

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Morbi-Mortalidad en Pacientes Adultos Mayores con
Fractura de Cadera en un Hospital de Huancayo, 2018-2022**

Para Optar : El Título de Segunda Especialidad Profesional en
Medicina Humana, Especialidad: Ortopedia y
Traumatología

Autor : M.C. Jonatan David Rojas Palomino

Asesor : M. C. ESP. Gloria Stephanie Salas Parejas

Línea de Investigación: Salud y Gestión De La Salud
Institucional

Fecha de inicio/ : Julio 2021 - Julio 2022
culminación de la
investigación

Huancayo – Perú

2024

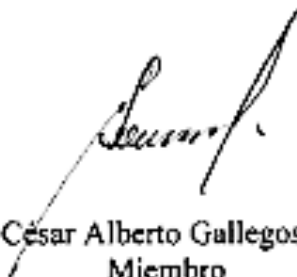
JURADOS EVALUADORES



Dr. Williams Ronald Olivera Acuña
Presidente



M.E. Josmell Meza Blanco
Miembro



M.E. César Alberto Gallegos Quispe
Miembro



M.E. Alejandro Víctor Salas Murillo
Miembro



Dr. Manuel Silva Infantes
Secretario Académico

ASESOR:

M. C. ESP. Gloria Stephanie Salas Parejas

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación está dedicado a Dios, ya que gracias al he logrado concluir mi especialidad. A mis padres por todo el apoyo y valores que me brindaron para lograr materializar esta meta. A mis hermanos una inmensa gratitud y cariño, por acompañarme en los momentos más exitosos de mi carrera. A mi persona, por todo mi esfuerzo, esmero y trabajo me lo he ganado.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme en el camino y darme sabiduría, para ser un profesional de éxito, en nuestra sociedad.

A la Universidad Peruana Los Andes por brindarme, la oportunidad de realizar mi segunda especialidad en Medicina Humana, de Ortopedia y Traumatología.

Al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, por permitirme poner en práctica y mejorar mis habilidades y capacidades en mi formación como médico especialista, y proporcionarme los datos para mi trabajo de investigación.

A todos los traumatólogos asistentes, del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión.

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0096- POSGRADO - 2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que el **Proyecto de Investigación**, titulado:

MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO, 2018 - 2022

Con la siguiente información:

Con Autor(es) : **M.C. ROJAS PALOMINO JONATAN DAVID**

Asesor(a) : **M. C. ESP. SALAS PAREJAS GLORIA ESTEPHANIE**

Fue analizado con fecha **04/06/2024**; con **81 págs.**; con el software de prevención de plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

X
X
X

El documento presenta un porcentaje de similitud de **14 %**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de uso de Software de Prevención Version 2.0. 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, 04 de junio del 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

	Pág.
CARÁTULA	i
JURADOS	ii
ASESOR.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2 Delimitación del problema.....	12
1.3 Formulación del problema	12
1.3.1 Problema General.....	12
1.3.2 Problemas Específicos.....	12
1.4. Justificación	13
1.4.1 Social.....	13
1.4.2 Teórica.....	13
1.4.3 Metodológica.....	13
1.5 Objetivos.....	14
1.5.1 Objetivo General	14
1.5.2 Objetivos Específicos.....	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	15
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	15
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	16

2.1.3 Antecedentes Locales	17
2.2. Bases Teóricas	18
2.2.1 Fractura de cadera	18
2.2.2 Epidemiología y Etiología.....	18
2.2.3 Factores de Riesgo	19
2.2.4 Clasificación de la fractura de cadera	21
2.2.5 Diagnóstico.....	22
2.2.6 Tratamiento	22
2.2.7 Complicaciones y mortalidad.....	26
2.3. Marco conceptual (de las variables y dimensiones)	27

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis	28
3.2. Variables (Definición Conceptual y Operacional).....	29

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de Investigación.....	31
4.2 Tipo de Investigación.....	31
4.3 Nivel de Investigación	31
4.4 Diseño de la Investigación	31
4.5 Población y Muestra	32
4.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	33
4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	33
4.8 Aspectos Éticos de la Investigación	34

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados	36
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
6.1. Análisis y discusión de resultados	41
CONCLUSIONES.....	47

RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.	36
Tabla 2. TIPOS DE FRACTURA DE CADERA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.....	37
Tabla 3. COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.	37
Tabla 4. COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.	39
Tabla 5. MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.	40

RESUMEN

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Identificar la morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en un Hospital de Huancayo, 2018-2022. Nuestra metodología corresponde a un estudio de tipo básico, nivel y diseño descriptivo. La población fue en total 124 pacientes diagnosticados con fractura de cadera. Los resultados muestran que: el grupo etario entre 81 y 90 años es el más frecuente con 47 pacientes (37,9%). La mayoría de sexo femenino con 77 pacientes (52,1%). El tipo de fractura de mayor frecuencia fue la intertrocanterica de fémur con 73 pacientes (58,8%), seguida de la fractura transcervical de fémur con 18 pacientes (14,5%). La comorbilidad de mayor porcentaje fue para Diabetes Mellitus 2 con 14 pacientes (11,3%) y la hipertensión arterial con 13 pacientes (10,5%). Las complicaciones intrahospitalarias se presentaron en mayor porcentaje para neumonía con 6 pacientes (4,8%), seguidas de las úlceras de presión en 5 pacientes (4%) y la infección de la herida quirúrgica con 4 pacientes (3,2%). La mortalidad con mayor frecuencia fue por enfermedad respiratoria (neumonía intrahospitalaria) con 5 pacientes (4%), seguido de las enfermedades cardiovasculares con 3 pacientes (3,2%) y sepsis de herida quirúrgica con 1 paciente (0,8%). Conclusiones: La mayor frecuencia es paciente de más de 81 años, del sexo femenino, con el tipo de fractura intertrocanterica, con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial; teniendo como complicación principal la neumonía intrahospitalaria y siendo una de las principales causas de mortalidad.

Palabras Clave. Morbilidad, mortalidad, fractura de cadera.

ABSTRACT

The general objective of this research work was: To identify morbidity and mortality in elderly patients with hip fracture in a hospital in Huancayo, 2018-2022. Our methodology corresponds to a basic study, level and descriptive design. The population consisted of a total of 124 patients diagnosed with hip fracture. The results show that: the age group between 81 and 90 years is the most frequent, with 47 patients (37.9%). The majority were female with 77 patients (52.1%). The most frequent type of fracture was intertrochanteric femur fracture with 73 patients (58.8%), followed by transcervical femur fracture with 18 patients (14.5%). The highest percentage of comorbidity was for Diabetes Mellitus 2 with 14 patients (11.3%) and hypertension with 13 patients (10.5%). Hospital-acquired complications were the highest percentage for pneumonia in 6 patients (4.8%), followed by pressure ulcers in 5 patients (4%) and surgical wound infection in 4 patients (3.2%). The most frequent mortality was due to respiratory disease (hospital-acquired pneumonia) with 5 patients (4%), followed by cardiovascular diseases with patients (3.2%) and surgical wound sepsis with 1 patient (0.8%). Conclusions: The highest frequency was female patients over 81 years of age, with the type of intertrochanteric fracture, with a history of diabetes mellitus and arterial hypertension; The main complication is hospital-acquired pneumonia, which is one of the main causes of mortality.

Keywords. Morbidity, mortality, hip fracture

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En el Perú, datos del Ministerio de Salud indica que las fracturas de cadera y la neumonía son fatales para los ancianos. Porque la fragilidad del cuerpo puede derivar en otros problemas de salud, con consecuencias fatales. En este sentido, el MINSA informa que el 30% de los individuos mayor de 65 años se derrumba mínimamente una vez anualmente, y el 50% de este conjunto se derrumba dos o más veces. El 70% de esta población presenta fracturas, heridas, esguinces y contusiones. Lo más probable es que haya una secuela y la funcionalidad no se restablezca por completo.(1)

Internacionalmente, el procedimiento quirúrgico de fractura de cadera es considerado de mala supervivencia y un mal pronóstico funcional. La fractura de cadera junto con el accidente cerebrovascular, se considera una de las dos principales amenazas para los ancianos debido a su potencial debilitante. No solo es un desafío para las víctimas y su entorno, sino que su alta prevalencia, el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida, el consiguiente aumento del agotamiento económico y de los recursos humanos hacen que merezca ser considerado el bien inmueble de nuestro tiempo. (2)

A medida que la población anciana ha aumentado en las últimas décadas, las fracturas de cadera o de fémur proximal han seguido aumentando. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estipula que para el 2050 se producirán alrededor de 6 millones de fracturas patológicas de cadera al año en todo el mundo, lo que dará lugar a una mayor demanda de hospitales. (2)

A nivel mundial, hay cambios en el modelo de atención al paciente con fractura de cadera, ha evolucionado desde una solución puramente quirúrgica y por lo tanto inadecuada a una solución multidisciplinar y que requiere del trabajo de un equipo de traumatólogos para su éxito. Su manejo requiere del apoyo de geriatras, anestesiólogos, rehabilitadores, enfermeras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Se ha reportado que las fracturas de cadera constituyen una de las causas principales de morbi -mortalidad en pacientes geriátricos, y su prevalencia plantea desafío a los sistemas de salud de todo el mundo. Las fracturas de cadera son comunes en todo el mundo y se observan principalmente en pacientes con edades superiores a 65 años. (3)

En el año 1990, la prevalencia era de 1,66 millones, pero un estudio estima que para 2050 la incidencia superará los 6 millones. Económicamente, en 1995, estas fracturas representaron el 43% de todos los costos médicos gastados para la terapéutica de estas patologías. Como resultado, la cantidad de fracturas de cadera que ocurren cada año es proporcional al número creciente de personas mayores en la población general. Con un estimado de 200,000 fracturas de cadera cada año solo en los Estados Unidos, esto triplica el problema multimillonario. (3)

La fractura de cadera es uno de los problemas de salud pública más frecuentes en nuestra región Junín. Por ello, pudimos reportar en el presente estudio la morbi-mortalidad de los pacientes adultos mayores que tuvieron fracturas de cadera en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante los cinco años anteriores.

1.2 Delimitación del problema

En el estudio participaron pacientes mayores de 60 años que habían sido hospitalizados por fractura de cadera en los últimos cinco años en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de los servicios de traumatología y ortopedia del distrito de Huancayo, provincia de Huancayo, de la Región Junín.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en un Hospital de Huancayo, 2018-2022?

1.3.2. Problemas Específicos

1- ¿Cuál es el tipo de fractura de cadera en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022?

2.- ¿Cuáles son las comorbilidades en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022?

3.- ¿Cuáles son las complicaciones intrahospitalarias en los pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022?

4.- ¿Cuál es la mortalidad en los pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

Conocer la morbi-mortalidad de las personas mayores con fractura de cadera, tiene como beneficio hacer un adecuado seguimiento y tratamiento de los pacientes y que no sufran complicaciones al poder realizar la cirugía lo antes posible. De ahí la necesidad de conocer el comportamiento de la morbilidad y mortalidad en el adulto mayor con fractura de cadera, siendo de aporte a la sociedad de la ciudad de Huancayo; porque se podrá prever con anticipación el comportamiento que tendrá este tipo de fracturas en sus familiares mayores.

1.4.2. Teórica

Es la comprobación en el lugar de estudio, la afirmación de estudios en otros países. Comprobar la teoría que exponen los autores en nuestra realidad. Y así sumar la información de las ya existentes sobre las causas de morbilidad y mortalidad de fractura de cadera en esta población y más aun aportando a la literatura ya existente.

1.4.3. Metodológica

Se investigó a pacientes adultos mayores con fractura de cadera, en el tiempo que estuvieron hospitalizados. El estudio describe la localización anatómica, las comorbilidades, las complicaciones intrahospitalarias y la mortalidad. Para esta investigación se elaboró el instrumento de recolección de datos que es una ficha observacional, la que será validada por un juicio de expertos y será de aporte para otras investigaciones en el futuro.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Identificar la morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en un Hospital de Huancayo ,2018-2022.

1.5.2. Objetivos Específicos

1.-Identificar el tipo de fractura de cadera en pacientes adultos mayores en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022.

2.-Identificar las comorbilidades en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022.

3.-Identificar las complicaciones intrahospitalarias en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022.

4.-Identificar la mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Mesa, L; Espinosa, R; González, Z; Nerey, W; Bermúdez, W; Vizcaino, Y; en su estudio que tuvo como objetivo la descripción de las trascendentales peculiaridades clínicas y epidemiológicas sobre fractura de cadera osteoporóticas asociadas a caídas en pacientes adultos mayores. Se concluye: Las pacientes mujeres con osteoporosis que tienen entre 85 y 89 años son más propensas a sufrir fracturas de cadera. La epilepsia, la enfermedad de Parkinson, la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica fueron los trastornos con mayor riesgo de fractura de cadera. Las secuelas más frecuentes descritas fueron las sepsis pulmonares y las fracturas de tipo pertrocantérica. (4)

Dinamarca J, Amestica G, Carrasco A; en su artículo que tuvo como objetivo describir la mortalidad intrahospitalaria en pacientes mayores de 60 años con fractura de cadera. Donde concluye que los factores causales de muerte intrahospitalaria fueron: Las enfermedades respiratorias y tromboembólicas. Finalmente, la mortalidad intrahospitalaria debe considerarse un indicador de calidad en el manejo agudo de fractura de cadera en personas mayores. (5)

Negrete J, Alvarado J, Reyes L. en su artículo que tuvo por finalidad analizar la relación entre la fractura de cadera y la mortalidad en personas mayores de 65 años. Cuyas conclusiones fueron: que los pacientes mayores de 65 años que presentaron fractura de cadera tienen un mayor riesgo de fallecer; asimismo esta afección afecta sobre todo a las mujeres. Además, se observa una mayor tasa de mortalidad entre los individuos mayores de 90 años. Por otro lado, se obtuvo una relación positiva entre la mortalidad y las enfermedades no transmisibles a largo plazo, como la diabetes de tipo 2 y la hipertensión arterial. (6)

Bernal, Y; Castro, M; Ávalos, I; García, P; en su revista que tuvo como objetivo identificar las complicaciones más frecuentes en los pacientes con fractura de cadera del Hospital “Andrade Marín”, durante el período 2020. Encontraron que: Ninguno de los pacientes fue intercedido de manera quirúrgica en el periodo encomendado por las guías de prácticas clínica. Los pacientes que no fueron tratados con cirugía tuvieron estadías hospitalarias más prolongadas y complicaciones médicas más frecuentes. Finalmente, la mayor complicación fue las infecciones nosocomiales. (7)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Julca, S; en su tesis que tuvo como objetivo determinar las peculiaridades de la epidemiología hospitalaria en pacientes mayores con fractura de cadera pertenecientes al Hospital de Huacho en los años 2015 al 2019. Concluyendo que estas fracturas tienen mayor incidencia en los adultos mayores, principalmente en mujeres, generalmente en el hogar y los precursores comunes de la patología son la hipertensión arterial. (8)

Alatrística, M; realizó su tesis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en el 2019, para conocer la morbi-mortalidad de los adultos mayores tras una cirugía de fractura de cadera. Donde concluye que: la mayor complicación fue anemia, los posts operados no recuperan su funcionalidad y la principal causa de mortalidad fue la neumonía. (9)

Zuta, N; Ordinola, C; en su artículo determinó la prevalencia de la fractura de cadera en pacientes mayores de 60 años, atendidos en el Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas en el periodo del 2019. Cuyas conclusiones fueron: La incidencia fue en edades de 70 a 79 años, mayormente en varones y el tipo de fractura fue la intertrocanterea. (10)

Rondón C, Zaga H, Gutiérrez E. en su tesis que tuvo como objetivo describir los rasgos clínicos y epidemiológicos de las personas mayores que fueron diagnosticadas con fractura de cadera entre los años 2015- 2018 del Hospital Central "Luis N. Sáenz" de la Policía Nacional del Perú (PNP). Las conclusiones fueron: Que las pacientes >80 años son las más afectadas por las fracturas de cadera, sobre todo las mujeres que presentan una comorbilidad importante. El síntoma más frecuente es el malestar en el lado afectado. El tipo de fractura más frecuente fue la intertrocanterea y el tratamiento más usado la osteosíntesis. (11)

2.1.3. Antecedentes Locales

Salas, G; en su estudio que tuvo como objetivo comprobar los elementos epidemiológicos relacionados al tipo de fractura de cadera presentes en pacientes > 60 años. Donde encontró agrupación entre los elementos epidemiológicos y el prototipo de fractura, fisura o cisura de cadera al 96% de confianza y solo la edad se asoció con la fractura de cadera, en estos pacientes. (12)

Vílchez, X; en su tesis que tuvo como objetivo comprobar la existencia de elementos de mayor riesgo en adultos mayores con fractura de cadera. Cuyas conclusiones fueron: Las fracturas de cadera se presentan con más asiduidad en ancianos, principalmente en mujeres, el conjunto de edad más afectado es entre 70-79 años incrementándose mayor peligro de fractura de cadera. (13)

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Fractura de cadera

Las fracturas de cadera consisten en la pérdida de la continuidad ósea por parte del fémur proximal o algún otro hueso de la cintura pélvica. (15) Asimismo son consideradas una de las más graves por la alta incidencia de su morbi- mortalidad. (14)

La presencia de esta patología en pacientes ancianos representa una molestia y potencialmente una marca ominosa en su historial de salud. Las fracturas femorales y del cuello intertrocanterico en ancianos, constituyen un problema epidémico para la sociedad y el sistema sanitario. (16)

2.2.2 Epidemiología y Etiología

En Estados Unidos se produjeron más de 280.000 fracturas de cadera en 1998. Según la Fundación Nacional de Osteoporosis, en 1995 el gasto sanitario para el tratamiento de las fracturas osteológicas de cadera ascendió a 8.700 millones de dólares; esto representa el 63% del coste global actual del tratamiento de las fracturas asociadas a la osteoporosis y el 43% de todas las fracturas. En 2040, probablemente se producirán más de 500.000 fracturas de cadera al año, y el tratamiento de estas personas probablemente costaría 16.000 millones de dólares anuales. (16)

Las fracturas intertrocantéricas y las fracturas del cuello femoral se producen con la misma frecuencia. En la actualidad, los mayores de 65 años representan alrededor del 90% de los casos de fractura. Ambas patologías, son tres a uno más frecuentes en mujeres que en hombres. (15)

En la actualidad, los pacientes que han sufrido traumatismos con un fuerte componente de energía, accidentes de tráfico, caídas de altura, etc., tienen más probabilidades de sufrir fracturas de cuello femoral. El resto de lesiones afectan sobre todo a personas de edad avanzada, y las caídas desde una postura normal representan el 90% de todas las lesiones. (16)

El primero en sostener que el desarrollo de la osteoporosis fue el único factor para determinar el tipo de fractura de cadera se produjo en 1984 fue Aitken. A medida que uno envejece, también se incrementa la probabilidad de caerse; la tasa se duplica aproximadamente entre los 65 y los 85 años. Sin embargo, la probabilidad de fractura de cadera se multiplica por 100 durante ese mismo periodo. (16)

2.2.3 Factores de Riesgo

La osteoporosis tiene un papel importante para el riesgo de fractura de cadera en pacientes ancianos. (16)

El deterioro general de la condición de salud y muchas de las enfermedades asociadas con el envejecimiento se han visto relacionadas con la probabilidad de sufrir fractura de cadera. La estancia en una residencia, los estados confesionales, debilidad, pérdida de capacidad psicomotora (enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular previo, parálisis o debilidad) y la pérdida de visión aparecen también como factores que incrementan el riesgo de fractura de cadera. Hoy muchos estudios sugieren una conexión entre varios medicamentos y la fractura de cadera. Algunos

medicamentos pueden favorecer que el paciente sufra una caída o se inhiba la respuesta protectora (anti hipertensivos, sedantes), mientras que otros afectan la masa ósea y causan atrofas musculares (corticoides, anticonvulsivantes, laxantes, tiroxina). Hoy el alcohol aumenta el riesgo de caída y puede influenciar la densidad ósea, y el hábito tabáquico ha demostrado aumentar el riesgo de fractura. Los pacientes con un índice de masa corporal bajo también son más propensos a sufrir fracturas de cadera debido a su peso corporal. (16)

Hoy los factores que influyen en la cantidad de masa ósea tienden a relacionarse directamente con el riesgo de una fractura consecuente. Se ha demostrado sistemáticamente que un bajo nivel de actividad física en la mediana edad está relacionado con un mayor riesgo de fracturas de cadera en etapas posteriores de la vida. Debido a las circunstancias de vida o a los hábitos de actividad, la población de edad avanzada de las regiones metropolitanas tiende a ser más vulnerable que la de las zonas rurales. En comparación con sus homólogos de origen europeo occidental, la tasa de fractura de cadera entre la población negra de Sudáfrica es actualmente 1 de cada 10 veces superior. El grupo más vulnerable en EE.UU. son las mujeres blancas, a las que siguen en peligro los hombres blancos, las mujeres negras y los hombres negros. (16)

Factores de riesgo para el desarrollo de fractura osteoporótica. (16)

No modificables

- Fractura previa con edad avanzada
- Raza caucásica
- Edad >60 años
- Sexo femenino

- Demencia senil
- Salud deteriorada

Modificables (16)

- Hábitos de fumar.
- Bajo peso corporal (<58 Kg).
- Déficit de estrógenos.
- Niveles de calcio totalmente bajos.
- Inactividad.
- Caídas de forma seguida.
- Disminución de la vista.
- Consumo de alcohol.

2.2.4. Clasificación de las fracturas de cadera

Fracturas Intracapsulares (17).

- Clasificación según su localización (Delbet):

- a. Sub capital: ubicadas en la zona del núcleo cefálico.
- b. Trans cervical: localizadas en la región central del cuello del fémur.
- c. Base cervical: representa la unión del cuello con el macizo del trocánter.

Fracturas Extracapsulares (17).

– Clasificación según (Delbet):

- a. Intertrocantéreas: Los dos trocánteres están separados por la línea de fractura.

b. Pertrocantéreas: es la rotura cerca de la línea que une los dos trocánteres.

c. Subtrocantéreas: cuando la línea fractura se produce debajo del trocánter menor.

2.2.5. Diagnóstico

Se observa en personas de todas las edades, aunque la mayoría son personas mayores. El traumatismo suele ser de carácter leve y no influye en ningún problema de salud a largo plazo. Su característica principal es el dolor en la base del muslo que se irradia a la cara interna. También presenta deterioro funcional de las extremidades inferiores y siempre es más corto con rotación hacia fuera y en abducción. (18)

El diagnóstico se confirma con el estudio radiológico, el cual proporciona más detalles sobre la localización precisa, la orientación, la presencia y la cantidad de movimiento de los fragmentos. También proporciona información sobre otros aspectos críticos del pronóstico y el tratamiento, como la presencia y gravedad de lesiones osteolíticas, osteoporosis y procesos artrósicos. (18)

2.2.6. Tratamiento

Debido al mayor riesgo de complicaciones y mortalidad asociado al aplazamiento de la intervención quirúrgica, ésta debe realizarse en las primeras 24 a 48 horas. (19)

Fracturas del cuello del fémur

Preferimos la manipulación y reducción cerrada del trazo de fractura del cuello femoral y realizar reducción abierta sólo cuando la reducción cerrada anatómica no se puede conseguir y el paciente no es buen candidato para la hemi artroplastia con prótesis de cabeza femoral. (15)

La fijación se realiza con tornillos canulados. Hoy el número habitual de tornillos recomendado es de 3 o 4, la localización y disposición de los tornillos en el cuello debe ser; en el calcar y en posiciones más periféricas. Los tornillos colocados en la parte posterior del cuello del fémur pueden resistir las fuerzas de retroversión y los tornillos del calcar las fuerzas variantes. (15)

Fijación con tornillo de compresión de cadera y con placa.

Aunque la revisión de la bibliografía actual indica la obtención de pobres resultados tras la fijación de las fracturas femorales sólo con tornillo de compresión de cadera más que con la fijación múltiple con tornillos, si el hueso es osteoporótico o la cortical lateral está conminuta, el uso de una placa lateral con tornillos accesorios puede ser útil. La técnica es la misma descrita para las fracturas intertrocanteréas, con la adición de tornillos accesorios insertados a través del cuello femoral en la cabeza antes de la colocación del tornillo de tracción. La función de los tornillos accesorios es evitar la rotación del cuello durante la colocación del tornillo compresivo a largo en el duro hueso de la cabeza del fémur. Estos tornillos deberán dejarse colocados para resistir la fuerza deformante torsional de la fractura del cuello de fémur. (15)

Sustitución protésica para las fracturas recientes del cuello del fémur.

Para una adecuada consolidación de las fracturas desplazadas del cuello femoral, debe procederse a la reducción con presión y fijación interna rígida. Para los pacientes ambulatorios de mayor edad, muchos autores proponen la institución protésica primaria como alternativa a la fijación interna de las fracturas desplazadas del cuello femoral, debido al alto riesgo de necrosis avascular y pseudoartrosis tras

este procedimiento. Pero es importante tener en cuenta que el uso de una prótesis puede tener riesgos, aunque evite la necrosis vascular y la pseudoartrosis. (15)

Fracturas intertrocantéricas

- Manejo conservador

Entre otras cosas, las técnicas de tratamiento de fracturas cerradas se han abandonado por completo. Horowitz informó en la década de 1960 de que la tasa de mortalidad de las fracturas intertrocantéricas tratadas con tracción era del 34,6%, mientras que la tasa de las tratadas con fijación interna era del 17,5%. La fijación interna rígida combinada con la movilización precoz del paciente para las fracturas intertrocantéricas debería ser el tratamiento estándar en la actualidad. Los pacientes sometidos a fijación interna experimentan menos problemas médicos y más leves que los que reciben tratamiento no quirúrgico. Un paciente médicamente inestable con un riesgo mínimo de anestesia y cirugía sería una rara excepción hoy en día. (15)

- Manejo quirúrgico

El objetivo del tratamiento quirúrgico es una estabilización estable y robusta de las piezas de la fractura. Los factores que se enumeran a continuación son los que afectan la resistencia de la unión fractura-implante: 1. Calidad del hueso; 2. Geometría de cada fragmento 3. Disminución; 4. Configuración del implante; y 5. Posicionamiento del implante. Sólo la calidad de la reducción, la selección y colocación del implante están bajo el control del cirujano. (15)

Elección del implante. Hay dos sistemas de fijación interna principales que se utilizan para las fracturas intertrocantéreas de fémur: sistemas de fijación intramedular y tornillos deslizantes de compresión de cadera con placas laterales.

Los tornillos de compresión de cadera tradicionales, que se ubican en el plano intertrocantereo, y las placas de compresión, que generan una compresión axial adicional, son ejemplos de tornillos deslizantes de cadera. Los componentes de los sistemas intramedulares son tornillos de compresión (como el tornillo intramedular de cadera o el clavo gamma) o clavos cefalomedulares con dos tornillos (clavos tipo Récon, Smith & Nephew, Memphis, TN). Un clavo intramedular con tornillo de compresión puede ser largo hasta la región supracondilar, o corto y terminar en la región inadecuada del fémur. (15)

Artroplastia protésica. Se ha recomendado la sustitución protésica para las fracturas intertrocantereadas; sin embargo, hoy la idea no tiene un soporte suficiente. Se puede considerar el reemplazo protésico para pacientes con osteoporosis grave y una combinación grande; Sin embargo, en pacientes de edad avanzada con esperanza de vida limitada y necesidades de actividad leves, es posible que no se justifique la mayor exposición quirúrgica necesaria. Cuando un paciente tiene una pseudoartrosis intertrocanterea, una falla de fijación que afecta el cráneo o un hueso de mala calidad, la sustitución protésica es un procedimiento útil. Suelen ser necesarios componentes que sustituyen el calcar femoral debido a la pérdida de la mayor parte del cuello del fémur y posiblemente del trocánter menor. (15)

Fijador externo: si un paciente anciano o inmobilizado presenta un alto riesgo de sufrir cualquier otra intervención más grave, se puede utilizar como último recurso de tratamiento. (20)

Fracturas subtrocantéricas

Hoy las modalidades de tratamiento para las fracturas intertrocantericas incluyen los métodos conservadores, como las técnicas de tracción, que deparaba un resultado variable. (15)

La fijación con placa y tornillo de las fracturas subtrocantericas todavía es propuesta por muchos autores, especialmente para fracturas con irradiación intertrocanterica, como las fracturas tipo 2 A y 2 B de Russell Taylor. (15)

Hoy los modernos clavos de reconstrucción han mejorado mucho la evolución y han facilitado el tratamiento de fracturas subtrocantericas. (15)

Los clavos céfalo medulares cortos, principalmente el clavo gamma y otros similares sistemas, incluyendo los tornillos intramedulares de cadera, se utilizado para fracturas subtrocantericas, así como para fracturas intertrocantericas con irradiación subtrocanterica. Una complicación potencial de estos sistemas es la fractura tardía de fémur a través de la punta del clavo; esto no sucede con los clavos que se introducen hasta la metafisis distal del fémur. (15)

2.2.7. Complicaciones y mortalidad

Pacientes que tienen ciertas características, como ser mayor, ser hombre, haber tenido un mal funcionamiento en el pasado, estar sometido a anestesia general, requerir una transfusión, tener una calificación alta en la escala de la Asociación Estadounidense de Anestesiólogos (ASA), padecer ciertas enfermedades, como como insuficiencia cardíaca, diabetes, insuficiencia renal, neoplasias, desnutrición, deshidratación, enfermedades hepáticas y secuelas de un accidente cerebrovascular, así como aquellos cuya cirugía se pospone, tienen más probabilidades de experimentar complicaciones. (21)

Ciertos problemas como la presencia de úlceras por estrés, la neumonía y el tromboembolismo pulmonar parecen ocurrir con mayor frecuencia en los hombres. (21)

En casi el cincuenta por ciento de los casos de muertes que ocurren dentro del primer mes después de la cirugía, la causa de la muerte son problemas importantes no quirúrgicos, como trombosis venosa profunda, úlceras por presión, neumonía, infección del tracto urinario e infección del sitio quirúrgico. Los estudios muestran que las enfermedades tromboembólicas (15%) y las infecciones (40%) fueron las causas más comunes de muerte. (22)

El ochenta por ciento de los pacientes tenía comorbilidad crónica asociada con la causa de la muerte, sin variaciones discernibles en términos de edad, sexo, ubicación de la fractura de cadera, tiempo de estancia en el hospital o duración de la estancia. (23)

2.3. Marco conceptual (de las variables y dimensiones)

-Características demográficas: Características propias de una población. Componen estas características, la edad, el sexo, la raza, educación, entre otros. (24)

-Morbilidad: Es una enfermedad o síntomas de una enfermedad, aunque también se refiere a un problema médico causado por un tratamiento. (24)

-Mortalidad: La mortalidad, en sentido general, es la condición o cualidad de muerte que tienen todos los organismos. Más específicamente, la mortalidad es la tasa de muerte producida en un área durante un período de tiempo específico. (24)

-Fractura de cadera: Se trata de una lesión que consiste en la pérdida de la continuidad ósea a nivel del fémur proximal y algún hueso de la cintura pélvica. (15)

-Complicaciones intrahospitalarias. Se identifican a síntomas de enfermedades o una enfermedad adquirida durante la hospitalización, como: desorientación, deshidratación, úlceras de presión, flebitis, trombosis venoso profunda, tromboembolismo, neumonía, infección del tracto urinario, etc. (25)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis

El presente estudio por ser de corte descriptivo no requiere el planteamiento de hipótesis, puesto que solo se pretende describir la Morbi-mortalidad de los pacientes adultos mayores con de fractura de cadera.

3.2. Variables (Definición Conceptual y Operacional)

Variable	Definición Operacional	Definición conceptual	Indicadores	Escala de medición
Morbi – mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de cadera				
Características demográficas	Son identificadas por la edad y el sexo	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Edad	Ordinal
		Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Sexo	Nominal
Tipo de Fractura	Se identifica por el tipo de fractura de fémur	Fractura al lado de la cabeza femoral a nivel del cuello, entre la cabeza y el trocánter mayor.	Fractura subcapital de fémur	Nominal
		Se nombran de acuerdo a la línea de fractura; es mejor decir “Transcervical” que “mediocervical” cuando la línea de fractura pasa por el centro del cuello.	Fractura transcervical del fémur	
		Fractura por encima de la línea trocantérica hacia el cuello.	Fractura base cervical de fémur	
		Denota una fractura en la que la línea de rotura ósea está entre el trocánter mayor y el menor, a lo largo de la línea intertrocantérica.	Fractura intertrocantérica de fémur	
		Son aquellas que se extienden desde el trocánter menor hasta el istmo de la diáfisis.	Fractura subtrocantérica de fémur	
Comorbilidad	Se identifica las enfermedades previas a la fractura de cadera	Trastorno cerebral que destruye lentamente la memoria y la capacidad de pensar.	Enfermedad de alzhéimer y otras demencias	Nominal
		Enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones.	EPOC	
		Hace referencia a aquellas enfermedades y patologías que afectan al riñón.	Nefropatía	
		Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina.	Diabetes	
		Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo.	Enfermedad renal crónica	

		Problemas cardíacos que ocurren debido a la presión arterial alta que permanece durante mucho tiempo.	Enfermedades hipertensivas
Complicaciones intrahospitalarias	Se identifican a las complicaciones adquiridas en la hospitalización.	Es una infección de los pulmones que se presenta durante una hospitalización. Este tipo de neumonía puede ser muy grave. Algunas veces, puede ser mortal.	Neumonía intrahospitalaria
		Se definen como la colonización y la multiplicación de un microorganismo, habitualmente bacterias, en el aparato urinario.	Infección del tracto urinario
		Estado mental caracterizado por confusión con respecto al tiempo, el espacio o sobre quién es uno mismo.	Desorientación
		Estado resultante de la pérdida excesiva de agua del organismo.	Deshidratación
		Lesión de un área de la piel causada por presión constante durante mucho tiempo.	Ulceras de presión
		Cuadro de SIRS más una infección que requiere de una intervención quirúrgica para el control de la fuente.	Infección de herida quirúrgica
		Inflamación (enrojecimiento, hinchazón, dolor y calor) en una vena, por lo general, de las piernas.	Flebitis
		Enfermedad potencialmente mortal que se produce cuando partes de un trombo se desprenden desde alguna parte del territorio venoso, migra y se enclava en las arterias pulmonares.	Tromboembolia pulmonar
		Expresa la inexistencia de aquello denotado por el nombre al que modifica.	Ninguna
Mortalidad	Se identifica la mortalidad, viendo las enfermedades que conllevan a la muerte.	Problemas con el corazón y los vasos sanguíneos.	Enfermedad cardiovascular
		Complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección.	Sepsis de herida quirúrgica
		Es una infección pulmonar que se desarrolla en personas hospitalizadas, por lo general, después de 2 o más días a partir del ingreso. Son muchas las bacterias, los virus e incluso los hongos que pueden causar neumonía en personas hospitalizadas.	Enfermedades respiratorias
		Vivir, existir, ser.	No falleció

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de Investigación

El método de estudio es el científico ya que plantea el problema, los objetivos, y buscamos dar respuesta a estos a través de un procedimiento técnico científico. (26)

4.2. Tipo de Investigación

Estudio básico, dado que el aporte es teórico. (26)

4.3. Nivel de Investigación

Descriptivo, es decir, luego de conocer una situación problemática y determinar su frecuencia, se puede desarrollar una descripción detallada del fenómeno que se investiga. (26)

4.4. Diseño de la Investigación

No experimental, y de cohorte transversal

Esquemática está representado por.

M -----O

DONDE:

M= Muestra (Pacientes adultos mayores con Fractura de Cadera)

O= Observación (Morbi-Mortalidad en adultos mayores con Fractura de Cadera)

4.5. Población y Muestra

- Población

Estuvo constituida por las historias clínicas de adultos mayores hospitalizados por fractura de cadera atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en el en el periodo de 2018-2022. Siendo en su totalidad 124 pacientes.

- Muestra

Se tuvo en cuenta a todos los pacientes que fueron hospitalizados con el diagnóstico final de fractura de cadera, atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, en los últimos cinco años (2018-2022).

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de aceptación

- Historias clínicas de pacientes de sexo masculino y femenino.
- Historias clínicas de pacientes con edades mayores a 60 años.
- Historias clínicas de pacientes diagnosticados con fractura de cadera, entre el 2018-2022.

Criterios de eliminación

- Historias clínicas de pacientes menores de 60 años

- Historias clínicas de pacientes que hayan sido derivados a otros hospitales

4.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnicas de Recolección de Datos

Se dieron mediante un análisis documental de las historias clínicas, el recojo de la información se dieron en el instrumento de elaboración propia.

Instrumentos de Recolección de Datos

Fue una ficha de datos donde se consignó la información para ayudarnos a responder el problema de investigación.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

El instrumento fue validado por el juicio de 03 expertos. Dado que corresponden a indicadores nominales no corresponde realizar la confiabilidad del instrumento.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

El proceso de datos se realizó mediante el software estadístico SPSS Versión 25.

-Elaboración, tabulación y presentación de datos.

Los datos recogidos se trasladaron a una base de datos en el software SPSS v25. Se elaboró tablas dinámicas de la información recolectada.

-Análisis estadísticos: Descriptivo e inferencial

Se realizó por cada una de las dimensiones y por toda la variable en general mediante frecuencias y porcentajes.

4.8. Aspectos Éticos de la Investigación

Para desarrollar este estudio utilizamos los criterios de Vancouver. Y de acuerdo al artículo 27 del reglamento de la universidad en relación a los principios que rigen las actividades de investigación. y consentimiento explícito, asimismo, es responsabilidad del investigador velar por la integridad de la población investigada, actuar de manera adecuada y dedicada, velar por la precisión de la investigación según lo estipulado por el artículo 28. Responsable de la elaboración de investigaciones originales y apego a la línea de investigación de la institución, validación de instrumentos y apego a su confiabilidad, y desarrollo de investigaciones. Por otro lado, nos comprometemos a mantener el anonimato de los involucrados en la investigación. Por otro lado, una vez finalizada la investigación, los resultados de este estudio se pondrá a disposición de la comunidad científica y de los involucrados en la investigación de manera oportuna, abierta y completa. Los resultados solo se utilizarán para los fines propuestos en esta encuesta y no se utilizarán para uso personal o para fines distintos a los de esta encuesta.

En esta investigación se ha tenido en cuenta el código de ética, art. 4 incisos de la a hasta la f de la Universidad Peruana Los Andes (UPLA). Por lo tanto, se ha respetado la dignidad, identidad, libertad, confidencialidad y privacidad de las personas que formaron el estudio. Además, se comportaron honorablemente tanto con el individuo como con la institución,

teniendo en cuenta los parámetros de la investigación. En última instancia, se ha mantenido la integridad del estudio en todo momento, garantizando que los hallazgos sean precisos y, por lo tanto, aplicables a la toma de decisiones en el futuro.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

La base de los datos fue proporcionada por el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” Huancayo Junín, en función a los criterios de inclusión y exclusión, se consideró un total de 124 historias clínicas de pacientes adultos mayores con Fractura de Cadera durante comprendidos en el 2018-2022.

Tabla 1. EDAD Y SEXO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.

Edad y sexo	Frecuencia	%
Edad		
De 60 a 70 años	29	23,4%
De 71 a 80 años	33	26,6%
De 81 a 90 años	47	37,9%
+ de 90 años	15	12,1%
Total	124	100%
Sexo		
Masculino	47	37,9%
Femenino	77	62,1%
Total	124	100%

Fuente. Elaboración propia

La tabla muestra, el grupo de edad de mayor prevalencia fue entre 81 y 90 años con 47 pacientes (37.9%). El sexo femenino fue de mayor predominio con 77 pacientes (62.1%)

Tabla 2. TIPOS DE FRACTURA DE CADERA EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.

Tipos de fractura de cadera	Frecuencia	%
Fractura subtrocantérica de fémur	18	14,5%
Fractura transcervical del cuello del fémur	18	14,5%
Fractura intertrocantérica de fémur	73	58.8%
Fractura subcapital de fémur	6	4.8%
Fractura de base cervical de fémur	9	7.3%
Total	124	100%

Fuente. Elaboración propia

El tipo de fractura predominante en el periodo comprendido entre el 2018-2022 fue: la intertrocantérica con 73 pacientes (58.8%), seguida de la transcervical y subcapital con 18 pacientes (14.5%) respectivamente.

Tabla 3. COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.

Comorbilidades	Frecuencia	%
Enfermedad de alzhéimer y otras demencias		
Si	8	6,5%
No	116	93,5%
Total	124	100%
EPOC		
Si	6	4,8%
No	118	95,2%
Total	124	100%
Nefropatías		
Si	0	0%

No	124	100%
Total	124	100%
Diabetes Mellitus		
Si	14	11,3%
No	110	88,7%
Total	124	100%
Enfermedad renal crónica		
Si	7	5,6%
No	117	94,4%
Total	124	100%
Enfermedades Hipertensivas		
Si	13	10,5%
No	111	89,5%
Total	124	100%

Fuente. Elaboración propia

La tabla muestra que la comorbilidad más frecuente es la diabetes mellitus con 14 pacientes (11.3%), seguido de las enfermedades hipertensivas con 13 pacientes (10.5%) y las demencias con 8 pacientes (6.5%).

**Tabla 4. COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIA EN LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN
EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO
“DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.**

Complicaciones intrahospitalarias	Frecuencia	%
Neumonía intrahospitalaria		
Si	6	4,8%
No	118	95,2%
Total	124	100%
Infección del tracto urinario		
Si	0	0%
No	124	100%
Total	124	100%
Desorientación		
Si	1	0,8%
No	123	99,2%
Total	124	100%
Deshidratación		
Si	1	0,8%
No	123	99,2%
Total	124	100%
Úlcera de presión		
Si	5	4%
No	119	96%
Total	124	100%
Infección de herida quirúrgica		
Si	4	3,2%
No	120	96,8%
Total	124	100%
Flebitis		
Si	0	0%
No	124	100%
Total	124	100%
Tromboembolia pulmonar		
Si	1	0,8%
No	123	99,2%
Total	124	100%

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar respecto a las complicaciones intrahospitalarias que la neumonía intrahospitalaria es el más representativo con 6 pacientes (4.8%), seguido de la úlcera de presión con 5 pacientes (4%) y la infección de la herida quirúrgica con 4 pacientes (3.2%).

Tabla 5. MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, 2018–2022.

Mortalidad	Frecuencia	%
Causas de mortalidad		
Enfermedad cardiovascular	4	3,2%
Sepsis de herida quirúrgica	1	0,8%
Enfermedades respiratorias	5	4%
No falleció	114	92,0%
Total	124	100%
Fallecido		
Si	10	8%
No	114	92.0%
Total	124	100%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que 10 pacientes fallecieron (8%), siendo las enfermedades respiratorias más frecuente con 5 pacientes (4%) del total de pacientes (124) y representando un 50 % de los pacientes fallecidos. (n=10)

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Análisis y discusión de resultados

Con respecto a los resultados de nuestra investigación, la edad comprendida entre los 81 y 90 años fue la más frecuente con 37.9%, coincidiendo con los siguientes estudios; como de Rondón C; (2021) que nos indica que cerca del 45.0% son pacientes entre de 81 a 90 años de edad. (11), Julca, S; (2020) también concuerda con nuestro estudio al tener un 44.6% entre 80 a 89 años de edad. (8); al igual que Mesa, L; (2019) donde nos menciona que el rango de edad más prevalente fue entre 85-89 años (4). Esto es debido por un incremento de la sobrevida y los factores asociados que condicionan a esta enfermedad (2). Por el contrario, hay estudios que difieren con la de: Zuta N. (2019); donde el grupo etario más representativo fue de 70 a 79 años, quizá por su poca población de estudio que tuvieron y porque el estudio se realizó en el servicio de diagnóstico por imagen.

Según el INEI, en los últimos 50 años la tasa de envejecimiento de la población ha aumentado del 5,7% al 12,4%. (27). Esta patología ha adquirido cada vez más importancia debido al envejecimiento de la población, y actualmente es uno de los motivos más habituales de ingreso hospitalario de personas mayores. (8)

En nuestro estudio las fracturas de cadera predominan en el sexo femenino con un 72.1%; resultados que son similares con el estudio de: Julca, S;(2020) quien manifiesta que el 72.1% son de sexo femenino (8); también Dinamarca J. (2018) concuerda con el 76.2% en el sexo femenino (5); y Negrete J. (2014) quien encuentra que el 70% son del sexo femenino

(6). El género es un factor de riesgo no modificable, se obtuvo que el sexo femenino es más vulnerable a padecer fracturas de cadera, debido quizá a las concurrencias de varios factores asociados como: la densidad ósea (osteoporosis), la menopausia, pelvis ósea ancha, tendencia a coxa vara, menos actividad, mayor índice de masa corporal y mayor esperanza de vida con respecto a los varones. (28) Otro estudio contradice nuestro resultado como es el de Zuta N. (2019) quien encuentra una mayor frecuencia en el sexo masculino con un 65.7%. En consecuencia, se puede decir que independientemente del género, tanto hombres como mujeres son susceptibles de desarrollar fracturas específicas.

En relación al tipo de fractura, en nuestro estudio se demostró que la mayoría de casos son fracturas de tipo intertrocanterica de fémur con un 58.8%. En cuanto al sitio de la fractura, hay coincidencia con los autores, quienes destacan la prevalencia de las lesiones extracapsulares de tipo intertrocanterico. Como el estudio de Rondón C. (2018) donde menciona que las fracturas intertrocantericas fueron las más prevalentes con un 60.0% (11); también el estudio de Julca, S. (2020) encontró que las fracturas intertrocantericas representan el 57.6% (8); concordando porcentualmente; en el de Mesa L. (2019) encontró que la fractura más frecuente fue la pertrocantericas 46.5% pacientes (4); con una diferencia notable porcentual, quizá debido a criterios de exclusión más específicas. En el estudio de Alatrística, M. (2020) enuncia que el 75.8% de las fracturas se clasificaron como extracapsulares (9) notando que existe una elevación porcentual debido a que las fracturas extracapsulares incluyen a las intertrocantericas y

subtrocantéricas. La razón de su alta frecuencia es que se pueden producir con una sola caída desde una posición de pie al suelo. (11)

En relación a la comorbilidad, el 48% de los pacientes tuvieron algún antecedente patológico, lo cual no concuerda con el estudio de Salas G. (2019) quien demuestra que el 81.8% de los pacientes presentaron las siguientes comorbilidades: diabetes mellitus, hipertensión arterial y osteoporosis. (12). Esto debido a que, en nuestro estudio, no consideramos todas las patologías existentes y solo limitarnos en 6 enfermedades; también el no considerar un ítem de “otras enfermedades” en la ficha de recolección de datos. Las enfermedades en nuestro estudio con mayor frecuencia fueron diabetes mellitus con un 11.3%, seguido de las enfermedades hipertensivas con un 10.5%. que concuerda de forma general los estudios: Rondón C. (2018) encuentra mayor predominio de la hipertensión arterial en un 52.2% y diabetes mellitus en un 28%. (11), Mesa L. (2019) encontró que la gran parte de casos tenían antecedentes de hipertensión arterial (48.5%) y diabetes mellitus (21.8%). (4), Alatrística M. (2020) en sus resultados encuentra que las enfermedades metabólicas y cardiovasculares representan el 37.8% siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus las principales. (9) y de Julca S. (2020) en su estudio encuentra que la hipertensión arterial representa el 43.9%, diabetes mellitus en un 19.4%, (8). Mas no concordando porcentualmente; esto debido quizá a un déficit de la anamnesis y el enfoque en los antecedentes personales del paciente, sucedido durante la hospitalización por parte del personal de salud.

Los trastornos pluripatológicos afectan a los pacientes adultos mayores, con un promedio de 2,8 enfermedades crónicas por persona entre 65 y 74 años y 3,23 para los mayores de 75 años. (29) Estas afecciones están ligadas a fracturas y caídas debido a que los pacientes tienen bajos niveles de actividad física, problemas de visión y vértigo, todos los cuales pueden provocar discapacidades, pérdida del equilibrio y caídas recurrentes. Estas patologías son un factor de complicación postoperatoria porque alargan la estancia hospitalaria y aumentan el riesgo de infección de la herida al no estar controladas; comprenderlos le ayudará a gestionarlos de forma más eficaz. (9)

Con relación a las complicaciones intrahospitalarias se encontró que: la neumonía intrahospitalaria es la más frecuente representando un 4.8%, que concuerda con lo encontrado por Alatriza M. (2019) donde encuentra la neumonía intrahospitalaria como complicación con un 3.3%. (9) también concuerda, pero en mayor porcentaje con el estudio de Mesa L. quien encuentra como complicación la sepsis de foco respiratorio en un 7%. (4) Esto es debido que a mayor edad aumenta el riesgo de disfagia, por tanto se incrementan los casos de neumonías aspirativas. (30). En nuestro estudio se encontró también las úlceras de presión con 4% como la segunda complicación más frecuentes, que también concuerda en frecuencia con: Mesa L. (2019) que encuentra úlcera de presión en 6.2% de pacientes y en el estudio de Alatriza, M;(2019) encuentra: úlcera de presión el 1.1%.(9) Esto es debido a que estos pacientes están mucho tiempo inmovilizados, esperando la compra de materiales de osteosíntesis, o en proceso de

estabilización de comorbilidades descompensadas, que retrasa el tratamiento quirúrgico oportuno. (31). Alatrística M. (2019) encuentra como segunda complicación más frecuente la infección urinaria en un 2.2 %, que difiere con nuestro estudio, esto debido quizá que se basó en pacientes posts operados, en quienes el factor que aumenta la infección de vías urinarias es la colocación de sonda Foley en el intraoperatorio.

En nuestro estudio se identificó la mortalidad que representa el 4%, siendo la patología más frecuente la neumonía ,el 50 % de los pacientes fallecidos de este resultado concuerda con el estudio realizado por Alatrística M. (2019) quien encuentra a la neumonía como la principal enfermedad de mortalidad con un 22% (9) y con Dinamarca J. (2018) quien encuentra la principal enfermedad de mortalidad es la neumonía intrahospitalaria en un 35%, (5), nuestro estudio discrepa con Negrete J. (2019) quien encontró que la principal enfermedad de muerte fue la sepsis con un 35% de los fallecidos, esto debido en este estudio no especifica el foco de la sepsis. (6) En este estudio solo se concuerda con la segunda patología de muerte que son las enfermedades cardiovasculares que representa el 30 % y en nuestro estudio representa el 40 % del total de los fallecidos. (6) Cabe señalar que el envejecimiento en sí resulta en una menor capacidad de adaptación y una menor tolerancia al estrés en general. Esto, a su vez, promueve un equilibrio inestable y alarga el tiempo de recuperación clínica y funcional en comparación con edades más tempranas. (30) El riesgo de mortalidad de un paciente con fractura de cadera aumenta, si tiene antecedentes de

comorbilidades, los cuales retrasan la recepción del tratamiento quirúrgico.

(6).

CONCLUSIONES

1. El rango de edad de 81 a 90 años, que incluye el 37,9% de los pacientes adultos mayores con fracturas de cadera, es la categoría más prevalente.
2. De las personas mayores que reportaron una fractura de cadera, el 62,1% son del sexo femenino.
3. De todos los tipos de fracturas, las intertrocantéreas representan el 58,8% de los casos.
4. Las dos comorbilidades más comunes fueron la diabetes mellitus 2 con un 11.3% y la hipertensión arterial con un 10.5%.
5. Las complicaciones intrahospitalarias más frecuentes fueron: la neumonía con un 4.8% y la úlcera de presión con un 4 %.
6. El riesgo de mortalidad por fractura de cadera entre pacientes adultos mayores es del 8%, siendo la neumonía la principal patología de mortalidad con un 4%.

RECOMENDACIONES

1. Brindar comodidad, seguridad y estabilidad al paciente anciano y realizar intervenciones educativas con la familia del paciente sobre los cuidados de prevención de caídas, como, salir de casa acompañados por un familiar, y/o brindar servicio comunitario en las pistas al momento que los adultos mayores crucen las calles para su tránsito diario y así prevenir caídas.
2. Debido a que la menopausia provoca una disminución de los estrógenos, el sexo femenino está en riesgo de sufrir fracturas de cadera. Por este motivo, se aconseja el tratamiento hormonal sustitutivo como forma de prevenir la osteoporosis.
3. Realizar un adecuado diagnóstico para definir el tipo de fractura y planificar la cirugía con material quirúrgico idóneo y la técnica quirúrgica adecuada.
4. Para el manejo de las comorbilidades se recomienda el trabajo articulado, particularmente en los campos de geriatría, endocrinología y cardiología.
5. Disminuir el tiempo de hospitalización a los pacientes, acelerando su mejoría general y siendo operado a la brevedad. Una adecuada bioseguridad del personal de salud con los pacientes adultos mayores. Adquisición de colchones anti escaras.
6. Las recomendaciones planteadas deben hacer énfasis en el sexo femenino principalmente y en el grupo etario entre los 60 y 90 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. Fractura de caderas y neumonía son letales en adultos mayores. [En línea] 14 de Setiembre de 2019. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50882-fractura-de-caderas-y-neumonia-son-letales-en-adultos-mayores>.
2. OMS. La OMS premia al Registro Nacional de fractura de cadera. [En línea] 29 de Mayo de 2019. Disponible en: <https://www.segg.es/actualidad-segg/2019/05/29/cadera-registro-oms-geriatria>.
3. Vestergaard , P y Rejnmark , L. Increased mortality in patients with a hip fracture-effect of pre-morbid conditions and postfracture complication. s.l. : Osteoporos Int. 2007; 18: 1583-93., 2007.
4. Mesa , L, y otros. Fracturas de cadera osteoporóticas en pacientes mayores. Cuba : <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec194e.pdf>, 2019.
5. Dinamarca J y otros. Mortalidad intrahospitalaria en adultos mayores chilenos con fractura de cadera: incidencia, causas y otros elementos de interés, 2018. Chile.
6. Negrete J y otros. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Estudio de casos y controles. 2019. Mexico. [ttps://www.scielo.org.mx/pdf/aom/v28n6/v28n6a3.pdf](https://www.scielo.org.mx/pdf/aom/v28n6/v28n6a3.pdf)
7. Bernal , Y, y otros. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en adultos mayores. Ecuador : <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1284>, 2021.

8. Julca, S. Características epidemiológicas y clínicas del adulto mayor con fractura de cadera, hospital regional huacho, 2015-2019. Perú : <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3967/tesis%20final%20Julca%20CD.pdf?sequence=1>, 2020.
9. Alatrística , M. Morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores post operados de fractura de cadera en hospital regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero-junio del 2019. Perú : <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10888/MCalgemc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, 2020.
10. Zuta, N y Ordinola , C. Frecuencia de fractura de cadera en adultos mayores, hospital regional virgen de Fátima, Chachapoyas, 2019. Perú : <http://revistas.untrm.edu.pe/index.php/CSH/article/view/834>, 2022.
11. Rondon C y otros. Características clínicas y epidemiológicas en adultos mayores con fractura de cadera en un hospital de Lima, 2015-2018. Peru
12. Salas, G. Factores epidemiológicos asociados al tipo de fractura de cadera en el hospital Carrión - Huancayo, 2013 - 2017. Perú : <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2886785>, 2019.
13. Vilchez, X. Factores de riesgo para fractura de cadera en ancianos en Un Hospital de Huancayo Enero 2020 A Diciembre 2021. Perú : <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4342>, 2022.
14. Alarcon T, Gonzalez J. Fractura de cadera en el paciente mayor. Rev Esp Geriatr Gerontol. [En línea] 2010; 45(3): 167-170. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-española-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X0900328X>.

15. S. Terry Canale. Campbell Cirugia Ortopedica, 11e. Barcelona..Marban Libros;2010
16. Rockwood y Greens. Fracturas en el adulto, 5e. España.. Marban
17. Pidemunt G. Factores determinantes en el deterioro di la función y la calidad de vida del anciano afecto de fractura de cadera. [tesis doctoral en medicina y cirugía] Universidad Autónoma de Barcelona - España. UAB; 2009.
18. Albavera R. López R. Romero C. Gurrola K. Mortalidad de pacientes con fractura de cadera a 5 años de evolución en el Hospital Regional General Ignacio zaragoza. Rev Esp Med Quir 2013 [en linea] 2016 [fecha de acceso 15/09/2018]; 18(1): 31 - 36 Disponible en:<http://www.redalyc.org/pdf/473/47326333005.pdf>.
19. Nogueras C. Evaluacion del sufrimient en pacientes ancianos ingresados por fractura decadera: Dificultades en el uso de instrumentos. [Tesis Doctoral]. Universidad Autonoma de Barcelona - España. UAB; 2015
20. Romero D. Perfil epidemiologico de fracturas del extremo proximal del femur en el adulto mayor. [Tesis de grado]. Universidad de Guayaquil - Ecuador. UG; 2016
21. Vento - Benel F. Fractura de cadera en adulto mayor. Revista de la facultad de Medicina Humana 2017. 17(2): 112
<file:///C:/User/Luis%20Angel/Downloads/845-Articule%20Text-1808-2-10-20170320.pdf>
22. Vento-Benel R. Factores pronosticos asociados a mala evolucion en pacientes operados de fractura de cadera mayores de 65 años. Rev Fac Med

- Hum. Octubre 2019; 19(4):84-94. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a13v19n4.pdf>
23. Montalvan S. Evaluacion funcional en ancianos intervenidos de fractura de cadera. Revista USP. Granada España. 2012. Disponible en :
<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n5/09.pdf>
24. MINSA. Fractura de caderas y neumonía son letales en adultos mayores. [En línea] 14 de Setiembre de 2019.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50882-fractura-de-caderas-y-neumonia-son-letales-en-adultos-mayores>.
25. Muñoz, S., y otros. Fractura de cadera. s.l. :
<http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art11.pdf>, 2008.
26. Hernández, C., Fernández y Baptista. Metodología de la investigación. Colombia : Editorial Mc. Graw Hill, 2014.
27. Universidad Francisco de Vitoria. Indice de Barthel. Disponible en:
<https://www.editorialufv.es/wp-content/uploads/Tablas libros geriatría.pdf>
28. Sociedad Española de Reumatología (2018). Recomendaciones SER sobre Osteoporosis. Sociedad Española de Reumatología, 69. Obtenido en
https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/03/Recomendaciones_OP_DEF.pdf.
29. Universidad Francisco de Vitoria. Indice de Barthel. Disponible en:
<https://www.editorialufv.es/wp-content/uploads/Tablas libros geriatría.pdf>
30. Elera L. Factores de riesgo asociados a neumonía intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera. [Tesis de grado]. UPAO;2019.

31. Palomino L, Ramírez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. *Acta Med Peru.* 2016; [en línea] 2016 [fecha de acceso 20 de noviembre del 2023]; 33(1):15-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a04v33n1.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

TÍTULO: MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO, 2018 -2022

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variable y Dimensiones	Metodología
<p>Problema General ¿Cuál es la morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en un Hospital de Huancayo ,2018-2022?</p> <p>Problemas Específicos 1.-¿Cuál es el tipo de fractura de cadera en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022?</p> <p>2.- ¿Cuáles son las comorbilidades en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022?</p> <p>3.- ¿Cuáles son las complicaciones intrahospitalarias en los pacientes adultos mayores</p>	<p>Objetivo General Identificar la morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en un Hospital de Huancayo, 2018-2022.</p> <p>Objetivos Específicos 1.-Identificar el tipo de fractura de cadera en pacientes adultos mayores en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022.</p> <p>2.-Identificar las comorbilidades en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022.</p> <p>3.-Identificar las complicaciones intrahospitalarias en pacientes adultos mayores</p>	<p>El presente estudio por ser de corte descriptivo no requiere el planteamiento de hipótesis el enunciado del estudio no es una preposición solo se pretende describir la Morbi-mortalidad de los pacientes adultos mayores con de fractura de cadera.</p>	<p>Variable Morbi – mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de fractura de cadera</p> <p>Indicadores Características demográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo <p>Tipo de fractura de cadera Fractura subcapital de fémur Fractura transcervical del cuello del fémur Fractura base cervical de fémur Fractura intertrocanterica de fémur Fractura subtrocantérica de fémur</p> <p>Comorbilidad Enfermedad de alzhéimer y otras demencias</p>	<p>Método de Investigación Método Científico</p> <p>Tipo de Investigación Básico</p> <p>Nivel de Investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de Investigación No experimental y de corte transversal</p> <p>Población y Muestra Población La población estuvo conformada por las historias clínicas de adultos mayores hospitalizados por fractura de cadera atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en el en el periodo de 2018-2022; teniendo en cuenta los siguientes criterios:</p> <p>Criterios de inclusión Historia de pacientes de ambos sexos Historia de pacientes desde los 60 años Historia clínica de pacientes hospitalizados por fractura de cadera en el periodo 2018-2022.</p> <p>Criterios de exclusión Historias de pacientes menores de 60 años</p>

<p>con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022?</p> <p>4.- ¿Cuál es la mortalidad en los pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022?</p>	<p>con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022.</p> <p>4.-Identificar la mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Docente Quirúrgico Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018-2022.</p>		<p>EPOC Nefropatía Diabetes Enfermedad renal crónica Enfermedades hipertensivas Complicaciones intrahospitalarias Neumonía intrahospitalaria Infección del tracto urinario Desorientación Deshidratación Úlceras de presión Infección de herida quirúrgica Flebitis Tromboembolia pulmonar Ninguna</p> <p>Mortalidad Enfermedad cardiovascular Sepsis de herida quirúrgica Enfermedades respiratorias No falleció</p>	<p>Historias de pacientes que hayan sido derivados de otros hospitales</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por las Historias clínicas de 124 pacientes adultos mayores hospitalizados por fractura de cadera y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en el en el periodo de 2018-2022.</p>
---	---	--	---	---

ANEXO 2: Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Operacional	Definición conceptual	Indicadores	Escala de medición
Morbi – mortalidad en pacientes adultos mayores con fractura de cadera				
Características demográficas	Son identificadas por la edad y el sexo	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Edad	Ordinal
		Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Sexo	Nominal
Tipo de Fractura	Se identifica por el tipo de fractura de fémur	Fractura al lado de la cabeza femoral a nivel del cuello, entre la cabeza y el trocánter mayor.	Fractura subcapital de fémur	Nominal
		Se nombran de acuerdo a la línea de fractura; es mejor decir “Transcervical” que “mediocervical” cuando la línea de fractura pasa por el centro del cuello.	Fractura transcervical del fémur	
		Fractura por encima de la línea trocantérica hacia el cuello.	Fractura base cervical de fémur	
		Denota una fractura en la que la línea de rotura ósea está entre el trocánter mayor y el menor, a lo largo de la línea intertrocantérica.	Fractura intertrocantérica de fémur	
		Son aquellas que se extienden desde el trocánter menor hasta el istmo de la diáfisis.	Fractura subtrocantérica de fémur	
Comorbilidad	Se identifica las enfermedades previas a la fractura de cadera	Trastorno cerebral que destruye lentamente la memoria y la capacidad de pensar.	Enfermedad de alzhéimer y otras demencias	Nominal
		Enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones.	EPOC	
		Hace referencia a aquellas enfermedades y patologías que afectan al riñón.	Nefropatía	
		Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina.	Diabetes	
		Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo.	Enfermedad renal crónica	

		Problemas cardíacos que ocurren debido a la presión arterial alta que permanece durante mucho tiempo.	Enfermedades hipertensivas
Complicaciones intrahospitalarias	Se identifican a las complicaciones adquiridas en la hospitalización.	Es una infección de los pulmones que se presenta durante una hospitalización. Este tipo de neumonía puede ser muy grave. Algunas veces, puede ser mortal.	Neumonía intrahospitalaria
		Se definen como la colonización y la multiplicación de un microorganismo, habitualmente bacterias, en el aparato urinario.	Infección del tracto urinario
		Estado mental caracterizado por confusión con respecto al tiempo, el espacio o sobre quién es uno mismo.	Desorientación
		Estado resultante de la pérdida excesiva de agua del organismo.	Deshidratación
		Lesión de un área de la piel causada por presión constante durante mucho tiempo.	Úlceras de presión
		Cuadro de SIRS más una infección que requiere de una intervención quirúrgica para el control de la fuente.	Infección de herida quirúrgica
		Inflamación (enrojecimiento, hinchazón, dolor y calor) en una vena, por lo general, de las piernas.	Flebitis
		Enfermedad potencialmente mortal que se produce cuando partes de un trombo se desprenden desde alguna parte del territorio venoso, migra y se enclava en las arterias pulmonares.	Tromboembolia pulmonar
		Expresa la inexistencia de aquello denotado por el nombre al que modifica.	Ninguna
Mortalidad	Se identifica la mortalidad, viendo las enfermedades que conllevan a la muerte.	Problemas con el corazón y los vasos sanguíneos.	Enfermedad cardiovascular
		Complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección.	Sepsis de herida quirúrgica
		Es una infección pulmonar que se desarrolla en personas hospitalizadas, por lo general, después de 2 o más días a partir del ingreso. Son muchas las bacterias, los virus e incluso los hongos que pueden causar neumonía en personas hospitalizadas.	Enfermedades respiratorias
		Vivir, existir, ser.	No falleció

ANEXO 3: Matriz de Operacionalización del instrumento

Definición Operacional	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Son identificadas por la edad y el sexo	Edad	Pregunta 1	Ordinal
	Sexo	Pregunta 2	Nominal
Se identifica por el tipo de fractura de fémur	Fractura subcapital de fémur	Pregunta 3	Nominal
	Fractura transcervical del fémur		
	Fractura base cervical de fémur		
	Fractura intertrocantérica de fémur		
	Fractura subtrocantérica de fémur		
Se identifica las enfermedades previas a la fractura de cadera	Enfermedad de alzhéimer y otras demencias	Pregunta 4	Nominal
	EPOC	Pregunta 5	
	Nefropatía	Pregunta 6	
	Diabetes	Pregunta 7	
	Enfermedad renal crónica	Pregunta 8	
	Enfermedades hipertensivas	Pregunta 9	
Se identifican a las complicaciones adquiridas en la hospitalización.	Neumonía intrahospitalaria	Pregunta 10	Nominal
	Infección del tracto urinario	Pregunta 11	
	Desorientación	Pregunta 12	
	Deshidratación	Pregunta 13	
	Úlceras de presión	Pregunta 14	
	Infección de herida quirúrgica	Pregunta 15	
	Flebitis	Pregunta 16	
	Tromboembolia pulmonar	Pregunta 17	
	Ninguna	Pregunta 18	
	Se identifica la mortalidad, viendo las enfermedades que conllevan a la muerte.	Enfermedad cardiovascular	
Sepsis de herida quirúrgica			
Enfermedades respiratorias			
No falleció			

ANEXO 4: El instrumento de investigación

EVALUACION DE HISTORIA CLINICA

Pacientes hospitalizados por fractura de cadera.

1. Edad: _____ años
2. Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
3. Diagnóstico
 - Fractura subcapital de fémur
 - Fractura transcervical de fémur
 - Fractura de base cervical de fémur
 - Fractura intertrocanterica de fémur
 - Fractura subtrocantérica de fémur
- **Comorbilidad**
4. Enfermedad de alzhéimer y otras demencias
 - Si No
5. EPOC
 - Si No
6. Nefropatía
 - Si No
7. Diabetes
 - Si No
8. Enfermedad renal crónica
 - Si No
9. Enfermedades hipertensivas
 - Si No
- **Complicaciones intrahospitalarias**
10. Neumonía intrahospitalaria
 - Si No
11. Infección del tracto urinario
 - Si No

12. Desorientación
 Si No
13. Deshidratación
 Si No
14. Úlceras de presión
 Si No
15. Infección de herida Quirúrgica
 Si No
16. Flebitis
 Si No
17. Tromboembolia pulmonar
 Si No
18. Ninguna
 Si No
19. Fallecimiento
 Enfermedad cardiovascular
 Sepsis de herida quirúrgica
 Enfermedades respiratorias
 No falleció

ANEXO 5: Constancia de aplicación del instrumento

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

MEMORANDUM N° 271 - 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°070-2023-GRJ-DRSJ-HRDCQ-DAC-HYO-CI.
SOLICITUD, según Exp. N° 04862883

FECHA : Huancayo, 13 de octubre 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: "**MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO, 2018-2022**", es un estudio **AUTORIZADO**, por el Comité de Investigación de nuestra Institución.

Bríndese las facilidades necesarias al M.C.: **Jonatan David, ROJAS PALOMINO**, quien realizará las coordinaciones respectivas con la Oficina de Estadística e Informática, para la recolección de datos hasta el **31 de diciembre** del año en curso, 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, el autor presentará el informe final y dar a conocer, en que revista, medio o link se encuentra la publicación 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,



GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
HOSPITAL DRSJ "DRA. BELLA CARRION" HYO

M.C. LEVI CORDERO FLORES
DIRECTOR ADJUNTO
C.M.P. N° 15.000.015 R.I.E. N° 12534

C.c.
Archivo
JRRR LCF: RECG nmmr

HRDCQ "DAC" - HYO
Reg.: N° 07150288
Exp.: N° 04862883

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

INFORME N° 070-2023-GRJ-DRSJ-HRDCQ-DAC-HYO-CI

DE : Dr. Anibal Valentín, DIAZ LAZO
Presidente del Comité de Investigación

A : Lic. Adm./Abog. Roque E. Castro Gonzales
Jefe de Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación

ASUNTO : Informe sobre Evaluación de Proyecto de Investigación

FECHA : Huancayo, 12 de octubre del 2023

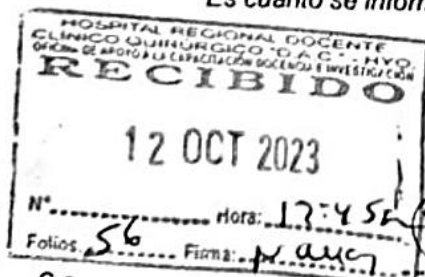
Mediante el presente me dirijo a usted, para expresar un cordial saludo y a la vez hacer llegar el siguiente informe sobre la Evaluación del Proyecto de Investigación a realizarse en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "DAC" Huancayo, detallado de la siguiente manera:

Título del Proyecto : "MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO, 2018-2022"

Presentado por : M.C. Jonatan David, ROJAS PALOMINO

Conclusión : > Se autoriza la ejecución del proyecto de investigación, hasta el 31 de diciembre del año en curso según cronograma, debiendo mantener la confidencialidad de la información; debe de presentar el informe final y dar a conocer la publicación, en que revista, medio o link se encuentra, a la Oficina de Apoyo a la Capacitación, docencia e Investigación.

Es cuanto se informa para los fines consiguientes



Atentamente,

DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO
QUIRURGICO "DANIEL A. CASTELLON" HYO

Dr. Anibal Valentín Díaz Lazo
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
CMP. N° 20202 RNE 8070

C.c.
Interessado
AVDL/nmmr.

ANEXO 6: Confiabilidad y valides del instrumento



**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTA DE MEDICINA HUMANA**



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS POR CRITERIO DE LOS EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1.-Apellidos y Nombres del Experto: SALAS MURILLO ALEJANDRO VICTOR
- 2.2.-Cargo e institución donde labora: Medico Traumatólogo del Hospital P.D.M.H. D.A.C. Huancayo
- 3.4.-Nombre de Instrumento evaluado: Morbi-Mortalidad en Pacientes Adultos Mayores con Fractura de Cadera en un Hospital de Huancayo, 2018-2022.
- 4.5.-Autor del Instrumento: Jonatan David Rojas Palomino

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

ITEMS	Deficiente 00-25%	Regular 26-50%	Buena 51-75%	Excelente 76-100%
1.-Esta formulado con lenguaje apropiado.			X	
2.-Las preguntas persiguen los fines del objetivo específico.			X	
3.-Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			X	
4.-Existe una Organización lógica .				X
5.-Comprende los aspectos de cantidad y calidad.			X	
6.-Está de acuerdo para validar las unidades de investigación			X	
7.-Está basado en fundamentos técnicos y/o científicos				X
8.-Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones.			X	
9.-El instrumento es útil en la investigación				X

III.-OPINION DE APLICABILIDAD: Muy Buena

IV.-PROMEDIO DE VALORACION: 83.3

FECHA: 18/09/2023

Dr. Alejandro V. Salas Murillo
 TRAUMATOLOGO ORTOPEDISTA
 CIRUJANO DE MANO
 C.M.P. 19816 H.N.E. 12003

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO
DNI: 20013135



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTA DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE
DATOS POR CRITERIO DE LOS EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1.-Apellidos y Nombres del Experto: BASURTO ACOSTA ALDO
 2.2.-Cargo e institución donde labora: TRAUMATOLOGO - HOSPITAL "2 DE MAYO" - LIMA.
 3.4.-Nombre de Instrumento evaluado: Morbi-Mortalidad en Pacientes Adultos Mayores con Fractura de Cadera en un Hospital de Huancayo, 2018-2022.
 4.5.-Autor del Instrumento: Jonatan David Rojas Palomino

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

ITEMS	Deficiente 00-25%	Regular 26-50%	Buena 51-75%	Excelente 76-100%
1.-Esta formulado con lenguaje apropiado.				X
2.-Las preguntas persiguen los fines del objetivo específico.			X	
3.-Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			X	
4.-Existe una Organización lógica .				X
5.-Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				X
6.-Está de acuerdo para validar las unidades de investigación			X	
7.-Está basado en fundamentos técnicos y/o científicos				X
8.-Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones.			X	
9.-El instrumento es útil en la investigación				X

III.-OPINION DE APLICABILIDAD: Excelente

IV.-PROMEDIO DE VALORACION: 92%

FECHA: 20, 09, 2023.

[Firma]
Dr Aldo Basurto Acosta
TRAUMATOLOGO
CMP 64920 HME 39042

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

DNI: 44273297



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTA DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE
DATOS POR CRITERIO DE LOS EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1.-Apellidos y Nombres del Experto: *Cahua Ugarte Miguel*
 2.2.-Cargo e Institución donde labora: *Cefe de Servicio de Traumatología Hospital Amayucma - Yauriuecha*
 3.4.-Nombre de Instrumento evaluado: *Morbi-Mortalidad en Pacientes Adultos Mayores con Fractura de Cadera en un Hospital de Huancayo, 2018-2022.*
 4.5.-Autor del Instrumento: Jonatan David Rojas Palomino

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

ITEMS	Deficiente 00-25%	Regular 26-50%	Buena 51-75%	Excelente 76-100%
1.-Esta formulado con lenguaje apropiado.				X
2.-Las preguntas persiguen los fines del objetivo específico.				X
3.-Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.			X	
4.-Existe una Organización lógica .				X
5.-Comprende los aspectos de cantidad y calidad.			X	
6.-Está de acuerdo para validar las unidades de investigación				X
7.-Está basado en fundamentos técnicos y/o científicos				X
8.-Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones.			X	
9.-El instrumento es útil en la investigación				X

III.-OPINION DE APLICABILIDAD: *Excelente.*

IV.-PROMEDIO DE VALORACION: 90

FECHA: *20, 09, 2023*

Miguel Cahua Ugarte
 CMP: 25674 RNE: 16806
 TRAUMATOLOGO

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO
 DNI: *09041599*

ANEXO 7: Data de procesamiento de datos

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	MUESTRA	FECHA DE INGRESO	DIAGNOSTICO	EDAD	SEXO	COMORBILIDAD	COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS	FALLECIMIENTO
2	1	16/01/2018	2	60	Masculino	4	0	X
3	2	16/01/2018	4	61	Femenino	5	0	X
4	3	20/01/2018	4	81	Masculino	0	0	X
5	4	29/01/2018	5	60	Femenino	4	0	X
6	5	30/01/2018	4	73	Femenino	4	0	X
7	6	4/02/2018	4	87	Masculino	0	0	X
8	7	7/02/2018	4	91	Femenino	0	0	X
9	8	23/02/2018	1	86	Femenino	0	0	X
10	9	25/02/2018	5	85	Masculino	6	0	X
11	10	1/03/2018	4	93	Femenino	6	0	X
12	11	11/03/2018	4	86	Femenino	0	0	X
13	12	13/03/2018	4	86	Masculino	0	1	X
14	13	13/03/2018	5	66	Masculino	0	0	4
15	14	21/03/2018	4	84	Femenino	5	0	X
16	15	26/03/2018	4	76	Femenino	4	0	X
17	16	31/03/2018	4	85	Femenino	0	0	X
18	17	6/04/2018	4	86	Masculino	0	0	X
19	18	10/04/2018	4	82	Femenino	0	0	X
20	19	2/05/2018	4	86	Masculino	1	0	X
21	20	3/05/2018	4	76	Femenino	0	0	X
22	21	5/05/2018	4	87	Femenino	0	1, 4	1
23	22	5/05/2018	2	83	Femenino	4, 6	0	X
24	23	7/05/2018	4	104	Femenino	0	0	4
25	24	14/05/2018	4	90	Femenino	5	0	3
26	25	25/05/2018	2	78	Masculino	0	0	X
27	26	29/05/2018	4	84	Masculino	0	7, 8	X
28	27	2/06/2018	3	84	Masculino	0	0	X
29	28	1/07/2018	4	83	Masculino	5, 6	0	X
30	29	8/07/2018	4	72	Masculino	0	0	X
31	30	12/07/2018	4	80	Masculino	6	0	X
32	31	25/07/2018	4	83	Femenino	0	4	X
33	32	16/08/2018	5	76	Femenino	4, 6	0	X
34	33	22/08/2018	2	89	Femenino	0	0	3

	A	B	C	D	E	F	G	H
34	33	22/08/2018	2	89	Femenino	0	0	3
35	34	24/08/2018	4	83	Masculino	0	0	X
36	35	2/09/2018	5	66	Femenino	0	0	X
37	36	12/09/2018	4	68	Masculino	6	4	X
38	37	14/09/2018	4	80	Femenino	0	0	X
39	38	15/09/2018	4	88	Femenino	0	0	X
40	39	15/09/2018	4	63	Femenino	0	0	X
41	40	27/09/2018	4	65	Masculino	0	0	X
42	41	9/10/2018	4	95	Femenino	2	0	X
43	42	26/10/2018	4	60	Femenino	2	0	X
44	43	3/11/2018	4	79	Masculino	0	4	X
45	44	10/11/2018	4	82	Masculino	0	0	4
46	45	28/11/2018	4	88	Femenino	6	0	X
47	46	29/11/2018	5	80	Masculino	2	0	X
48	47	4/12/2018	4	76	Femenino	1	0	X
49	48	14/12/2018	2	75	Femenino	1	0	X
50	49	16/12/2018	5	77	Masculino	0	0	X
51	50	11/01/2019	5	76	Masculino	1, 4	0	X
52	51	9/02/2019	4	78	Femenino	0	0	X
53	52	9/02/2019	4	80	Femenino	0	0	X
54	53	19/02/2019	3	88	Femenino	0	0	4
55	54	23/02/2019	3	76	Femenino	0	0	X
56	55	23/02/2019	4	75	Femenino	6	0	X
57	56	29/03/2019	2	94	Femenino	0	0	1
58	57	4/04/2019	2	67	Femenino	0	0	X
59	58	30/05/2019	4	86	Masculino	4	0	X
60	59	1/06/2019	2	100	Femenino	2	0	3
61	60	13/06/2019	4	66	Femenino	0	0	X
62	61	21/06/2019	3	90	Femenino	1	0	X
63	62	21/06/2019	4	95	Femenino	0	0	X
64	63	25/06/2019	3	81	Femenino	0	0	X
65	64	29/06/2019	3	89	Femenino	1	0	X
66	65	10/07/2019	1	87	Femenino	0	0	X
67	66	17/07/2019	4	80	Masculino	0	0	X
68	67	5/08/2019	4	91	Femenino	0	0	6
69	68	27/09/2019	1	61	Femenino	0	0	X

	A	B	C	D	E	F	G	H
67	66	17/07/2019	4	80	Masculino	0	0	X
68	67	5/08/2019	4	91	Femenino	0	0	6
69	68	27/09/2019	1	61	Femenino	0	0	X
70	69	17/10/2019	2	80	Masculino	0	0	X
71	70	21/11/2019	1	86	Femenino	0	0	X
72	71	7/01/2020	4	83	Femenino	1, 5	0	X
73	72	8/01/2020	2	66	Masculino	0	0	X
74	73	12/01/2020	4	77	Femenino	0	0	X
75	74	19/01/2020	3	64	Masculino	0	4	X
76	75	3/02/2020	4	93	Masculino	0	0	X
77	76	10/02/2020	5	86	Masculino	0	0	X
78	77	18/02/2020	5	88	Masculino	0	0	X
79	78	10/03/2020	4	73	Femenino	4, 6	0	X
80	79	21/03/2020	5	76	Masculino	4	0	X
81	80	5/08/2020	4	78	Masculino	0	0	X
82	81	2/12/2020	4	79	Masculino	0	0	X
83	82	11/04/2021	4	63	Masculino	0	0	X
84	83	14/04/2021	4	65	Masculino	6	5	X
85	84	6/05/2021	4	68	Femenino	0	0	X
86	85	13/05/2021	4	83	Femenino	1	0	X
87	86	15/06/2021	3	67	Masculino	0	0	X
88	87	1/07/2021	4	67	Femenino	0	1	X
89	88	3/07/2021	2	67	Femenino	0	0	X
90	89	8/07/2021	4	89	Masculino	0	0	X
91	90	21/07/2021	4	68	Femenino	0	0	X
92	91	23/07/2021	5	72	Masculino	0	0	X
93	92	29/07/2021	4	81	Femenino	0	0	X
94	93	3/08/2021	5	67	Femenino	4	0	X
95	94	6/08/2021	4	93	Femenino	0	0	X
96	95	8/08/2021	2	65	Masculino	0	0	X
97	96	18/08/2021	2	65	Femenino	0	0	X
98	97	19/09/2021	4	74	Femenino	0	1	X
99	98	29/10/2021	4	89	Femenino	0	3	X
100	99	25/11/2021	5	85	Femenino	6	0	X
101	100	28/12/2021	4	89	Femenino	0	0	X
102	101	5/02/2022	4	76	Femenino	0	0	X

	A	B	C	D	E	F	G	H
100	99	25/11/2021	5	85	Femenino	6	0	X
101	100	28/12/2021	4	89	Femenino	0	0	X
102	101	5/02/2022	4	76	Femenino	0	0	X
103	102	14/02/2022	2	87	Femenino	0	1	X
104	103	2/03/2022	4	88	Femenino	2	0	X
105	104	25/03/2022	4	71	Masculino	0	1	X
106	105	3/05/2022	4	79	Masculino	0	0	X
107	106	29/05/2022	4	83	Masculino	5	0	5
108	107	4/06/2022	4	80	Femenino	4	0	2
109	108	6/06/2022	2	70	Femenino	0	0	X
110	109	24/06/2022	4	88	Femenino	4	0	
111	110	4/07/2022	2	84	FEMENINO	0	0	X
112	111	14/08/2022	3	60	Masculino	0	0	X
113	112	30/08/2022	4	82	Femenino	0	5	X
114	113	13/09/2022	2	82	Femenino	0	0	X
115	114	28/09/2022	2	72	Femenino	4	0	1
116	115	19/10/2022	1	91	Femenino	0	0	X
117	116	21/10/2022	5	68	Femenino	0	5	X
118	117	23/10/2022	5	79	Femenino	0	0	X
119	118	24/10/2022	1	94	Femenino	0	2	X
120	119	16/11/2022	4	91	Femenino	0	0	X
121	120	20/11/2022	5	67	Masculino	0	0	X
122	121	24/11/2022	5	65	Masculino	0	5	X
123	122	16/12/2022	4	93	Masculino	6	0	X
124	123	25/12/2022	4	98	Femenino	5	0	X
125	124	29/12/2022	4	89	Masculino	2	0	X
126								

ANEXO 8: Fotos de la aplicación del instrumento

Espiritu Romero Ines celia

Anexo 4: El instrumento de investigación

EVALUACION DE HISTORIA CLINICA

Pacientes hospitalizados por fractura de cadera.

1. Edad: 72 años
2. Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
3. Diagnóstico
 - Fractura subcapital de fémur
 - Fractura transcervical de fémur
 - Fractura de base cervical de fémur
 - Fractura intertrocanterica de fémur
 - Fractura subtrocanterica de fémur
- Comorbilidad
4. Enfermedad de alzhéimer y otras demencias
 - Si No
5. EPOC
 - Si No
6. Nefropatía
 - Si No
7. Diabetes
 - Si No
8. Enfermedad renal crónica
 - Si No
9. Enfermedades hipertensivas
 - Si No
- Complicaciones intrahospitalarias
10. Neumonía intrahospitalaria
 - Si No
11. Infección del tracto urinario
 - Si No

12. Desorientación
 Si No

13. Deshidratación
 Si No

14. Úlceras de presión
 Si No

15. Infección de herida Quirúrgica
 Si No

16. Flebitis
 Si No

17. Tromboembolia pulmonar
 Si No

18. Ninguna
 Si No

19. Fallecimiento
 Enfermedad cardiovascular (Poro cardíaco)
 Sepsis de herida quirúrgica
 Enfermedades respiratorias
 No falleció

Anexo 4: El instrumento de investigación

EVALUACION DE HISTORIA CLINICA

Pacientes hospitalizados por fractura de cadera.

1. Edad: 90 años
2. Sexo:
 Masculino
 Femenino
3. Diagnóstico
 Fractura subcapital de fémur
 Fractura transcervical de fémur
 Fractura de base cervical de fémur
 Fractura intertrocanterica de fémur
 Fractura subtrocantérica de fémur
- Comorbilidad
4. Enfermedad de alzhéimer y otras demencias
 Si No
5. EPOC
 Si No
6. Nefropatía
 Si No
7. Diabetes
 Si No
8. Enfermedad renal crónica
 Si No
9. Enfermedades hipertensivas
 Si No
- Complicaciones intrahospitalarias
10. Neumonía intrahospitalaria
 Si No
11. Infección del tracto urinario
 Si No

12. Desorientación
 Si No

13. Deshidratación
 Si No

14. Úlceras de presión
 Si No

15. Infección de herida Quirúrgica
 Si No

16. Flebitis
 Si No

17. Tromboembolia pulmonar
 Si No

18. Ninguna
 Si No

19. **Fallecimiento**
 Enfermedad cardiovascular
 Sepsis de herida quirúrgica
 Enfermedades respiratorias (Insuficiencia Respiratoria aguda)
 No falleció

Anexo 4: El instrumento de investigación

EVALUACION DE HISTORIA CLINICA

Pacientes hospitalizados por fractura de cadera.

1. Edad: 82 años
2. Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
3. Diagnóstico
 - Fractura subcapital de fémur
 - Fractura transcervical de fémur
 - Fractura de base cervical de fémur
 - Fractura intertrocanterica de fémur
 - Fractura subtrocantérica de fémur
- Comorbilidad
4. Enfermedad de alzhéimer y otras demencias
 - Si No
5. EPOC
 - Si No
6. Nefropatía
 - Si No
7. Diabetes
 - Si No
8. Enfermedad renal crónica
 - Si No
9. Enfermedades hipertensivas
 - Si No
- Complicaciones intrahospitalarias
10. Neumonía intrahospitalaria
 - Si No
11. Infección del tracto urinario
 - Si No

12. Desorientación

Si No

13. Deshidratación

Si No

14. Úlceras de presión

Si No

15. Infección de herida Quirúrgica

Si No

16. Flebitis

Si No

17. Tromboembolia pulmonar

Si No

18. Ninguna

Si No

19. Fallecimiento

Enfermedad cardiovascular

Sepsis de herida quirúrgica

Enfermedades respiratorias (Neumonitis por aspiración)

No falleció

Anexo 4: El instrumento de investigación

EVALUACION DE HISTORIA CLINICA

Pacientes hospitalizados por fractura de cadera.

1. Edad: 83 años
2. Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
3. Diagnóstico
 - Fractura subcapital de fémur
 - Fractura transcervical de fémur
 - Fractura de base cervical de fémur
 - Fractura intertrocanterica de fémur
 - Fractura subtrocantérica de fémur
- **Comorbilidad**
4. Enfermedad de alzhéimer y otras demencias
 - Si No
5. EPOC
 - Si No
6. Nefropatía
 - Si No
7. Diabetes
 - Si No
8. Enfermedad renal crónica
 - Si No
9. Enfermedades hipertensivas
 - Si No
- **Complicaciones intrahospitalarias**
10. Neumonía intrahospitalaria
 - Si No
11. Infección del tracto urinario
 - Si No

12. Desorientación
 Si No

13. Deshidratación
 Si No

14. Ulceras de presión
 Si No

15. Infección de herida Quirúrgica
 Si No

16. Flebitis
 Si No

17. Tromboembolia pulmonar
 Si No

18. Ninguna
 Si No

19. Fallecimiento
 Enfermedad cardiovascular
 Sepsis de herida quirúrgica

Enfermedades respiratorias (Insuficiencia respiratoria aguda)
(Tromboembolia pulmonar).

No falleció