

2023

DEDICATORIA

“A Dios; a mi madre Felicita, a quien le hubiera
encantado estar hoy conmigo en este camino, a mi padre
Jorge, quien estuvo a mi lado durante toda la carrera desde
la partida de mamá”

AGRADECIMIENTO

Al Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo,
por darme la oportunidad y brindarme las facilidades para
efectuar el presente trabajo de investigación; a la
Universidad Peruana Los Andes por los años dedicados a
mi formación profesional.



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA UNIDAD LA PAZ Y EL DESARROLLO"

CONSTANCIA

**DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE
PLAGIO TURNITIN**

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana, hace constar por la presente, que el informe final de tesis titulado:

"PERFIL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO, 2022".

Cuyo autor (es) : **BACH. LAGOS HUAMAN, JACKELIN**
Facultad : **MEDICINA HUMANA**
Escuela Profesional : **Medicina Humana**
Asesor (a) : **M.C. SEDANO DAMIAN, CESAR HUGO**

Que fue presentado con fecha 02 de agosto de 2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha día 02 de agosto de 2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **16%**.

En tal sentido de acuerdo a los criterios de porcentajes establecido en el artículo No. 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones:

.....

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 02 de agosto de 2023.


Dr. MIGUEL RAÚL MERCADO REY
Director de la Unidad de Investigación
Facultad de Medicina Humana

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, el número de personas mayores ha ido en aumento; en el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informa que, la población adulta mayor en el año 1950 era de 5,7% y en el año 2022 fue de 13,3%, observándose un ascenso gradual y se prevé que esta tendencia continúe en ascenso en las próximas décadas¹.

En la región Junín, el 11.31% de la población total está conformada por adultos mayores desde los 60 años de edad, de los cuales en gran parte presentan comorbilidades asociadas². El crecimiento de la proporción de este grupo etario tiene implicancia significativa en el sector salud, debido a que, la demanda de la atención sanitaria por la población geriátrica también se ve incrementada principalmente en los servicios de emergencias, así como la necesidad de intervenciones quirúrgicas de emergencia cada vez a mayor edad³.

Esta población se encuentra en alto riesgo de morbimortalidad, debido a que presentan particularidades en instauración, evolución de la enfermedad y patologías asociadas que la hacen más vulnerable respecto al paciente joven; lo que significa que en muchos casos estos pacientes requieran intervención quirúrgica de emergencia⁴.

Ante la gran demanda de población geriátrica que acude a los servicios de emergencias, y que muchos de ellos llegan a necesitar atención quirúrgica; fueron las razones que motivaron a realizar este estudio con el objetivo de determinar las características de los ancianos que llegan a necesitar cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de la ciudad de Huancayo.

CONTENIDO

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	v
CONTENIDO	VI
CONTENIDO DE GRÁFICOS.....	VIII
CONTENIDO DE TABLAS.....	VIII
RESUMEN.....	X
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	12
1.2. Delimitación del problema.....	13
1.3. Formulación del problema	14
1.4. Justificación	15
1.5. Objetivos	16
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes	18
2.2. Bases Teóricas	22
2.3. Marco Conceptual.....	37
CAPÍTULO III HIPÓTESIS.....	38
3.1. Hipótesis general	38
3.2. Variables	38
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA.....	40
4.1. Método de investigación	40
4.2. Tipo de investigación	40
4.3. Nivel de investigación.....	41

4.4. Diseño de la investigación	41
4.5. Población y muestra	41
CAPÍTULO V RESULTADOS	44
5.1. Descripción de Resultados	44
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	63

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla N° 1. Pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia según sexo y grupo de edad en el Hospital Daniel Alcides Carrión, huancayo – 2022.....	45
Tabla N° 2. Antecedentes quirúrgicos en pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2022	46
Tabla N° 3. Cuadro clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2022	48
Tabla N° 4. Procedimientos quirúrgicos realizados en pacientes adultos mayores	50
Tabla N° 5. Condición de egreso de los pacientes intervenidos.....	51

CONTENIDO DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Comorbilidades asociadas a pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2022	47
Gráfico N° 2. Diagnósticos de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2022	49

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, 2022.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos en 118 historias clínicas de pacientes que requirieron cirugía de emergencia durante el año 2022.

Resultados: El 47.46% de los pacientes tenían entre 60 y 70 años; el 54,23% pertenecía al sexo masculino, el 65,25% de los adultos mayores presenta antecedentes quirúrgicos; la hipertensión arterial con 28.81% y la obesidad con 19.49% fueron las comorbilidades que padecían; el dolor abdominal acompañado de vómitos fue el cuadro clínico presente en 33.05%; la obstrucción intestinal fue el diagnóstico mas representativo con 41.53%; la resección intestinal con colostomía tipo Hartmann fue el procedimiento quirúrgico realizado con mas frecuencia y se halló mortalidad del 16.10%, el shock séptico fue la causa de muerte en el 94.74%.

Conclusiones: El perfil epidemiológico determina que, el grupo de 60 y 70 años es el más intervenido, a predominio del sexo masculino; la mayor parte presenta antecedentes quirúrgicos en su historia clínica; padecen de hipertensión arterial y obesidad como comorbilidad. El perfil clínico describe que, los ancianos suelen acudir con dolor abdominal acompañado de vómitos; la obstrucción intestinal es la causa de la cirugía de emergencia, por ello, la resección quirúrgica con colostomía tipo Hartmann es el procedimiento al que son sometidos; teniendo como causa de muerte el shock séptico entre este grupo etario.

Palabras clave: Adulto mayor, Cirugía, Emergencia, abdomen agudo quirúrgico.

SUMMARY

Objective: To describe the epidemiological and clinical profile of elderly patients undergoing emergency surgery at the "Daniel Alcides Carrion" Regional Clinical Surgical Teaching Hospital in Huancayo, 2022.

Material and methods: A descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study was carried out, using a data collection form as an instrument in 118 medical records of patients who required emergency surgery during the year 2022.

Results: 47.46% of the patients were between 60 and 70 years old; 54.23% belonged to the male sex, 65.25% of the older adults had a surgical history; arterial hypertension with 28.81% and obesity with 19.49% were the comorbidities they suffered; abdominal pain accompanied by vomiting was the clinical picture present in 33.05%; Intestinal obstruction was the most representative diagnosis with 41.53%; intestinal resection with Hartmann-type colostomy was the most frequently performed surgical procedure and mortality was found in 16.10%, septic shock was the cause of death in 94.74%.

Conclusions: The epidemiological profile determines that the group of 60 and 70 years is the most intervened, with a predominance of the male sex; most of them present a surgical history in their clinical history; They suffer from arterial hypertension and obesity as comorbidity. The clinical profile describes that the elderly usually presents with abdominal pain accompanied by vomiting; Intestinal obstruction is the cause of emergency surgery, therefore, surgical resection with Hartmann-type colostomy is the procedure to which they are submitted; Having septic shock as the cause of death among this age group.

Key words: older adults, Surgery, Emergency, Urgency, acute surgical abdomen.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Durante las últimas décadas, se ha observado que la población adulta mayor está en aumento acelerado tanto a nivel mundial como regional; lo que sugiere una mayor carga sobre los sistemas de salud a consecuencia de los distintos escenarios patológicos que experimenta este grupo de edad^{5,6}.

Uno de los principales motivos de consulta del adulto mayor en emergencia, es el dolor abdominal; y de los pacientes con esta sintomatología, cerca del 20% necesitará algún tipo de intervención quirúrgica⁷.

El abdomen agudo quirúrgico, suele ser la causa más frecuente de cirugía de emergencia en el anciano; presentando características particulares respecto a su instalación y evolución del cuadro clínico, lo que, unido al padecimiento de enfermedades concomitantes durante muchos años, dificultan el establecimiento de un diagnóstico y manejo temprano conllevando en una serie de complicaciones que aumentan la mortalidad de este tipo de pacientes. En la mayoría de los casos, esta entidad está dada por cuatro causas: obstrucción intestinal, enfermedad biliar, hernia complicada de la pared abdominal y enfermedad ulcerosa péptica; las que suelen tener presentaciones

atípicas haciendo el diagnóstico más complejo y tardío, conllevando un aumento de las complicaciones, de la estancia hospitalaria y la mortalidad⁸.

Ahora bien, el manejo del paciente geriátrico en cirugía representa un reto, al ser considerado un paciente de “alto riesgo” debido a que presenta características particulares respecto a la instalación y evolución del cuadro clínico, sumado a los antecedentes y comorbilidades que suelen presentar a lo largo de sus años de vida.

Por lo tanto, esta nueva situación epidemiológica ha mostrado una elevación de la necesidad de intervenir quirúrgicamente a pacientes en edades avanzadas; y es fundamental conocer el perfil de esta población adulta mayor que acude por emergencia y amerita una intervención quirúrgica, por ende, en este estudio se busca determinar cuál es el cuadro clínico habitual que presentan, cuáles son las patologías que propician este desenlace, a que intervención quirúrgica con sometidos con mayor frecuencia estos pacientes geriátricos en nuestro medio.

1.2. Delimitación del problema

a. Delimitación temporal

La investigación se desarrolló en el periodo comprendido desde el 01 de enero al 31 de diciembre del 2022.

b. Delimitación espacial

El ámbito geográfico en el que se ejecutó la investigación es en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" situado en la ciudad de Huancayo.

c. Delimitación del contenido

El perfil de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia comprende las características clínicas y epidemiológicas de dicha población que acude y requiere un procedimiento quirúrgico de emergencia.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2022?

1.3.2. Problemas Específicos

- a) ¿Cuáles es el perfil epidemiológico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022?
- b) ¿Cuáles es el perfil clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022?
- c) ¿Cuál es el procedimiento quirúrgico más frecuente en los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022?
- d) ¿Cuál es la mortalidad entre los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022?

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación Práctica o Social

Ante el rápido aumento de la población de edad avanzada surge con ello un incremento en la demanda de servicios de salud por parte de estos pacientes, además de la necesidad de intervenir a pacientes cada vez de mayor edad.

Es por ello, que la presente investigación es de gran relevancia para la sociedad y se justifica en la práctica, porque beneficiará a la población adulto mayor que acude al servicio de emergencias que finalmente requiere algún tipo de intervención quirúrgica quien podrá recibir una atención oportuna, enfocada y adecuada con tiempos de acción más rápidos debido a la gran morbimortalidad a la que está expuesto este grupo poblacional; y así tener mejor estancia post operatoria y recuperación.

1.4.2. Justificación Teórica

Se realizó la presente investigación debido a que no existen estudios que engloben las características asociadas a intervenciones de emergencia realizadas en adultos mayores, asimismo se observó gran demanda de pacientes de este grupo etario en dicho hospital, que acuden a emergencia por un cuadro clínico abdominal resultando finalmente en un tratamiento quirúrgico de emergencia.

Por tanto, con este estudio se busca aportar información actualizada en el conocimiento del perfil clínico y epidemiológico de las atenciones quirúrgicas en pacientes adultos mayores que acuden por emergencias, sirviendo, así como modelo de estudio para otros investigadores que podrán aplicarlo como antecedente o replicarlo en poblaciones de mayor tamaño.

1.4.3. Justificación Metodológica

Para alcanzar los objetivos, así como para la obtención de datos de esta investigación, se realizó el instrumento que fue elaborado por el investigador, con el que se diferenció la información necesaria favoreciendo este estudio; mismo instrumento que puede ser usado por otros investigadores en un futuro.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Describir el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, 2022.

1.5.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar el perfil epidemiológico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, 2022.
- b) Identificar el perfil clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, 2022.
- c) Identificar el procedimiento quirúrgico más frecuente en los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, 2022.

- d) Describir la mortalidad en los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, 2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Gómez, D. et al. (2017) estudiaron 110 adultos mayores con edad a partir de 60 años intervenidos de emergencia; de los cuales predominó el sexo masculino (51.8%), el grupo comprendido entre los 60 y 74 años fue el más frecuente (63.6%), la hipertensión arterial fue la comorbilidad con más porcentaje (56.6%), la litiasis vesicular complicada (62.3%) fue el diagnóstico usual, seguido de la oclusión intestinal (20.8%) y la apendicitis aguda (5.7%). Además, describen pacientes fallecidos (10.87%), teniendo como causa más frecuente la infección intrabdominal⁹.

Mehta A. et al. (2018) después de identificar y analizar 25 084 pacientes geriátricos que fueron sometidos a cirugía general de emergencias, concluyeron que, el sexo femenino (51,9%) conformó la mayor parte, la mediana de edad fue de 75 años y los procedimientos más comunes fueron: control de úlcera y sangrado gastrointestinal (44,9%), secundado por resecciones de intestino grueso (20,3%); describieron la mortalidad del grupo en un 7%¹⁰.

González, A. (2020) después de estudiar 40 adultos mayores con una media de edad de 79.56 años que necesitaron ser intervenidos de emergencia obtuvo que; el sexo masculino (57.5 %) fue el más común; la apendicitis aguda (17.5%) y la úlcera perforada (17.5%) ocuparon el primer lugar de los diagnósticos, en segundo lugar lo ocuparon tres patologías: obstrucción intestinal (10%), isquemia mesentérica (10%) y hernia de pared (10%); el tipo de cirugía más realizada fue la apendicectomía (20%), seguido de parche de Graham (17.5%); colecistectomía(12.5%) y resección de colón (12.5%); la mayoría no presentó comorbilidad (32.5%), sin embargo la hipertensión arterial (25%) y la presencia de 2 o más comorbilidades (25%) caracterizó a los demás; la mortalidad fue conformada por el 15% en esta serie¹¹.

Del Río, GA. et al. (2020) estudiaron una población de 780 pacientes mayores de 60 años que ingresaron al servicio de cirugía por abdomen agudo quirúrgico, encontrando que el sexo masculino fue el predominante (54,2%), el grupo de edad de 60 -70 años (56,7%) fue el más representativo, entre las causas más frecuentes se describen: hernias complicadas (34,70%), oclusión intestinal (27,20%), apendicitis aguda (17,50%) y colecistitis aguda (14,7%)¹².

Acea, Y. et al. (2020) analizaron los casos de 123 adultos mayores que fallecieron en el servicio de Cirugía General concluyendo que; predominó el sexo femenino (51.2%), el grupo de 71-80 años (35%) fue el más representativo, el diagnóstico al ingreso más observado fue la perforación intestinal (30,1%), seguido por la trombosis mesentérica (21,2%), sangrado digestivo (14,6%) y oclusiones intestinales (10,6%); la resección intestinal (38.3%) fue la cirugía más realizado en segundo lugar la colostomía (34,3%);

la hipertensión arterial (94%), cardiopatía isquémica (61%), EPOC (20%) y diabetes mellitus (19%) constituyeron las principales comorbilidades¹³.

Céspedes, H. et al. (2020) después de estudiar 169 pacientes adultos mayores desde los 60 años con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, encontrando que la causa que primó fue la oclusión intestinal (28,9%), seguida por colecistitis aguda (20,1%), apendicitis aguda (15,5%), úlcera perforada (14,8%) y hernias complicadas (10,1%); además describieron que la mayor parte de los pacientes egresaron vivos (77,5%) y menor porcentaje falleció (22,5%)⁸.

Vásquez, G. et al. (2020) investigaron 53 pacientes de edades igual o mayor a 60 años con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, con edad promedio de 71,33 años donde el sexo femenino (56,6%) representó la mayoría; la hipertensión arterial (41,5%) aquejaba a gran parte de ellos, seguido del padecimiento de 2 o más comorbilidades (18,86%) y diabetes mellitus (13,20%); en este estudio la obstrucción intestinal (49,06%), tumores (18,86%), hernias (15,09%) y adherencias (11,32%); conformaron los diagnósticos más representativos, además reportaron mortalidad (15,09%)¹⁴.

Nacionales

Imata, BG. (2022) tras estudiar 178 pacientes adultos mayores operados por abdomen agudo quirúrgico concluye que el grupo que predominó fue el de 60 a 69 años (56,7%) a predominio del sexo masculino (52,8%), la apendicitis aguda complicada (35,4%) fue el diagnóstico más frecuente seguida por colecistitis aguda no complicada y

complicada (21,3% y 11,2%) respectivamente; hernia no complicada (6,2%) y vólvulo (5,6%); asimismo el 47,2% de los pacientes presentaba comorbilidades asociadas¹⁵.

Chocce, KV. Et al. (2019) estudiaron una población de 155 pacientes con edad mayor o igual a 60 años con diagnóstico de apendicitis aguda, esta proporción representaba el 6,64% del total de pacientes adultos con la misma patología ingresados en el servicio de Cirugía General; el sexo masculino fue el prevalente dentro de los adultos mayores, con una media de edad de 71,80 años, la morbilidad asociada más frecuente fue la hipertensión arterial con 28,39% seguida de la Diabetes Mellitus 12,26%¹⁶.

García, RE. (2018) tras estudiar a 183 historias clínicas pacientes de 60 años en adelante concluye que la presencia de bridas y adherencias (71,43%) fue el hallazgo operatorio más frecuente; también se determinó que la hipertensión arterial (34,69%) fue la comorbilidad más representativa, y la diabetes mellitus tipo 2 (18,37%) ocupó el segundo lugar; la patología más diagnosticada en esta población que necesitó cirugía abdominal de emergencia fue la obstrucción intestinal (26,78%), siendo el sexo masculino el más prevalente¹⁷.

Huayna, GT. (2018) identificó 190 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, donde la mayoría fueron varones (53,68%); el intervalo de edad predominante estuvo comprendido entre los 60 y 69 años (51,05%); en su mayoría (38,42%) no presentaban comorbilidad, no obstante los demás pacientes mostraron hipertensión arterial (22,63%), diabetes mellitus (8,95%), EPID (6,32%) y obesidad (4,21%) entre sus antecedentes; los motivos más comunes de intervención lo conformaron: apendicitis

aguda complicada (32,63%), colecistitis aguda (20%), apendicitis aguda no complicada (12,11%), vólvulo de sigmoides (9,47%), hernia (7,89%) y trauma abdominal (0,53%)¹⁸.

Contreras LC. (2017) realizó un estudio en 156 pacientes desde los 60 años de edad que necesitaron intervención abdominal de emergencia, de los cuales una proporción presentó obstrucción intestinal (36,5%) a predominio del sexo masculino (70,2%), el grupo de 65 años fue el más representativo (61,4%), dentro de las comorbilidades la hipertensión arterial (43.9%) y diabetes mellitus tipo 2 fueron las más resaltantes; la presencia de antecedentes quirúrgicos estuvo en el 77,2% de los pacientes¹⁹.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. ADULTO MAYOR

La Organización mundial de la Salud (OMS), considera adulto mayor a todas las personas, sean hombres o mujeres que tengan 60 años o más²⁰.

- *Epidemiología*

El ritmo de envejecimiento de la población es mucho más acelerado que en el pasado ya que actualmente la población de adultos mayores representa el 9,54% de la población mundial; en el 2020, la proporción de personas de 60 años a más superó la población de niños menores de cinco años y se advierte que para el 2050, el 80% de este grupo poblacional será el residente de países de ingresos bajos y medianos^{20,21}.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2020 informó que, existen 4 millones 140 mil adultos mayores en el Perú, que representan el 12,7% de la población total; de los cuales el 52.4% son mujeres y

47,6% hombres; además, destaca el hecho de que el 77,9% de este grupo etario padece enfermedades crónicas (hipertensión, artritis, diabetes, tuberculosis, etc.) y que tan solo 40,8% de esta población tiene acceso al Seguro Integral de Salud (SIS), 39,1% al Seguro Social (Essalud) y 6,2% a otro seguro de salud²².

En la región Junín, la Dirección Regional de Salud (DIRESA), reportó un total de 134 578 adultos mayores, de los cuales 5 670 se encuentran saludables y 5 355 son ancianos con patologías²³.

- ***Cambios fisiopatológicos en el adulto mayor***

El envejecimiento es un proceso dinámico, gradual, natural y característicamente inevitable; donde el estado funcional se ve afectado por cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales. Tras el deterioro funcional se presenta una pérdida de respuesta a la agresión con el consiguiente incremento del riesgo de enfermedades; esto debido a su exposición prolongada a factores externos durante sus años de vida en comparación con una persona más joven²⁴.

Las alteraciones fisiológicas del envejecimiento a nivel general incluyen una pérdida de turgencia y elasticidad de la piel, una aminoración del 20% al 30% del agua corporal total, por ende deshidratación; dentro de las alteraciones degenerativas se observa la reducción de movilidad debido a pérdida de masa muscular y ósea, compresión de los discos intervertebrales, así como dolores en tractos nerviosos y tendones²⁵.

Los cambios a nivel de cada sistema son:

- **SISTEMA CARDIOVASCULAR:** se presenta hipertrofia ventricular y calcificación de las válvulas aórtica y mitral, disminución del gasto cardiaco y de la frecuencia cardiaca en reposo, disminuye la elasticidad de los vasos

llevando al aumento de las resistencias periféricas y como consecuencia el aumento progresivo de la presión arterial²⁵.

- SISTEMA RESPIRATORIO: se observa disminución de la distensibilidad de la caja torácica, disminuye de la capacidad respiratoria y de la retracción torácica de los pulmones, reflejos pulmonares de tos, además de una función ciliar reducida que conlleva a la predisposición de la acumulación de secreciones. Las vías respiratorias tienden a colapsarse, sobre todo cuando el paciente se encuentra largos periodos en cama y cuando presenta disminución en la inspiración por cualquier estímulo externo²⁵.
- SISTEMA DIGESTIVO: existe atrofia de la mucosa intestinal, disminución del peristaltismo que incrementa la constipación, dilatación del conducto pancreático, propensión a la formación de quistes; además mayor tiempo de vaciamiento gástrico, alteraciones en el paladar, deglución y atrofia de las papilas gustativas²⁵.
- SISTEMA RENAL: La función renal se ve reducida por la disminución del número de nefronas que sucede al año y que va en relación de 0.5 a 1%, también se observa un decremento en el flujo plasmático y la tasa de filtración glomerular. Como consecuencia la depuración de creatinina decae y el riñón suele tolerar poco los cambios de volumen (hipotensión y sobrecarga)²⁶.
- SISTEMA NERVIOSO: El envejecimiento normal produce una pérdida de células nerviosas en el encéfalo, disminución del flujo cerebral, deterioro de la memoria; llevando a alteraciones en los neurotransmisores, en los circuitos neuronales y en las funciones cerebrales controladas por ellos.

Todas estas alteraciones promueven un estado de delirio que dificulta aún más la cooperación en los ancianos hospitalizados²⁶.

- SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: La característica principal, invariable e inevitable del proceso de envejecimiento es la pérdida gradual de masa ósea. A partir de los 20 a 30 años inician los cambios en las articulaciones incluyendo disminución de la flexibilidad, susceptibilidad a los desgarros; la suma de estos cambios provoca un acortamiento gradual de la estatura²⁶.

– **Comorbilidad:**

También denominada “morbilidad asociada”, es una expresión que se utiliza para describir la aparición de dos o más enfermedades en el mismo individuo. Esto sugiere que puede haber una interacción entre ellas, lo que puede hacer que ambas enfermedades progresen más rápidamente²⁷.

Los individuos mayores de 70 años presentan por lo menos una comorbilidad, y el 30% padece dos o más. La interacción de entidades patológicas es un problema común entre los ancianos y un factor de riesgo de diversos acontecimientos adversos, como el deterioro funcional, discapacidad, dependencia, hospitalización, mala calidad de vida y la muerte²⁸.

Estos padecimientos pueden afectar diversos ámbitos asociados a la atención hospitalaria, entre ellas: el pronóstico, debido a que una patología ya presente aumenta el riesgo la aparición de una adicional; además que, ante la presencia de dos enfermedades brota un efecto sinérgico sobre el estado del paciente; y debido a que la presencia de una patología dificulta identificar otra entidad, se hace complicado el diagnóstico²⁸.

Entre las principales²⁸ se encuentran:

- Diabetes mellitus: presente entre el 12- 15% de ancianos mayores de 70 años.
- Hipertensión arterial: se relaciona con muerte hospitalaria y hospitalización prolongada.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: entidad frecuente en los ancianos y se relaciona con complicaciones postoperatorias.
- Enfermedad renal crónica: tiene una prevalencia mundial mayor al 10%.

2.2.2. CIRUGÍA DE EMERGENCIA

Abarca la valoración y tratamiento quirúrgico de manera inmediata de cualquier condición repentina concerniente a patología quirúrgica, que conlleva riesgos para la vida, pérdida de la función de un órgano o genere secuelas invalidantes en el paciente²⁹.

También se considera paciente de cirugía de emergencia, a todo paciente internado o en el servicio de emergencia que necesita una evaluación quirúrgica de emergencia por enfermedades dentro del ámbito de la cirugía general³⁰.

Las patologías frecuentes que necesitan ser intervenidas de emergencia, según Shafi S. et al.³⁰:

Patología abdominal general³⁰:

- “Peritonitis”³⁰
- “Hemoperitoneo”³⁰
- “Tumoración abdominal”³⁰
- “Dolor abdominal”³⁰

- “Abscesos retroperitoneales”³⁰

Obstrucción intestinal³⁰:

- “Adherencias”³⁰
- “Hernias incarceradas”³⁰
- “Tumores”³⁰
- “Vólvulos”³⁰
- “Invaginaciones”³⁰

Tracto gastrointestinal superior³⁰:

- “Hemorragia digestiva alta”³⁰
- “Úlcera péptica”³⁰
- “Fístulas”³⁰
- “Gastrostomía”³⁰
- “Tumores de intestino delgado”³⁰
- “Íleo”³⁰
- “Perforaciones de divertículos de Meckel”³⁰
- “Perforaciones intestinales”³⁰
- “Apendicitis”³⁰

Patología hepática, pancreática y biliar³⁰:

- “Enfermedades relacionadas a cálculos biliares”³⁰
- “Pancreatitis”³⁰
- “Abscesos hepáticos”³⁰

Patología colorrectal³⁰:

- “Hemorragia digestiva baja”³⁰

- “Enfermedad diverticular”³⁰
- “Enfermedad inflamatoria intestinal”³⁰
- “Tumores colorrectales”³⁰
- “Perforaciones colónicas”³⁰
- “Megacolon”³⁰
- “Colostomías/ileostomías ”³⁰
- “Hemorroides”³⁰
- “Fístulas perianales y perirrectales e infecciones”³⁰
- “Estenosis anorrectal y prolapso rectal”³⁰

Hernias³⁰:

- “Inguinal”³⁰
- “Femoral”³⁰
- “Umbilical”³⁰
- “Incisional ”³⁰
- “Ventral”³⁰
- “Diafragmática”³⁰

Partes blandas³⁰:

- “Celulitis”³⁰
- “Abscesos”³⁰
- “Fascitis”³⁰
- “Úlceras por presión”³⁰
- “Síndrome compartimental”³⁰

Patología vascular³⁰:

- “Rotura de aneurismas”³⁰
- “Isquemia intestinal aguda”³⁰
- “Isquemia periférica aguda”³⁰
- “Flebitis”³⁰

Patología cardiotorácica³⁰:

- “Taponamiento cardiaco”³⁰
- “Empiema”³⁰
- “Neumotórax”³⁰
- “Perforación esofágica”³⁰

Otros³⁰:

- Traqueostomía³⁰
- Cuerpos extraños³⁰
- Rotura de la vejiga³⁰

2.2.2.1. Obstrucción intestinal³¹

La oclusión intestinal, completa o incompleta, constituye uno de los ingresos urgentes más frecuentes a las áreas quirúrgicas hospitalarias, con un porcentaje aproximado del 20 – 35%. Es causado por la detención, más o menos completa y persistente, de heces y gases en cualquier tramo intestinal, que se ocasiona por causas funcionales u orgánicas³¹.

*Factores de riesgo*³¹

- Cirugía abdominal o pélvica
- Enfermedad de Crohn

- Cáncer abdominal, con o sin antecedente quirúrgico o de haber recibido radioterapia.
- Historia de estreñimiento
- Malrotación intestinal
- Edades de los extremos de la vida
- Diverticulitis

Cuadro clínico

Se caracteriza por dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos, distensión abdominal y constipación (en algunos casos se observa diarrea debido al hiperperistaltismo distal). Pueden presentar molestias abdominales por causa de la distensión. La obstrucción de intestino grueso representado por vólvulo de sigmoides, se presenta con mayor frecuencia en ancianos postrados, en el cual se observa un paciente sin dolor, pero con gran distensión abdominal³¹.

Diagnóstico

La valoración clínica es fundamental en estos pacientes; siendo destacable los signos y síntomas de un cuadro de interrupción del tránsito intestinal que se caracteriza por distensión y timpanismo abdominal. La radiografía también puede evidenciar asas dilatadas proximales a la obstrucción, con ausencia parcial o total de gas a nivel distal. En el 20-30% de los casos, la radiografía puede ser normal o con alteraciones poco evidentes, aún más en las obstrucciones altas de yeyuno proximal. La tomografía computarizada (TC) es muy útil por su resolución³¹.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía de emergencia se indica en caso de isquemia colónica con la subsiguiente resección con anastomosis primaria o colostomía³¹.

El tratamiento quirúrgico es obligatorio en la mayoría de pacientes con oclusión intestinal completa. Una vez diagnosticado, la cirugía se debe realizar lo antes posible, una vez que se han controlado las alteraciones de volumen del plasma, de electrolitos y del equilibrio ácido base. Los retrasos injustificados de la cirugía aumentan el riesgo de morbimortalidad por estrangulación intestinal³¹.

En caso de obstrucción de intestino delgado por bridas y adherencias, el procedimiento puede ser muy simple, como la sección o liberación o de una brida aislada, o difícil como en los casos de múltiples adherencias y la liberación puede ser laboriosa y riesgosa. En aquellos con compromiso vascular y gangrena intestinal, se debe realizar la resección del segmento comprometido y el aseo peritoneal correspondiente³¹.

2.2.2.2. Colecistitis aguda

Constituye la causa más frecuente de dolor abdominal en adultos mayores, teniendo que el 50% de este grupo etario padece de litiasis biliar; el 25% de estos pacientes con colecistitis aguda no refiere dolor severo, además que menos de la mitad presenta fiebre, vómitos o leucocitosis; las complicaciones tras el retraso en el diagnóstico incluyen perforación, empiema y sepsis severa⁵.

Tratamiento quirúrgico

Colecistectomía Laparoscópica:

Permite resolver la colelitiasis y constituye un tratamiento valioso porque esta enfermedad es una patología de alta prevalencia mundial. En contraste con el abordaje abierto, el abordaje laparoscópico de esta cirugía tiene como beneficios: menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, menor tiempo de recuperación y menor mortalidad operatoria. Es por esto que la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección de la colelitiasis y sus complicaciones: colecistitis aguda o crónica, coledocolitiasis y pancreatitis aguda³².

Indicaciones: Las indicaciones de la colecistectomía laparoscópica se han mantenido relativamente constantes, comprendiendo los cálculos biliares sintomáticos los cuales se caracterizan por cólico biliar, colecistitis crónica, colecistitis aguda, pancreatitis biliar y discinesia biliar, también comprende las complicaciones de las enfermedades agudas y crónicas de la vesícula biliar³².

2.2.2.3. Apendicitis aguda

La apendicitis aguda se define como la inflamación del apéndice que resulta en la obstrucción de la luz apendicular seguida de infección.

Cuadro clínico

Inicia con dolor abdominal difuso periumbilical que migra a fosa iliaca derecha. Además, está asociado a náuseas, vómitos y pérdida de apetito. El 10% de casos de apendicitis aguda se presenta en pacientes mayores de 60 años pero con morbimortalidad alta; el dolor que no se localiza en la fosa

iliaca derecha, la ausencia de fiebre y leucocitosis constituyen la clínica atípica⁵.

Se desarrolla en 4 fases:

- Fase catarral: edema y congestión de la serosa³³.
- Fase flemonosa: infección bacteriana intramural sin necrosis³³.
- Fase gangrenosa: isquemia y necrosis transmural con exudado seroso³³.
- Fase perforada: existe coprolito libre en la cavidad abdominal; en esta fase es considerada una apendicitis complicada³³.

Diagnóstico

El examen físico juega un papel importante en esta patología, caracterizado por dolor abdominal a la palpación en la fosa iliaca derecha, seguido de los signos de Blumberg, de Rovsing, del obturador, o del iliopsoas; los que son indicativos de esta patología. La leucocitosis con neutrofilia son sensibles pero poco específicas; la ecografía abdominal es de gran ayuda en casos con clínica o signos dudosos²⁹.

Tratamiento quirúrgico

La extirpación del apéndice cecal es la finalidad de la apendicectomía; para ellos existen dos tipos de abordaje³⁴:

- Apendicectomía abierta o convencional: implica acceder al apéndice cecal mediante varios tipos de incisiones de la pared abdominal³⁴.
- Apendicectomía laparoscópica: se hace uso de equipos de video endoscopia para la visualización y extirpación en el interior de la

cavidad abdominal y llegar al apéndice cecal mediante un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo³⁴.

2.2.2.4. Hernias de la región inguinal²⁹

Las complicaciones de las hernias inguinales son consideradas emergencias quirúrgicas, entre ellas se encuentran:

Incarceración herniaria: sucede cuando el contenido del saco herniario no puede ser reducido, a causa del incremento de la presión intraabdominal (provocado por la tos, defecación y otros esfuerzos); esto hace que las asas intestinales se vean forzadas a entrar en el saco herniario, donde son incapaces de regresar a la cavidad abdominal al no existir alguna presión retrógrada; esta fase puede durar horas, dilata las asas y provoca obstrucción intestinal²⁹.

Estrangulación: se caracteriza por que se encuentra comprometido el lecho vascular dentro del saco herniario; no obstante, está precedido por un compromiso venoso que causa edema y congestión hasta producir compromiso arterial con una posterior isquemia y finalmente necrosis intestinal²⁹.

Cuadro clínico

El primer signo de una hernia inguinal en pacientes de edad avanzada es un dolor local de duración variable acompañado de náuseas y vómitos, ausencia de deposiciones y la existencia de una tumoración en la región inguinal; también pueden presentarse signos de irritación peritoneal indicativos de

isquemia y necrosis intestinal con peritonitis cuando el cuadro lleva instalado muchas horas²⁹.

Diagnóstico

La sintomatología sumada a una exploración detallada de la región abdominal bilateral en algunos casos es difícil debido a la condición del paciente, como suele suceder en pacientes obesos; donde la tomografía abdominal es un gran recurso, y se podrá evaluar la existencia de la hernia, el contenido del saco herniario y analizar la viabilidad del intestino²⁹.

Tratamiento quirúrgico

Una vez intentadas las maniobras no se logra la reducción, se procede de la manera más rápida a la intervención quirúrgica; donde se realiza la resección del segmento de intestino comprometido y posterior a ellos la colocación de una malla ya sea con un abordaje abierto o laparoscópico²⁹.

2.2.2.5. Traumatismo abdominal cerrado²⁹

Conforma la mayor parte de lesiones abdominales que se presentan en los servicios de emergencias, siendo responsable de cifras altas de mortalidad y morbilidad; en gran parte a causa de accidentes automovilísticos y una pequeña cantidad se debe caídas con golpes en el abdomen. Los órganos que en su mayoría se ven comprometidos son el bazo y el hígado, sin embargo, las lesiones en páncreas, intestino y mesenterio son menos frecuentes³⁵.

Cuando no existe afectación peritoneal; es decir hay ausencia de solución de continuidad en el peritoneo se habla de un trauma abdominal cerrado³⁶.

Cuadro clínico

La presencia de dolor e hipersensibilidad abdominal incrementan la sospecha de lesión intraabdominal en pacientes que acaban de sufrir traumatismo abdominal; esto aunado con alteraciones del estado mental o lesiones en la superficie abdominal dirigen el diagnóstico. En adultos mayores la sintomatología suele atenuarse a diferencia de otros grupos poblacionales; por lo cual se debe mantener la observación detallada en este tipo de pacientes³⁵.

Diagnóstico

El estudio detallado de la sintomatología del paciente puede ser apoyada por la Tomografía abdominal para identificar lesiones orgánicas y la probabilidad de manejo quirúrgico³⁵.

Tratamiento quirúrgico

Indicaciones para Laparotomía:

- Paciente con sospecha de lesión intraabdominal, que presenta signos de hemorragia o hipotensión³⁵.
- Signos de irritación peritoneal³⁵.
- Neumoperitoneo evidenciado por radiografía³⁵.
- Sangrado gastrointestinal importante evidenciado a través de sonda nasogástrica o hematemesis³⁵.

2.3. Marco Conceptual

Perfil epidemiológico: Referente a la investigación de los factores que se asocian a las enfermedades, así como a la prevalencia, incidencia y distribución de las patologías que aquejan a determinada población con el objeto de establecer estrategias para su prevención y manejo³⁷.

Perfil clínico: Proceso indagatorio para diagnosticar una enfermedad, tiene como objetivo el conocimiento del proceso salud-enfermedad, para lo cual analiza los factores asociados, como los antecedentes, examen físico, y exámenes complementarios; en los cuales destacan signos y síntomas del paciente³⁸.

Emergencia médica y/o quirúrgica: Comprende cualquier condición repentina o inesperada que exija atención inmediata porque representa peligro inminente para la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente³⁹.

Abdomen agudo quirúrgico: Conlleva un conjunto de cuadros clínicos que tienen como característica singular el dolor abdominal agudo, frecuentemente de aparición súbita que suelen requerir intervención quirúrgica inmediata para su tratamiento⁴⁰.

Antecedentes quirúrgicos: Implica la identificación de intervenciones quirúrgicas que el paciente ha tenido a lo largo de su vida⁴¹.

Condición de egreso: Se refiere el retiro de un paciente de la atención en internamiento hospitalario; esto significa la finalización de la estancia del paciente en el establecimiento de salud, así como la liberación de la cama hospitalaria, con motivo de alta médica o de su fallecimiento⁴².

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general

Esta investigación no presenta hipótesis general por ser de naturaleza descriptiva⁴³.

3.2. Variables

3.2.1. Variables de interés

Adulto mayor

Cirugía de emergencia

3.2.2. Variables de caracterización

Perfil epidemiológico y clínico

3.2.2.1. Perfil epidemiológico

Edad

Sexo

Antecedentes quirúrgicos

Comorbilidades

3.2.2.2. Perfil clínico

Cuadro clínico

Diagnóstico

Procedimiento quirúrgico realizado

Condición de egreso

3.3. Operacionalización de las variables

(Ver ANEXO N°2)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación⁴³

La presente investigación se basa en el método científico; y es de carácter cuantitativo.

4.2. Tipo de investigación⁴⁴

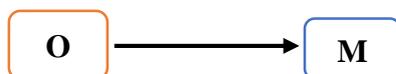
- Según propósito inmediato : Básica
- Según intervención del investigador : Observacional
- Según el número de mediciones de la variable : Transversal
- Según fuente de Datos : Documental
- Según el Momento de recolección de datos : Retrospectiva

4.3. Nivel de investigación⁴⁴

Descriptivo

4.4. Diseño de la investigación⁴⁵

El diseño del estudio es descriptivo simple no experimental Diseño Observacional simple no experimental – transversal, ya que el investigador busca recoger información para describir el perfil epidemiológico y clínico.



Donde:

O= Observación

M= Historias clínicas de adultos mayores intervenidos por cirugía de emergencia

4.5. Población y muestra

4.5.1. La población de estudio estuvo conformada por 118 historias clínicas de pacientes con edad igual o mayor a 60 años que requirieron intervención quirúrgica de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la provincia de Huancayo desde el 01 de enero al 31 de diciembre del 2022.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con edad de 60 años o más.
- Historias clínicas de pacientes que fueron sometidos a cirugía de emergencia.
- Historias clínicas con datos completos.
- Historias clínicas que cuenten con reporte operatorio.
- Historias clínicas de pacientes fallecidos posterior a una intervención quirúrgica de emergencia.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes menores de 60 años.
- Historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía electiva.
- Historias clínicas de pacientes con datos incompletos o ilegibles.

4.5.2. La muestra en el presente estudio incluyó a toda la población comprendida por 118 historias clínicas de adultos desde los 60 años a los que se les realizó cirugía de emergencia.

Por tanto, la población y la muestra fueron la misma.

4.6. Métodos, Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” mediante la Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación. Posterior a la aceptación para la ejecución del trabajo de investigación, mediante la oficina de Estadística se recabó la lista de números de Historias Clínicas con las características señaladas para el estudio; con lo cual se procedió a la búsqueda y revisión física en el archivo del nosocomio.

Se registraron los resultados acordes a los números de Historia clínica en las fichas de recolección de datos (Ver anexo N° 3).

La técnica utilizada en el presente trabajo fue el análisis documental.

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos creado por el investigador, con ítems ordenados y sistematizados. Esta ficha fue denominada

“Perfil de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2022”; la cual cuenta con 2 dimensiones y 8 indicadores, elaborada en relación a los objetivos de este estudio.

4.7. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Posterior a la recopilación de datos de todas las fichas de recolección, fueron revisadas para corroborar que cumplan los criterios de inclusión planteados; para la creación de la base de datos mediante el programa Microsoft Excel 2019, con el subsiguiente análisis estadístico de las variables de estudio y dar a conocer los resultados del estudio.

4.8. Aspectos éticos de la Investigación

Este estudio se rige a lo fomentado por la bioética, cumpliendo con los principios éticos de no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia. Además, cumplió con las normas de buenas prácticas respecto a la investigación amparadas en la declaración de Helsinki. Para la ejecución de esta investigación se solicitó el permiso institucional del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la provincia de Huancayo, en la Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación para tener acceso al registro de las historias clínicas de la población estudiada; los cuales cumplieron los criterios de inclusión.

Así mismo, fue sometida a revisión por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes, siendo aprobada según OFICIO N° 086-2023-DUI-FMH-UPLA.

Por último, se preservó la privacidad de las fichas de recolección de datos y la entrega de la información recogida por dichas herramientas.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de Resultados

Tras la recopilación de datos de la base facilitada por el área de estadística de la institución, se revisaron un total de 118 historias clínicas de pacientes ≥ 60 años atendidos en el servicio de cirugía intervenidos de emergencia desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2022.

5.1.1. Perfil epidemiológico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia

Tabla N° 1. Pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia según sexo y grupo de edad en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2022

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60-70	35	29.66	21	17.80	56	47.46
71-80	22	18.64	22	18.64	44	37.29
Más de 80	7	5.93	11	9.32	18	15.25
Total	64	54.23	54	45.76	118	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a la ficha de recolección de datos.

En la Tabla N° 1, se muestra la frecuencia absoluta y relativa de pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia según sexo y grupo de edad, los cuales fueron distribuidos en 3 grupos de edad consignados en las filas y según sexo en las columnas; donde se observa que el mayor porcentaje de la población estuvo comprendida por el sexo masculino con 54.23%. En cuanto a la edad, el grupo de 60 a 70 años presentó la mayor incidencia con 47.46% a diferencia del grupo de mayores de 80 años que fue el menos representativo con 15.25%.

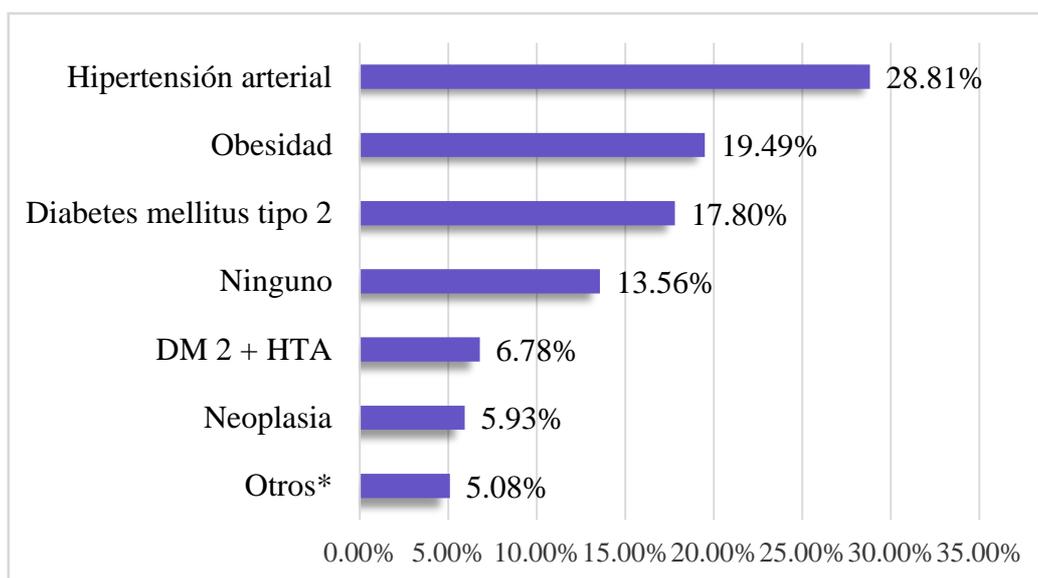
Tabla N° 2. Antecedentes quirúrgicos en pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2022

Antecedentes quirúrgicos	N	%
Si	77	65.25
No	41	34.75
Total	118	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a la ficha de recolección de datos.

En la Tabla N° 2, se muestra la frecuencia absoluta y relativa de antecedentes quirúrgicos en los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia, los que fueron distribuidos en 2 ítems; encontrándose que la mayor parte de esta población presentaba alguna intervención quirúrgica previa en su historial médico con un 65.25%; no bastante, el 34.75% de pacientes no mostró antecedentes.

Gráfico N° 1. Comorbilidades asociadas a pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2022



Fuente: Elaboración propia en base a la ficha de recolección de datos.

Otros*: agrupa patologías como arritmias, hiperplasia benigna de próstata, enfermedad renal crónica, epilepsia.

En el Gráfico N° 1 se observa de manera descendente la incidencia de las comorbilidades encontradas en los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia, encontrándose que las comorbilidades asociadas a esta población con mayor frecuencia fueron Hipertensión arterial, Obesidad y Diabetes mellitus tipo 2, representando el 28.81%, 19.49% y 17.80% respectivamente. Cabe mencionar que un 6.78% mostró la asociación de dos comorbilidades, siendo estas Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial. Por otra parte, otras comorbilidades afectaban al 5.08% constituyendo la minoría.

5.1.2. Perfil clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia

Tabla N° 3. Cuadro clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2022

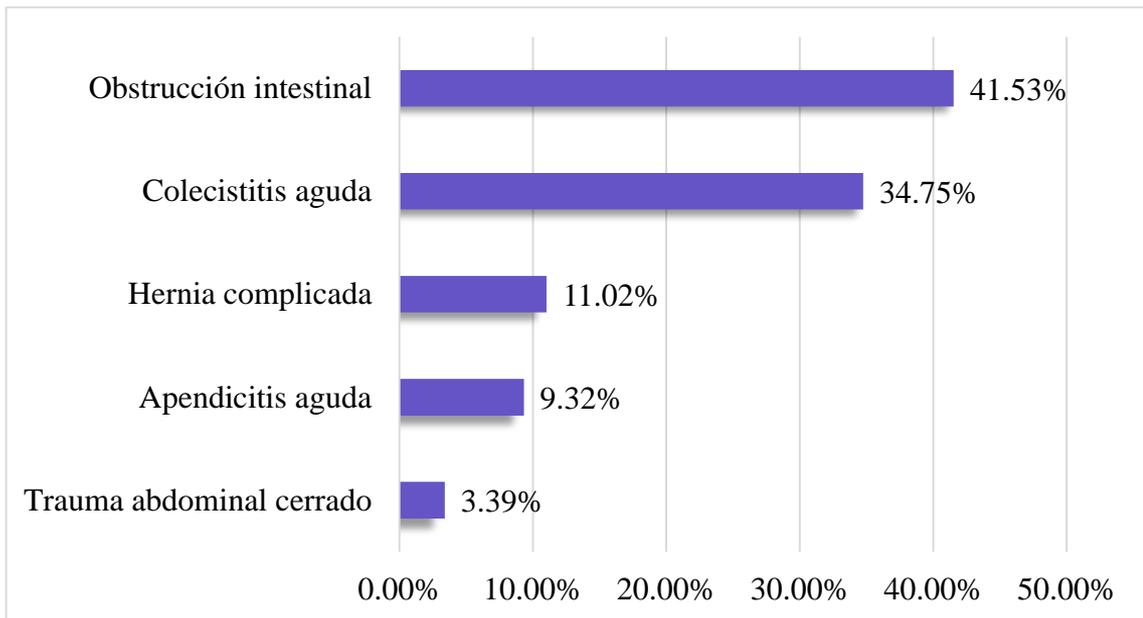
Cuadro clínico	N	%
Dolor abdominal + vómitos	39	33.05%
Dolor abdominal + distensión abdominal	24	20.34%
Distensión abdominal + constipación	17	14.41%
Dolor abdominal + hiporexia	13	11.02%
Dolor abdominal + constipación	10	8.47%
Dolor abdominal + sensación de masa	8	6.78%
Dolor abdominal + ictericia	3	2.54%
Pérdida de consciencia	2	1.69%
Hematemesis	2	1.69%
Total	118	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a la ficha de recolección de datos.

En la Tabla N° 3, se muestra la frecuencia absoluta y relativa del cuadro clínico que presentaron los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia, observando que el mayor porcentaje de la población presentó dolor abdominal + vómitos con 33.05%; el segundo lugar fue ocupado por dolor abdominal + distensión

abdominal con 20.34%. Por el contrario, la pérdida de consciencia y hematemesis constituyen la menor frecuencia con 1.69% cada uno.

Gráfico N° 2. Diagnósticos de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2022



Fuente: Elaboración propia en base a la ficha de recolección de datos.

En el Gráfico N° 2 se observa de manera descendente la frecuencia relativa del diagnóstico en los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia, encontrándose que el primer lugar fue ocupado por la obstrucción intestinal con 41.53%; en segundo lugar, se encontró la colecistitis aguda con 34.75%; y en tercer lugar se situó la hernia complicada con 11.02%. Por otra parte, el trauma abdominal cerrado representa la menor frecuencia con 3.39%.

Tabla N° 4. Procedimientos quirúrgicos realizados en pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2022

Procedimiento quirúrgico	N	%
Resección intestinal + colostomía tipo Hartmann	22	18.64%
Colecistectomía laparoscópica + dren	19	16.10%
Resección intestinal + anastomosis T-T	17	14.41%
Colecistectomía abierta + dren	15	12.71%
Liberación de bridas y adherencias	10	8.47%
Reducción herniaria + hernioplastia	8	6.78%
Apendicectomía laparoscópica	8	6.78%
Colelap convertida + dren	7	5.93%
Resección + anastomosis	5	4.24%
Apendicectomía convencional	3	2.54%
Laparotomía exploratoria + resección intestinal	2	1.69%
Laparotomía exploratoria + gastrorrafia	1	0.85%
Laparotomía exploratoria + duodenorrafia	1	0.85%
Total	118	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a la ficha de recolección de datos.

En la Tabla N° 4, se muestra la frecuencia absoluta y relativa de los procedimientos quirúrgicos realizados en adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia, observando que la resección intestinal + colostomía tipo Hartmann fue el

procedimiento más realizado con 18.64%; seguido de la colecistectomía laparoscópica + colocación de dren con 16.10% del total de pacientes estudiados, las intervenciones realizadas con menos frecuencia fueron laparotomía exploratoria + gastrorrafia y laparotomía exploratoria + dueodenorrafia cada uno con 0.85%.

Tabla N° 5. Condición de egreso de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía

Condición de egreso	N	%
Vivo	99	83.90%
Fallecido	19	16.10%
Shock séptico	18	94.74%
Trombosis mesentérica	1	5.26%
Total	118	100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a la ficha de recolección de datos.

de Emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2022

En la Tabla N° 5, se muestra en que condición egresaron los adultos mayores que el 83.90% de adultos mayores posterior al procedimiento quirúrgico egresó del hospital en condición de vivo; sin embargo, 16.10% falleció tras la cirugía. De los 19 pacientes fallecidos el 94.74% presentó como causa de muerte shock séptico y 5.26% falleció a causa de trombosis mesentérica.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A partir de los resultados y análisis realizados en el presente estudio se pudo determinar el perfil epidemiológico y clínico de 118 pacientes adultos mayores que requirieron cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo durante el 2022.

La cirugía mayor en pacientes de 60 años a más era considerada un acontecimiento excepcional un tiempo atrás¹²; sin embargo, con el incremento de la esperanza de vida y los progresos médicos actualmente es un suceso mucho más habitual que se expande a pacientes aún más añosos, como se evidencia en este estudio donde el grupo de edad comprendido entre los 60 a 70 años mostró superioridad.

El hallazgo respecto a la edad muestra similitud con lo informado por Gómez D. et al⁹, Del Río GA. et al¹², Imata BG.¹⁵ y Huayna GT.¹⁸ los cuales clasificaron a su población con los mismos rangos de edad que esta investigación; no obstante difiere de Mehta A. et al¹⁰, González A.¹¹, Acea Y. et al¹³ y Chocce KV. et al¹⁶ quienes hallaron la media de edad de su población encontrándose la mayoría entre los 71 a 80 años.

En cuanto al sexo, los pacientes de sexo masculino representan la mayoría de patologías que requieren cirugía de emergencia; lo que coincide con lo descrito por Gómez D. et al⁹, González A.¹¹, Del Río GA. et al¹², Imata BG.¹⁵ y Huayna GT.¹⁸; sin embargo el sexo femenino se mostró preponderante en los estudios de Mehta A. et al¹⁰, Acea Y. et al¹³ y Vásquez G. et al¹⁴.

No obstante, Contreras. LC. Et al¹⁹ afirma que el sexo femenino es un factor protector para la obstrucción intestinal en pacientes sometidos a cirugía de emergencia en

adultos mayores, lo que explicaría un mayor porcentaje de varones con diagnóstico de obstrucción intestinal en nuestro estudio.

Tener conocimiento de operaciones anteriores en este grupo etario es de suma importancia para aportar y acercar al personal médico a un diagnóstico temprano y oportuno, es por ello que en esta serie de pacientes se indagó sobre estos, encontrando que la mayoría de los estos pacientes tenía intervenciones quirúrgicas con anterioridad; esto se relaciona con la asociación significativa entre la presencia de antecedentes quirúrgicos y la obstrucción intestinal¹⁹.

Los ancianos tienen un riesgo de mortalidad relativamente mayor después de una cirugía y especialmente en una de emergencia²⁸. En esta etapa de la vida un 70% de pacientes quirúrgicos tienen antecedentes patológicos importantes y por tanto el riesgo aumenta tres veces más¹³. La hipertensión arterial es la comorbilidad asociada en la mayoría de casos, esto respaldado por los elevados porcentajes que describieron Gómez D. et al⁹, Acea Y. et al¹³, Vásquez G. et al¹⁴, Chocce C. et al¹⁶, García RE.¹⁷ y Contreras. LC. Et al¹⁹; cabe resaltar que en nuestra investigación el 31.58% de fallecidos era hipertenso.

En nuestra serie, la obesidad se muestra como segunda comorbilidad asociada a diferencia de Huayna GT.¹⁸ quien ubica esta patología en quinto lugar y los demás estudios no la mencionan entre las principales; lo que podría indicar una característica de la población geriátrica en nuestra región.

Respecto a la presentación clínica dependerá de la patología que motivó la intervención quirúrgica, por ende, los estudios anteriores acerca del tema no consignaron este indicador dentro de sus resultados; sin embargo, en esta investigación se buscó

determinar la clínica en general de este tipo de pacientes, obteniendo que la mayoría presentó dolor abdominal seguido de otro síntoma como los son los vómitos en primer lugar, el dolor abdominal acompañado de distensión abdominal fue el segundo en frecuencia; esto relacionado con los principales diagnósticos encontrados en esta serie.

En este estudio la obstrucción intestinal fue el diagnóstico comúnmente asociado a intervenciones de emergencia, esto coincide con Céspedes H. et al⁸ y Vásquez G. et al¹⁴; lo cual puede deberse a que las adherencias son responsables de al menos el 65% de las obstrucciones intestinales evidenciado en una de las fuentes nacionales¹⁷; más del 80% de estas adherencias son postquirúrgicas lo que es justificado por las cirugías anteriores en el anciano. En contraste con Gómez D. et al⁹, González A.¹¹, Del Río GA. et al¹² quienes sitúan esta patología en segundo lugar.

Sin embargo, otros investigadores encontraron en primer lugar a la apendicitis aguda como el diagnóstico causante de la cirugía de emergencia^{11,15,18}, de la cual se tiene la idea que es un cuadro propio de pacientes jóvenes, pero se encontró que el 28% de esta entidad sucede en el adulto mayor y que muchas veces no se sospecha.

Nos llama la atención que la colecistitis aguda en el anciano se ubica en segundo lugar entre las causas más frecuentes que requieren cirugía de emergencia^{8,15,18}, hallazgo que se comportó idéntico al encontrado en nuestra serie; lo que podría mostrar una característica de los adultos mayores en nuestro medio.

En cuanto al procedimiento quirúrgico más realizado en esta investigación fue la resección intestinal más colostomía tipo Hartmann; este hallazgo podría deberse al número elevado de casos de obstrucción intestinal en esta secuencia de pacientes, por lo cual, comparamos este resultado con lo encontrado en estudios nacionales de García RE.¹⁷

y Contreras. LC. Et al¹⁹ ya que investigaron pacientes solo con este diagnóstico; ambos concluyeron que la liberación de bridas y adherencias fue el tipo de procedimiento mas habitual, pero situaron la resección y colostomía tipo Hartmann en segundo lugar con lo cual difieren de nuestro estudio.

No obstante, el estudio de Acea Y. et al¹³ coincide parcialmente donde la población en mayor proporción requirió resección intestinal y en segundo lugar la colostomía.

Finalmente, la mortalidad fue del 16.10% cercano a lo reportado por González A. (15%)¹¹ y Vásquez G. et al (15.09%)¹⁴, sin embargo, diferimos de Gómez D. et al (10.87%)⁹ y Mehta A. et al (7%)¹⁰, los cuales reportaron cifras más bajas. La principal causa de muerte fue el shock séptico seguido de la trombosis mesentérica, esto señala la importancia de analizar la etiología, así como la edad y las comorbilidades del paciente.

Dentro de las limitaciones en la realización de este estudio se encuentra que las historias clínicas de una parte de los pacientes fallecidos no fueron encontradas por el personal en el área de archivo, es por ello que dichas historias clínicas no fueron registradas en este estudio, reduciendo nuestra población e impidiendo investigar en su totalidad esta población.

CONCLUSIONES

1. El perfil epidemiológico identificado en los pacientes adultos mayores que requirieron cirugía de emergencia fue el siguiente: el rango de edad predominante fue entre los 60 a 70 años, la mayoría de pacientes pertenece al sexo masculino; la mayor parte presentaba antecedentes quirúrgicos y la hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente en nuestro trabajo.
2. El perfil clínico identificado en esta población de ancianos fue el siguiente: el dolor abdominal acompañado de vómitos conformó el cuadro clínico que predominó, y la obstrucción intestinal fue la patología más diagnosticada entre ellos.
3. La resección intestinal más colostomía tipo Hartmann constituye el procedimiento quirúrgico más realizado en la población de adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia.
4. Se encontró un 16.10% de mortalidad entre los adultos mayores que necesitaron intervención quirúrgica de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" durante el 2022.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda hacer un diagnóstico precoz a través de una anamnesis detallada sin olvidar indagar acerca de los antecedentes y comorbilidades, además realizar un buen examen físico; ya que en este grupo de pacientes el tiempo es valioso en la evolución de la enfermedad.
2. Se recomienda en su medida y cuando sea factible, la posibilidad de intervenir quirúrgicamente con técnicas endoscópicas y así evitar complicaciones de una cirugía mayor que conllevan el incremento de la morbimortalidad en este grupo etario.
3. Es recomendable brindar un abordaje integral y multidisciplinario a los adultos mayores; a su vez hacer el seguimiento adecuado por consultorio externo de la especialidad posterior al alta del paciente geriátrico.
4. Finalmente, es aconsejable realizar más estudios en este grupo poblacional ante su notable incremento, con el fin de estudiar ampliamente los factores que ponen en riesgo a estos ancianos que se encuentran en la edad de oro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor [Internet]. Perú: INEI; 2022 sep p. 50p. Report No.: 04. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2022.pdf>
2. MIDIS. Reporte regional de indicadores sociales del departamento de Junín [Internet]. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; 2023 p. 6. Disponible en: <https://sdv.midis.gob.pe/redinforma/Upload/regional/Junin.pdf>
3. Santana Sánchez R, Hernández Pedroso W, Chacón Montan D, González Mesana R, Venegas Rodríguez R, Pacheco Otero Y. Caracterización del paciente geriátrico en la unidad de cuidados especiales del centro de urgencia. Rev Cub Med Mil [Internet]. diciembre de 2019;48(4):797-810. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2019/cmm194i.pdf>
4. Parés D, Fernández LLamazares J. Unidades funcionales para el manejo quirúrgico del paciente geriátrico. Cir Esp [Internet]. 2018;96(3):129-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X18300642>
5. Asociación española de Cirujanos. Manejo quirúrgico de pacientes de edad avanzada. AEC [Internet]. 2021;1(11):94. Disponible en: https://www.riojasalud.es/files/content/newsletter/20210521/20210521_n4.pdf
6. Siam B, Cooper L, Orgad R, Esepkina O, Kashtan H. Outcomes of surgery in patients 90 years of age and older: A retrospective cohort study. Surgery. mayo de 2022;171(5):1365-72.
7. Treuer R. Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. Rev Médica Clínica Las Condes. marzo de 2017;28(2):282-90.
8. Céspedes Rodríguez HAC, Bello Carr A, Fernández Pérez R. Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico. Rev Cuba Cir [Internet]. 2020;59(4):15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000400001
9. Gómez Blanco DI, Martínez Echevarría A, Jiménez García Y. Caracterización del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Rev Univ Médica Pinareña [Internet]. 2017;13(1):15-22. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/204>
10. Mehta A, Varma S, Efron DT, Joseph BA, Lunardi N, Haut ER, et al. Emergency general surgery in geriatric patients: How should we evaluate hospital experience? J Trauma Acute Care Surg [Internet]. febrero de 2019;86(2):189. Disponible en: https://journals.lww.com/jtrauma/Abstract/2019/02000/Emergency_general_surgery_in_geriatric_patients_.3.aspx

11. González Hernández A. Cirugía de urgencia abdominal en el adulto mayor [Internet] [Para obtener el grado de Especialista en cirugía general]. [México]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2021/febrero/0807482/Index.html>
12. Del Río Pérez GA, Torres Toledo D, Duménigo Rodríguez R. Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Acta Médica Cent [Internet]. 2020;14(2):9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v14n2/2709-7927-amdc-14-02-222.pdf>
13. Acea Paredes Y, Santana Pedraza T, Estepa Pérez JL. Caracterización de ancianos fallecidos en Servicio de Cirugía General. Cienfuegos, 2016-2018. MediSur [Internet]. octubre de 2020;18(5):846-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000500846
14. Vásquez Cedeño G, Guevara Palermo E. Evaluación de pacientes adultos mayores con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Estudio prospectivo, descriptivo, no experimental. Rev Venez Cirugía [Internet]. septiembre de 2020;73(1):4-9. Disponible en: <https://www.revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/288/512>
15. Imata Ccama BG. Factores asociados a complicaciones postoperatorias de cirugías de emergencia de abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor en el Hospital III Goyeneche - Arequipa durante la pandemia por COVID-19 en el año 2021 [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. [Arequipa]: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2022. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/14210/MCimccbg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Chocce Falla KV, Salinas Ochoa BJ. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes adultos mayores con apendicitis aguda en el Hospital Cayetano Heredia durante el periodo 2015 al 2017 [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6372/Caracteristicas_ChocceFalla_Karina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. García Rengifo RE. Obstrucción intestinal asociada a cirugía de urgencia en el adulto mayor, Hospital II-2 Tarapoto 2015 - 2016 [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. [Tarapoto]: Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/2611/1/MEDICINA%20-%20Garcia%20Rengifo%20-%20Rodrigo%20Enrique.pdf>
18. Huayna Pilco GT. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en el abdomen agudo quirúrgico del paciente adulto mayor. Hospital Regional Honorio Delgado- 2017 [Internet] [Para optar el título profesional de Médico Cirujano]. [Arequipa]: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8464a18a-8d37-4756-9af7-fce9b4190e0a/content>

19. Contreras Amoretti LC. Obstrucción intestinal asociada a cirugía de urgencia en adultos mayores en el Hospital Santa Rosa 2014 - 2015 [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. [Lima, Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2017. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5168/MED-Contreras%20Amoretti%2c%20Leya%20Cindy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
21. Banco Mundial. Población de 65 años de edad y más [Internet]. Grupo Banco mundial. 2021. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS>
22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores [Internet]. 2021 [citado 9 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
23. Dirección Regional de Salud de Junín. DIRESA Junín brinda atención integral para adultos mayores [Internet]. 2019 [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en: http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019082217_diresa_junin_gestiona_salud_integral_para_adultos_mayores/
24. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriátría Gerontol* [Internet]. 1 de marzo de 2015;50(2):89-96. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X14002236>
25. Ferreira de Oliveira D, Suguiyama Nakajima G, Byk J. Cirugía en pacientes ancianos: Revisión sistemática de la literatura. *Rev Bioét* [Internet]. junio de 2019;27(2):304-12. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/hNkMsSfbS6CZzLv75Ht4Dnd/?lang=es&format=pdf>
26. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. *Soc Esp Geriátría Gerontol*. 2006;807.
27. National Institute on Drug Abuse. La comorbilidad [Internet]. Comorbilidad. 2023. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad#:~:text=La%20%22comorbilidad%22%2C%20tambi%C3%A9n%20conocida,%20uno%20despu%C3%A9s%20del%20otro.>
28. Castellanos Olivares A, Sánchez Ruíz JG, Gómez Sánchez G, Salgado Figueroa M. Prevalencia de comorbilidades en el paciente geriátrico y pronóstico postoperatorio. *Rev Mex Anestesiología*. junio de 2017;40(1):S103-5.
29. Pérez Díaz D, Ceballos Esparragón J. Cirugía de urgencias. Guía clínica de la Asociación española de Cirujanos. Asociación Española de Cirujanos. octubre de

2019;1(20):320.

30. Shafi S, Schuster KM, Crandall MLC, Gale SC. Emergency General Surgery. En: Definition of Emergency General Surgery (EGS) and Its Burden on the Society [Internet]. Springer, Cham.; 2019. p. 1-11. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-96286-3_1#citeas
31. Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. Emerg Med Clin North Am [Internet]. noviembre de 2003;21(4):937-69. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733862703000725?via%3Dihub>
32. Salirrosas Sepúlveda MF. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes adultos mayores sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Vitarte 2012-2015 [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. [Lima, Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2017. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5215/MED-Salirrosas%20Sep%20c3%20balveda%20Melissa%20Flor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Brunicardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D. Schwartz's Principles of Surgery. Vol. 10. Mc Graw Hill Education; 2015. 1241-1261 p.
34. García Lara RA. Efectividad de Apendicectomía laparoscópica versus Convencional en adultos mayores - Hospital Sergio Bernales 2018 [Internet] [Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Cirugía general]. [Lima, Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2019. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5108/ramos_qic.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Asociación Mexicana de Cirugía General. Traumatismo abdominal cerrado: Evaluación inicial y manejo en adultos [Internet]. Traumatismo abdominal cerrado: Evaluación inicial y manejo en adultos. 2022. Disponible en: <https://amcg.org.mx/traumatismo-abdominal-cerrado/>
36. More Acevedo VaC. Asociación entre la cirugía de control de daños y las complicaciones postoperatorias en pacientes con trauma abdominal que llegan al Servicio de Trauma Shock del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo del 2021–2022 [Internet] [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. [Lima, Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2023. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6397/MORENO%20ACEVEDO%20VALESKA%20CAROLINE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico epidemiológico [Internet]. Uruguay: PAHO; 2011 p. 114. Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Diagnostico%20Epidemiologico%20FINAL%20compres.pdf>

38. Frómata Guerra A, Sánchez Figueredo SA, Maya Castro AM, Jara Lalama J, Valarezo Sevilla DV. El método Clínico: Perspectivas actuales. Rev Bionatura. 2017;2(1):255-60.
39. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud de los servicios de Emergencia. Lima, Perú: MINSA; 2006 p. 34. Report No.: 386.
40. Caínzos Fernández MA, Domínguez Comesaña E, González Rodríguez FJ, Blanco Freire MN, Parada González P, Lesquereux Martínez L, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. mayo de 2020;13(10):523-40. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541220301281>
41. Argente H, Álvarez M. Historia clínica del paciente internado. En: Semiología Médica. 2da ed. Panamericana; 2013.
42. MINSA. Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA [Internet]. Área de investigación y análisis; 2013. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>
43. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. Metodología de la investigación. 6ta ed. México D.F.: McGRAW-Hill; 2014. 634 p.
44. Díaz Lazo A. Construcción de instrumentos de investigación y medición estadística. 1ra ed. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2010.
45. Supo J, Zacarías H. Metodología de la investigación científica: para las Ciencias de la salud y las Ciencias sociales. 1ra ed. Arequipa: Independently published; 2020. 352 p.
46. Real Academia Española. Edad. En: Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid; 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
47. Real Academia Española. Sexo. En: Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid; 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
48. Real Academia Española. Comorbilidad. En: Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid; 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/comorbilidad>
49. Real Academia Española. Diagnóstico. En: Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid; 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/diagn%C3%B3stico>
50. MinSalud Colombia. Guía técnica «Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos» [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud Colombia; 2014 p. 107. Report No.: 2.0. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia.
2. Matriz de operacionalización de variables.
3. Instrumento de recolección de datos.
4. Data de procesamiento de datos
5. Constancia de aplicación del instrumento

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

“PERFIL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO, 2022”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
<p>¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2022?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>a) ¿Cuáles es el perfil epidemiológico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022?</p> <p>b) ¿Cuáles es el perfil clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022?</p> <p>c) ¿Cuál es el procedimiento quirúrgico más frecuente en los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022?</p> <p>d) ¿Cuál es la mortalidad entre los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022?</p>	<p>Describir el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>a) Identificar el perfil epidemiológico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022.</p> <p>b) Identificar el perfil clínico de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022.</p> <p>c) Identificar el procedimiento quirúrgico más frecuente en los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022.</p> <p>d) Describir la mortalidad en los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022.</p>	<p>Variables de interés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulto mayor - Cirugía de emergencia <p>Variables de caracterización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Perfil epidemiológico:</i> Edad Sexo Antecedentes quirúrgicos Comorbilidades - <i>Perfil clínico:</i> Síntoma principal Diagnóstico Procedimiento quirúrgico realizado Condición de egreso 	<p>Esta investigación no presenta hipótesis general por ser de naturaleza descriptiva.</p>	<p>Tipo de Investigación: Cuantitativa, documental, transversal, retrospectivo, observacional.</p> <p>Nivel de investigación: Descriptivo</p> <p>Población: Estuvo conformada por 118 historias clínicas de los pacientes de 60 años a más que requirieron cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico-Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de la provincia de Huancayo desde el 01 de enero al 31 de diciembre del 2022. La muestra en el presente estudio incluyó a toda la población comprendida por 118 historias clínicas de adultos desde los 60 años a los que se les realizó cirugía de emergencia.</p>	<p>En el presente trabajo se empleará el análisis documental.</p> <p>Instrumento: La ficha de recolección de datos creado por el investigador, con ítems ordenados y sistematizados. Esta ficha se denomina "Perfil de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo, 2022"; la cual cuenta con 2 dimensiones y 8 indicadores, elaborada a propósito de la investigación.</p> <p>Análisis de datos: Microsoft Excel versión 16.7</p>

ANEXO 2: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Perfil epidemiológico	Edad	Tiempo que ha vivido una persona ⁴⁶	<ul style="list-style-type: none"> - 60– 70 años - 71– 80 años - Más de 80 años 	Cuantitativa	Intervalo	Historia clínica
	Sexo	Condición orgánica ⁴⁷	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
	Antecedentes quirúrgicos	Intervenciones quirúrgicas anteriores ⁴¹	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Cualitativo	Nominal	Historia clínica
	Comorbilidades	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo ⁴⁸	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus tipo 2 - Hipertensión arterial - Obesidad - Neoplasia - Ninguno - Otros 	Cualitativo	Nominal	Historia clínica
Perfil clínico	Cuadro clínico	Manifestación subjetiva de una enfermedad ⁴¹	Síntoma por el que acude a emergencia descrito en la historia clínica	Cualitativo	Nominal	Historia clínica
	Diagnóstico	Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos y síntomas ⁴⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Apendicitis aguda - Obstrucción intestinal - Hernia complicada - Colecistitis aguda - Trauma abdominal cerrado 	Cualitativo	Nominal	Historia clínica
	Procedimiento quirúrgico realizado	Operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades, con fines diagnósticos o de tratamiento ⁵⁰	Tipo de procedimiento quirúrgico realizado consignado en la historia clínica	Cualitativo	Nominal	Historia clínica
	Condición de egreso	Retiro de un paciente del internamiento del hospital; incluye periodo de hospitalización y desocupación de la cama hospitalaria, por alta o fallecimiento ⁴² .	<ul style="list-style-type: none"> -Vivo -Fallecido 	Cualitativo	Nominal	Historia clínica

ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
“PERFIL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A CIRUGÍA
DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE
HUANCAYO, 2022”

Ficha N°:

Historia clínica N°:

PERFIL EPIDEMIOLOGICO		
1. Edad	()	60 – 70 años
	()	71 – 80 años
	()	Más de 80 años
2. Sexo	()	Femenino
	()	Masculino
3. Antecedentes quirúrgicos	()	Si
	()	No
4. Comorbilidades	()	Diabetes Mellitus tipo 2
	()	Hipertensión arterial
	()	Obesidad
	()	Neoplasia
	()	Ninguno
	()	Otros
PERFIL CLÍNICO		
5. Cuadro clínico	(Transcribir de la Historia Clínica)	
6. Diagnóstico	()	Apendicitis aguda
	()	Obstrucción intestinal
	()	Hernia complicada
	()	Colecistitis aguda
	()	Trauma abdominal cerrado
7. Procedimiento quirúrgico realizado	(Transcribir de la Historia Clínica)	
8. Condición de egreso	()	Vivo
	()	Fallecido

ANEXO 4: DATA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

BASE 2

Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Calibrí (Cuer... 12 A A Ajustar texto General Formato Dar formato Estilos Insertar Eliminar Formato Autosuma Rellenar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

N° FICHA	N° HC	RANGO EDAD	EDAD	SEXO	ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	SÍNTOMA PRINCIPAL	OMORIBILIDADE	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	CONDICIÓN	CAUSA
1	19881065	60 - 70	64	Masculino	Si	Dolor abdominal, distensión abdomina	Ninguno	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
2	19881519	71 - 80	74	Masculino	No	Hematemesis	HTA	Trauma abdominal cerrado	Laparotomía exploratoria + resección intestinal	Vivo	
3	48710886	60 - 70	70	Femenino	Si	Distensión abdominal, constipación	Ninguno	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
4	20678391	71 - 80	76	Masculino	No	Hematemesis	DM 2	Trauma abdominal cerrado	Laparotomía exploratoria + gastrorrafia	Fallecido	Shock séptico pp abdominal
5	23208258	Más de 80	82	Femenino	Si	Dolor abdominal, constipación	HTA	Obstrucción intestinal	Resección + anastomosis T-T	Fallecido	Shock séptico pp abdominal
6	20083743	60 - 70	63	Masculino	Si	Dolor abdominal, distensión abdomina	Ninguno	Hernia complicada	Resección + anastomosis	Vivo	
7	19954144	71 - 80	78	Masculino	Si	Pérdida de conciencia	DM 2	Trauma abdominal cerrado	Laparotomía exploratoria + resección intestinal	Vivo	
8	23277382	60 - 70	66	Femenino	Si	Distensión abdominal, constipación	Obesidad	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
9	7329713	71 - 80	71	Masculino	No	Distensión abdominal, constipación	HTA	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
10	19956084	Más de 80	83	Femenino	Si	Dolor abdominal, ictericia	DM 2	Colecistitis aguda	Colelap convertida + dren	Fallecido	Shock séptico pp abdominal
11	19974044	71 - 80	72	Masculino	Si	Dolor abdominal, hiporexia	Obesidad	Colecistitis aguda	Colelap convertida + dren	Vivo	
12	19956539	60 - 70	65	Masculino	No	Dolor abdominal, constipación	DM 2	Obstrucción intestinal	Resección + anastomosis T-T	Vivo	
13	20545656	71 - 80	77	Masculino	No	Dolor abdominal, constipación	Ninguno	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
14	19910957	71 - 80	79	Femenino	Si	Dolor abdominal, vómitos	DM 2 + HTA	Hernia complicada	Resección + anastomosis	Fallecido	Shock séptico pp abdominal
15	19999029	71 - 80	72	Masculino	No	Dolor abdominal, vómitos	HTA	Colecistitis aguda	Colecistectomía abierta + dren	Vivo	
16	19949655	60 - 70	64	Masculino	Si	Distensión abdominal, constipación	Ninguno	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
17	19871561	60 - 70	61	Masculino	No	Dolor abdominal, distensión abdomina	Ninguno	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
18	20423781	71 - 80	75	Femenino	Si	Dolor abdominal, vómitos	HTA	Colecistitis aguda	Colecistectomía abierta + dren	Vivo	
19	23650318	60 - 70	60	Femenino	Si	Dolor abdominal, sensación de masa	Ninguno	Hernia complicada	Reducción herniaria + hernioplastia	Vivo	
20	20077782	60 - 70	61	Femenino	Si	Dolor abdominal, constipación	Otros	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
21	19835097	60 - 70	61	Masculino	Si	Dolor abdominal, vómitos	HTA	Colecistitis aguda	Colecistectomía laparoscópica + dren	Vivo	
22	19833201	71 - 80	72	Masculino	Si	Pérdida de conciencia	DM 2	Trauma abdominal cerrado	Laparotomía exploratoria + duodenorrafia	Vivo	
23	20088931	60 - 70	69	Masculino	Si	Dolor abdominal, distensión abdomina	Neoplasia	Obstrucción intestinal	Resección + anastomosis T-T	Fallecido	Shock séptico pp abdominal
24	23683507	71 - 80	75	Femenino	No	Dolor abdominal, constipación	Obesidad	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
25	19972331	Más de 80	84	Masculino	Si	Distensión abdominal, constipación	HTA	Obstrucción intestinal	Resección + anastomosis T-T	Fallecido	Shock séptico pp abdominal
26	20040709	60 - 70	63	Femenino	Si	Dolor abdominal, vómitos	Neoplasia	Colecistitis aguda	Colecistectomía abierta + dren	Vivo	
27	19801706	71 - 80	71	Femenino	Si	Dolor abdominal, distensión abdomina	DM 2 + HTA	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
28	19895284	60 - 70	61	Masculino	Si	Dolor abdominal, distensión abdomina	HTA	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
29	19999021	60 - 70	67	Femenino	No	Dolor abdominal, vómitos	DM 2	Hernia complicada	Reducción herniaria + hernioplastia	Vivo	
30	21264424	71 - 80	76	Femenino	Si	Dolor abdominal, vómitos	DM 2 + HTA	Apendicitis aguda	Apendicectomía laparoscópica	Vivo	
31	23681604	Más de 80	84	Masculino	Si	Dolor abdominal, vómitos	HTA	Hernia complicada	Reducción herniaria + hernioplastia	Vivo	
32	19901302	60 - 70	61	Femenino	Si	Dolor abdominal, vómitos	Obesidad	Colecistitis aguda	Colecistectomía laparoscópica + dren	Vivo	
33	20415939	71 - 80	71	Femenino	No	Dolor abdominal, distensión abdomina	Ninguno	Obstrucción intestinal	Resección + anastomosis T-T	Fallecido	Shock séptico pp abdominal
34	19818685	60 - 70	64	Masculino	Si	Distensión abdominal, constipación	DM 2	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Vivo	
35	19834754	60 - 70	66	Masculino	No	Dolor abdominal, distensión abdomina	Obesidad	Obstrucción intestinal	Resección + colostomía tipo Hartman	Fallecido	Shock séptico pp abdominal

Base Edad y sexo Sint vs Dx Antecedentes Síntomas Comorbilidad Diagnóstico Procedimiento Dx vs Proce Egreso +

Accesibilidad: es necesario investigar 104%

BASE 2

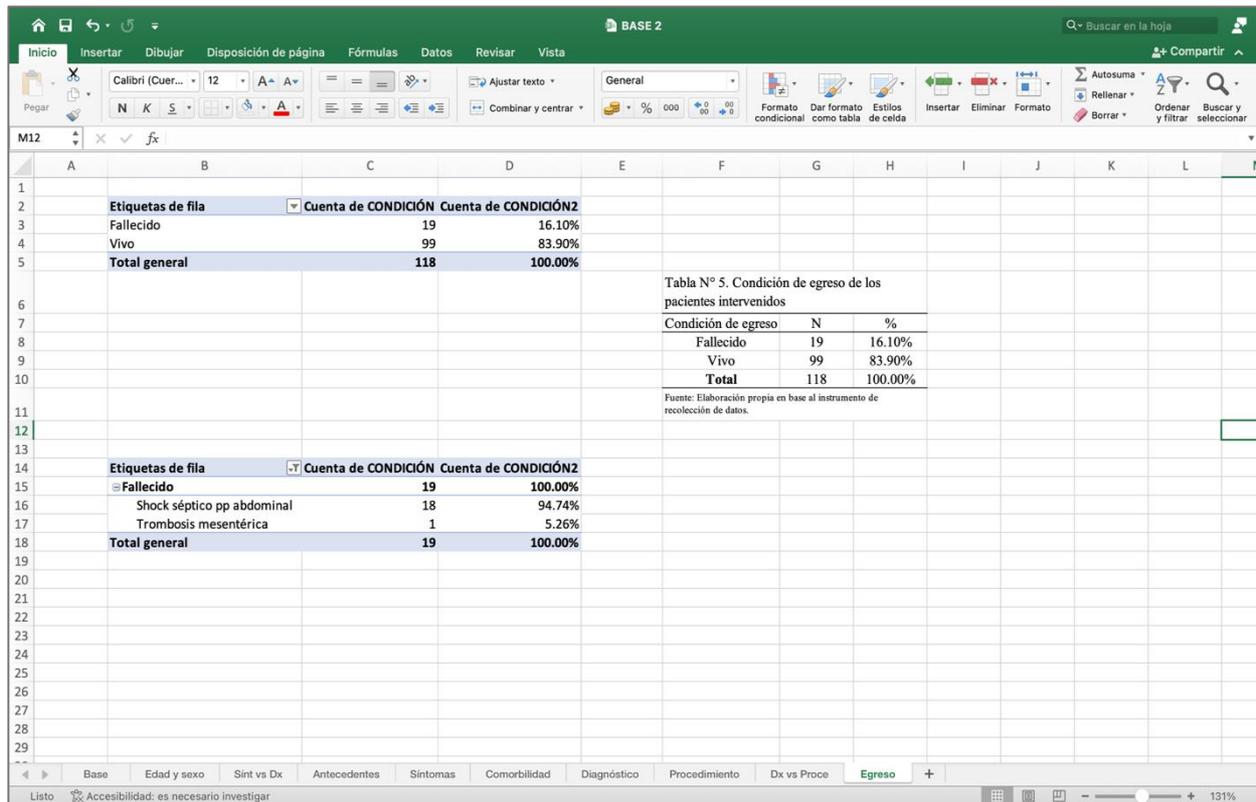
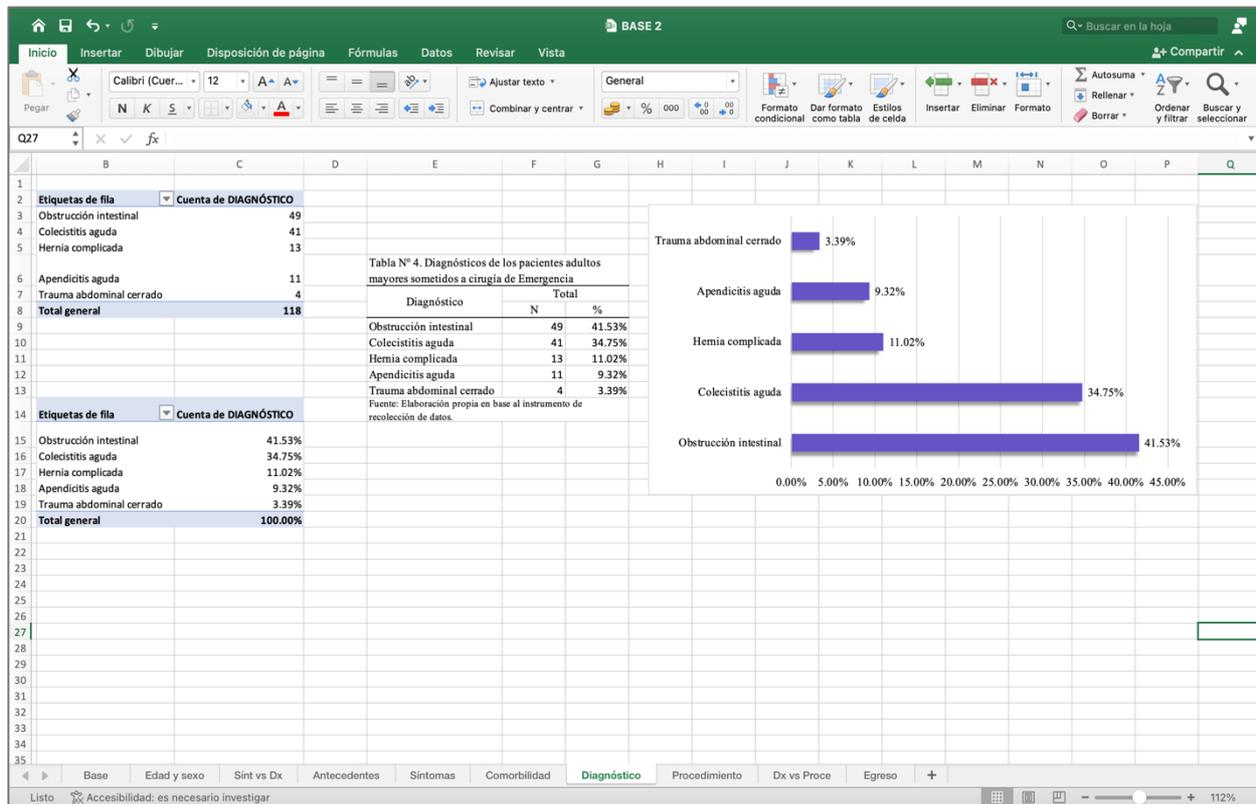
Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Calibrí (Cuer... 12 A A Ajustar texto General Formato Dar formato Estilos Insertar Eliminar Formato Autosuma Rellenar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	N	%
60-70	35	29.66	21	17.8	56	47.46
71-80	22	18.64	22	18.64	44	37.29
Más de 80	7	5.93	11	9.32	18	15.25
Total	64	54.23	54	45.76	118	100

Base Edad y sexo Sint vs Dx Antecedentes Síntomas Comorbilidad Diagnóstico Procedimiento Dx vs Proce Egreso +

Accesibilidad: es necesario investigar 136%



ANEXO 5: PERMISO INSTITUCIONAL

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

MEMORANDUM N° 249 - 2023-GRJ-DRSJ-HRDCQ-DAC-HYO-OACDI-DG

A : Ing° Juan Carlos, VILA ARMES
Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

ASUNTO : Autorización para la ejecución de Trabajo de Investigación

REFERENTE : INFORME N°016-2023-GRJ-DRSJ-HRDCQ-DAC-HYO-CL
SOLICITUD, según Exp. N° 4489874

FECHA : Huancayo, 23 de marzo del 2023.

Por medio del presente comunico a Ud., que visto los documentos de la referencia y contando con el visto bueno del jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación. La Dirección Ejecutiva **AUTORIZA**, la ejecución del Proyecto de Investigación titulado: "**PERFIL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO, 2022**", es un estudio **APROBADO**, por el Comité de Investigación de nuestra Institución.

Bríndese las facilidades necesarias a la Bach.: **Jackelin, LAGOS HUAMÁN**, quien realizará las coordinaciones respectivas con la Oficina de Estadística e Informática, para la recolección de datos, en el periodo que disponga el responsable de la información por la carga laboral existente, respetando la Confidencialidad y Reserva de Datos (solo para fines de Investigación NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN). Así mismo al término de la investigación citada, que cuenta con duración de un año, la autora presentará el informe final del Trabajo de Investigación a la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, tal como se señala en el informe de aprobación cursada por el Comité de Investigación.

Atentamente,



C.c.
Archivo
JMRL/REGG nmmr
R CASTRO P

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "EL NIÑO"
QUIRURGICO "DANIEL A. CARRION" HYO.
M.C. JANET MAGALY BOTAS LAZARO
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 18-07149

HRDCQ "DAC" - HYO
Reg.: N° 6362 406
Exp.: N° 04489874

ANEXO 6: APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

"PERFIL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO, 2022"

Ficha N°: 40

Historia clínica N°: 20414358

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO		
1. Edad	<input type="checkbox"/>	60 – 70 años
	<input checked="" type="checkbox"/>	71 – 80 años
	<input type="checkbox"/>	Más de 80 años
2. Sexo	<input type="checkbox"/>	Femenino
	<input checked="" type="checkbox"/>	Masculino
3. Antecedentes quirúrgicos	<input checked="" type="checkbox"/>	Si
	<input type="checkbox"/>	No
4. Comorbilidades	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus tipo 2
	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial
	<input type="checkbox"/>	Obesidad
	<input type="checkbox"/>	Neoplasia
	<input type="checkbox"/>	Ninguno
	<input type="checkbox"/>	Otros
PERFIL CLÍNICO		
5. Cuadro clínico	Dolor abdominal + vómitos (Transcribir de la Historia Clínica)	
6. Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	Apendicitis aguda
	<input checked="" type="checkbox"/>	Obstrucción intestinal
	<input type="checkbox"/>	Hernia complicada
	<input type="checkbox"/>	Colecistitis aguda
	<input type="checkbox"/>	Trauma abdominal cerrado
7. Procedimiento quirúrgico realizado	Liberación de bridas y adherencias (Transcribir de la Historia Clínica)	
8. Condición de egreso	<input type="checkbox"/>	Vivo
	<input checked="" type="checkbox"/>	Fallecido shock séptico

"PERFIL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO, 2022"

Ficha N°: 109

Historia clínica N°: 19846169

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	
1. Edad	<input type="checkbox"/> 60 – 70 años
	<input checked="" type="checkbox"/> 71 – 80 años
	<input type="checkbox"/> Más de 80 años
2. Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Femenino
	<input type="checkbox"/> Masculino
3. Antecedentes quirúrgicos	<input checked="" type="checkbox"/> Si
	<input type="checkbox"/> No
4. Comorbilidades	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus tipo 2
	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión arterial
	<input type="checkbox"/> Obesidad
	<input type="checkbox"/> Neoplasia
	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Otros
PERFIL CLÍNICO	
5. Cuadro clínico	Dolor abdominal + constipación (Transcribir de la Historia Clínica)
6. Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Apendicitis aguda
	<input checked="" type="checkbox"/> Obstrucción intestinal
	<input type="checkbox"/> Hernia complicada
	<input type="checkbox"/> Colecistitis aguda
	<input type="checkbox"/> Trauma abdominal cerrado
7. Procedimiento quirúrgico realizado	Resección intestinal + anastomosis T-T (Transcribir de la Historia Clínica)
8. Condición de egreso	<input checked="" type="checkbox"/> Vivo
	<input type="checkbox"/> Fallecido

ANEXO 7: EVIDENCIAS

