direto na sua qualidade de vida. A condição de adoecimento, decorrente da vulnerabilidade do processo de envelhecer, gera necessidades de atenção à pessoa idosa, principalmente nas situações de traumas de membros inferiores, visto que provoca imobilidade, exacerbando agravos de doenças preexistentes⁽⁹⁾.

No presente estudo, o sexo feminino revelou-se prevalente. Corroborar, pois, com outros estudos⁽¹⁰⁻¹¹⁾, os quais nos informam que o sexo feminino constitui o segmento de maior incidência de fraturas de fêmur. A maior ocorrência de quedas nesse grupo foi devido a uma maior exposição a fatores domésticos e a alterações clínicas, decorrentes das condições de adoecimentos, ou seja, em virtude de menor quantidade de massa magra e força muscular, outro fator que leva à ocorrência de quedas em mulheres⁽¹²⁾.

Pesquisas apontam o significativo número de quedas em mulheres idosas nesse contexto doméstico, onde elas passam a maior parte do tempo, o que as deixam mais suscetíveis às quedas, levando-as às fraturas⁽¹³⁾.

De acordo com outra pesquisa, a idade está significativamente associada à probabilidade de queda. Como observado, idosos com menos de 70 anos têm menor chance de trauma por queda do que por outros eventos, quando comparados a idosos entre 70 e 79 anos e idosos com 80 anos ou mais de idade⁽¹⁴⁾.

Ainda conforme estudo, dentre as causas do trauma musculoesquelético, a queda da própria altura é a mais significativa⁽¹⁵⁾. A duração da internação hospitalar por conta de quedas varia

bastante, e, no caso de fraturas de quadril, esta variação pode ser de quatro a quinze dias, ou até vinte dias. Com a crescente idade e nível de fragilidade, idosos longevos são propensos a permanecer no hospital maior tempo após ter sofrido uma queda⁽¹¹⁾.

Consoante evidenciado, a maioria das fraturas de quadril é possivelmente a consequência mais dramática em pessoas idosas. Está associada a elevadas taxas de morbimortalidade que geralmente resultam em dispendioso gasto hospitalar, procedimentos de reabilitação longos e dificuldades para voltar à vida de pré-fratura e atingir a plena recuperação da função. Além do comprometimento pelo adoecimento, pessoas idosas também têm prejuízo social decorrente da fratura⁽¹⁶⁾.

Diante desse fato, cabe aos profissionais, especialmente aos enfermeiros, a adoção de medidas preventivas (retirada de tapetes, uso de calçados adequados, melhoria da iluminação ambiental, diminuição do mobiliário doméstico e instalação de barras de apoio) relacionadas às quedas, com vistas a fortalecer a capacidade funcional das pessoas idosas, mediante estratégias educativas, conforme a população.

Sabe-se que as alterações do sistema musculoesquelético em idosos provocam queixas em face das limitações, como no exercício das atividades de vida diária. No entanto, a pessoa idosa deve atentar ao exercício continuado no intuito de evitar o enrijecimento de ligamentos e cartilagens, o que contribui para maior risco de lesões, sua ruptura espontânea e maior instabilidade, conseqüentemente, favorecendo a ocorrência de quedas.

Agregado às alterações próprias da senescência, outros fatores foram observados como comprometedores da clínica dos idosos internados: dependência de aparadeiras/papagaios para eliminações urinárias e fecais e/ou uso de fraldas. Tais condições, como o uso de fraldas (76,7%), favorecem o surgimento de lesões que se associam ao turgor diminuído, presença de microlesões, e, assim, contribuem para o agravamento das condições clínicas dos idosos em virtude do aparecimento de úlceras, e/ou lesões múltiplas, prolongando o internamento e, conseqüentemente, a imobilidade com justaposição de muitos adoecimentos⁽⁹⁾.

Tais lesões têm sido fator de discussão na

enfermagem, principalmente no ambiente hospitalar, para prevenir o surgimento de complicações e tratar em curto espaço de tempo aquelas que se manifestam, adotando tecnologias em consonância com as avaliações da pele da pessoa idosa⁽¹⁸⁾. O estudo ressalta que pessoas idosas com demência, insuficiência cardíaca e renal têm um comprometimento em relação a complicações e sobrevivência bem como o atraso cirúrgico superior a quatro dias aumenta os riscos de mortalidade de seis meses a um ano⁽⁵⁾.

Identificou-se também nos idosos o uso de múltiplos medicamentos no tratamento das doenças preexistentes (hipertensão e diabetes), dentre as classes de medicamentos os mais identificados foram os anti-hipertensivos e os ansiolíticos.

Os ansiolíticos, sobretudo os benzodiazepínicos, possuem poder de solubilidade e rápida absorção independentemente da via de administração. Nos idosos, em face do aumento do tecido adiposo e diminuição do quantitativo de água, ocorre um tempo maior para excreção do medicamento, predispondo-os às quedas. Tais condições complicam, ainda, pelo histórico de tabagismo e etilismo, como mostra a tabela 2, e requerem maior atenção dos profissionais, considerando o tempo e seus efeitos⁽¹⁷⁾.

De modo geral, as complicações do hábito de fumar acontecem mais tardiamente ao período de uso e podem manifestar-se no fumante durante anos sem efeitos aparentes. Contudo, a cessação deste hábito tem efeitos benéficos imediatos e ao longo do tempo para as pessoas que possuem ou não doenças relacionadas ao consumo do cigarro. Quase 759% dos potenciais anos de vida perdidos em função do fumar ocorrem entre os idosos⁽¹⁸⁾.

Conforme pesquisa, em diferentes grupos etários, sugere que as pessoas idosas apresentam menos problemas relacionados ao uso do álcool do que pessoas mais jovens. No entanto, segundo em pesquisa longitudinal, o padrão individual para uso do álcool permanece praticamente estável ao longo do tempo, variando de acordo com normas sociais ou aspectos históricos vigentes em determinada época⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Assim, considera-se que as alterações decorrentes do envelhecimento modificam a farmacocinética e farmacodinâmica dos

medicamentos. Destas, a alteração da gordura corporal, com aumento proporcional superior a 35% entre as idades de 20 e 70 anos, alterações no metabolismo renal, hepático e na composição de proteínas plasmáticas de transporte são importantes fatores no aumento do risco do uso de medicações em pacientes idosos. Pesquisas apontam que a pessoa idosa é especialmente vulnerável a reações dos medicamentos em virtude de fatores que a caracterizam: particularidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas, presença da condição de cronicidade decorrentes de doenças, uso de múltiplos medicamentos, dentre outros⁽¹⁷⁾.

Pesquisas sobre o uso de medicamentos em pessoas idosas ainda são restritas e geralmente enfocam um grupo específico de fármacos, como os antidepressivos e os anti-inflamatórios. Em um estudo americano com 68 idosos, a relutância ao uso de antidepressivos relatada por esses sujeitos está fortemente associada ao medo de vivenciar reações adversas e de se tornarem dependentes. Todavia, alguns idosos continuam ingerindo os medicamentos antidepressivos com mais frequência e em maior quantidade⁽¹⁸⁾.

Nessa etapa da vida, a prevalência de polifarmácia é elevada, conforme observado em estudo com 800 idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cerca de metade da amostra fazia uso de um a quatro medicamentos e um terço tomava cinco ou mais medicações⁽¹⁸⁾.

Portanto, no cuidado à pessoa idosa com fratura de membros inferiores, o enfermeiro direciona as ações para medidas que previnam complicações tanto das condições clínicas quanto das possíveis lesões advindas da imobilidade decorrente da fratura e/ou dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que o processo de envelhecimento associado a condições de adoecimento crônico e a fatores ambientais contribuem para ocorrências de quedas entre os idosos, predispondo-os a comprometimentos musculoesqueléticos.

Os resultados apontam para o despertar do enfermeiro e equipe de saúde no atendimento dessa parcela populacional, de modo a planejar cuidados preventivos de complicações decorrentes da imobilidade no leito associado a condições de adoecimento que os idosos

internam. Tais medidas possibilitarão a eles reestabelecerem a capacidade funcional por ocasião da alta hospitalar.

CLINICAL CONDITIONS OF ELDERLY WHO ARE VICTIMS OF MUSCLE-SKELETAL TRAUMA

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the clinical conditions of the elderly with muscle-skeletal trauma. A cross-sectional, descriptive and observational study was carried out with 133 elderly patients hospitalized with lower limb traumas. The data were collected between January and August 2014. A form based on Henderson's theory was applied. The clinical conditions of the elderly were evaluated from the following variables: height, medication use, visual and auditory acuity, muscle-skeletal impairment, smoking, alcohol use and basic diseases. The association between height decrease and demographic/clinical characteristics by the χ^2 and likelihood ratio tests was analyzed; the CRs and their IC95% were calculated. The prevalence was female (52.6%), mean age 78.7 \pm 9.9 years-old. Diseases such as hypertension and diabetes favor the occurrence of falls. There was a compromise of the age group 79-98 with femoral neck fractures (CR = 1.07, IC95% 0.42-270) and trochanter (CR = 1.52, IC95% 0.59-3, 92). Among the fundamental needs assessed, the following stand out: total dependence on feeding, diaper use, height decrease, visual impairment and femoral fractures. The results point to the nurses' awakening in the care of this population in order to plan preventive care of complications and reestablish their functional capacity.

Keywords: Nursing. Elderly people. Research in Clinical Nursing. Wounds and Injury. Emergency Hospital Service.

CONDICIONES CLÍNICAS DE ANCIANOS VÍCTIMAS DE TRAUMA MUSCULOESQUELÉTICO

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar las condiciones clínicas del anciano con traumas musculoesqueléticos. Estudio transversal, descriptivo y observacional realizado con 133 ancianos hospitalizados con traumas de miembros inferiores. Los datos fueron recolectados entre enero y agosto de 2014. Se aplicó un formulario fundamentado en la teoría de Henderson. Las condiciones clínicas de los ancianos fueron evaluadas a partir de las variables: caídas de la propia altura, uso de medicación, acuidad visual y auditiva, comprometimiento musculoesquelético, tabaquismo, uso de alcohol y enfermedades de base. Se analizó la asociación entre la caída de la propia altura y las características demográficas/clínicas por las pruebas de χ^2 y la razón de verosimilitud, se calcularon las RCs y sus IC95%. Predominó el sexo femenino (52,6%), promedio de edad 78,7 \pm 9,9 años. Enfermedades como hipertensión y diabetes favorecen la ocurrencia de caídas. Se verificó comprometimiento de la franja de edad de 79 a 98 años con fracturas del cuello del fémur (RC= 1,07; IC95% 0,42-270) y trocánter (RC=1,52; IC95% 0,59-3,92). Entre las necesidades fundamentales evaluadas, se destacó: dependencia total para alimentarse, uso de pañales, caída de la propia altura, disminución visual y fracturas de fémur. Los resultados señalan para el despertar del enfermero en la atención de esta parte de la población de modo a planificar cuidados preventivos de complicaciones y restablecer su capacidad funcional.

Palabras clave: Enfermería. Anciano. Investigación en Enfermería Clínica. Heridas y Lesiones. Servicio Hospitalario de Urgencia.

REFERENCIAS

1. WHO. Population Dynamics in the Post- 2015 Development Agenda: Report of the Global Thematic consultation on Population Dynamics; 2013 [citado 2015 17 dez] Disponível em: www.worldwewant2015.org./population/
2. WHO. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra; 2015.
3. Jacobi C da S, Beuter M, Girardon-Perlini NM, Leite MT, Maldaner CR, Silva MS. Percepções do idoso sobre a família. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015 jul-set; 14(3):1354-61.
4. Albuquerque ALM, Sousa Filho PGT, Braga Junior MB, Cavalcante Neto JS, Medeiros BBL, Lopes MBG. Epidemiology of fractures in patients from small towns in Ceará inside the treated by SUS. *Acta Ortop Bras*. 2012; 20(2):66-9.
5. Pereira SRM, Puts TEM, Portela MC, Sayeg MA. The Impact of Prefracture and Hip Fracture Characteristics on Mortality in Older Persons in Brazil. *Clin Orthop Relat Res*. 2010; 468(7):1869-83.
6. Henderson V. The nature of nursing. A definition and implications of practice, research and education. Nova York: Lippincott; 1966.
7. Dellaroza MSG, Pimenta, CAM. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012 jan-mar; 11(supl):235-42.
8. Rocha L, Budó MLD, Beuter M, Silva RM, Tavares JP. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):690-6.
9. Degani GC, Pereira Júnior GA, Rodrigues RAP, Luchesi BM, Marques S. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. *Rev Bras Enferm*. 2014 set-out; 67(5):759-65.

10. Oliveira KA, Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Martins CS, Abelan US, Fernandes AB. Causas de traumas em pacientes idosos atendidos em unidade de emergência. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013 abr; 7(4):1113-9.
11. Serbim AK, Gonçalves AVF, Paskulin, LMG. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1):55-63.
12. Gadelha AB, Dutra MT, Oliveira RJ. Associação entre força, sarcopenia e obesidade sarcopênica com o desempenho funcional de idosos. *Motricidade*, 2014; 10(3):31-9.
13. Fapha APIMA. The classic: the etiology of fractured hips in females. *Clin Orthop Relat Res*. 2010; 468(7):1731-35.
14. Rodrigues J, Ciosak SI. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(6):1400-5.
15. Laus AM, Meneguetti MG, Santos JA, Rosa PDP. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014 out-dez; 13(4):688-95.
16. Petrovic M, Cammen T, Onder G. Adverse drug reactions in older people detection and prevention. *Drug aging*. 2012; 29(6):453-62.
17. Pretorius RW, Gatari GI, Swwdlund SK. Reducing ter risk of adverse drug events in older adults. *Am Fam Physician*. 2013; 87(5):75-80.
18. Milder TY, Williams KM, Ritchie JE, Lipworth WL, Day RO. Use of NSAIDS for osteoarthritis amongst older-aged primary care patients: engagement with information and perception of risk. *Age Ageing*. 2011; 40:254-9.
19. Costa AGS, Oliveira ARS, Sousa VEC, Araújo TL, Cardoso MVLML, Silva VM. Avaliação da mobilidade física como fator preditor de quedas. *Cienc Cuid Saude*. 2001 abr-jun; 10(2):401-7.

Endereço para correspondência: Samia Mara Barros de Queiroz. Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, Brasil. CEP 60740-000. E-mail: samiaqueiroz@yahoo.com.br

Data de recebimento: 01/08/2015

Data de aprovação: 31/10/2016