

KINESIOFOBIA Y SUS FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 90 AÑOS POSTQUIRURGICOS DE REEMPLAZO TOTAL DE CADERA

MIRAMONT LUCILA JAZMÍN

TUTORA KINESICA: LIC. DIAZ CARINA
GABRIELA

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO:
DRA. VIVIAN MINNAARD - LIC. ROCÍO
PILAR GARCIA

2021

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado.

Un esfuerzo total es una victoria completa”

Mahatma Gandhi.

DEDICATORIA

A mi familia, Simba y amigos quienes me ayudaron a transitar este camino.

AGRADECIMIENTOS

A mis papas Claudia y Alejandro que me brindaron la oportunidad de estudiar lo que me gusta haciendo grandes esfuerzos, agradecerles también por su apoyo incondicional y por formarme la persona que soy hoy en día, sin ellos nada de esto podría haber sido posible, gracias por ayudarme a cumplir mis objetivos.

A mi hermana por estar siempre presente acompañándome en todo.

A mi compañero perruno Simba que me hacía compañía al lado mío mientras estudiaba.

A mis amigas y amigos de la vida que siempre estuvieron presentes en las buenas y malas, ayudándome y aconsejando.

A mis amigas y amigos de la facultad, futuros colegas, que me acompañaron en esta etapa tan linda e hicieron que el camino sea llevadero, estoy agradecida de habérmelos cruzado futuros colegas.

A profesores y autoridades de la Universidad FASTA.

A la Dra. Mg Vivian Minnaard y la Lic. Rocío Pilar García que me guiaron y ayudaron con su asesoramiento en la realización de esta tesis.

A mi tutora la Lic. Carina Díaz por brindarme su ayuda y guiarme en estos últimos pasos.

RESUMEN

La kinesiofobia es un término utilizado para referirse al miedo movimiento físico, cuando la misma se haya presente genera un gran impedimento a la hora de realizar actividades y en la rehabilitación, ya que la misma genera una visión negativa sobre el tratamiento, es importante que la presencia de la misma se pueda identificar de manera temprana. Los adultos mayores suelen sufrir de kinesiofobia cuando previamente han sufrido una lesión, por miedo al dolor o lesionarse nuevamente, en la presente investigación se analizó la presencia de la Kinesiofobia y sus factores de riesgo en adultos mayores de 60 a 90 años postquirúrgico de reemplazo total de cadera.

Objetivo: Analizar la presencia de Kinesiofobia y los factores de riesgo en adultos mayores de 60 a 90 años postquirúrgico de reemplazo total de cadera en la ciudad de Mar del Plata en el año 2021.

Materiales y métodos: El siguiente estudio consiste en una investigación exploratoria, descriptiva, de diseño no experimental y de corte transversal. Se indago sobre 15 adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata, a quienes se les pidió que completaran una encuesta online para analizar el grado de kinesiofobia que presentaban los adultos mayores de 60 a 90 años posquirúrgicos de reemplazo total de cadera.

Resultados: De análisis de datos se identificó que el 60% corresponde a sexo femenino y el 40% sexo masculino. La edad promedio es de 70 años, siendo la mínima 60 años y la máxima 90 años. Se observó que a mayor edad la kinesiofobia se hallaba presente. De los 15 adultos mayores encuestados solo uno no obtuvo miedo alguno según lo analizado en la escala de Tampa, los 14 restantes manifestaron miedo leve, severo, moderado y máximo. La mayoría tuvo una experiencia positiva con el tratamiento y también creen que el rol del kinesiólogo es importante y que tuvo un papel importante en su rehabilitación.

Conclusión: En base lo analizado en esta investigación se considera de gran importancia el rol del kinesiólogo en la rehabilitación tanto para una recuperación optima, brindar seguridad a la hora de enfrentar miedos en ejercicios y dar a conocer las medidas de prevención en el cuidado postquirúrgico.

Palabras claves: Kinesiofobia, postquirúrgicos, miedo, reemplazo total cadera, artroplastia.

INDICE

INTRODUCCION.....	7
CAPITULO 1.....	10
CAPITULO 2.....	21
DISEÑO METODOLOGICO.....	31
ANALISIS DE DATOS.....	35
CONCLUSIONES.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXO.....	64



INTRODUCCIÓN

La articulación de la cadera también llamada “articulación coxofemoral”, es una articulación esferoidea, que une al fémur con el hueso coxal (Rouviere, 2005)¹. Al ser una articulación que soporta fuerzas de la gravedad y grandes cargas del cuerpo, es factible que en adultos mayores se genere un desgaste de la misma, generando dolor, impotencia funcional e inestabilidad, lo cual indicaría la realización de una artroplastia.

La artroplastia de cadera consiste en una cirugía ortopédica que tiene como objetivo reemplazar de manera parcial o total dicha articulación con un implante denominado prótesis, donde se sustituye la cabeza del fémur con una esfera metálica o de cerámica, que va montada sobre un tallo llamado vástago, y el cotilo es reemplazado por polietileno. Las causas de una artroplastia son aquellos pacientes que presenten artrosis, artritis, necrosis ósea avascular, fracturas, osteoporosis, displasias evolutivas de cadera, enfermedad de Paget².

Como sostiene Meléndez (2011):³

“Las fracturas de cadera son particularmente frecuentes en personas mayores a los 60 años, sobre todo mujeres, cuyos huesos suelen encontrarse débiles y frágiles debido a la osteoporosis”

Se conoce como fractura a la una solución de continuidad del tejido óseo, en el extremo proximal del fémur, se las dividen en intracapsulares, las de mayor incidencia y las extracapsulares. La misma en adultos mayores es generada por enfermedades asociadas o como consecuencia a un traumatismo.

Pueden generar un grado de deterioro funcional e incapacidad crónica en menor o mayor medida, afectando así la capacidad para deambular como también las AVD, pudiendo durar años. (Monzón, 2008)⁴.

Debido a esto, es normal que el paciente postquirúrgico de cadera experimente miedo o retarde la evolución de su tratamiento. Lo que se conoce como “Kinesiofobia” miedo que debilita e imposibilita el movimiento y actividades que derivan fragilidad y disposición a la lesión (Kori et al, 1990)⁵.

El paciente con Kinesiofobia experimenta miedo constante, logrando así no poder desarrollar las AVD⁶ e incluso perdiendo la capacidad de interactuar. De esta manera es considerada como una causa importante de discapacidad y limitación de movimiento. La

¹Rouviere médico y profesor de anatomía en la facultad de medicina, creador del libro Anatomía humana descriptiva, topográfica y funcional

² La Enfermedad de Paget es un trastorno que implica destrucción y regeneración ósea anormal.

³Meléndez, estudiante de Bachillerato en terapia física, universidad americana San José, Costa Rica

⁴ Monzón realizó un estudio de 9 años sobre fracturas de cadera.

⁵ Kori et al una nueva visión al comportamiento de dolor crónico

⁶ AVD se refiere a las actividades de la vida diaria.

escala de kinesiophobia de “Tampa TSK-11” se utiliza para medir el dolor relacionado con el miedo a la actividad o a una nueva lesión. (Díaz Martínez, 2016)⁷.

El tratamiento debe ser multidisciplinario, es fundamental para poder erradicar dificultades que se presentan a la hora de la rehabilitación. El kinesiólogo deberá ver al paciente en su totalidad. La empatía del mismo y el trabajo en conjunto con demás profesionales de la salud, será la clave para un tratamiento efectivo.

Surge el siguiente problema de investigación

¿Cuál es la presencia de Kinesiophobia y los factores de riesgo en adultos mayores de 60 a 90 años postquirúrgico de reemplazo total de cadera en la ciudad de Mar del Plata en el año 2021.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la presencia de Kinesiophobia y los factores de riesgo en adultos mayores de 60 a 90 años postquirúrgico de reemplazo total de cadera en la ciudad de Mar del Plata en el año 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la tendencia a la Kinesiophobia que tienen los adultos mayores en la vuelta a la deambulación luego de un postquirúrgico de cadera
- Indagar acerca de los factores de riesgo intrínsecos que predisponen a la Kinesiophobia
- Identificar los factores de riesgos extrínsecos que predisponen a la Kinesiophobia
- Examinar si existe relación entre la Kinesiophobia y la falta de atención kinesiológica

⁷ Díaz Martínez es Licenciada en fisioterapia y realizó su trabajo de fin de grado de la Universidad Pública La Coruña española.



CAPITULO 1

REEMPLAZO TOTAL DE CADERA

2021

La articulación de la cadera también conocida como “coxofemoral” es la articulación proximal del miembro inferior, de tipo esferoidea, que une al fémur con el hueso coxal (Rouviere, 2015)⁸. Sus superficies articulares se componen por la cabeza del fémur y el acetábulo del hueso coxal. Alrededor de la articulación se encuentran numerosas cantidades de bolsas sinoviales, estas mismas ayudan a reducir fricción entre los huesos. Las superficies articulares logran mantenerse en contacto gracias a la cápsula articular, ligamentos, músculos y presión atmosférica.

Los músculos que participan en la articulación de la cadera se dividen en principales y accesorios. Los principales que participan en el movimiento de la cadera son, el psoas iliaco, sartorio, recto anterior, tensor de la fascia lata y finalmente los glúteos mayor, medio y menor.⁹ Los músculos accesorios se hallan presentes los pelvitrocantereos¹⁰, estos son 6 músculos, piramidal, obturador interno y géminos superior e inferior, cuadrado crural y obturador externo aducción y rotador externo. Los ligamentos tienen como función principal estabilizar la articulación y reforzar dicha capsula. Estos ligamentos son: ligamento iliofemoral, ligamento pubofemoral, ligamento isquiofemoral y ligamento de la cabeza del fémur (Gilroy et al., 2013)¹¹.

La articulación de la cadera es una enartrosis¹² muy coaptada. Se mantiene en posición por acción del rodete acetabular y la presión atmosférica. Las superficies articulares suelen sufrir variaciones de presiones, lo que permite la circulación de los líquidos tanto intraarticulares como extraarticulares. En cuanto la dinámica funcional, la cadera posee 3 aspectos fundamentales: en la estabilidad, en la estática y en la movilidad (Pérez Triana et al., 2018)¹³.

⁸ El libro anatomía humana de Rouviere consta de 4 tomos: cabeza y cuello, tronco, miembros y sistema nervioso central, en este caso fue utilizado el tomo de miembros para haciendo hincapié en miembro inferior, la articulación de la cadera.

⁹ Los principales músculos de la articulación de la cadera tienen diferentes funciones: psoas iliaco potente flexor; sartorio flexor, abductor y rotador externo; recto anterior flexor de cadera y en rodilla extensor; tensor de la fascia lata gran estabilizador de pelvis, flexor de cadera, abductor y rotador interno; glúteo mayor se encarga de extender y rotar cadera hacia afuera en plano sagital y coronal, sus fibras superiores abducción y sus fibras inferiores aducción; el glúteo medio y menor abducen la cadera y estabilizan la pelvis, su parte anterior de dichos músculos realizan flexión y rotación interna y la parte posterior extensión y rotación externa.

¹⁰ Músculos pelvitrocantereos son 6 músculos que realizan rotación externa: piramidal realizando rotación externa, abducción y extensión; obturador interno y gemino superior e inferior, realizan rotación externa, aducción y extensión; cuadrado crural rotador externo y aductor; y finalmente obturador externo aducción y rotación externa.

¹¹ Gilroy, Macpherson, Ross, Schünke, Schlute, Schumacher realizaron en conjunto un atlas de anatomía llamado Prometheus en el año 2013 publicaron su segunda edición.

¹² Enartrosis o también conocida como esferoidea, es una articulación que permite los movimientos de flexo-extensión; abducción- aducción y las rotaciones tanto externas como internas.

¹³ Pérez Triana, Bahr Ulloa, Jordan Padron, Marti Coruña y Reguera Rodríguez publicaron un artículo de revisión “bases anatomofuncionales de la articulación de la cadera y su relación con la fractura” en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

La estabilidad, para evitar lesiones como las luxaciones que ocasionalmente pueden producirse por grandes traumatismos¹⁴. La estática, permite llevar a cabo la bipedestación y, por otro lado, la movilidad posee 3 planos y 3 ejes, el eje transversal situado en el plano frontal permitiendo los movimientos de flexo-extensión; el eje anteroposterior ubicado en el plano sagital permitiendo los movimientos de abducción-aducción; y por último el eje longitudinal permite los movimientos de rotación externa y rotación interna (Kapandji, 2012)¹⁵.

Esta articulación es capaz de soportar fuerzas de gravedad y grandes cargas del cuerpo. En los adultos mayores generan un desgaste, la masa ósea sufre un deterioro, provocando así dolor crónico e inestabilidad, que no cede con tratamiento conservador, teniendo como consecuencia la realización de una artroplastia para disminuirlo. El dolor de cadera suele ser motivo de consulta frecuente, pudiendo implicar estructura ósea y tejidos blandos (Ortega, Alcátara Bumbiedro, & Ortega Montero, 2006)¹⁶.

Con el fin de saber si el paciente es candidato a realizarse una artroplastia, se tendrá en cuenta 2 tipos de estudios, la medición de la densidad mineral ósea y la anatomía de la articulación. La densidad mineral ósea es el principal predictor de la fractura de cadera. A esta, se le suma una herramienta informática denominada HSA¹⁷ (Pérez Triana et al., 2018). Mientras que la anatomía de la articulación se obtendrá mediante una TAC o radiografías simples.¹⁸ La intervención quirúrgica se concreta con el fin de que el paciente sea capaz de obtener la libre movilidad articular sin restricción del movimiento ni dolor.

Como indica Lujan (2011) ¹⁹ Al realizar la artroplastia de cadera lo que se busca es que se obtenga movilidad sin dolor y restaurar la función de las partes blancas afectadas tales como músculos y ligamentos.

¹⁴ Se conoce como luxación a la falta de congruencia entre 2 superficies articulares.

¹⁵ Adalbert Ibrahim Kapandji fue un cirujano francés que se especializó en mano, escribió varios libros sobre biomecánica, anatomía funcional y fisiología articular.

¹⁶ En el manual tenían como objetivo exponer principales conocimientos sobre la especialidad para poder orientar y nutrir a la persona que lo lea durante su incorporación de conocimiento.

¹⁷ HSA: Análisis de la estructura de la cadera. La misma se utiliza para realizar medidas automáticas a la anatomía de la articulación. En conjunto con la obtención de la densidad ósea, es de mucha utilidad, ya que aporta, calidad ósea específica de cada paciente, por lo tanto, a la hora de realizar intervención quirúrgica o posteriormente un tratamiento, sea específico de acuerdo a las posibilidades de cada paciente, de manera específica e integral.

¹⁸ La Tomografía axial computada (TAC) es un método de imagen radiológica, que utiliza rayos "X" para poder recrear imágenes transversales de la zona que está entre los huesos de la cadera.

¹⁹ Álvaro Lujan Licenciado en kinesiología en la Universidad FASTA de Mar del Plata en el año 2011. Hace referencia que a pesar del éxito que tiene la artroplastia total de cadera, también presenta complicaciones, siendo una de ellas, la discrepancia de los miembros inferiores como la diferencia de longitud de piernas.

Las prótesis²⁰ son usadas en el momento de hacer la mediación quirúrgica, sirven para reemplazar zonas articulares. Las mismas permanecen compuestas por cualquier vástago que se inserta en canal medular de fémur a suplir, cabeza esférica y cotilo. Los tipos de prótesis que se aplican en el momento de hacer una ATC son no cementadas, híbridas y cementadas. Las más utilizadas son las cementadas²¹. A partir de la introducción del cemento óseo por Charnley en 1962, diferentes autores aplicaron a sus reemplazos totales de cadera, no obstante, el seguimiento revelo cualquier elevado índice de fallas a extensos plazos. Las prótesis de cadera cementadas fueron diseñadas para ser implantada sobre el hueso. El cemento se coloca en canal femoral. Es un procedimiento seguro y reductible, tal que actualmente hay resultados a largo plazo de diseños tradicionales como la prótesis de Charnley (Duque Morán et al., 2011)²².

La artroplastia no cementada se une mediante capa porosa que se diseña para permitir que el hueso se adhiera a la prótesis articular. Artroplastia híbridas es la mezcla de tallo cementado y cotilo sin cementar. Existen factores de riesgo intrínsecos, asociados a cambios correspondientes al envejecimiento, enfermedades, medicamentos, sobrepeso, mala alimentación, sedentarismo y consumo de alcohol; y factores extrínsecos asociados al hogar y al entorno. Los pacientes predisponentes a una artroplastia, son aquellos que presenten patologías como: artrosis, artritis, NAV²³, fracturas, osteoporosis, displasias evolutivas de cadera, enfermedad de Paget²⁴. La pérdida de densidad ósea, la artrosis y las fracturas son las causas más habituales para el reemplazo total de cadera.

Según Aviña Valencia, Meneses González y Azpiazu Lee (2000), la marcha, postura y equilibrio, cambian con el envejecimiento. Los factores fisiológicos que influyen en las caídas de los adultos mayores son los siguientes visuales, auditivos y neurológicos (Aviña Valencia et al., 2000)²⁵.

²⁰ Las prótesis son elementos artificiales, diseñadas con el fin de sustituir una articulación que su daño es irreparable naturalmente.

²¹ Dentro de las prótesis no cementadas se encuentran las prótesis con macrofijación y con microfijación; híbridas y las cementadas Muller- Charnley.

²² Duque Moran, Navarro Navarro, Navarro García y Ruiz Caballero realizaron un estudio sobre la "Biomecánica de la prótesis total de cadera cementada y no cementada".

²³ Necrosis ósea avascular (NAV) es una patología poco frecuente, su causa puede ser idiopática o como consecuencia de diversas patologías. Se puede encontrar en distintos niveles, pero más frecuentemente se da en la cabeza femoral. Su diagnóstico debe ser diferencial y precoz. (Castellano del Castillo et al., (2002).

²⁴ Enfermedad de Paget se caracteriza por trastorno que implica la destrucción y regeneración ósea, sus factores de riesgo son: la edad avanzada y antecedentes familiares, con el tiempo sus huesos se vuelven frágiles y como consecuencia fracturas, hasta suelen presentar deformidades óseas.

²⁵ En conjunto realizaron una investigación que luego fue publicada en la revista de cirugía y cirujanos "Accidentes y violencia en México: un problema de salud en los albores del tercer milenio".

Los componentes de peligros para sufrir una fractura de cadera se hallan en la siguiente tabla. La osteoporosis²⁶, además de ser factor de riesgo, es un factor contribuyente, ya que reduce la resistencia del esqueleto y por consiguiente, facilita que ocurra una fractura (Muñoz et al., 2018)²⁷.

Tabla 1: Factores de riesgo para sufrir fractura de cadera.

<ul style="list-style-type: none"> • Historia de fractura de cadera materna • Exceso de consumo de OH. • Exceso de consumo de cafeína. • Inactividad física • Bajo peso corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Estatura alta • Fractura de cadera previa • Uso de psicotrópicos • Institucionalización • Discapacidad visual • Demencia.
---	--

Fuente: Adaptado de Muñoz et al (2018).

Se conoce como fractura a la solución de continuidad del tejido óseo producida bruscamente²⁸. Las de mayor incidencia son las extracapsulares²⁹. Estas mismas en adultos mayores son generadas por enfermedades asociadas como consecuencia a un traumatismo. Se define como “adulto mayor” a toda persona de edad igual o mayor a 60 años (Quevedo-Tejero, 2009)³⁰.

Por lo general, las fracturas ocurren en pacientes de la tercera edad, sobre todo en sexo femenino, por caídas desde su propia altura. (Mignone , 2013)³¹, debido a cambios cinéticos que presentan a lo largo de los años, afectan la marcha. Existe una tríada característica que se suele presentar en mujeres asociados a una fractura: sexo femenino, debilidad muscular y baja densidad ósea. En el examen clínico se muestran hallazgos como impotencia funcional³², rotación externa, acortamiento, equimosis en

²⁶ Osteoporosis es una enfermedad esquelética que consiste en la disminución de la densidad ósea, se caracterizan por tener huesos frágiles y por esta razón no pueden soportar grandes cargas, o en el caso de sufrir golpes, se rompen con mayor facilidad.

²⁷ Muñoz, Lavanderos, Vilches, Delgado, Cárcamo, Passalaqua, Guarda realizaron un artículo de investigación sobre “Fractura de cadera”.

²⁸ En otras palabras se podría entender a la fractura como consecuencia a golpes, tracciones que superen el grado de plasticidad del hueso, entre otras.

²⁹ Dentro de las fracturas extracapsulares se encuentran: fractura intertrocanterea, fractura subtrocanterea, fractura del trocante mayor y trocánter menor

³⁰ El objetivo que tuvieron en la investigación del artículo publicado fue determinar la prevalencia y costos directos de atención de fractura de cadera en adultos mayores derechohabientes usuarios de los hospitales de referencia del instituto mexicano de seguro social y petróleos mexicanos.

³¹ Mignone realizo su tesis final de grado para obtener el título en Licenciatura en kinesiología en la Universidad FASTA de Mar del Plata en el año 2013.

³² Impotencia funcional: limitación al movimiento.

zona trocanterea, por nombrar solo ciertos. Gracias a estas afectaciones en su extremidad se ven dañadas sus AVD³³.

A lo largo de la ATC³⁴ el cirujano deberá examinar especialmente la rotación correcta del cuello, orientación correcta del cotillo protésico³⁵, y el establecimiento de una longitud fisiológica del cuello femoral, palanca glútea, su funcionalidad es brindarle seguridad, sustancial en las prótesis. Para que el procedimiento quirúrgico sea exitoso debería aplicarse lo más rápido posible, idealmente entre las 36 y 48 horas del acontecimiento (Palomino et al., 2016)³⁶. Los pacientes candidatos a cirugía, son aquellos que tienen daño irreversible. Finalizada la intervención quirúrgica, es necesario que el paciente siga con tratamiento junto al kinesiólogo, que incluya tanto kinesioterapia como fisioterapia, con el fin de poder reestablecer su funcionalidad y fuerza de dicha articulación.

El rol del kinesiólogo es de suma importancia para el paciente, tanto en el estadio pre-quirúrgico como en el estadio post-quirúrgico con terapia física, con el fin de aliviar dolor y fortalecer la musculatura. El tratamiento debe realizarse de manera individual, progresiva y específico para cada paciente.

Como sostiene la licenciada Mignone, (2013)³⁷:

“Una recuperación exitosa y rápida está estrechamente relacionada con el estado muscular alcanzado en el momento de la intervención, es decir si tiene buena movilidad y fuerza muscular, antes de la intervención, la recuperación va resultar mucho más eficaz que aquel paciente que no la posea”

El tratamiento pre quirúrgico³⁸ se realiza desde que al paciente se le indica que es candidato a cirugía hasta el ingreso del hospital por la próxima intervención a realizar. Dicho tratamiento tiene un papel importante ya que facilita la recuperación, tiempo de evolución y ayuda a la prevención de posibles complicaciones. A nivel musculo esquelético es muy beneficioso, ya que el impacto de cirugía próxima a realizarse será menor, por consiguiente el paciente pueda reinsertarse a su vida diaria de manera más

³³ El termino AVD hace referencia a las actividades de la vida diaria.

³⁴ Artroplastia total de cadera (ATC) consiste en la extirpación quirúrgica de la cabeza y cuello femoral, y eliminación del cartílago articular del acetábulo respetando partes del hueso subcondral como superficie de apoyo.

³⁵ La orientación debe ser hacia abajo y ligeramente hacia adelante.

³⁶ Lourdes Palomino de la facultad de medicina Alberto hurtado universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú; Rubén Ramírez Centro de traumatología y ortopedia del hospital nacional Cayetano Heredia, Lima Perú; Julio Vejarano de servicio de endocrinología hospital nacional Cayetano Heredia, Lima Perú; Ray Ticse estudiante de medicina. Se unieron para elaborar un artículo de investigación “Fractura de cadera en el adulto mayor: La epidemia ignorada en el Perú”.

³⁷

³⁸ El tratamiento pre quirúrgico como indica su nombre, es un tratamiento previo a la intervención quirúrgica, siempre y cuando el paciente tenga una cirugía planificada, es decir, que no sea una cirugía que se tenga que realizar de manera inmediata. Este tipo de tratamiento se comienza desde que pautaron una fecha de cirugía, hasta el día anterior a realizar dicho acto quirúrgico.

rápida, a través del trabajo de aumentar fuerza muscular y trabajando conjuntamente respiración a través de la reeducación diafragmática. (Mariño Carranza, 2016)³⁹

En el tratamiento es importante el conocimiento de la prótesis utilizada en la artroplastia, ya que, de esto mismo dependerá el tratamiento a seguir, debido a que los tiempos de tiempos de sedestación, bipedestación y marcha, no son los mismos para todas las prótesis. Si la prótesis utilizada fue cementada, los tiempos serán más rápidos, en sedestación 24 a 48 hs y marcha entre los días 4 y 5 comienza con descarga, los 20 primeros días postoperatorios, continua aumentan la carga progresivamente hasta el apoyo total. Por otro lado, si la prótesis utilizada fue una no cementada, los tiempos serán mayores, la bipedestación podrá realizarla después de la 6ta semana. Los objetivos en una rehabilitación inmediata irán dirigidos a educar tanto al paciente como a la familia⁴⁰, aliviar el dolor, prevenir o tratar edema visible generado por la intervención quirúrgica, mejorar el ROM⁴¹ mejorando así la movilidad de la articulación, mejorar la fuerza muscular de los músculos afectados por la inmovilización como consecuencia de la artroplastia, prevenir posible luxación de prótesis evitando la ejecución de movimientos como flexión mayor a 90°, aducción y rotación interna, evitar posturas viciosas y complicación posoperatoria tanto respiratorias, tróficas, infecciones de nervios periféricos o discrepancia de miembros inferiores (Parra Buenaño., 2017)⁴².

Existe una escala de valoración que se utiliza para evaluar a los pacientes con artroplastia de cadera abarcando ítems como el dolor, función, deformidad y la amplitud de movimiento (Minsal, 2010)⁴³. Esto sirve para establecer protocolos de tratamientos que abarque objetivos de manera individual, específica para las necesidades de cada paciente, para así, finalmente alcanzar una buena recuperación.

Los pacientes ancianos tienen mayor riesgo de luxarse, por este motivo una ortesis de cadera, estas mismas utilizadas con el fin de evitar cruce de piernas y limitar movimientos como la flexión de cadera, estas ortesis de cadera se colocan en una hemipelvis que finalmente se une a una muslera para poder controlar movimientos tales

³⁹ Andrea Fernanda Mariño Carranza autora de análisis clínico sobre lesión del nervio ciático poplíteo externo de miembro inferior izquierdo por secuela de artroplastia de cadera, en la universidad de técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud carrera terapia física en Ecuador.

⁴⁰ Es importante que el paciente entienda que tiene que mejorar sus hábitos con una dieta equilibrada, un peso acorde a su cuerpo y edad.

⁴¹ Se conoce como ROM al Rango de Movimiento Articular, que hace referencia al recorrido que pueda realizar una articulación para moverse.

⁴² Realizo su investigación sobre "Evaluación del abordaje fisioterapeuta en pacientes con artroplastia de cadera en el centro de salud tipo B Salcedo"

⁴³ La escala de Harris modificada fue creada por Minsal en el 2010 evaluado ítems de: dolor, función de distancia caminada, función de apoyos, movilidad y potencia muscular la capacidad de moverse cuidado de los pies, claudicación, escaleras. Al final se obtendrá una clasificación 70 a 80 puntos indica que está en estado excelente, de 60 a 69 puntos bueno, de 50 a 59 puntos regular, de 49 o menos malo.

como abducción- aducción y flexión (Gomar Sancho, 2014)⁴⁴. Es de suma importancia que el tratamiento postquirúrgico se realice de forma precoz, los primeros días de dicho tratamiento son muy importantes, debido a que se le debe explicar tanto al paciente como a los familiares los cuidados para evitar la luxación del implante. Es indispensable además de la educación tanto del paciente como familia, la movilización pasiva, y la evaluación radiográfica de la articulación, previamente como posteriormente al acto quirúrgico.

Como primera medida se recomienda la aplicación de crioterapia cada dos horas por 30 minutos, para aliviar dolores por su efecto analgésico y disminución del edema, que es producido como consecuencia a la intervención quirúrgica. Una vez que el paciente se encuentre en la habitación de la institución en la que se realizó la intervención quirúrgica, en la posición decúbito dorsal, el miembro intervenido quirúrgicamente, se colocara en una abducción con un almohadón entre sus rodillas, previniendo el cruce de piernas⁴⁵. El miembro tiene que tener una posición neutra no acostarse sobre el lado intervenido. (Tejedor Zarzuela, 2015)⁴⁶.

El postoperatorio intrahospitalario recomendado por la “guía clínica para endoprotesis total de cadera en personas de 65 años y más, con artrosis de cadera con limitación funcional severa” indica un protocolo para la hora de la rehabilitación. Durante el primer día comenzar a realizar movilizaciones asistidas de flexo-extensión de cadera y rodilla en plano sagital, mediante ejercicios isométricos trabajar cuádriceps y glúteo mayor y mantener posiciones de miembro inferior en abducción, evitar rotación en lado afectado. Durante segundo y tercer día se mantiene de la misma manera protocolo, solo que se agregan ejercicios de flexo extensión activa de cadera y rodilla. Durante el cuarto día ejercicios de contracción de cuádriceps sobre borde de la cama contra fuerza de gravedad y ya se podrá sentar al borde de la cama evitando flexión de cadera de 90°. Durante quinto y sexto día se sigue el protocolo pautado de ejercicios y se le suma el inicio de la marcha y educación a la familia sobre los cuidados a tener en cuenta (Minsal., 2010).

⁴⁴ Prim ortopedia se dedica a la comercialización y producción de distintos tipos de productos de ortopedia, son comercializadas tanto en España como en el extranjero. En este libro expresan indicaciones ortesis para su correcto manejo en patologías de manera rápida y fácil.

⁴⁵ El paciente deberá evitar la flexión de cadera pasado los 90°, la aducción y rotación, no cruzar las piernas y no acostarse sobre el lado del miembro intervenido quirúrgicamente, y también no dejar de lado la elevación de sanitarios con adaptadores. Con estas medidas lo que se busca es evitar la luxación de la prótesis.

⁴⁶ María Henar Tejedor Zarzuela autora de su trabajo de fin de grado “fisioterapia en la prótesis total de cadera. Revisión bibliográfica” de la Universidad de Valladolid, escuela universitaria de fisioterapia. En este trabajo de investigación, desarrollo patología coxofemoral, fracturas, sus factores de riesgo y tratamiento quirúrgico, farmacológico y fisioterapéutico.

La kinesiología en la etapa postoperatoria cumple un rol muy importante a la hora de la rehabilitación, comenzando con movilizaciones para evitar escaras por presión prolongada como atrofias de los músculos inmovilizados. Se sugiere comprensión en los miembros inferiores con vendajes, realizados con vendas elásticas para evitar la formación de trombos durante el tiempo que el paciente no realice deambulacion. Progresivamente el paciente aprenderá a realizar los distintos cambios de decúbito, para prevención de escaras, de decúbito dorsal a sentado, de sentado a posición bípeda y de posición bípeda a marcha en paralelas, adelante y hacia los costados. El rol del glúteo medio es importante ya que una alteración en el mismo, provocara una marcha claudicante y por lo tanto inestabilidad en la misma. Complementariamente se sugiere la realización de contracciones de tipo isométricas de cuádriceps, glúteos y aductores, ejercicios activo-asistidas de cadera, en un rango de movimiento mínimo, solicitándole que arrastre el talón por la cama. Con respecto al lado “sano”, no debe dejarse de lado, se trabajara la fuerza muscular del mismo con el objetivo de no perder masa muscular, sin dejar de lado las elongaciones musculares. Conjuntamente se recomienda realizar ejercicios respiratorios, son de suma importancia ya que al realizar un buen manejo de respiración, permite que el paciente se sienta menos cansado (Acuña et al., 2018)⁴⁷.

Dentro de los ejercicios respiratorios se encuentran el husmeo y la respiración diafragmática, el primer mencionado consiste en una técnica realizada en posición Fowler sedente solicitándole al paciente que tome aire por nariz hasta CRF hasta la CPT⁴⁸. Mientras que la respiración diafragmática puede realizarse en posición sedente o decúbito dorsal, dependiendo la comodidad del paciente, una mano del kinesiólogo va apoyada en abdomen superior y la otra mano localizando el movimiento abdominal, dándole al paciente la orden de “llevar el aire inspirado a la panza” (Barros Poblete et al., 2018)⁴⁹.

Al segundo día de realizar la intervención quirúrgica, se ejecutan movilizaciones y fortalecimiento de miembros superiores e inferiores. (Acuña et al., 2018) También se llevara a cabo la sedestación, explicando previamente al paciente el procedimiento, el

⁴⁷ Geovanna Alejandra Cuichán Taco autora de “tratamiento fisioterapéutico aplicado a una paciente con prótesis de cadera en el Hospital Integral del Adulto Mayor en el periodo diciembre 2017- febrero 2018” En la universidad Central del Ecuador facultad de ciencias de la discapacidad atención pre hospitalaria y desastres. Carrera de terapia física. Su tutor el doctor Pablo Ernesto Acuña Sarzosa. Quito, 2018.

⁴⁸ CRF capacidad funcional residual es el volumen de aire presente en pulmones al final de la espiración. CPT hace referencia a la capacidad pulmonar total conocido como volumen de aire que hay en aparato respiratorio seguido a una inhalación máxima voluntaria.

⁴⁹ Barros Poblete, Torres Castro, Villaseca Rojas, Ríos Munita, Puppo, Rodríguez Núñez, Torres Tapia, Rosales Fuentes, Romero, Vera Uribe, Bustamante, Hidalgo Soler y Jiménez en representación de la comisión de kinesiología respiratoria de la sociedad chilena de neumología pediátrica realizaron un consenso chileno de técnicas de kinesiología respiratoria en pediatría.

paciente siempre será colaborador. Desde esta posición, a nivel sensorial es muy importante. La sedestación podría llevarse a cabo en una silla ni muy alta ni muy baja, y con apoyos de brazos, esto le permitirá tener mayor contención. Desde la posición de sentado, se recomienda comenzar con ejercicios para poder tonificar la musculatura debilitada, a través de ejercicios como flexión y extensión de rodilla y elevación de cadera con rodilla extendida, y en una instancia próxima, como sería la bipedestación, los apoyos permitirán brindarle sostén, utilizando sus miembros superiores, fortaleciendo también los mismos. Para realizar la bipedestación, se realizara con andador, partirá de la posición de sedestación. A la hora de realizar un planteo de tratamiento, se deberá llevar a cabo ejercicios de cuádriceps, glúteo, bombeo de tobillos, abductores para una posterior bipedestación y apoyo con descarga equiparada por ambos lados, y por último ejercicios de flexión activa de cadera⁵⁰

En una segunda etapa del tratamiento, se hace hincapié en fortalecer a los músculos estabilizadores de cadera, ya que se encuentran debilitados, este es importante ya que permite una función muscular óptima, ayudando a la estabilización y movilidad de la articulación afectada, esta etapa de tratamiento suele durar varios meses, y debe complementarse con ejercicios de marcha y equilibrio (Pazmiño Castillo et al., 2019)⁵¹. Desde la posición de sedestación, se realizaran ejercicios que permitan tonificar el cuádriceps, realizando flexo-extensiones de rodilla, si el paciente lo tolera, se colocara resistencia manual del fisioterapeuta a cargo.

Plantearon un plan de intervención de enfermería en la rehabilitación con el objetivo de aumentar la vida de la prótesis del paciente, y para el bienestar del mismo, el plan que abarcaba enseñanza para realizar actividades de la vida diaria, subir y bajar de vehículos, sentarse en la silla, levantarse de la silla (Navarro González et al., 2011)⁵².

⁵⁰ Uno de los ejercicios para realizar flexión activa de cadera sería solicitar al paciente que arrastre el talo por la cama.

⁵¹ Cesar Napoleón Pazmiño Castillo, Pedro Manuel Suarez Lescano, Evelin Lissette Uyaguari Díaz, Christian Heinz Linares Rivera. Publicaron en la revista científica mundo de la investigación y el conocimiento "cirugía de cadera y sus métodos de rehabilitación en el año 2019, donde llegaron a la conclusión que el tratamiento debe ser aplicado luego de la cirugía teniendo en cuenta la edad, patologías adyacentes, tipo de artroplastia, trabajar el equilibrio y coordinación, concluyen que la rehabilitación debe ser progresiva y fraccionada con relajación y estiramientos musculares, una vez que el paciente logre realizar el apoyo completo comenzar con fortalecimiento muscular, completando dicho trabajo con ejercicios de marcha y propiocepción.

⁵² Navarro González Ramírez, Gutiérrez y Hernández corral publicaron un artículo sobre "intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor e células gigantes" su objetivo fue dar a conocer el papel del profesional de enfermería especialista en rehabilitación en la atención de pacientes con prótesis de cadera, llegaron a la conclusión que con los cuidados proporcionados lograron aumentar la fuerza y arcos de movilidad de la cadera izquierda, lo que permitió mejorar la marcha y que la persona pudiera retomar su vida laboral, logrando así alcanzar el objetivo de la rehabilitación. Sostuvieron que es importante tanto el compromiso de la persona como de sus familiares.

La segunda parte de esquema del tratamiento se enfocara a las necesidades propias del paciente, comenzando con la deambulaci3n, 2 meses posteriores aproximadamente de su intervenci3n quir3rgica, se le sugiere que el paciente comience a utilizar el andador, con calzado adecuado y antideslizante, para realizar una descarga de peso de manera parcial, a la semana siguiente se recomienda comenzar con la reeducaci3n de la marcha en paralelas, siempre con el fisioterapeuta delante o detr3s del paciente, garantizando mayor seguridad, y evitando as3, posibles ca3das. Cuando el paciente logre una marcha aceptable, se indicara el uso de andador para lograr una marcha en su locaci3n (Pazmi3o Castillo et al., 2019).



CAPITULO 2

KINESIOFOBIA

2021

El término kinesiofobia fue descrito por primera vez en 1990, Kori et al, indicaron a este término, como al exceso, temor difícil de comprender y debilitante del movimiento físico y a la realización de actividades que resulta de un sentimiento de vulnerabilidad a una lesión dolorosa o una nueva lesión, pero con el correr de los años este término fue avanzando. En 1995 se refiere a este término, como el miedo específico a un movimiento determinado y actividad física que podía ser causa de una nueva lesión. En 1996 Asmundson al termino del dolor, le suma el miedo, miedo a lesionarse y a realizar ciertas actividades físicas (Lundberg et al., 2006)⁵³. Por este mismo motivo, los pacientes tienden a evitar ciertos movimientos o posiciones debido a que creen que podría generar dolor, una nueva lesión o una re-lesión.

La kinesiofobia es un factor central en el desarrollo del dolor desde etapas agudas a crónicas, el modelo de evitación de miedo cognitivo desarrolla que cuando una persona interpreta el dolor como amenazante, puede hacer cogniciones catastróficas, y por lo tanto que la actividad a realizar resulte con más dolor o una posible re/lesión, y a largo plazo provocar discapacidad, desuso, depresión, y generando así, una especie de círculo vicioso aumentando dolor y por lo tanto la discapacidad, en su estudio notaron como los adultos mayores que vivían en hogares de ancianos sin importar el sexo obtenían elevados niveles de kinesiofobia. (Larsson et al., 2016)⁵⁴.

Díaz Martínez en un estudio indica que los individuos que obtienen kinesiofobia y catastrofismo suelen tener una percepción del dolor distorsionada es decir más elevado de lo normal, que disminuye sometiéndose a tratamientos que actúen sobre lo físico y psicológico del paciente para recuperar la percepción normal del dolor. También hace mención que ambos términos se asocian a la discapacidad, de tal manera que si no se realiza un tratamiento precoz el individuo podría padecer deterioros de sus capacidades, de esta manera concluye que es importante que el fisioterapeuta identifique las conductas de miedo- evitación en los pacientes, para poder predecir un pronóstico desfavorable y actuar sobre el mismo, es importante el tratamiento multidisciplinario con enfoque biopsicosocial para una óptima recuperación (Díaz Martínez., 2016)⁵⁵.

⁵³ Mari Lundberg, María Larsson, Helene Östlund y Jorma Styf se juntaron para realizar la siguiente investigación “kinesiofobia: varios aspectos del movimiento con dolor musculo esquelético” del instituto de Ciencias Clínicas, departamento de ortopedia. Academia Sahlgrenska de universidad de Gotemburgo Suecia 2006, el objetivo fue describir la ocurrencia de kinesiofobia y poder investigar la asociación entre kinesiofobia y el dolor en sus distintas variables, medidas de ejercicio físico y las características psicológicas en pacientes que presentaban dolor musculo esquelético. El objetivo de este estudio fue estudiar la prevalencia al inicio de del estudio, el desarrollo durante un periodo de 12 meses y las variables cognitivo- afectivas de la kinesiofobia en una muestra poblacional de adultos mayores con dolor crónico.

⁵⁴ En el año 2016 Caroline Larsson, Eva Ekvall Hansson, Kristina Sundquist y Ulf Jakobsson realizaron presentaron un artículo de investigación “Kinesiofobia y su relación las características del dolor y las variables cognitivas afectivas en adultos mayores con dolor crónico”.

⁵⁵ Marta Díaz Martínez realizo su trabajo de fin de grado “kinesiofobia y catastrofizacion del dolor como reglas de predicción clínica en el dolor lumbar” en la universidad da Caruña facultad de fisioterapia,

En la fase aguda de una lesión, es normal querer evitar ciertos movimientos, debido a que muchas veces se encuentran presentes signos y síntomas tales como la presencia de dolor, coloración, edema es decir acumulación de líquido en el espacio intersticial y temperatura. Pero si esta etapa se prolonga a lo largo del tiempo podría afectar a la recuperación funcional, retrasando los tiempos de recuperación dentro de los parámetros normales, y así por lo tanto, cronificar el dolor, se entiende por dolor crónico cuando el dolor persiste durante al menos 3 o 6 meses. Las conductas de los pacientes al tratar de evitar el dolor contribuye a que se cronifiquen patologías como las musculoesqueléticas, ya que el miedo cuando se relación con el dolor tiene un papel importante en la discapacidad (Mintken et al., 2010)⁵⁶.

El dolor se lo indica como una vivencia sensorial y emocional desagradable, el cual se vinculada con un daño real o potencial, tiene relación con las complicadas interacciones entre el mal real o potencial, la vivencia del dolor y respuestas emocionales, como el temor y la ansiedad. El dolor y la ansiedad cumplen un rol muy importante en el desarrollo de dolor y discapacidad, en el dolor agudo, muchas veces se suele interpretar esa experiencia como mala, provocando miedo y dolor, lo cual impide realizar ciertos movimientos que puedan generar ese dolor experimental. (Hasenbring et al., 2014)⁵⁷.

Tal como indica Solano Arias la depresión y ansiedad generan miedo, dolor, angustia y hace que se relacione y asocie con experiencias dolorosas. El dolor tiene un gran índice provocando un gran impacto en el ámbito familiar, laboral, social y económico. Para que se capte el estímulo doloroso y transformarlo en impulso es necesario que se tome en cuenta las terminaciones nerviosas que se encuentran en articulaciones, músculos, vísceras y piel (Solano Arias., 2020)⁵⁸.

Existen diferentes clasificaciones del dolor para estudiarlo y escalas para evaluarlo, una forma útil de evaluar es utilizando EVA, Escala Visual Analógica, consiste en preguntar

realizo una búsqueda de resultados clínicos en dolor lumbar en PEDro, Library, Scopus, NBCI PubMed y The Cochrane; estudios que fueron publicados desde 2005 hasta el 2016, llegando a la conclusión que la kinesiofobia y catastrofismo son factores pronósticos clínicos en el dolor lumbar que se asocian con la discapacidad.

⁵⁶ Mintken, Cleland, Whitman y George en su artículo de “propiedades psicométricas del cuestionario de creencias para evitar el miedo y la escala de kinesiofobia de Tampa en pacientes con dolor de hombro” tuvieron como objetivo investigar la confiabilidad y validez de 2 medidas de uso común del miedo relacionado con el dolor de hombro.

⁵⁷ Monika I Hasenbring, Omar Chehadi, Christina Titzw y Nina Kredding realizaron un estudio “miedo y ansiedad en la transición del dolor agudo al crónico: hay evidencia de resistencia además de la evitación” en el departamento de Psicología médica y sociología médica, facultad de medicina universidad Ruhr de Bochum, Alemania en el año 2014, donde llegaron a la conclusión que el miedo y la ansiedad son respuestas comunes antes el dolor en la vida cotidiana, y tiene un papel importante en el dolor agudo y crónico.

⁵⁸ Katya Vanesa Solano Arias realizo su trabajo de grado previo a la obtención de título licenciatura en terapia médica, el tema investigado fue “Nivel de dolor y su relación con la kinesiofobia en personas de 61 a 70 años en las provincias de Carchi e Imbabura” en la Universidad Técnica del Norte Facultad de Ciencias de la Salud Terapia Física Medica, Ibarra Ecuador 2020.

al paciente como percibe su dolor del 0 al 10, 0 hace referencia a la ausencia del dolor y 10 al dolor máximo. Puebla Díaz⁵⁹ indica que el dolor se puede clasificar según duración, según patogenia, según localización, según el curso, según intensidad, según factor pronóstico de control de dolor y según farmacología (Pueblas Díaz., 2005).

Para clasificar el dolor dentro de las clasificaciones más sencillas se encuentra la siguiente descrita por Sánchez y Jiménez en su estudio, dolor agudo y dolor crónico y según la etiopatogenia en dolor nociceptivo, neuropático y psicógeno. El dolor agudo es aquel dolor que tiene un límite y es de aparición reciente, generalmente tiene una causa identificable. Por otro lado el dolor crónico es aquel dolor que persiste a lo largo del tiempo de la lesión y no suele haber una causa identificable. Dentro de la clasificación según etiopatogenia, el dolor nociceptivo a su vez es clasificado en dolor somático, tiene origen en músculos, articulaciones ligamentos, y dolor visceral son dolores localizados a nivel de las vísceras, el dolor neuropático es un dolor que implica el sistema nervioso central y periférico, y suele percibirse como dolores punzantes o de quemazón (Sánchez et al., 2014)⁶⁰.

Existe una escala utilizada para evaluar el grado de kinesiophobia que puede presentar los pacientes, la misma mide el miedo al movimiento, por este motivo, este tipo de pacientes que presenten kinesiophobia, tienden a la disminución de actividades físicas para evitar sufrir una lesión como consecuencia a determinado movimiento, o evitando el posible dolor al realizar cierta actividad. Esta es conocida como “Tampa Scale Of Kinesiophobia” originalmente fue compuesta por 17 ítems y realizado por Miller, Kori y Todd en 1991. Existe también una versión adaptada y utiliza 11 ítems, es una versión española, tiene ventajas como la utilización rápida y fácil, se utiliza mediante una entrevista, que consiste en serie de preguntas concisas y fáciles de responder evaluando no solo la capacidad funcional del paciente, sino también, el bienestar de manera psicológica de la persona que será evaluada. En la siguiente imagen se puede observar la (Solano Arias., 2020).⁶¹

Un estudio realizado por Alejandro Luque- Suarez, Javier Martínez- Calderón y Débora Falla demuestra el papel importante que cumple la kinesiophobia en el dolor, discapacidad y calidad de vida en las personas que padecen enfermedades crónicas de dolor musculo

⁵⁹ Realizo investigación sobre “Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. dolor iatrogénico” Oncología radioterápica Instituto Madrileño de Oncología San Francisco de Asís Madrid.

⁶⁰ Bautista Sánchez y Santiago Jiménez son médicos algólogo adscrito a la clínica del dolor del hospital general de México. Donde los mismos realizaron un estudio “epidemiología del dolor crónico” ellos consideran que la temporalidad del dolor no depende de cuan frecuente lo tengan sino de cuánto tiempo puede afectar a la vida diaria de cada uno.

⁶¹ En este mismo estudio permitió conocer factores principales que desencadenaban el dolor y kinesiophobia, lo cual el mismo repercutió en los adultos mayores, identificando causas y como motivación a que concurran a chequeos médicos al menos una vez al año, evitando así posibles limitaciones e incapacidades funcionales futuras.

esquelético, en la siguiente investigación incluyeron 63 artículos⁶², en el cual encontraron una gran evidencia entre mayor grado de kinesiofobia y mayores niveles de intensidad de dolor y discapacidad, con mayor grado de kinesiofobia y alto nivel de dolor y baja calidad de vida. Es decir que a mayor grado de kinesiofobia presente el paciente, se observa, que es factible que desarrolle una discapacidad progresiva con el tiempo. La kinesiofobia se relaciona con el dolor, discapacidad y calidad de vida, en donde la esta misma, altera la forma en la que los pacientes se mueven con el fin de poder evitar el dolor, realizando así, movimientos inapropiados, es decir, ajustes a la ejecución de sus gestos motores mal realizados, no solo a la hora de realizar algún deporte sino movimientos específicos de la vida diaria, perdiendo la correcta técnica de la ejecución del movimiento, y por lo tanto podrían surgir/ generar re- lesiones o nuevas lesiones (Luque- Suarez et al., 2018).⁶³

La kinesiofobia es asociada al rendimiento físico deficiente, a un elevado grado de discapacidad auto informada y que puede predecir discapacidad futura (Back et al., 2012)⁶⁴. Puede adquirirse de dos maneras, por experiencia como por ejemplo dolor o trauma, o la segunda por aprendizaje social como sería en la observación e instrucción. La kinesiofobia es considerada como una barrera a la hora de realizar rehabilitación, ya que la misma es un factor modificable que su ausencia o disminución puede ayudar al alivio o desaparición del dolor y por lo tanto una óptima recuperación funcional, por esta razón, se debe identificar de manera rápida en una primera instancia de evaluación, una vez identificado el grado de kinesiofobia, plantear correctos objetivos y planificar estrategias de tratamiento en sus 3 instancias, es decir, a corto, mediano y largo plazo, ya que si no se identifica la presencia de kinesiofobia de manera temprana, esta, puede causar frustración no solo en los mismo pacientes sino también en los kinesiólogos que traten a estos pacientes, generando así una visión negativa del tratamiento y limitando sus esfuerzos a la hora de rehabilitarse (Luque- Suarez et al., 2018)⁶⁵.

⁶² En el estudio incluyeron adultos con dolor persistente que dure más de 3 meses en cuello, espalda baja, pelvis o articulaciones como codo, hombro, muñeca, rodilla y tobillo, personas con fibromialgia, pacientes que presentaban dolor crónico generalizado como por ejemplo el síndrome de fatiga crónica, artritis reumatoide, espondilo artropatías y osteoartritis, aunque no se consideraba el dolor crónico el dolor espinal, decidieron incluirlo en su estudio a personas con dolor musculoesquelético axial crónico.

⁶³ Los autores hacen referencia que la presencia de la kinesiofobia repercute en el actuar de la vida diaria del paciente por el mismo miedo a tener dolor, lesionarse o relesionarse

⁶⁴ María Back, Sidra Åsa, Johan Herlitz, Mari Lundberg y Bengt Jansson Publicaron en la revista internación de cardiología “el impacto en la kinesiofobia (miedo al movimiento) por variables clínicas para pacientes con enfermedad arterial coronaria”. El estudio incluyó 332 pacientes y utilizaron la escala de Tampa para medir kinesiofobia. Donde llegaron a la conclusión con los datos obtenidos que el impacto de la rehabilitación y el pronóstico de los pacientes con EAC se asociaron con altos niveles de kinesiofobia. Por lo tanto, la kinesiofobia debe considerarse en la prevención secundaria para pacientes con enfermedades coronarias.

⁶⁵ Estudio realizado por Alejandro Luque- Suarez, Javier Martínez- Calderón y Débora Falla, en el departamento de fisioterapia en la universidad de Málaga, España en el año 2018 y publicado finalmente en el año 2019, su objetivo fue explorar el nivel de asociación que había entre la kinesiofobia

En el estudio realizado por Anguita Palacios, Talayero San Miguel, Herrero Cereceda, Cadenas, Pardo Cuevas, Gil Martínez indica que el miedo pre quirurgo lo suelen sufrir muchos pacientes, que el miedo está relacionado con la recuperación física y psicosocial. Mientras que la presencia de dolor en el proceso quirúrgico posoperatorio, se asocia a la afectación a nivel musculo esquelético que se provocó durante dicha intervención, esto no solo ocurre en la extracción, o reparación de órganos, sino también a la hora de colocar prótesis o en el recambio de la misma, ocurriendo como consecuencia a que el cuerpo tiene un tiempo de reparación de los tejidos y al colocar un objeto externo en el cuerpo, como sería en el caso de una prótesis, el propio cuerpo lo reconoce como extraño y pasa por un proceso de adaptación a la misma. El dolor posquirúrgico de los primeros días es de gran preocupación, ya que repercute en la recuperación y por consiguiente en la calidad de vida, esto muchas veces pone en riesgo a la cronificación de lesiones o dolor, debido a que los pacientes suelen presentar preocupaciones por su recuperación y sobre su calidad de vida a posterior de la intervención (Anguita Palacios Mc et al., 2016)⁶⁶.

Tanto los pensamientos como las expectativas negativas que pueda llegar a presentar el paciente sobre intervenciones o tratamientos a realizar, pueden llegar a desencadenar una interpretación particular al dolor, llevando así a la inmovilización de los segmentos y evitar ciertas conductas, lo cual se verá afectada no solo la mejoría del paciente y sino también su tratamiento o rehabilitación a realizar. Para la presencia de la kinesiofobia existen factores predisponentes tales como el género, la edad, experiencias previas quirúrgicas, tipo de acto quirúrgico y manejo personal del estrés. Pero sumado a eso, la misma se asocia frecuentemente con pacientes que no suelen realizar actividad física y también con aquellos pacientes que presentan dolor crónico, es decir constante, debido a esto, suelen ser pacientes que optan por el sedentarismo como estilo de vida, pero esto último para los adultos mayores, es un problema, ya que la disminución de movimiento y la falta de actividades por desuso de articulaciones y músculos son graves, porque no solo aumenta el riesgo de obtener problemas de salud,

el dolor, la discapacidad y la calidad de vida en pacientes con dolor musculo esquelético crónico. Donde el estudio reveló que a mayores niveles de kinesiofobia se asociaba con mayores niveles de intensidad de dolor, discapacidad y por lo tanto menor calidad de vida.

⁶⁶ María Carmen Anguita Palacios y Salomé Herrero Cereceda trabajan en unidad de recuperación post anestésica de Cantoblanco Hospital universitario La Paz de Madrid España, Marta Talayero San Miguel del Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle grupo de investigación de la ciencia del movimiento bioconducta y estudio del dolor en Madrid España, Martín Cadenas y Pilar Pardo Cuevas trabajan en Área quirúrgica de Cantoblanco hospital universitario La Paz Madrid España y Alfonso Gil Martínez de la unidad de investigación de enfermería hospital universitario la paz Madrid España. Juntos realizaron estudio sobre “comportamientos de miedo y ansiedad pre quirúrgicos e intensidad de dolor percibida tras una artroscopia de rodilla” en el año 2016.

sino que también afecta al deterioro funcional de manera rápida y hasta podría generar una posible muerte prematura (Anguita Palacios Mc et al., 2016).

El término kinesiología hace referencia al estudio del movimiento y función humana (Flores Moran., 2013)⁶⁷. La kinesiología es una profesión que corresponde al área de la salud, aportando lo conceptual y teoría para comprender alteraciones en el movimiento. El kinesiólogo actúa no solo en la evaluación, sino también en prevención, conservación y tratamiento de las capacidades de distintos pacientes, previniendo y promocionando estilos de vida más saludables y activos dependiendo las necesidades de cada paciente, utilizando tanto la fisioterapia, como también la kinesiología y kinefilaxia.

Según la ley provincial de Buenos Aires 10.392⁶⁸ de ejercicio profesional en el artículo N°14 indica que de acuerdo al diagnóstico médico u odontológico, el kinesiólogo puede actuar mediante distintas aplicaciones de agentes fisio-kinesica según las necesidades de cada paciente, queda a criterio de cada profesional pedir información elemental anterior a evaluar y empezar el tratamiento. Se entiende como kinesiólogo a la actividad que implique el uso de kinesiología, kinefilaxia y fisioterapia, como así también docencia e investigación. Kinesiología implica la utilización de toda técnica manual o instrumental con finalidad terapéutica, planificada y dosificada, pudiendo ser masajes, tracciones, movilizaciones, elongaciones, percusión, vibración, reeducación tanto respiratoria como cardiovascular. Se entiende por kinefilaxia al masaje, gimnasia, deportes a nivel competitivo como de entrenamiento, exámenes funcionales kinésicos, y todo movimiento que tenga método que incluya aparatos o no con finalidad estética o higiénica en establecimientos públicos como privados. La fisioterapia es la utilización de agentes físicos con finalidad terapéutica, tales como infrarrojo, ultravioleta, magnetoterapia, ultrasonido, onda corta, ondas de choque, presoterapia, electroanalgesia, electroestimulación, nebulizadores, humidificadores, aspiraciones, entre otros (Ley 10.392, 1986) .

La rehabilitación y el ejercicio terapéutico son de suma importancia, se considera que son tratamientos beneficios a la hora de disminuir el dolor y discapacidad a través del movimiento (Cruz Díaz et al., 2018)⁶⁹. Estas mismas mejoran la salud en general, riesgo

⁶⁷ Angie Flores Moran realizó su tesis “manual de prevención de lesiones musculoesqueléticas en el acondicionamiento físico, mediante kinesiología y técnicas posturales” para la obtención de la licenciatura en terapia física y rehabilitación en la universidad de Guayaquil, facultad de ciencias médicas en el año 2013.

⁶⁸ En la provincia de Buenos Aires desde 1986 con la creación del colegio de kinesiólogos por la Ley provincial 10392 de ejercicio profesional de la provincia de Buenos Aires, se establecen las normas para el ejercicio de la kinesiología.

⁶⁹ David Cruz Díaz, Carmen Velasco- González, Antonio Martínez- Amat y Fidel Hita- Contreras del departamento de ciencias de la salud facultad de ciencias de la salud de universidad de Jaén España, , junto a Marta Romeu de la Unidad de Farmacología del departamento de ciencias médicas básicas, facultad de medicina y ciencias de salud universitat Roviera I Virgili, Reus España; realizaron un artículo de investigación “La efectividad de la intervención de 12 semanas de pilates sobre la discapacidad, el

de enfermedades o progresiones de las mismas. Por este motivo es importante, que el paciente tenga interés y motivación a la hora de rehabilitarse para evitar así las posibles complicaciones mencionadas en párrafos anteriores, que se relacionan con la disminución de movimiento y actividades, que se hallan presente en los adultos mayores, ya que el miedo puede llegar hacer que se forme un ciclo de dolor y discapacidad y es difícil salir del mismo.

En estudio realizado por Morri, Venturini, Franchino, Ruisi, Culcasi, Ruggiero, Govoni y Benedetti, observaron que en la intervención quirúrgica de reemplazo total de cadera, se garantiza la restauración de la función articular completa y la desaparición de síntomas como el dolor, también en el mismo artículo de investigación observaron y analizaron que se hallan presentes factores que demuestran tener un rol importante a la hora de realizar intervenciones quirúrgica, en primer lugar se encuentra la edad, en segundo lugar el sexo, tercero el índice de masa corporal y por último y no menos importante, el nivel funcional preoperatorio. Con estos predictores es posible identificar cuáles son aquellos pacientes que podrían ser considerados de riesgo, la población con más riesgo de no obtener un rendimiento funcional óptimo son aquellos pacientes que obtengan edad elevada, estudios realizados mencionan que el sexo femenino presenta más predisposición y también aquellos pacientes que presenten el índice de masa corporal muy elevado (Morri et al., 2020)⁷⁰.

Un artículo publicado en la Revista Turca de Ciencias Médicas Bağlan Yentür, Karatay, Oskay, Tufan, Küçük, y Haznedaroğlu, hacen referencia que la presencia de inactividad asociado al miedo por realizar movimientos, provoca problemas musculo esqueléticos tanto agudos como crónicos como por ejemplo podría ser dolor lumbar, enfermedades reumáticas, también hicieron referencia a que la kinesiofobia puede provocar problemas fisiológicos tales como reducción de capacidad aeróbica, alteraciones cardiovasculares, respiratorias, la fuerza y disminución de movilidad (Bağlan Yentür et al., 2019).⁷¹

dolor y la kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar crónico: un ensayo controlado aleatorizado”. Los autores llegaron a la conclusión que la intervención de pilates en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica, es eficaz en el tratamiento de la discapacidad, dolor y kinesiofobia. Las mediciones que realizaron la hicieron en la semana 6 y 12. Observaron cambios en discapacidad y kinesiofobia a la semana 6 de establecer este tipo de tratamiento sin diferencias significativas después de las 12 semanas.

⁷⁰ Morri, Venturini, Franchino, Ruisi, Culcasi, Ruggiero, Govoni y Benedetti presentaron un artículo de investigación “¿Es la kinesiofobia un predictor del desempeño funcional temprano después del reemplazo total de cadera? Un estudio de cohorte de pronostico prospectivo” este estudio fue apoyado por el centro de investigación en enfermería y el departamento de medicina física y rehabilitación del instituto ortopédico Rizzoli, Italia en el año 2020. Llegaron a la conclusión que en el periodo preoperatorio los niveles de kinesiofobia eran altos, mientras que en el periodo postoperatorio no tenían kinesiofobia, y que existían 3 variables que repercutía en la población para no tener un rendimiento funcional óptimo, tales como, la edad, sexo femenino y el índice de masa corporal.

⁷¹ Bağlan Yentür, Oskay y Haznedaroğlu del Departamento de fisioterapia y rehabilitación de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Gazı Ankara de Turquía. Karatay encargado del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación A Life Park Hospital, Ankara Turquía; Tufan encargado de la

En los adultos mayores las enfermedades crónicas no solo alteran la parte física sino también repercuten en la limitación de actividades de la vida diaria y en muchos casos necesitan no solo la ayuda de una tercera persona sino también dispositivos de ayuda, está demostrado que factores biosociales en enfermedades crónicas aparecen en forma de kinesiofobia, que fomenta a la pérdida de condición física y percepción del dolor. La catastrofización del dolor es una conducta mental que el paciente exagera la experiencia dolorosa real o anticipándose. Esto puede provocar dolor o la disminución de rendimiento físico, es un predictor del rendimiento y discapacidad (González Chávez., 2018)⁷².

En pacientes que fueron sometidos a una artroplastia total de rodilla se demostró en un estudio que al realizar un programa de ejercicios funcionales en el hogar se puede controlar la kinesiofobia, disminuyendo la discapacidad y creencias sobre el miedo y dolor. También sostuvieron que se debe sugerir un tratamiento que se base en lo biopsicosocial que aborden miedos, creencias y preocupación para una óptima recuperación completa, esto se lleva a cabo agregando control de la kinesiofobia e incentivando a los pacientes en las sesiones del día a día, asumiendo así la responsabilidad de sus errores, para reducir pensamientos negativos y de percepción de dolor y discapacidad (Monticone et al., 2013)⁷³.

Herrerías Huamán y Bravo Cucci en su artículo llegaron a la conclusión que el 79,9% de los adultos mayores femeninos presentaban mayor grado de kinesiofobia asociado a las actividades domésticas que realizan comparando al sexo masculino, también demostraron que el 86,5% que obtenían mayor niveles de kinesiofobia correspondía a los adultos cuyas edades abarcaban entre 76 y 80 años. Y el 79,2% correspondía a los

división de Reumatología Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Gazí; Küçük del hospital Regional de Educación de Erzurum, Turquía. En conjunto realizaron un artículo de investigación “kinesiofobia y factores relacionados en pacientes con lupus eritematoso sistémico” Publicado en la revista Turca de Ciencias Médicas en Turquía en el año 2019. El objetivo de estudio fue investigar la relación entre kinesiofobia y actividad física, depresión, la actividad de la enfermedad, fatiga, dolor y calidad de vida en pacientes con LES.

⁷² Ángel Daniel González Chávez realizó su tesis “nivel de kinesiofobia en adultos mayores del hospital geriátrico PNP San José, durante el 2018” para obtener el título de Licenciado en tecnología médica en terapia física y rehabilitación, en la universidad privada Norbert Wiener facultad de ciencias de la salud escuela académico profesional de tecnología médica, Lima, Perú. Sus objetivos fueron identificar la distribución por sexo de los adultos mayores en hospital geriátrico e identificar la distribución por edad de los adultos mayores en el hospital geriátrico.

⁷³ Monticone, Ferrante, Rocca, Salvaderi, Fiorentini, Restelli y Foti realizaron un estudio de investigación “ejercicios funcionales domiciliarios destinados a controlar la kinesiofobia contribuyen a mejorar la discapacidad y calidad de vida de los pacientes que se someten a una artroplastia total de rodilla: un ensayo controlado aleatorizado” que publicaron en revista de archivos de medicina física y rehabilitación en el año 2013. Llegaron a la conclusión que el programa domiciliario de ejercicios funcionales y manejo kinésico es útil para evitar discapacidad, miedo, dolor y mejorar la calidad de vida en pacientes con artroplastia total de rodilla.

adultos con dolor lumbar crónico que realizaban actividad física, ya que aumentaba la exposición a sufrir lesiones (Herreras Huamán et al 2019)⁷⁴.

Con respecto a lo mencionado anteriormente, Harriet Bränström y Martin Fahlström en su estudio tuvieron como objetivo indagar acerca de las diferencias que había entre el sexo femenino y el sexo masculino en relación al grado de kinesiofobia, esto lo llevaron a cabo a través de la escala de Tampa⁷⁵. Los resultados que obtuvieron fue que halló presente la kinesiofobia en el 56% de los pacientes en general, de los cuales en mayor medida eran más hombres que mujeres. No encontraron relación alguna entre la kinesiofobia, la edad, la duración del dolor o la esperable depresión. En el estudio se vio reflejado que el sexo masculino tendía a tener mayores niveles de kinesiofobia, pero sin embargo las mujeres que presentaban altos niveles de kinesiofobia tendían a ser más joven y tenían dolor más severo que el grupo de mujeres que tenían bajos niveles de kinesiofobia. Las mujeres con altos niveles de kinesiofobia obtuvieron una imagen negativa sobre su dolor, mientras que en los hombres esta imagen no se vio reflejada. El sexo femenino que obtuvo niveles altos de kinesiofobia, fueron mujeres jóvenes que presentaban dolor, cansancio, estrés relacionado a las mujeres que presentaron niveles bajos de kinesiofobia. Mientras que en el sexo masculino estas diferencias no se hallaron presentes. Los hombres eran mayores y presentaron mayor puntuación en la escala de Tampa en relación con las mujeres. Por lo tanto en el estudio, los autores llegaron a la conclusión que no había relación entre kinesiofobia y edad, duración de dolor o ansiedad (Bränström et al., 2008)⁷⁶.

⁷⁴ Vicente Herreras Huamán Lic. en Terapia física y rehabilitación universidad nacional Federico Villareal Lima, Perú; y Sergio Bravo Cucci Lic. en terapia física y rehabilitación, magister en rehabilitación en salud Escuela académica Profesional de Tecnología Médica universidad Continental Huancayo Perú. publicaron un artículo de investigación “Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiofobia en el adulto mayor con dolor lumbar inespecífico, Cañete, Lima Perú 2019”.

⁷⁵ Tampa Scale of Kinesiophobia en su adaptación española consiste en 11 ítems con un valor máximo de 44 puntos, cada uno de los ítems de la escala tiene 4 opciones de respuesta donde 1 hace referencia “totalmente en desacuerdo” y 4 hace referencia “totalmente de acuerdo”. La puntuación total se calcula y puede ir de 11 a 44 puntos, los datos obtenidos por la escala pueden ser de 7-11 puntos sin miedo 18-24 puntos miedo leve, 25-31 puntos miedo moderado, 32-38 puntos miedo severo y finalmente 39-44 puntos miedo máximo, una puntuación alta indica gran miedo al movimiento o re-lesión.

⁷⁶ Harriet Bränström y Martin Fahlstrom del Departamento de Medicina Comunitaria y Rehabilitación, Medicina de Rehabilitación de la universidad de Umea, Suecia. Los mismos realizaron un estudio sobre la kinesiofobia en pacientes con dolor musculo esquelético crónico entre hombres y mujeres, donde los mismos quisieron demostrar cual era el sexo predisponente a tener mayor grado de kinesiofobia. En el estudio se vio reflejado que el sexo masculino tendía a tener mayores niveles de kinesiofobia, pero sin embargo las mujeres que presentaban altos niveles de kinesiofobia, sin embargo el grupo de mujeres con alto nivel de kinesiofobia tendía a ser más joven y tenían dolor más severo que el grupo de mujeres que tenían bajos niveles de kinesiofobia. Las mujeres con altos niveles de kinesiofobia obtuvieron una imagen negativa sobre su dolor, mientras que en los hombres esta imagen no se vio reflejada.

DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación es de tipo descriptiva ya que representa las características y aspectos relacionados con la Kinesiofobia y adultos mayores postquirúrgicos de reemplazo total de cadera. Este estudio consiste en una investigación no experimental, debido a que no se manipulan las variables, solo se observa. Según la temporalidad estudiada es de tipo transversal ya que se evalúa a un grupo de personas de diferentes edades en una sola instancia. La población está compuesta por adultos mayores posquirúrgicos de cadera de 60 a 90 años con reemplazo total de cadera. La muestra es de 15 pacientes que hayan pasado por un post operatorio de reemplazo total de cadera seleccionados en forma no probabilística por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Posquirúrgicos con reemplazo total de cadera.
- Adultos mayores entre 60 a 90 años.
- Sexo femenino o masculino
- Pacientes que hayan experimentado la fase de deambulación.

Criterios de exclusión:

- Menores de 60 años y mayores a 90 años.
- Que no tengan reemplazo total de cadera.
- Que no sean de la ciudad de Mar del Plata

Variables sujetas a estudio

- Edad
- Sexo
- Fecha de intervención quirúrgica
- Tipo de intervención quirúrgica
- Antecedentes patológicos
- Tendencia a la Kinesiofobia
- Atención kinesiológica
- Tipo de cuidados postquirúrgicos
- Tipo de ejercicios postquirúrgicos

Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Definición operacional: Tiempo que ha vivido desde su nacimiento los adultos mayores con operación total de cadera. El dato se obtiene por una encuesta on line .

Sexo

Definición conceptual: Características fisiológicas y sexuales que permiten agrupar mujeres y hombres.

Definición operacional: Características fisiológicas y sexuales que permiten agrupar en a las mujeres y hombres adultos mayores con operación total de cadera. El dato se obtiene por una encuesta on line y se considera Femenino./Masculino.

Fecha de intervención quirúrgica

Definición conceptual: Indicación del tiempo y lugar en que se hace u ocurre una cosa, especialmente que figura en una carta o en un documento señalando el día, mes y el año, de una operación instrumental total o parcial.

Definición operacional: Indicación del tiempo y lugar en que se hace u ocurre una cosa, especialmente que figura en una carta o en un documento señalando el día, mes y el año, de una operación instrumental total o parcial en adultos mayores postquirúrgicos de reemplazo total de cadera. El dato se obtiene por una encuesta on line .

Intervención quirúrgica

Definición conceptual: Operación instrumental, total o parcial, de las lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines de diagnósticos, de tratamiento o rehabilitación de secuelas.

Definición operacional: Operación instrumental, total o parcial, de las lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines de diagnósticos de tratamiento o rehabilitación de secuelas en adultos mayores con reemplazo total de cadera. El dato se obtiene por una encuesta on line .

Antecedentes patológicos

Definición conceptual: Enfermedades que han aparecido en la persona desde la infancia hasta la actualidad.

Definición operacional: Enfermedades que han aparecido en la persona desde la infancia hasta la actualidad, en los adultos mayores con reemplazo total de cadera. El dato se obtiene por una encuesta on line .

Tendencia a la Kinesiofobia

Definición conceptual: Miedo irracional, debilitante y devastador al movimiento y actividad derivada de las creencias de fragilidad y susceptibilidad a la lesión.

Definición operacional: Miedo irracional, debilitante y devastador al movimiento y actividad derivada de las creencias de fragilidad y susceptibilidad a la lesión, en adultos mayores con reemplazo total de cadera. El dato se obtiene por una encuesta on line.

Atención kinesiológica

Definición conceptual: Presencia o ausencia de atención de rehabilitar los patrones motores en personas con trastornos en el movimiento.

Definición operacional: Presencia o ausencia de atención de rehabilitar los patrones motores en personas con trastornos en el movimiento en adultos mayores con reemplazo total de cadera. El dato se obtiene por una encuesta on line.

Tipo de Protocolo de cuidados postquirúrgicos y ejercicios

Definición conceptual: Variedad en la confección de medidas preventivas y ejercicios para disminuir discapacidad funcional.

Definición operacional: Variedad en la confección de medidas preventivas y ejercicios para disminuir discapacidad funcional en pacientes adultos mayores postquirúrgicos total de cadera. El dato se obtiene por una encuesta on line.

Tipo de cuidados postquirúrgicos

Definición conceptual: Medidas preventivas que se llevaron a cabo luego de la intervención quirúrgica.

Definición operacional: Medidas preventivas que se llevaron a cabo luego de la intervención quirúrgica en adultos mayores postquirúrgicos con reemplazo total de cadera. Los datos fueron obtenidos mediante encuesta online. El dato se obtiene por una encuesta on line.

Tipo de ejercicios postquirúrgicos

Definición conceptual: Variedad en la elaboración de programa de ejercicios básicos para restaurar movilidad y flexibilidad de los tejidos involucrados.

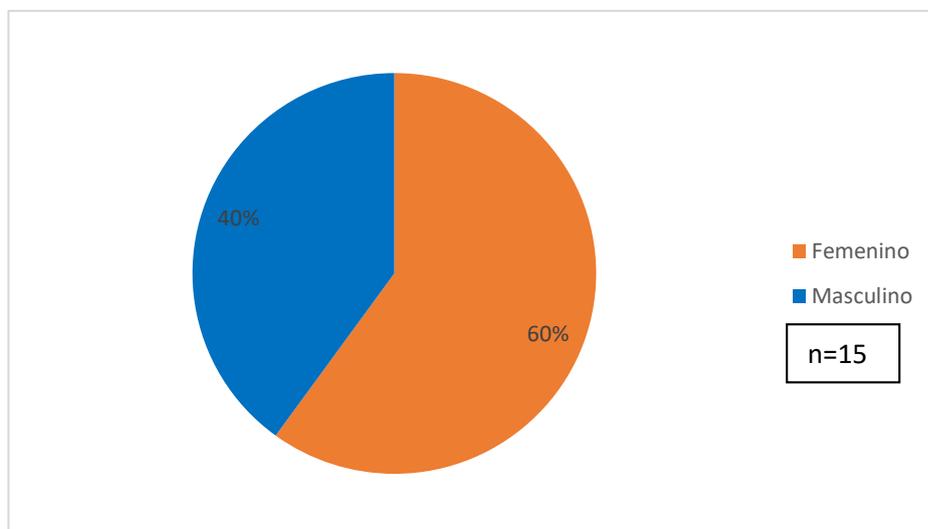
Definición operacional: Variedad en la elaboración de programa de ejercicios básicos para restaurar movilidad y flexibilidad de los tejidos involucrados en los adultos mayores postquirúrgicos con reemplazo total de cadera. El dato se obtiene por una encuesta on line.



ANÁLISIS DE DATOS

La finalidad de realizar el análisis de datos es ordenar la información para luego sintetizarla y organizarla con el fin de llegar a una conclusión. Para llevar a cabo esta investigación se realizó un trabajo de campo encuestando a 15 personas que se han realizado reemplazo total de cadera para evaluar el grado de kinesiofobia.

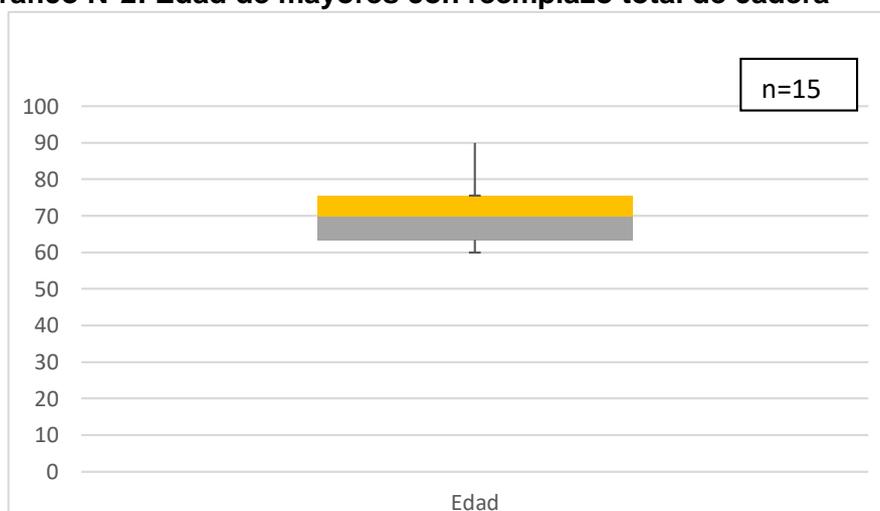
Grafico N°1: Sexo de los adultos mayores con reemplazo total de cadera de la muestra



Fuente: Elaboración propia

En el grafico N°1 se analiza el sexo de las personas que han sufrido dicha lesión y se observa que el sexo femenino se identifica con el 60% mientras que el sexo masculino representa un 40%.

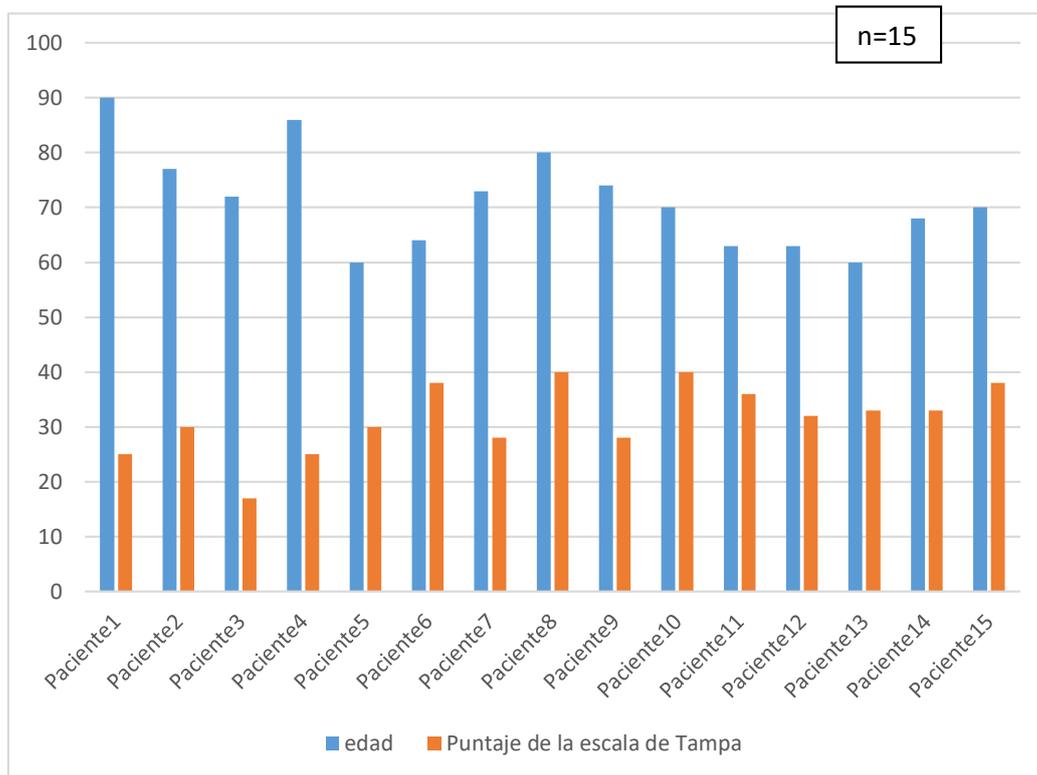
Grafico N°2: Edad de mayores con reemplazo total de cadera



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico número 2 se observa que de 15 pacientes encuestados, el promedio de edad es de 70 años, siendo la edad mínima es de 60 años y la edad máxima 90 años.

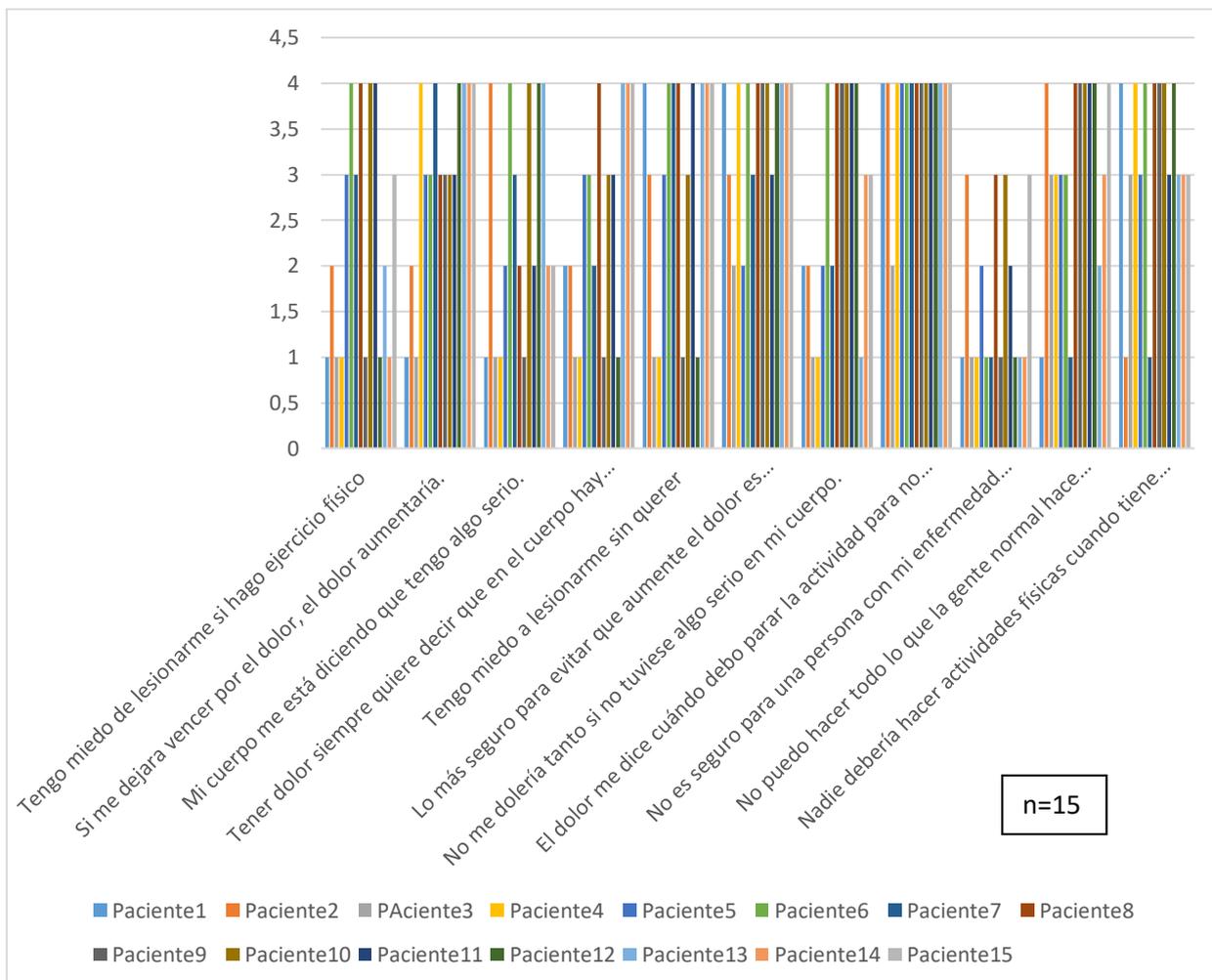
Gráfico N°3: Edad y presencia de kinesiophobia



Fuente: Elaboración propia.

Según la encuesta realizada a 15 adultos mayores, se puede constatar que la presencia de miedo de manera moderada la presentaron 6 adultos, miedo severo la presentaron 6 adultos y miedo máximo lo presentaron 2 adultos, es decir que en su mayoría los adultos presentaron miedo, a excepción de un 1 un adulto que no presento miedo alguno.

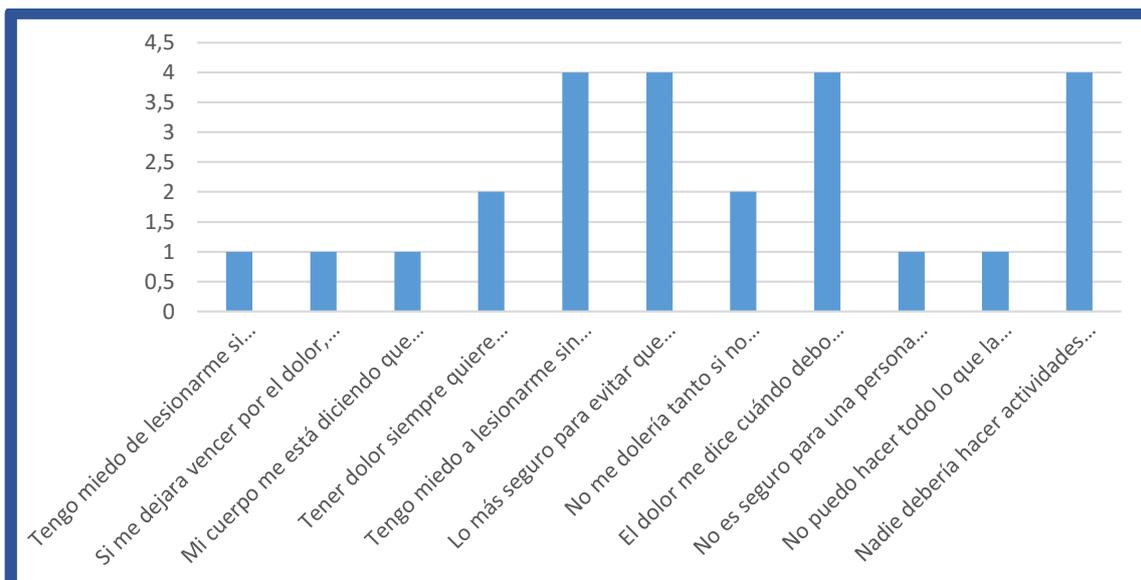
Gráfico N°4: Resultados obtenidos con la Escala de Tampa



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N°4 se encuentra plasmada la muestra total de esta investigación relacionada con la escala de Tampa. En el mismo se puede observar que la puntuación alta, siendo estos 4 puntos, en cada pregunta fue superior a la puntuación baja. En los ítems donde se vio más reflejado las puntuaciones altas fueron los siguientes: si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría. Tengo miedo a lesionarme sin querer. Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios. El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme. No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad. Nadie debería hacer actividades físicas si tiene dolor. El resto de los ítems tuvieron puntuación más baja en relación con las mencionadas, pero de igual manera, predominaban las personas que puntuaban alta es decir entre los valores 3 y 4, pocas fueron las personas que han puntuado 1 punto. A continuación se presentan los datos de cada paciente al aplicar la escala de Tampa

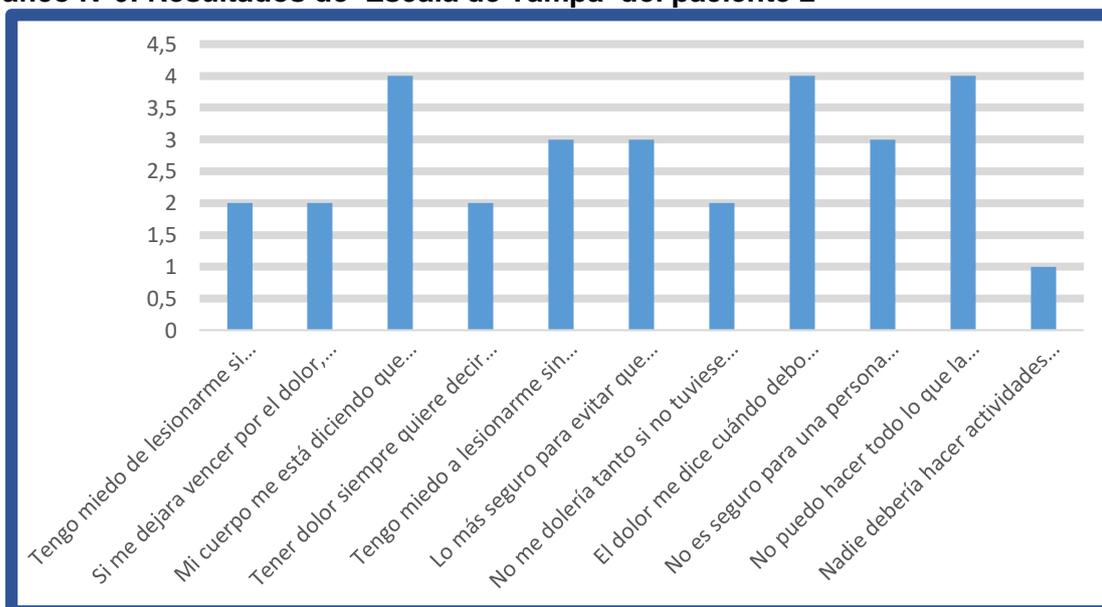
Gráfico N°5: Resultados de Escala de Tampa del paciente 1



Fuente: Elaboración propia.

El paciente 1 obtuvo 25 puntos en la escala de Tampa (miedo moderado), el mismo indica que tiene miedo a lesionarse sin querer, que lo más seguro para evitar lesiones es tener cuidado y evitar movimientos innecesarios, sostuvo que el tener dolor indica cuando se debe parar la actividad para no lesionarse y que nadie debería realizar actividad física con dolor.

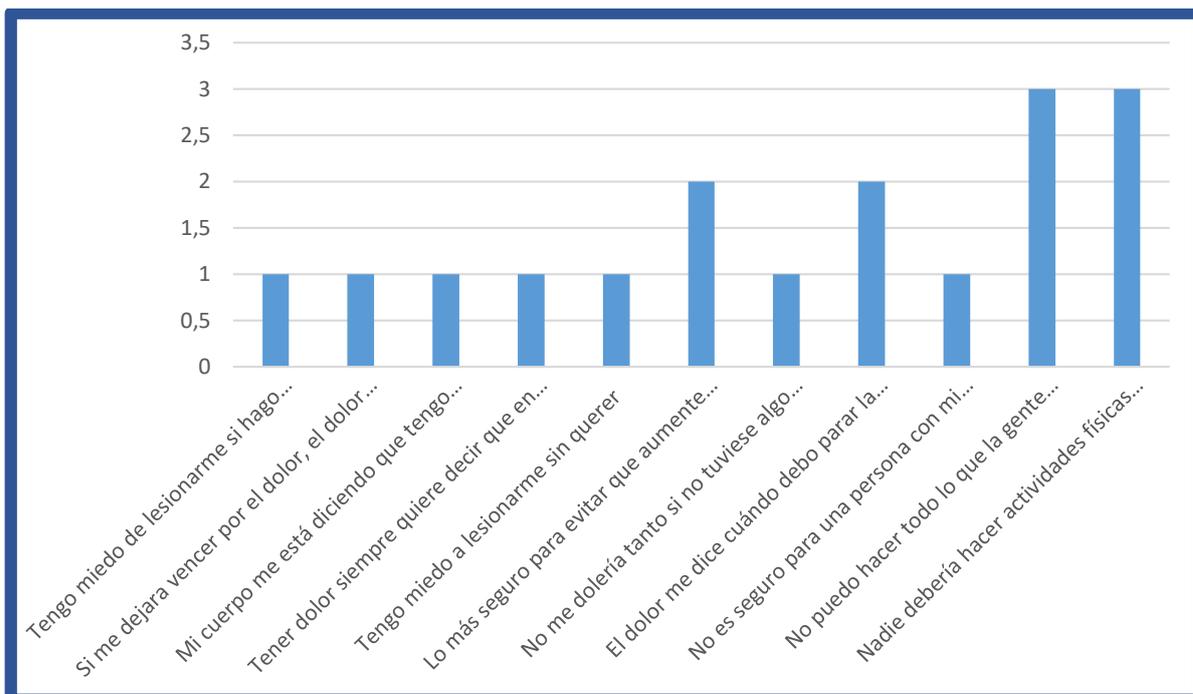
Grafico N°6: Resultados de Escala de Tampa del paciente 2



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 2 obtuvo 30 puntos en la escala de Tampa (miedo moderado) el mismo manifestó que su cuerpo le está diciendo que tiene algo serio, sostuvo que el dolor le indica cuando debe parar la actividad física y que no puede realizar todo lo que la gente normal hace porque podría lesionarse.

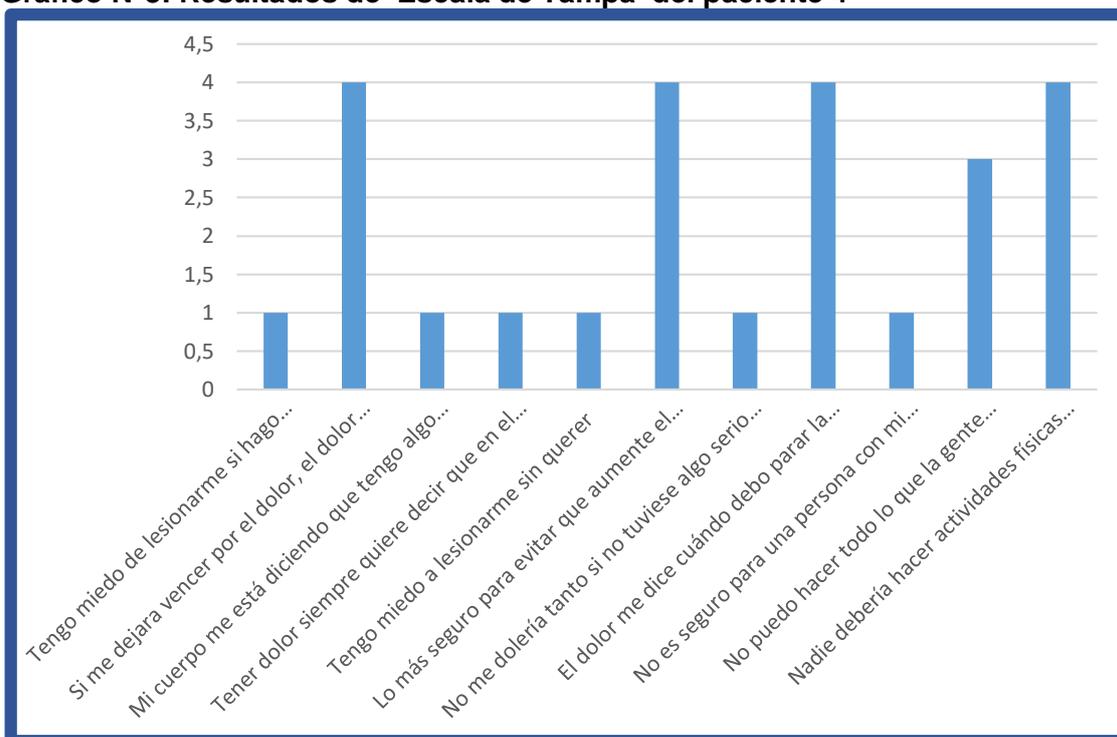
Grafico N°7: Resultados de Escala de Tampa del paciente 3



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 3 obtuvo 17 puntos en la escala de Tampa (sin miedo), indica que no puede hacer todo lo que la gente normal hace porque podría lesionarse y también afirma que nadie debería hacer actividad física con dolor.

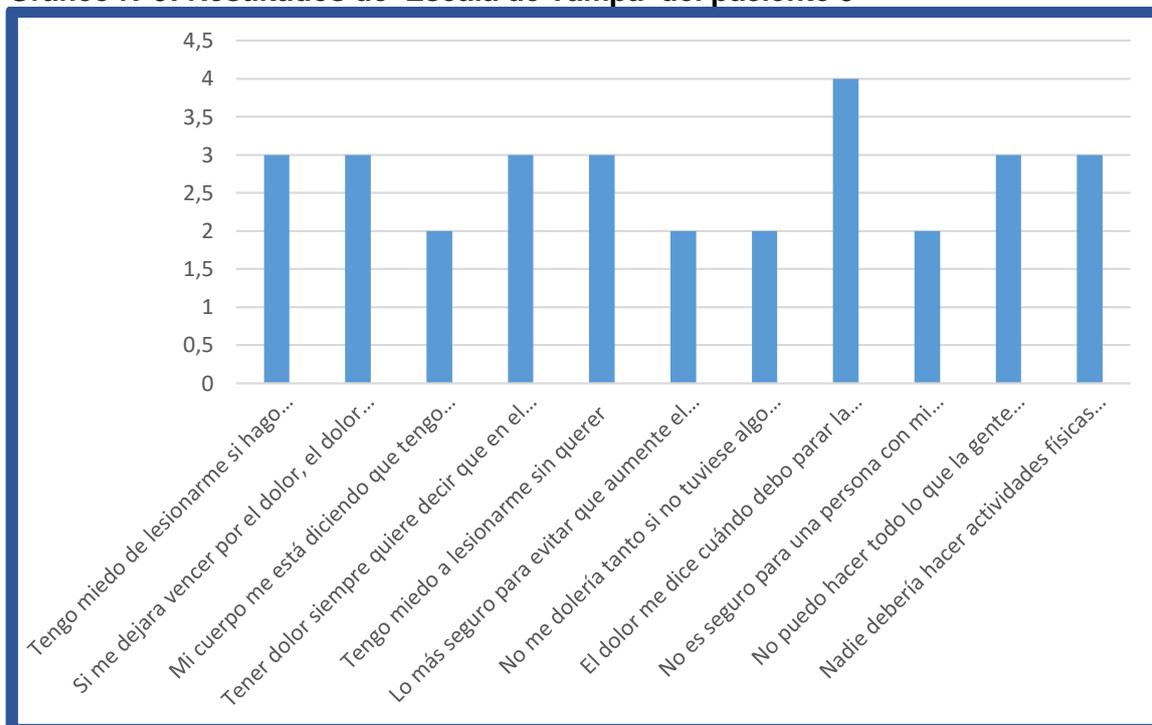
Gráfico N°8: Resultados de Escala de Tampa del paciente 4



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 4 obtuvo 25 puntos en la escala de Tampa (miedo moderado). El mismo manifiesta que si se dejara vencer por el dolor el mismo aumentaría, también afirmo que lo más seguro para evitar que aumente dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios, sostiene que el dolor le dice cuando tiene que parar la actividad física para no lesionarse, no puede hacer todo lo que la gente normal hace porque podría lesionarse y nadie debería hacer actividad física con dolor.

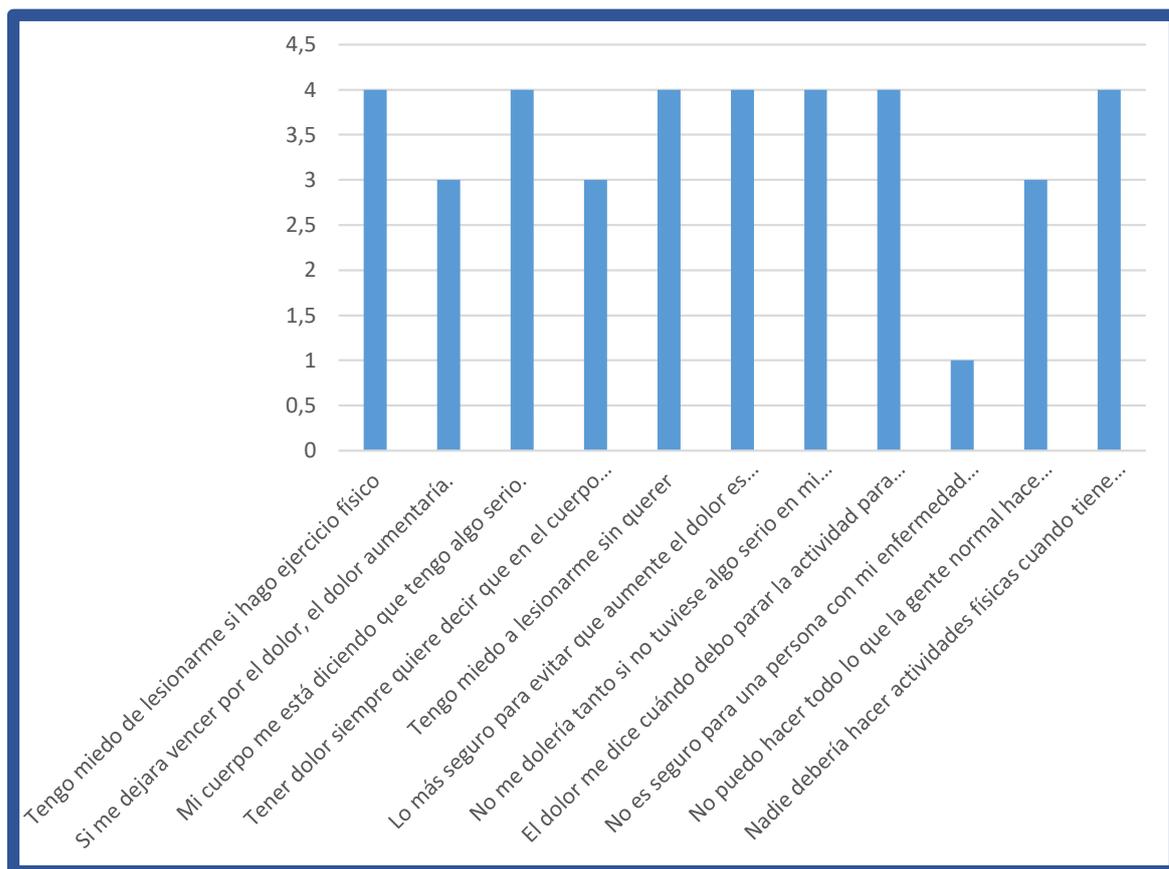
Grafico N°9: Resultados de Escala de Tampa del paciente 5



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 5 obtuvo 30 puntos en la escala de Tampa (miedo moderado) en rasgos generales el paciente manifestó tener miedo en los 11 ítems, donde el más destacado fue sobre el dolor dice cuándo debe parar una actividad física.

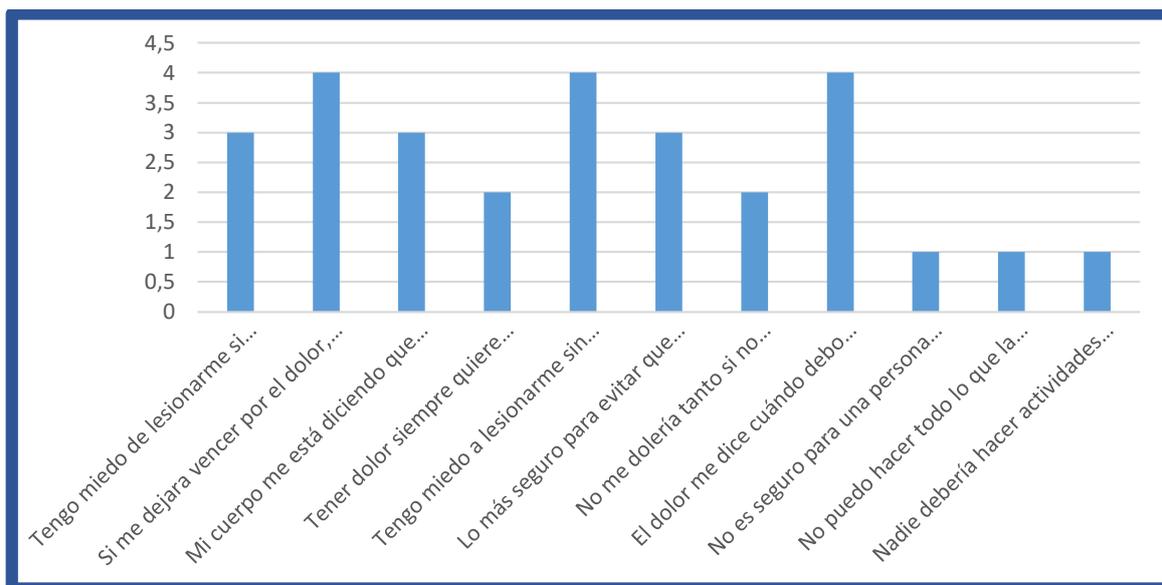
Grafico N°10: Resultados de Escala de Tampa del paciente 6



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 6 obtuvo 38 puntos en la escala de Tampa (miedo severo). El mismo manifestó tener miedo en casi todos los ítems, tiene miedo de lesionarse haciendo ejercicio físico, su cuerpo le indica que tiene algo serio, tiene miedo a lesionarse sin querer, lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios, no le dolería tanto si no fuera algo serio, el dolor le indica cuando parar en una actividad física y nadie debería hacer actividad física con dolor.

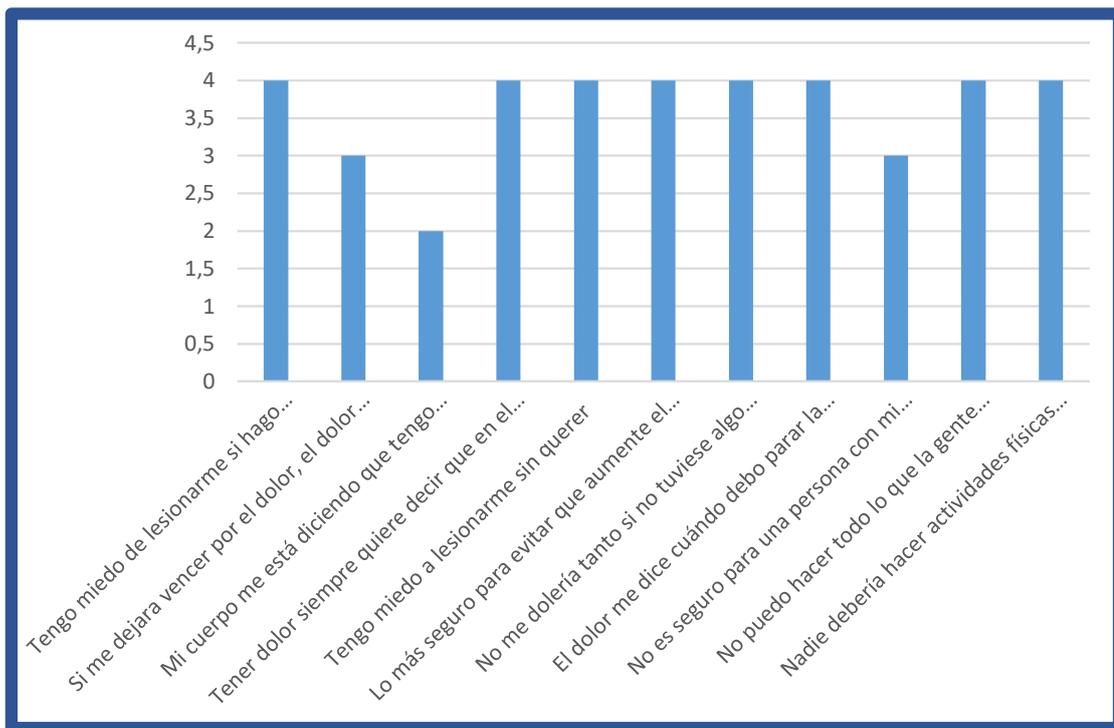
Grafico N°11: Resultados de Escala de Tampa del paciente 7



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 7 obtuvo en la escala de Tampa 28 puntos (miedo moderado) manifiesta tener miedo de lesionarse haciendo actividad física, sostiene que si se dejara vencer por el dolor el mismo aumentaría, que tiene miedo a lesionarse sin querer y que el dolor le dice cuándo debe parar la actividad física. También indica que tiene miedo de lesionarse sin querer, su cuerpo le dice que tiene algo serio, y lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y evitar movimientos innecesarios.

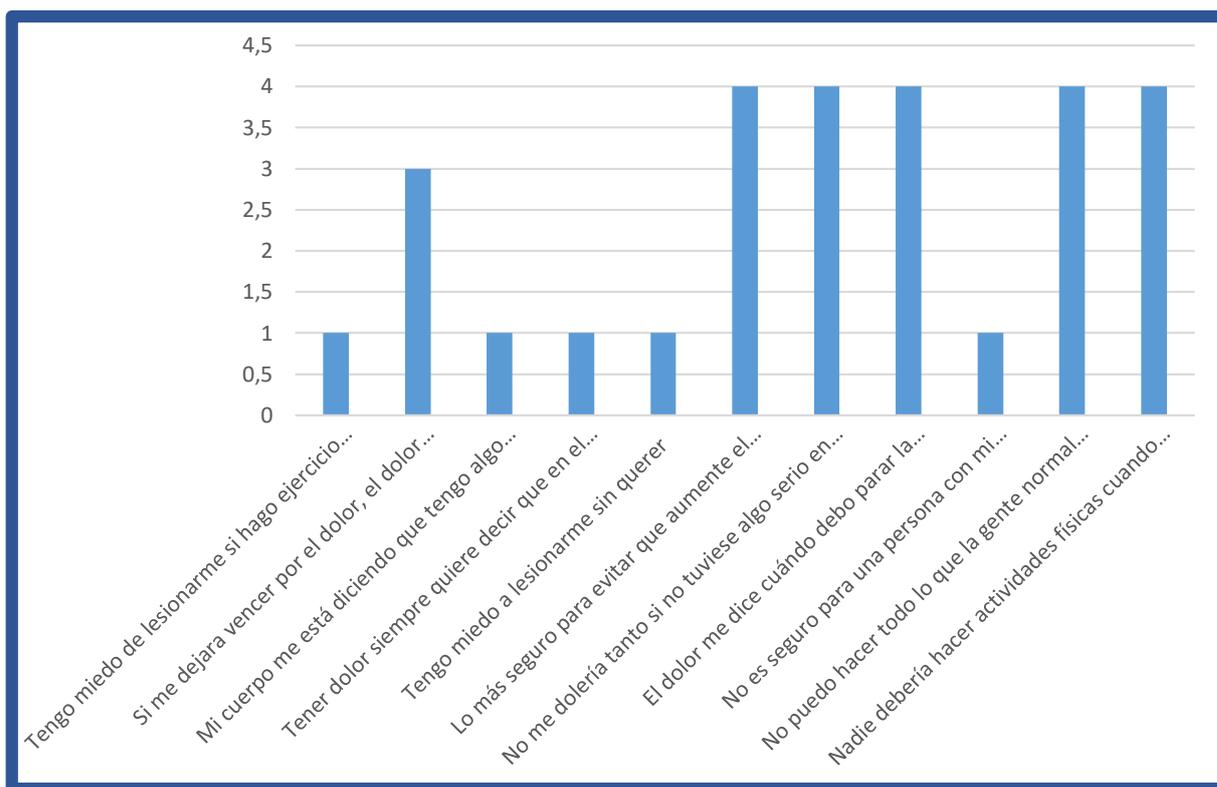
Grafico N°12: Resultados de Escala de Tampa del paciente 8



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 8 obtuvo en la escala de Tampa 40 puntos (miedo máximo). Manifiesta miedo máximo, miedo a lesionarse haciendo actividad física, indica que tener dolor significa en el cuerpo hay una lesión, tiene miedo a lesionarse sin querer, lo más seguro para evitar que dolor aumente es tener cuidado y evitar movimientos innecesarios, no le dolería tanto si no tuviera algo serio en el cuerpo, el dolor le indica cuando debe parar una actividad física para no lesionarse, manifiesta que no puede realizar lo que hace una persona normal porque podría lesionarse y que nadie debería hacer actividad física con dolor.

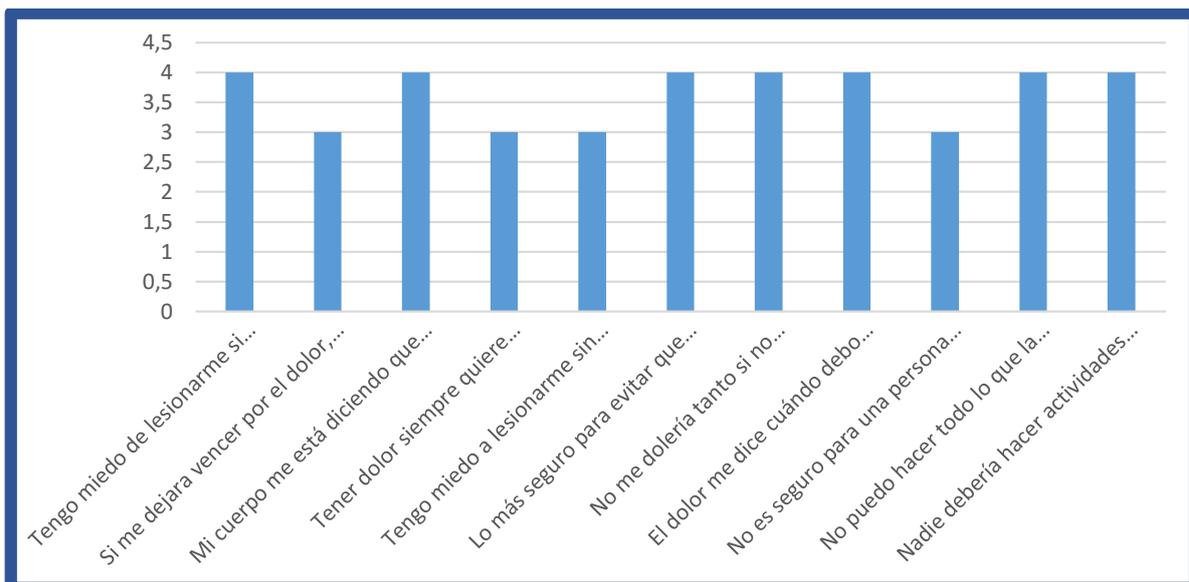
Grafico N°13: Resultados de Escala de Tampa del paciente 9



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 9 obtuvo 28 puntos en la escala de Tampa (miedo moderado) indicó que su miedo hace referencia a no le dolería tanto si no tuviera algo serio, el dolor le indica cuando parar una actividad física para no lesionarse, manifiesta que no puede realizar lo que una persona normal hace porque podría lesionarse, nadie debería hacer ejercicio con dolor y que lo más seguro para evitar que el dolor aumente es tener cuidado y evitar movimientos innecesarios.

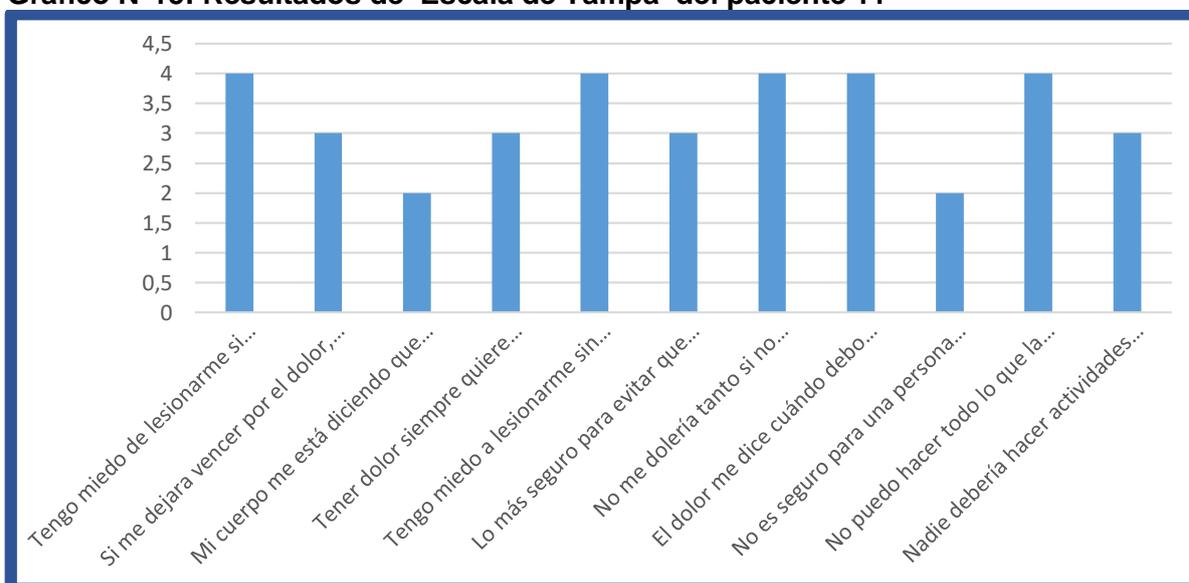
Gráfico N°14: Resultados de Escala de Tampa del paciente 10



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 10 obtuvo 40 en la escala de Tampa (miedo máximo) indico tenerle miedo a todos aspectos indicados en la encuesta.

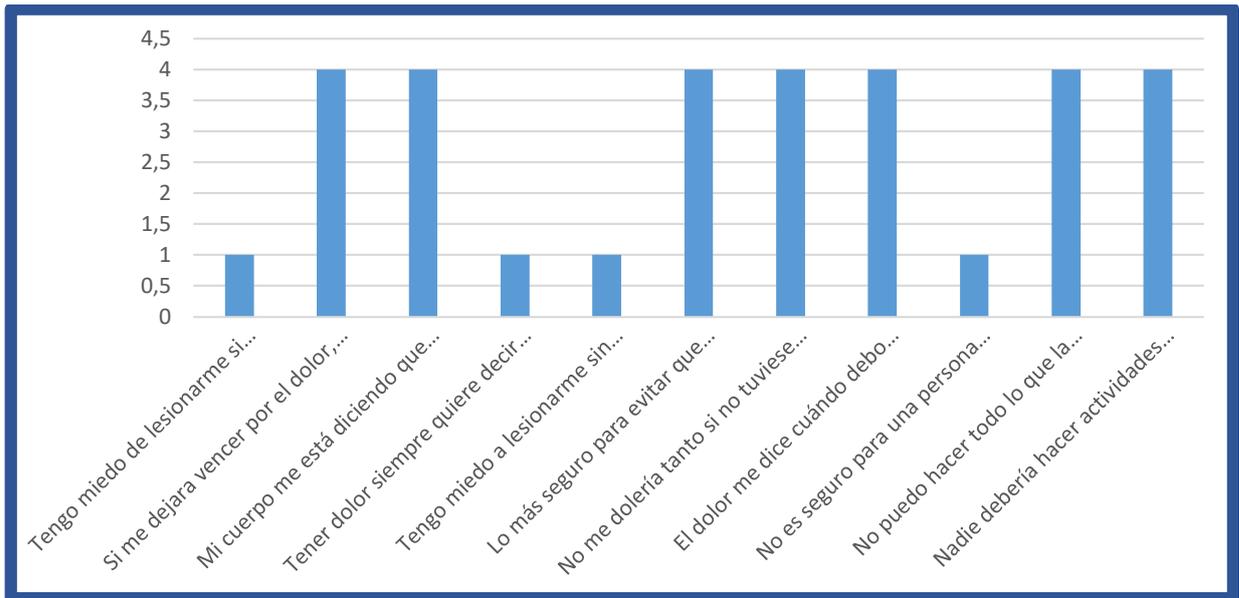
Grafico N°15: Resultados de Escala de Tampa del paciente 11



Fuente: Elaboración propia.

Paciente 11 obtuvo 36 puntos en la escala de Tampa (miedo severo). Manifestó tener miedo de lesionarse sin querer y al hacer ejercicio físico, indico que no le dolería tanto si no tuviera algo serio, que el dolor le indica cuando frenar la actividad física para no lesionarse y que no puede hacer lo que las personas normales realizan porque podría lesionarse con facilidad.

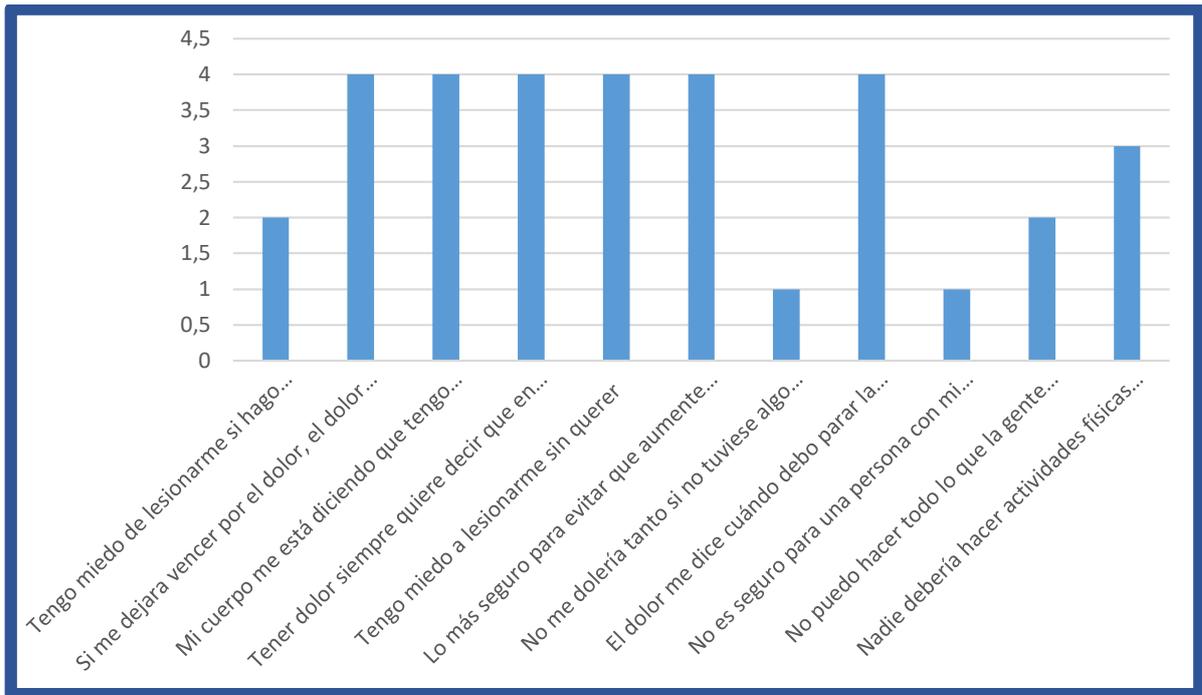
Grafico N°16: Resultados de Escala de Tampa del paciente 12



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 12 obtuvo 32 puntos en la escala de Tampa (miedo severo). El mismo indicó que tiene miedo y si se dejara vencer por el dolor el dolor aumentaría, su cuerpo le indica que tiene algo serio, sostiene que lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios, no le dolería tanto si no tuviera algo serio en su cuerpo, el dolor le dice cuándo debe parar la actividad para no lesionarse, no puede hacer todo lo que la gente normal hace porque podría lesionarse con facilidad y que nadie debería hacer actividad física cuando tiene lesión.

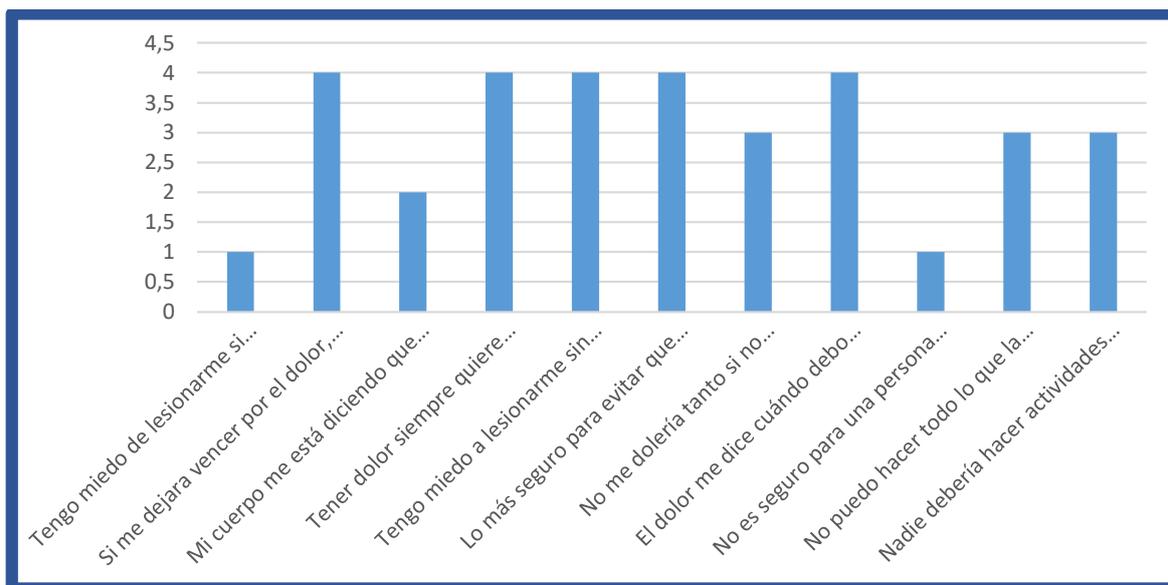
Gráfico N°17: Resultados de Escala de Tampa del paciente 13



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 13 obtuvo en la escala de Tampa 33 puntos (miedo severo), indica que nadie debería hacer actividad física cuando tiene lesión, si se dejara vencer por el dolor el dolor aumentaría, su cuerpo le indica que tiene algo serio, tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión, manifiesta miedo a lesionarme sin querer, sostiene que lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios, el dolor le dice cuándo debe parar la actividad para no lesionarme.

Gráfico N°18: Resultados de Escala de Tampa del paciente 14



Fuente: Elaboración propia.

El Paciente 14 obtuvo en la escala de Tampa 33 puntos (miedo severo), indico que no le dolería tanto si no tuviera algo serio en su cuerpo, no puede hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionarse con facilidad, nadie debería hacer actividad física cuando tiene lesión. Si se dejara vencer por el dolor el dolor aumentaría, tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión, manifiesta miedo a lesionarse sin querer, lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios, el dolor le dice cuándo debe parar la actividad para no lesionarme. A continuación que permite ver en detalle cada aspecto contemplado según criterio de la Escala por paciente

Tabla 1 : Criterios contemplados en la escala según paciente

Escala de Tampa												
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	PTS
P1	1	1	1	2	4	4	2	4	1	1	4	25
P2	2	2	4	2	3	3	2	4	3	4	1	30
P3	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	3	17
P4	1	4	1	1	1	4	1	4	1	3	4	25
P5	3	3	2	3	3	2	2	4	2	3	3	30
P6	4	3	4	3	4	4	4	4	1	3	4	38
P7	3	4	3	2	4	3	2	4	1	1	1	28
P8	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	40

P9	1	3	1	1	1	4	4	4	1	4	4	28
P10	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	40
P11	4	3	2	3	4	3	4	4	2	4	3	36
P12	1	4	4	1	1	4	4	4	1	4	4	32
P13	2	4	4	4	4	4	1	4	1	2	3	33
P14	1	4	2	4	4	4	3	4	1	3	3	33
P15	3	4	2	4	4	4	3	4	3	4	3	38

Fuente: Elaboración propia.

En los pacientes 8 y 10 donde la escala de Tampa da valores de 40, donde indica miedo máximo coinciden en todos los criterios de la escala menos en el C: *Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio*, en el D: *Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión* y en el E= *Tengo miedo a lesionarme sin querer*.

Referencias:

A= Tengo miedo a lesionarme si hago ejercicio físico.

B= Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.

C= Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.

D= Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.

E= Tengo miedo a lesionarme sin querer.

F= Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.

G= No me dolería tanto si no tuviera algo serio en mi cuerpo.

H= El dolor me dice cuando debo parar la actividad para no lesionarme

I= No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividad física.

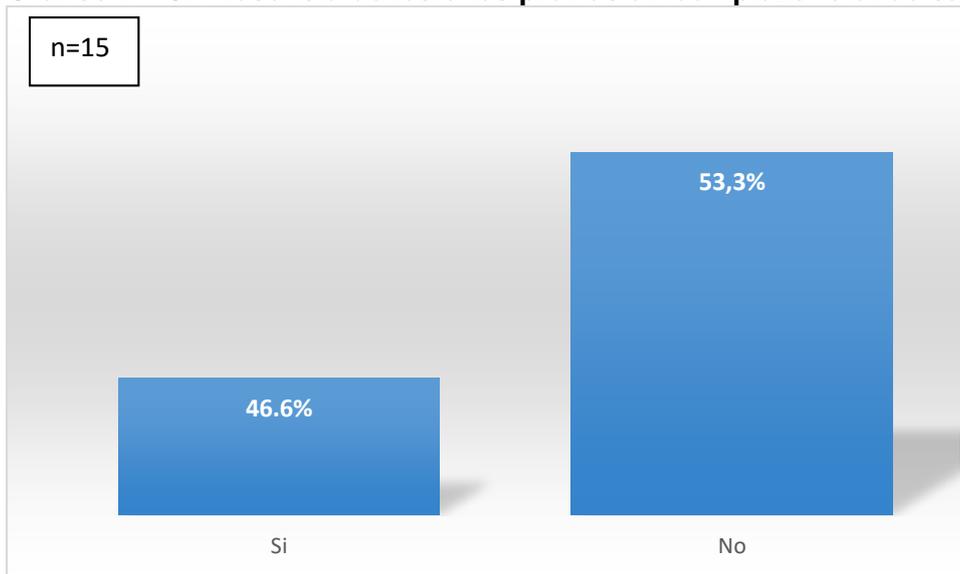
J= No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque podría lesionarme con facilidad.

K= Nadie debería hacer actividad física cuando tiene dolor.

PTS= Puntuación final en la escala de Tampa.

Sin miedo. Miedo moderado. Miedo severo Miedo máximo.

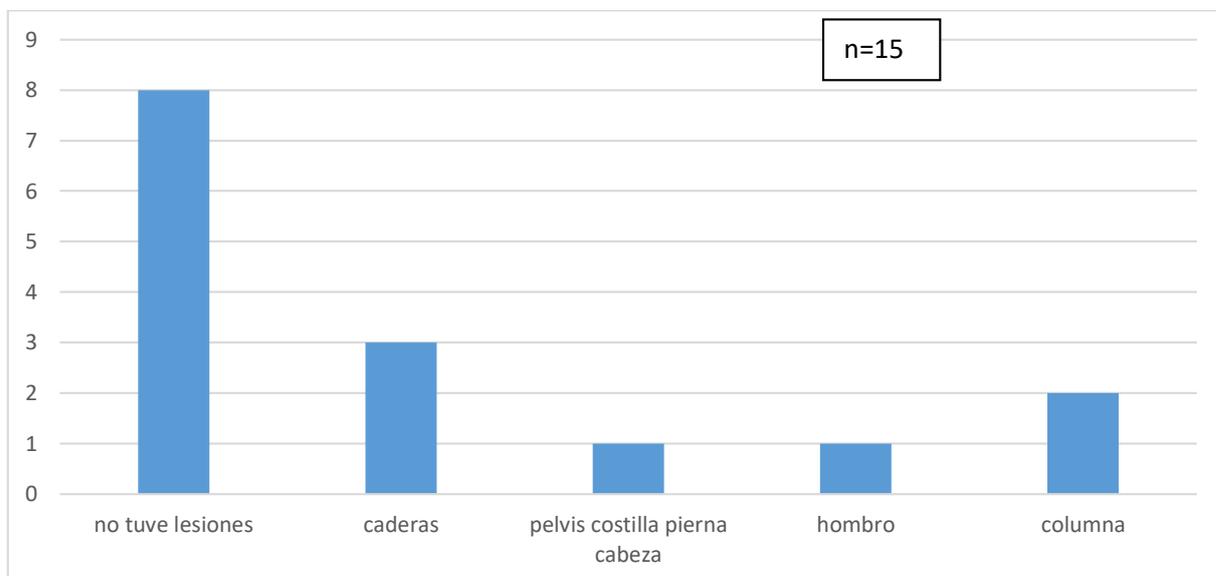
Gráfico N°19: Presencia de lesiones previas al reemplazo total de cadera



Fuente: Elaboración propia

En el grafico N°19 se ve reflejado una pequeña diferencia con mayoría de personas que no tuvieron lesiones. Del total encuestados el 53.3% respondió que no presentaron lesiones previas al reemplazo total de cadera, mientras que el 46,6% si presento lesiones.

Gráfico N°20: Presencia de lesiones previas según zona lesionada



Fuente: Elaboración propia

Como establece el gráfico N°20 se representa a los adultos que se lesionaron previamente al reemplazo total de cadera, 8 personas contestaron que no tuvieron lesiones, mientras que las 7 restantes afirmaron tenerlas, la cadera y columna fueron las destacadas.

Nube de palabras 2 : Patologías previas en adultos mayores con reemplazo total de cadera

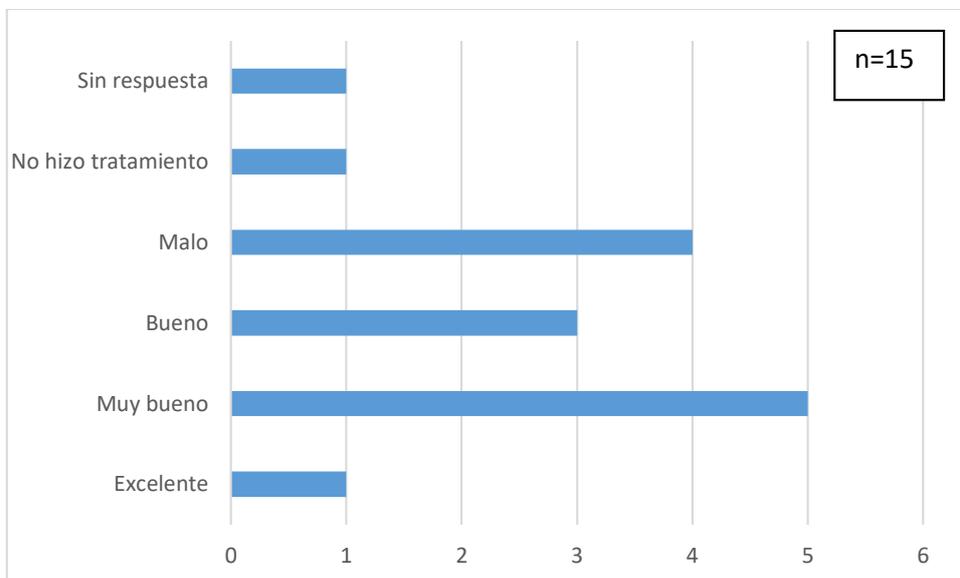


n:15

Fuente: Elaboración propia

Se indago acerca de patologías que presentaban los pacientes, en la nube de palabras se ve representada aquellas patologías que mencionaron los pacientes, siendo “artrosis”, “ACV” y “sin respuestas” las que más fueron mencionadas por los encuestados.

Gráfico N°21: Experiencia de los adultos mayores con el tratamiento de reemplazo total de cadera



Fuente: Elaboración propia

Los que tuvieron una experiencia positiva con el tratamiento fue mayor, en relación a aquellos que tuvieron una experiencia negativa o que no han realizado el tratamiento.

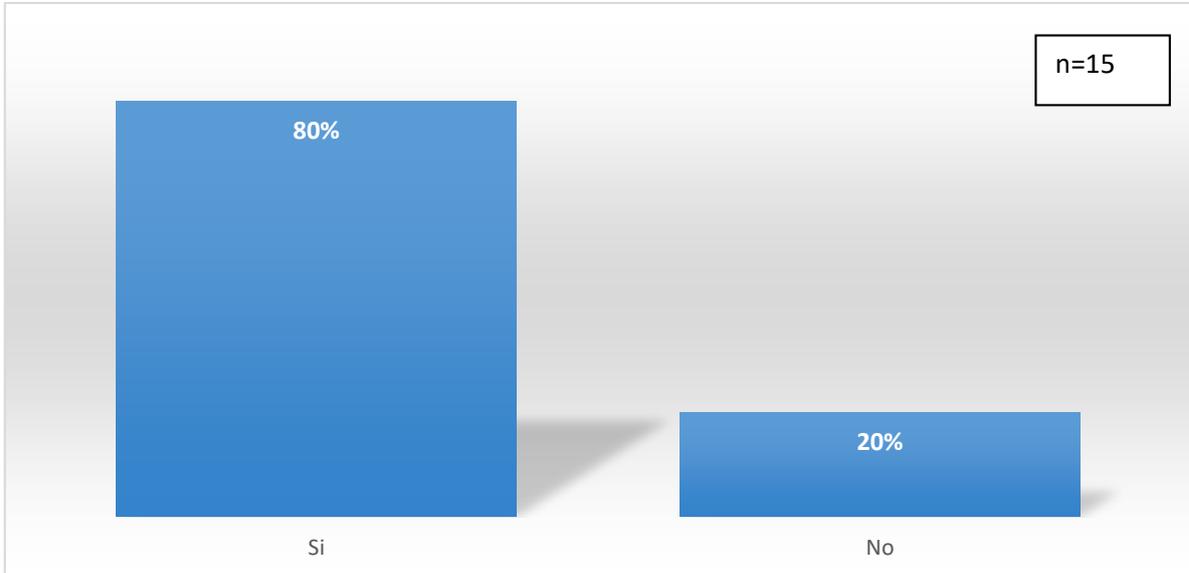
Nube de palabras 3: Medidas de prevención post reemplazo total de cadera:



Fuente: Elaboración propia

En la encuesta realizada se indago acerca de las medidas de prevención de nuevas lesiones que implementaron los adultos mayores, en su mayoría respondieron la actividad física y el bajar de peso.

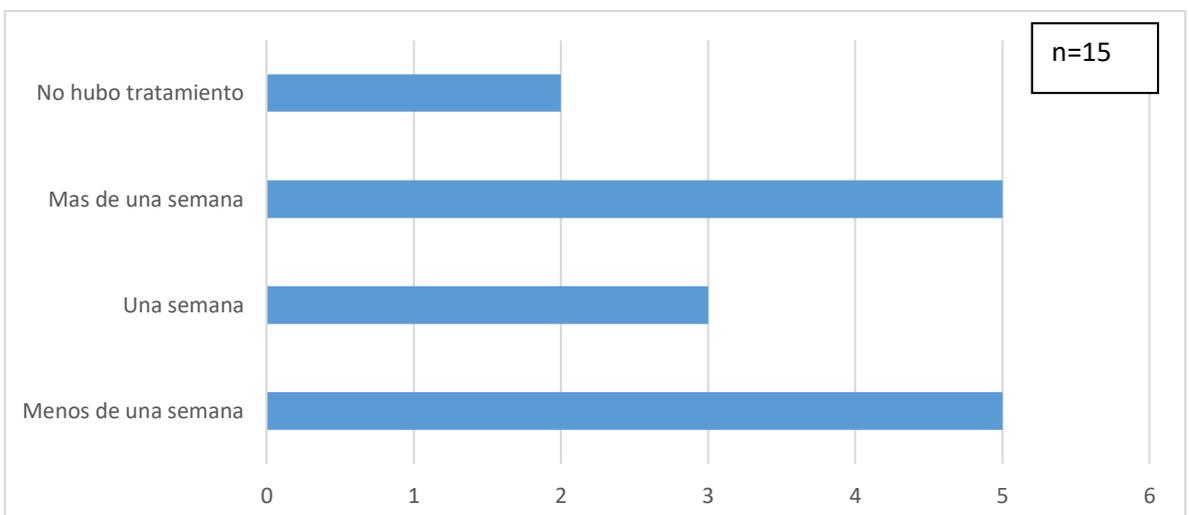
Grafico N°22: Importancia del rol de kinesiólogo en adultos mayores con reemplazo total de cadera:



Fuente: Elaboración propia.

De la cantidad total de los adultos mayores encuestados (15), en su mayoría, el 80% afirma que el rol del kinesiólogo en el reemplazo total de cadera es importante, mientras que el 20% sostiene que no es importante el rol del kinesiólogo en la rehabilitación.

Gráfico N°23: Tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica a la primera consulta de kinesioterapia en adultos mayores con reemplazo total de cadera

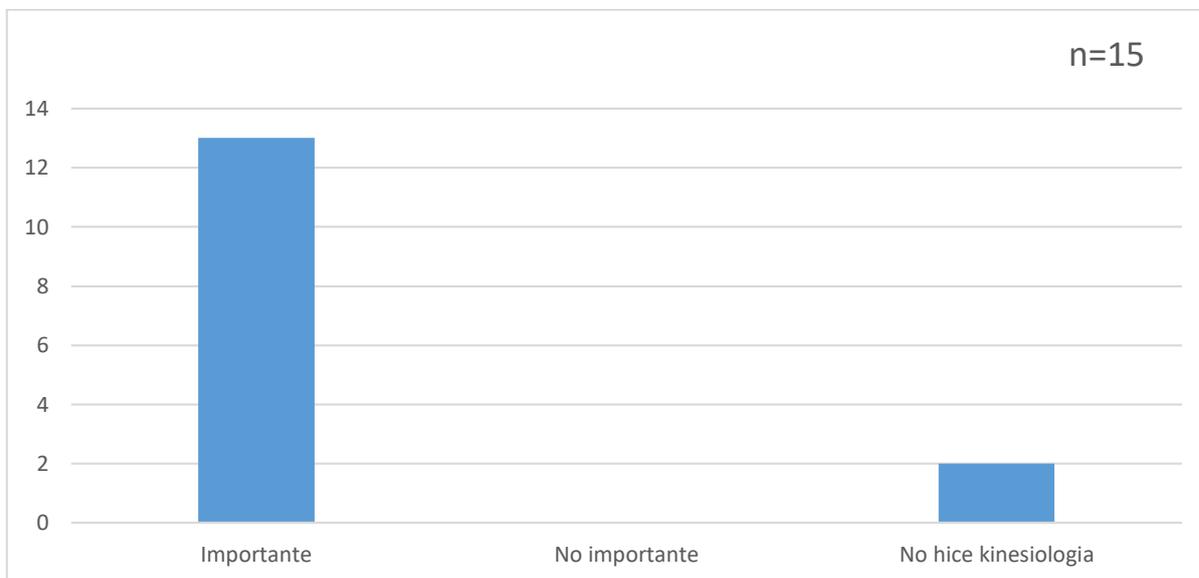


Fuente: Elaboración propia.

Al momento de analizar el tiempo transcurrido desde la intervención a la primera consulta de kinesioterapia, se pudo observar en el grafico 7 que 5 de los 15 adultos encuestados tuvieron su primera consulta a la semana, otros 5 encuestados prefirieron realizar kinesioterapia en menos de una semana de la intervención quirúrgica, 3 adultos comenzaron su sesión de

kinesiología a la semana y finalmente 2 adultos contestaron que no realizaron tratamiento luego de su intervención quirúrgica.

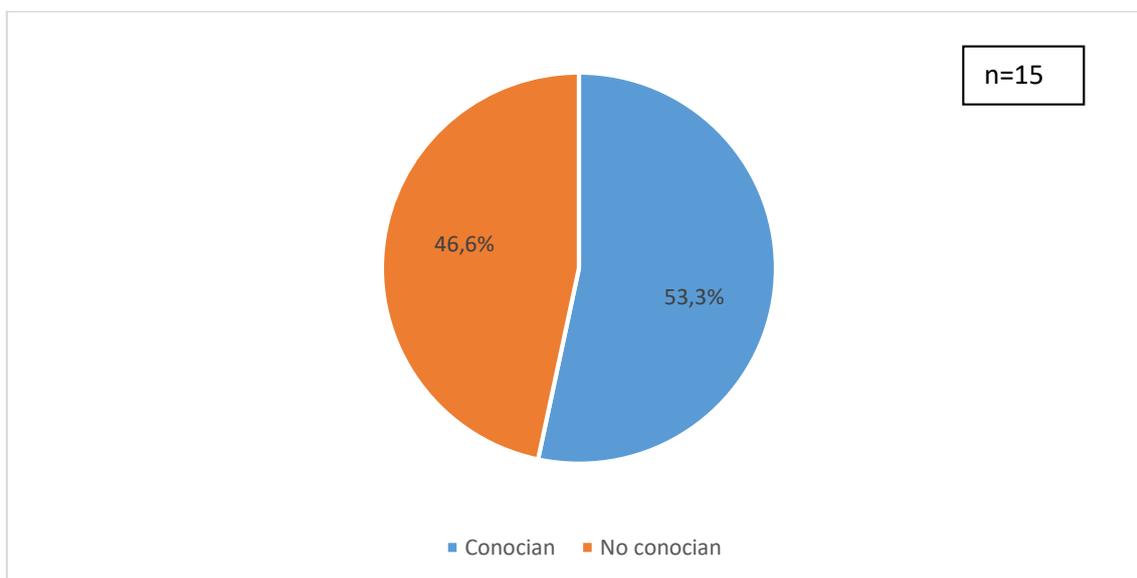
Gráfico N°24 Grado de importancia del kinesiólogo en la rehabilitación de adultos mayores con reemplazo total de cadera



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 24 se puede observar que tan importante fue el rol del kinesiólogo para la rehabilitación de reemplazo total de cadera, todos los que realizaron kinesiología (13) consideran importante el rol del kinesiólogo, mientras que los 2 restantes no realizaron rehabilitación.

Gráfico N°25 Conocimiento de las medidas de prevención posterior a la intervención quirúrgica

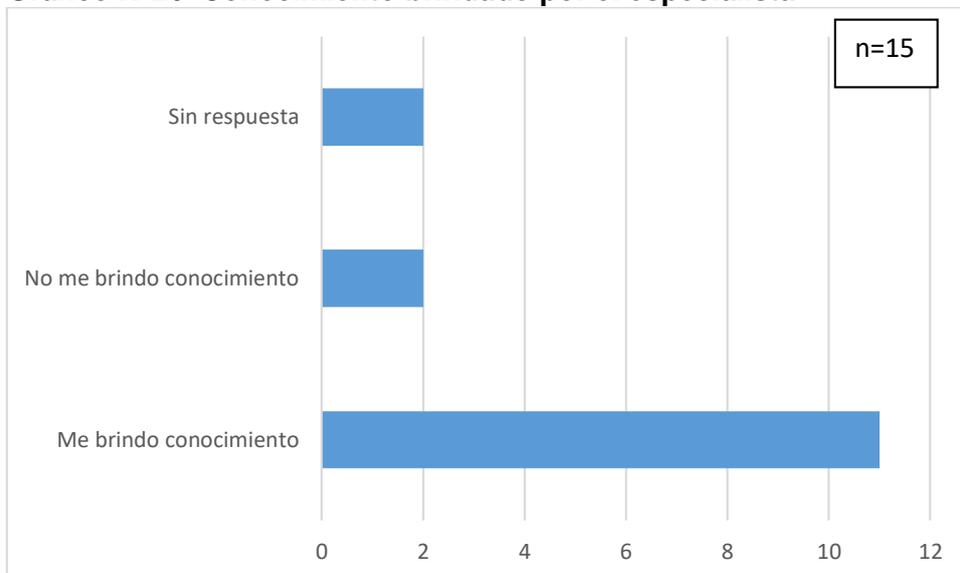


Fuente: Elaboración propia.

En la encuesta realizada se indago acerca de si conocían medidas post reemplazo total de cadera, por muy poca diferencia, la mayoría 53,3% contestó que conocía las medidas de

prevención post reemplazo total de cadera, mientras que el 46,6% indicó que no conocían medidas.

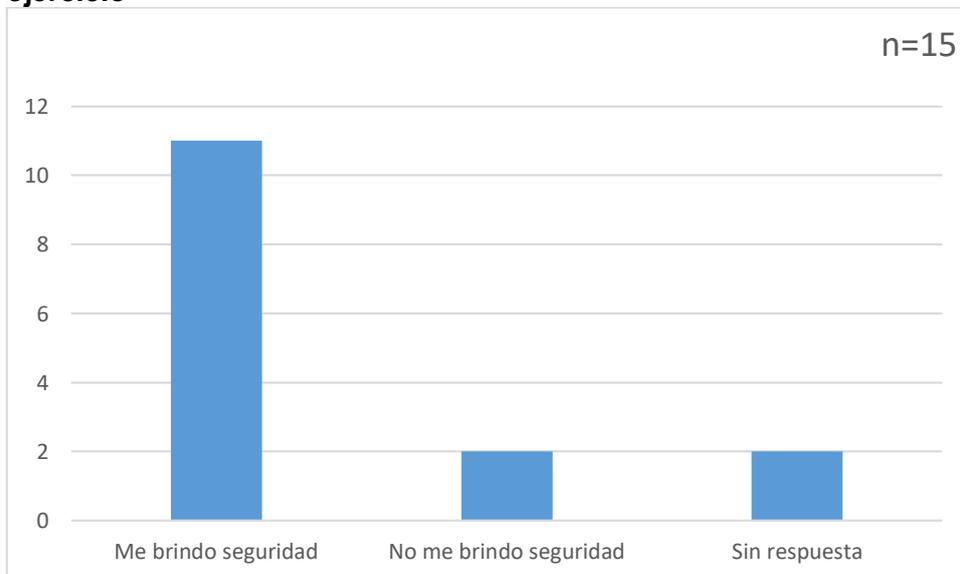
Gráfico N°26 Conocimiento brindado por el especialista



Fuente: Elaboración propia

Cuando se indaga sobre si el kinesiólogo brindó conocimiento de las medidas postoperatorias la mayoría contestó que le brindó conocimiento, solo 2 personas contestaron que no le brindó conocimiento alguno sobre las medidas de seguridad en el posoperatorio del reemplazo total de cadera, y 2 no respondieron la pregunta.

Gráfico N°27 Seguridad brindada por Kinesiólogo para superar miedo a realizar ejercicio

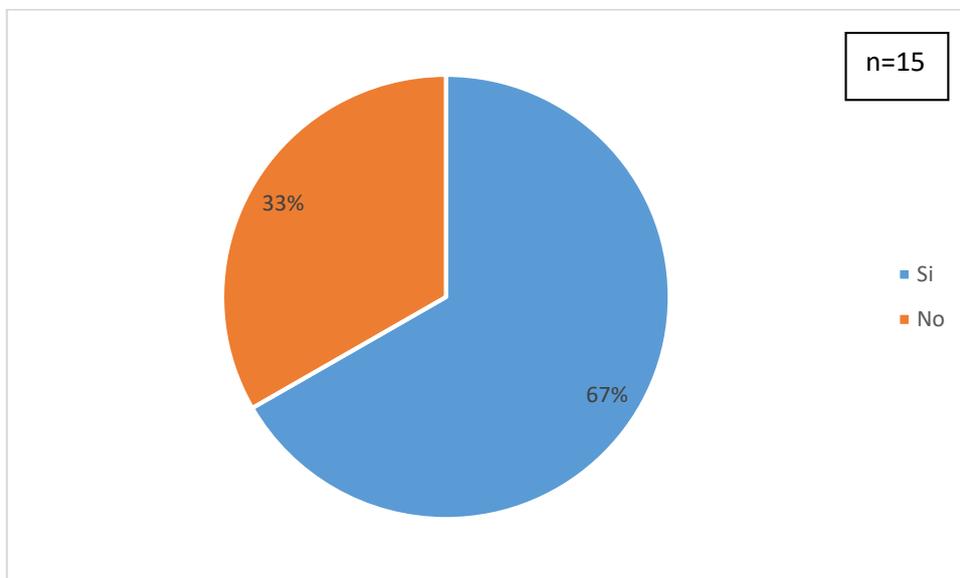


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 27 se ve representado la seguridad que les brindó el kinesiólogo a la hora de superar el miedo al realizar algún ejercicio, en la mayoría el kinesiólogo estuvo presente a la

hora de superar ese miedo. En dos personas el kinesiólogo no pudo brindarles seguridad a la hora de afrontar el miedo. Y dos personas no respondieron a la pregunta.

Gráfico N°28 Presencia del miedo durante la reeducación de la marcha



Fuente: elaboración propia

En el gráfico N°28 se ve la representación de las personas que fueron encuestados sobre la presentación de miedo a la hora de reducir la marcha luego de la intervención quirúrgica, de las 15 personas encuestadas, el 67% afirmó que presentó miedo durante la reeducación de la misma, mientras que el 33% no presentó miedo.



CONCLUSIONES

2021

CONCLUSIONES

Los resultados se obtuvieron en el presente estudio, luego de analizar e interpretar los datos obtenidos mediante una encuesta realizada a 15 adultos mayores de 60 a 90 años con reemplazo total de cadera de la ciudad de Mar del Plata, con el fin de analizar la tendencia a la kinesiophobia de los mismos.

Según los datos arrojados se observa que el 60% de las personas encuestadas eran del sexo femenino, mientras que el 40% restante correspondía al sexo masculino. Con respecto a la edad, los datos obtenidos arrojaron un promedio de edad de 70 años entre ambos sexos, siendo la mínima 60 años y la máxima 90 años.

Con respecto a la escala de Tampa, los resultados de las encuestas, se observa que a mayor edad, los adultos tienden a tener mayor grado de kinesiophobia, solo un paciente de los 15 adultos mayores encuestados manifestó no tener miedo alguno, el mismo no había realizado rehabilitación kinésica post reemplazo total de cadera. El resto de los 14 adultos mayores encuestados presentaron diferentes tipos de miedo, de los cuales 2 obtuvieron miedo máximo, 6 manifestaron tener miedo moderado y 6 reflejaron tener miedo severo.

Dentro de la investigación se trató de indagar sobre la opinión que tenían los pacientes con respecto al tratamiento, la rehabilitación y el rol del kinesiólogo. En su mayoría tuvieron una experiencia positiva, solo una persona tuvo experiencia negativa, otro no contestó y un último no realizó rehabilitación post reemplazo total de cadera.

El 60% de los encuestados manifestaron que el rol del kinesiólogo es importante, el 20% restante no lo consideran necesario. De aquellos que realizaron kinesioterapia, en su totalidad, manifestaron que consideran que el kinesiólogo jugó un papel importante en su rehabilitación.

A la hora de indagar acerca sobre la seguridad que le brindó el kinesiólogo al momento de superar miedo a un ejercicio, 11 personas encuestadas afirmaron que su kinesiólogo les brindó la seguridad necesaria para superar dicho obstáculo, 2 no contestaron y las 2 restantes manifestaron que su kinesiólogo no les brindó seguridad alguna.

Al observar cuantos días transcurrieron desde la intervención quirúrgica a la primera consulta kinesiológica, hubo una gran variedad de datos arrojados, de los cuales 3 lo realizaron a la semana, 5 realizaron su primera consulta kinésica pasando una semana, otros 5 esperaron más de una semana para empezar la rehabilitación kinésica, y por último, solo 2 personas de las encuestadas no tuvieron rehabilitación kinésica post reemplazo total de cadera. Con respecto a reeducar la marcha tras un reemplazo total de cadera, en su mayoría, el 67% manifestó la presencia del miedo al realizar dicha acción.

A través de lo analizado en la presente investigación se considera de gran importancia el rol del kinesiólogo, para brindarle confianza, seguridad e información a la hora de enfrentar la rehabilitación tras un proceso traumático como es el reemplazo total de cadera.

A partir de los datos obtenidos se puede concluir que la presencia de la kinesiofobia se observa en adultos de mayor edad, es decir, a mayor edad, mayor grado de kinesiofobia.

A partir de la investigación realizada surgen diferentes interrogantes:

¿Qué relación existe entre la cantidad de sesiones realizadas y kinesiofobia?

¿Cuál es la tendencia a predisponer kinesiofobia pasada las 24hs, 48 hs y 72hs postquirúrgico de reemplazo total de cadera?

¿Qué relación existe entre tipo de prótesis utilizada y kinesiofobia?



BIBLIOGRAFÍA

2021

- Anguita-Palacios, M. C., Talayero-San-Miguel, M., Herrero-Cereceda, S., Martín-Cadenas, M., Pardo-Cuevas, P., & Gil-Martínez, A. (2016). Comportamientos de miedo y ansiedad prequirúrgicos e intensidad de dolor percibida tras una artroscopia de rodilla. *Enfermería Clínica, 26*(4), 227-233.
- Bäck, M., Cider, Å., Herlitz, J., Lundberg, M., & Jansson, B. (2013). The impact on kinesiophobia (fear of movement) by clinical variables for patients with coronary artery disease. *International journal of cardiology, 167*(2), 391-397.
- Bränström, H., & Fahlström, M. (2008). Kinesiophobia in patients with chronic musculoskeletal pain: differences between men and women. *Journal of rehabilitation medicine, 40*(5), 375-380.
- Cleland, J. A., Fritz, J. M., & Childs, J. D. (2008). Psychometric properties of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire and Tampa Scale of Kinesiophobia in patients with neck pain. *American journal of physical medicine & rehabilitation, 87*(2), 109-117.
- Cruz-Díaz, D., Romeu, M., Velasco-González, C., Martínez-Amat, A., & Hita-Contreras, F. (2018). The effectiveness of 12 weeks of Pilates intervention on disability, pain and kinesiophobia in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation, 32*(9), 1249-1257.
- Duque Morán, J. F., Navarro Navarro, R., Navarro García, R., & Ruiz Caballero, J. A. (2011). Biomecánica de la prótesis total de cadera: cementadas y no cementadas. *Canarias médica y quirúrgica*.
- Flores Morán, A. (2013). *Manual de prevención de lesiones musculoesqueléticas en el acondicionamiento físico mediante kinesiología y técnicas posturales, estudio a realizar en: estudiante que acuden al gimnasio de estudiantes de la Universidad ESPOL durante el período del mes de julio 2012-enero 2013* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Tecnología Médica).
- Ghisi, G. L. D. M., Santos, R. Z. D., Felipe, T. R., Bonin, C. D. B., Pinto, E. F., Guerra, F. E. F., ... & Benetti, M. (2017). Validation of the portuguese version of the tampa scale for kinesiophobia heart (TSK-SV heart). *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 23*(3), 227-231.
- Gilroy, A. M., MacPherson, B. R., Ross, L. M., Schünke, M., Schulte, E., & Schumacher, U. (2013). Prometheus Atlas of Anatomy.
- Gonzalez Chavez, A. D., & Sotomayor Vilca, M. D. M. (2019). NIVEL DE KINESIOFOBIA EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GERIÁTRICO PNP SAN JOSÉ, DURANTE EL 2018.
- Hasenbring, M. I., Chehadi, O., Titze, C., & Kreddig, N. (2014). Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pain management, 4*(5), 363-374.

- Huamán, V. H., & Bravo-Cucci, S. (2019). Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiophobia en el adulto mayor con dolor lumbar inespecífico, cañete, Lima-Perú, 2019. *GICOS: Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud*, 4(2), 43-51.
- Jimenez, A., Torres-Castro, R., Rojas, Y. V., Munita, C. R., Puppo, H., Rodríguez-Núñez, I., ... & Barros-Poblete, M. (2018). Consenso chileno de técnicas de kinesiología respiratoria en pediatría. *Neumología Pediátrica*, 13(4), 137-148.
- Kapandji, A. I. (1998). *Fisiología articular. Médica Panamericana*.
- Ley N° 10392. REGLAMENTA LA LEY 10392, COLEGIO DE KINESIÓLOGOS.DEROGA DEC.10394/87. (PRACTICAS-GABINETES HABILITADOS-KINESIOTERAPIA-KINEFILAXIA-FISIOTERAPIA-MINISTERIO DE SALUD) LA PLATA, 17 de Abril de 1986
- Luján, Á. C. (2011). *Discrepancia en MMII*.
- Lundberg, M., Larsson, M., Ostlund, H., & Styf, J. (2006). Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary healthcare. *Journal of rehabilitation medicine*, 38(1), 37-43.
- Mariño Carranza, A. F. (2016). *Lesión del Nervio Ciático Poplíteo Externo de Miembro Inferior Izquierdo por Secuela de Artroplastia de Cadera* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Terapia Física).
- Meléndez Leo (2011) Fracturas de cadera. Costa Rica. Terapia Fisica. Universidad Americana San José.
- Mignone, C. (2013). Efectividad de un tratamiento kinésico en pacientes de 65 a 85 años postquirúrgico con fractura de cadera.
- Minsal. (2010). Guía Clínica Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa. Serie Guías clínicas Minsal, 1-67
- Monticone, M., Ferrante, S., Rocca, B., Salvaderi, S., Fiorentini, R., Restelli, M., & Foti, C. (2013). Home-based functional exercises aimed at managing kinesiophobia contribute to improving disability and quality of life of patients undergoing total knee arthroplasty: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(2), 231-239.
- Morri, M., Venturini, E., Franchini, N., Ruisi, R., Culcasi, A., Ruggiero, A., ... & Benedetti, M. G. (2020). Is kinesiophobia a predictor of early functional performance after total hip replacement? A prospective prognostic cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 1-7.
- Muñoz, S., Lavanderos, J., Vilches, L., Delgado, M., Cárcamo, K., Passalacqua, S., & Guarda, M. (2018). Fractura de cadera. *Cuadernos de cirugía*, 22(1), 73-81.
- Navarro González, D., Ramírez Gutiérrez, N., & Hernández Corral, S. (2011). Intervenciones de enfermería en rehabilitación a una persona con prótesis de cadera por tumor de células gigantes. *Enfermería universitaria*, 8(4), 35-41.
- Palomino, L., Ramírez, R., Vejarano, J., & Ticse, R. (2016). Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 33(1), 15-20.

Parra Buenaño, D. J. (2017). *Evaluación del abordaje fisioterapéutico en pacientes con artroplastia de cadera en el centro de salud tipo b Salcedo* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Terapia Física).

Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37.

Quevedo-Tejero, E. D. C., Zavala-González, M. A., Hernández-Gamas, A. D. C., & Hernández-Ortega, H. M. (2011). Fractura de cadera en adultos mayores: prevalencia y costos en dos hospitales. Tabasco, México, 2009. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 28(3), 440-445.

Rouvière, H., & Delmas, A. (2005). *Anatomía humana*. Masson, SA.

Sánchez Blanco, I., & Aguila Maturana, A. M. (2006). *Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física* (No. Sirsi) i8479033541). Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.

Solano Arias, K. V. (2021). *Nivel de dolor y su relación con la kinesiofobia en personas de 61 a 70 años en las provincias de Carchi e Imbabura* (Bachelor's thesis).

Taco, C., & Alejandra, G. (2018). *Artroplastia de cadera Tratamiento fisioterapéutico aplicado a una paciente con prótesis de cadera en el Hospital Integral del Adulto Mayor en el período diciembre 2017-febrero 2018* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Tampa Scale for Kinesiophobia (Miller , Kori and Todd 1991) Disponible en: http://www.tac.vic.gov.au/data/assets/pdf_file/0004/27454/tampa_scale_kinesiophobia.pdf

Tejedor Zarzuela, M. H. (2015). *Fisioterapia en prótesis total de cadera. Revisión bibliográfica*.

Triana, E. P., Ulloa, S. B., Padrón, M. J., Coruña, M. C. M., & Rodríguez, R. R. (2018). Bases anatomofuncionales de la articulación de la cadera y su relación con la fractura. *Revista Médica Electrónica*, 40(3), 755-767.

Yentür, S. B., Karatay, S., Oskay, D., Tufan, A., Küçük, H., & Haznedaroğlu, Ş. (2019). Kinesiophobia and related factors in systemic lupus erythematosus patients. *Turkish journal of medical sciences*, 49(5), 1324-1331.

Yentür, S. B., Karatay, S., Oskay, D., Tufan, A., Küçük, H., & Haznedaroğlu, Ş. (2019). Kinesiophobia and related factors in systemic lupus erythematosus patients. *Turkish journal of medical sciences*, 49(5), 1324-1331.

Zela Acuña, C. V. (2019). Frecuencia y características de la osteosíntesis con tornillos en fracturas del cuello femoral en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Cayetano Heredia desde enero del 2013 hasta diciembre del 2018.



ANEXO

2021

**REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA
AUTORIZACION DEL AUTOR⁷⁷**

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de cederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre _____
Tipo y Nº de Documento _____
Teléfono/s _____
E-mail _____
Título obtenido _____

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda “Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa

Firma del Autor Lugar y Fecha

⁷⁷ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

KINESIOFOBIA Y SUS FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 90 AÑOS POSTQUIRURGICOS DE REEMPLAZO TOTAL DE CADERA

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores suelen sufrir de kinesiofobia cuando previamente han sufrido una lesión, por miedo al dolor o lesionarse nuevamente, en la presente investigación se analizó la presencia de kinesiofobia y sus factores de riesgo en adultos mayores de 60 a 90 años postquirúrgico de reemplazo total de cadera.

OBJETIVO

Analizar la tendencia a la Kinesiofobia y cuáles son los factores de riesgo en adultos mayores de 60 a 90 años postquirúrgico de reemplazo total de cadera en la ciudad de Mar del Plata en el año 2021.

RESULTADOS

De análisis de datos se identificó que el 60% corresponde a sexo femenino y el 40% sexo masculino. La edad promedio es de 70 años, siendo la mínima 60 años y la máxima 90 años. Se observó que a mayor edad la kinesiofobia se hallaba presente. De los 15 adultos mayores encuestados solo uno no obtuvo miedo alguno según lo analizado en la escala de Tampa, los 14 restantes manifestaron miedo leve, severo, moderado y máximo. La mayoría tuvo una experiencia positiva con el tratamiento y también creen que el rol del kinesiólogo es importante y que tuvo un papel importante en su rehabilitación.

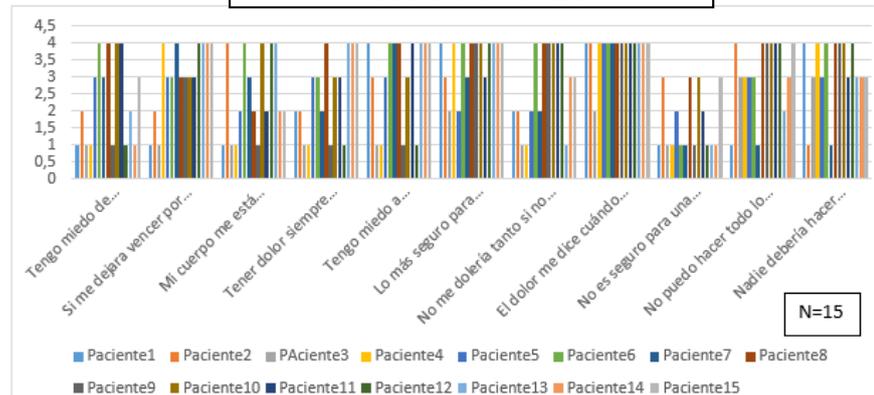
CONCLUSIONES

En base lo analizado en esta investigación se considera de gran importancia el rol del kinesiólogo en la rehabilitación tanto para una recuperación optima, brindar seguridad a la hora de enfrentar miedos en ejercicios y dar a conocer las medidas de prevención en el cuidado postquirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODO

El siguiente estudio consiste en una investigación no experimental descriptiva y observacional de corte transversal. Se trabajó sobre 15 adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata, a quienes se les pidió que completaran el cuestionario de "Tampa Scale Of Kinesiophobia" para analizar el grado de kinesiofobia que presentaban los adultos mayores de 60 a 90 años postquirúrgicos de reemplazo total de cadera.

Resultados obtenidos con la Escala de Tampa



Edad y presencia de kinesiofobia

