REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

Características clínico-epidemiológicas del pre, intra y postoperatorio de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE-ESSALUD en el año 2023, Arequipa

Tesis presentada por el Bachiller:

Fernández Sánchez, Daniel Paul

ORCID: 0009-0009-1935-0952

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor (a):

Dr. Rivera Bendezu, Mauricio

ORCID: 0009-0003-3909-3398

Arequipa - Perú

2024

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 06 de Marzo del 2024

Dictamen: 011762-C-EPMH-2024

Visto el borrador del expediente 011762, presentado por:

2016246061 - FERNANDEZ SANCHEZ DANIEL PAUL

Titulado:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DEL PRE, INTRA Y POSTOPERATORIO DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HNCASE- ESSALUD EN EL AÑO 2023, AREQUIPA

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29525538 - HUANQUI GUERRA CARLOS EFRAIN
DICTAMINADOR

29451414 - VALDIVIA LAZO DE LA VEGA PERCY ANIBAL
DICTAMINADOR

40562000 - FLORES PARI YOISI YANETT
DICTAMINADOR

Características clínico-epidemiológicas del pre, intra y postoperatorio de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE-ESSALUD en el año 2023, Arequipa

ORIGINALITY REPORT

3%	4%	1%	2%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	tesis.ucsm.edu.pe Internet Source	1%
2	revmedest.sld.cu Internet Source	1%
3	Submitted to Universidad Católica de Santa María Student Paper	1%
4	scielo.sld.cu Internet Source	1%

Exclude quotes	Off	Exclude matches	< 1%
Exclude bibliography	Off		

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DEDICATORIA

A Dios. Por forjar y dirigir mi camino, dándome sabiduría y fortaleza, ayudándome en todo momento a aprender de mis errores, y por ser quien guía el destino de mi vida.

A mi madre Jovanna. Por todo su amor, comprensión, paciencia, valores y enseñanzas me impulsan a seguir adelante, buscando ser mejor persona y profesional porque todo lo que hoy soy es gracias a ella.

A mi abuela y familia. Por todo su cariño y apoyo incondicional aportado desde pequeño.

A mi alma mater, la Universidad Católica de Santa María de Arequipa y a la facultad de Medicina Humana, por formarme durante este proceso de 7 años; como un profesional competente y sensible en bienestar de mis futuros pacientes.

A mis maestros. Por su dedicación y apoyo durante todos estos años, gracias a sus conocimientos he podido adquirir habilidades para poder afrontar desafíos de la vida, estaré eternamente agradecido.

A todos quienes me apoyaron durante la realización de este proyecto, muy agradecido hacia ustedes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

AGRADECIMIENTO

Poder realizar esta investigación en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa - Perú, fue gracias al apoyo de distintas personas que conocí durante mi último año de formación, quienes me alentaron y guiaron durante este proceso.

Agradezco a Dios en primer lugar, por haberme otorgado a mi familia, poder de vivir y disfrutar cada día, por ser mi guía y camino, por siempre darme fuerzas para continuar adquiriendo experiencia, sabiduría y valores durante mis años de estudio.

Agradezco a mi amada madre Jovanna, por brindarme la oportunidad de tener una educación profesional, por siempre haber creído en mí, por inculcarme el valor de la medicina y ser mi ejemplo de superación, humildad y sacrificio, este logro y los demás que vendrán; se lo debo a ella. A mis seres queridos, que han destinado tiempo para enseñarme nuevas cosas y brindarme apoyo.

Agradezco a mi universidad, por haber permitido mi formación en ella, gracias a mis maestros quienes a lo largo de la carrera me transmitieron conocimientos y experiencias que sirvieron para adquirir habilidades y así alcanzar mis metas académicas y profesionales.

Agradezco al doctor Mauricio, por su apoyo, conocimiento y orientaciones, a quien admiro por su dedicación, compromiso y paciencia recibida; las cuales fueron fundamentales para realizar este trabajo.

Agradezco al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, por haber sido parte de mi formación profesional durante mi internado médico y por permitirme llevar acabo esta investigación. A todos los doctores y amigos que conocí, les agradezco por las enseñanzas, el apoyo y la confianza brindada, durante ese año.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

EPIGRAFE

"Las personas deberían perseguir todo aquello que las apasiona. Eso las haría más felices que cualquier otra cosa".

Elon Musk

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas en el pre, intra y postoperatorio de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo- ESSALUD de Arequipa en el año 2023

Metodología: El presente estudio es de tipo documental, descriptivo, observacional, retrospectivo y corte transversal; por lo cual se realizó una recopilación de datos de historias clínicas virtuales seleccionado a 190 de 243 pacientes. Posteriormente se empleó la estadística descriptiva y el paquete SPSS versión 26 para el análisis de datos.

Resultados: Se encontró en las características sociodemográficas, que existe predominio por el sexo femenino (75.8%), en adultos mayores a 80 años (62.1%) de Arequipa (86.3%). En el preoperatorio la mayoría contaba con riesgo cardiovascular grado II (80.0%), con diferentes comorbilidades como Hipertensión arterial (53.2%), Diabetes mellitus tipo 2(21.6%), Disritmias (18.9%) entre otras; los cuales tuvieron polifarmacia en el 53.2%. Asimismo, el sitio anatómico más afectado fue el lado izquierdo (51.1%), identificando también que las fracturas extracapsulares (64.7%) fueron las más frecuentes siendo del tipo intertrocantéreas (57.4%), teniendo que esperar entre 8 a 14 días para una intervención quirúrgica en el 44.7% del total de casos, ingresando con una hemoglobina mayor de 13g/dL en el 25.8%. Durante la intervención quirúrgicas encontró que la anestesia raquídea es la más empleada en el 82.1%, con un tiempo operatorio de entre 1 a 2 horas en el 71.1%, siendo el implante DHS y Prótesis total de cadera usados en el 45.8% y 24.7% respectivamente. En el postoperatorio, se halló que la hemoglobina postoperatoria descendió hasta el rango de 9 a 9.9g/dL en 24.7%, y que la estancia hospitalaria fue del 48.9% antes de los 14 días. Las complicaciones fueron infección del trato urinario (20%), delirium (10.5), neumonía intrahospitalaria (7.4%), e infección peri protésica (3.7%). Mientras que mortalidad durante primer año postoperatorio fue de 11.6%, atribuido a causas medicas en 18 de 22 casos.

Conclusiones: En este estudio, se encontró que la mayoría fueron adultos mayores de 80 años de sexo femenino provenientes de Arequipa, que contaban con al menos una comorbilidad siendo la más frecuente la hipertensión arterial, en donde 1 de cada 2 casos tiene polifarmacia, y que cuentan con un riesgo cardiovascular grado II. Asimismo, la mayoría debe esperar en promedio 10.86 días para ser intervenidos, siendo las fracturas intertrocantéreas las más frecuentes, donde el procedimiento quirúrgico más realizado en general fue la reducción y osteosíntesis usando el implante DHS, teniendo una estancia hospitalaria promedio de 15.34 días. También se encontró que, las complicaciones médicas y quirúrgicas más frecuentes fueron la infección de tracto urinario y la infección peri protésica respectivamente. Finalmente, el 11.6% de casos fallecieron durante el primer año postoperatorio.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Palabras claves: Fractura de cadera, Epidemiologia de fractura de cadera, Perioperatorio de fractura de cadera

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical-epidemiological characteristics in the pre, intra and postoperative period of patients with hip fracture in the orthopedics and traumatology service of the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital - ESSALUD of Arequipa in the year 2023.

Methodology: The present study is a documentary, descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study; therefore, a data collection of virtual medical records was carried out, selecting 190 of 243 patients. Subsequently, descriptive statistics and the SPSS package version 26 were used for data analysis.

Results: The sociodemographic characteristics were found to be predominantly female (75.8%), in adults over 80 years of age (62.1%) from Arequipa (86.3%). In the preoperative period, most of them had cardiovascular risk grade II (80.0%), with different comorbidities such as arterial hypertension (53.2%), diabetes mellitus type 2 (21.6%), dysrhythmias (18.9%) among others; 53.2% of them had polypharmacy. Likewise, the most affected anatomical site was the left side (51.1%), also identifying that extracapsular fractures (64.7%) were the most frequent being of the intertrochanteric type (57.4%), having to wait between 8 to 14 days for a surgical intervention in 44.7% of the total cases, entering with a hemoglobin greater than 13g/dL in 25.8%. During surgery, spinal anesthesia was the most commonly used in 82.1%, with an operative time of 1 to 2 hours in 71.1%, with the DHS implant and total hip prosthesis being used in 45.8% and 24.7% respectively. Postoperatively, postoperative hemoglobin was found to drop to the range of 9 to 9.9g/dL in 24.7%, and hospital stay was 48.9% before 14 days. Complications were urinary tract infection (20%), delirium (10.5), in-hospital pneumonia (7.4%), and periprosthetic infection (3.7%). Mortality during the first postoperative year was 11.6%, attributed to medical causes in 18 of 22 cases.

Conclusions: In this study, it was found that the majority were adults over 80 years of age of female sex from Arequipa, who had at least one comorbidity, the most frequent being arterial hypertension, where 1 out of 2 cases has polypharmacy, and who have a grade II cardiovascular risk. Likewise, the majority had to wait an average of 10.86 days for surgery, with intertrochanteric fractures being the most frequent, where the most common surgical procedure performed in general was reduction and osteosynthesis using the DHS implant, with an average hospital stay of 15.34 days. It was also found that the most frequent medical and surgical complications were urinary tract infection and peri-prosthetic infection respectively. Finally, 11.6% of cases died during the first postoperative year.

Key words: Hip fracture, Epidemiology of hip fracture, Perioperative hip fracture.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

EPIGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN……..…….14

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.1 Determinación del problema 16

1.2 Enunciado del problema 16

1.3 Descripción del problema 16

1.4 Justificación.....22

2. OBJETIVOS 24

3. MARCO TEÓRICO.....26

3.1 Conceptos Básicos 26

3.2 Revisión de antecedentes investigativos 41

4. HIPÓTESIS 49

CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnicas 51

1.2 Instrumentos.....51

1.3 Materiales de verificación 51

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ámbito 51

2.2 Unidades de estudio 51

2.3 Temporalidad 52

2.4 Criterios de Selección 52

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

3.1Organización..... 53

3.2 Recursos 53

CAPITULO III RESULTADOS 56

DISCUSIÓN..... 98

CONCLUSIONES 105

RECOMENDACIONES 107

REFERENCIAS..... 110

ANEXOS.....119

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según sexo en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 57

Tabla 2.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según edad en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023. 58

Tabla 3.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según su procedencia, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 59

Tabla 4.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según su riesgo cardiovascular en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 60

Tabla 5.1. Distribución de comorbilidades previas en pacientes con fractura de cadera atendidos en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023.....61

Tabla 6.1. Distribución de presencia de polifarmacia en pacientes con fractura de cadera atendidos en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 64

Tabla 7.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según sitio anatómico afectado, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 65

Tabla 8.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 66

Tabla 8.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de fractura, edad y sexo, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 67

Tabla 8.3. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según su procedencia y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 68

Tabla 8.4. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según su riesgo cardiovascular y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 69

Tabla 8.5. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según sitio anatómico afectado y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 70

Tabla 9.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según ubicación de trazo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 71

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 10.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según valor de hemoglobina preoperatoria, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 72

Tabla 10.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según valor de hemoglobina preoperatoria y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 Por Mortalidad..... 73

Tabla 11.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de espera de acto quirúrgico, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 74

Tabla 11.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de espera de acto quirúrgico y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 75

Tabla 11.3 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de espera y tipo de procedimiento quirúrgico, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 76

Tabla 12.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo operatorio en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 77

Tabla 12.2 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo operatorio y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 78

Tabla 12.3. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo operatorio y tipo de procedimiento, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 79

Tabla 13.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de anestesia, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 80

Tabla 13.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de anestesia y tipo de procedimiento, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 81

Tabla 14.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de procedimiento quirúrgico, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 82

Tabla 14.2 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de fractura y tipo de procedimiento, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 83

Tabla 15.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de estancia hospitalaria, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 84

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 15.2Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de estancia hospitalaria, tipo de procedimiento y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 85

Tabla 16.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según valor de hemoglobina postoperatoria, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 86

Tabla 16.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según valor de hemoglobina postoperatoria y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023. 87

Tabla 16.3. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de procedimiento quirúrgico y valor de hemoglobina pre y postoperatoria, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 88

Tabla 17.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según complicaciones medicas en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 89

Tabla 18.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según complicaciones quirúrgicas en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 90

Tabla 19.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según mortalidad durante primer año postoperatorio en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 91

Tabla 19.2 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de fractura y mortalidad durante primer año postoperatorio, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 Por Mortalidad 92

Tabla 19.3. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según mortalidad durante primer año postoperatorio y tiempo de espera de acto quirúrgico, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 93

Tabla 19.4. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según mortalidad durante primer año postoperatorio y tipo de procedimiento en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 94

Tabla 19.5. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según mortalidad durante primer año postoperatorio y tiempo de estancia hospitalaria, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023.....95

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Tabla 20.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según causa de mortalidad durante primer año postoperatorio, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023..... 96

Tabla 20.2 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según causa de mortalidad durante primer año postoperatorio y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 97

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN

En el área de Ortopedia y Traumatología, el tema de fractura de cadera es una problemática de salud pública por su impacto en la calidad de vida, alta prevalencia y coste económico, se espera un incremento que superara los 6 millones de casos anuales en el año 2050 debido a la mayor esperanza de vida de la población mundial y en nuestro medio. Siendo el objetivo de esta investigación conocer las diferentes características clínico-epidemiológicas de estos pacientes atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - ESSALUD de Arequipa durante el año 2023 con respecto al antes, durante y después de una intervención quirúrgica. Es por esto, que la importancia y el desafío de abarcar este tema se basa en reconocer y detallar cada momento de contacto médico-paciente desde el ingreso, al alta médica o fallecimiento, pudiendo así servir para implementar o reenfocar medidas con el fin de mejorar la calidad de atención. Por este motivo se decidió una revisión de historias clínicas virtuales de pacientes, seleccionado a 190 de 243. Mientras que la motivación personal de realizar este tema fue un caso familiar y el contacto con estos pacientes durante mi formación de último año académico junto al aprecio a esta área quirúrgica, buscando así aportar información relevante y actualizada tanto en el tema clínico como quirúrgico en mejora de los pacientes. Y esperando que sirva de invitación y motivación a descubrir más aspectos del tema y del área de Ortopedia y Traumatología.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO I

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Determinación del problema

Determinar las características clínico-epidemiológicas del pre, intra y postoperatorio de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE en el año 2023

2. Enunciado del problema

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas del pre, intra y postoperatorio de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE en el año 2023?

3. Descripción del problema

Área del conocimiento

1. Área General: Ciencias De La Salud
2. Área Específica: Medicina Humana
3. Especialidad: Ortopedia y Traumatología
4. Línea: Fractura de cadera

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4. Análisis y operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	ESCALA
Sexo	Según historia clínica virtual	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Edad	Según historia clínica virtual	1. 40-50 2. 51-60 3. 61 -70 4. 71 - 80 5. >80	De razón
Procedencia	Según historia clínica virtual	1. Arequipa 2. Arequipa Provincias 3. Moquegua 4. Otro	Nominal
Riesgo cardiovascular	Según historia clínica virtual	1. I 2. II 3. III 4. IV	Ordinal
Comorbilidades previas	Según historia clínica virtual	Diabetes Mellitus Tipo 2 Hipertensión Arterial Osteoporosis Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa Asma	Nominal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

		Fibrosis Pulmonar Hiperplasia Benigna De Prostata Neoplasia Maligna Hipotiroidismo Enfermedad Cerebrovascular Enfermedad Renal Crónica Disritmia Enfermedad Coronaria Hipoacusia Artritis Reumatoide Lupus Eritematoso Sistémico Gastritis Crónica Depresión Alzheimer Glaucoma Demencia Otros Problemas Hematológicos Otros Problemas Infecciosos Otros Problemas Respiratorios Otros Problemas Cardiovasculares Otros Problemas Renales Otros Problemas Reumatológicos	

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

		Otros Problemas Hepatogastrointestinales Otros Problemas Endocrinológicos Otros Problemas Neurológicos Otros Problemas Psiquiátricos Otros Problemas Visuales Otro Problema No Especificado Ninguno	
Polifarmacia previa (Mas de 5 medicamentos)	Según historia clínica virtual	1. Si 2. No	Nominal
Valor de hemoglobina preoperatorio	Según historia clínica virtual	1. >13 2. 12 - 12.9 3. 11 - 11.9 4. 10 - 10.9 5. 9 - 9.9 6. < 9	De razón
Sitio Anatómico Afectado	Según historia clínica virtual	1. Cadera Derecha 2. Cadera Izquierda	Nominal
Tipo de fractura	Según historia clínica virtual	1. Extracapsular: Intertrocantéreas y Subtrocantéreas 2. Intracapsular: Cabeza femoral, Subcapitales,	Nominal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

		Transcervicales, Basicervicales	
Tiempo de espera de acto quirúrgico	Según Historia Clínica Virtual	1. <3 dias 2. 3- 7 dias 3. 8 - 14 dias 4. 15 - 21 dias 5. > 21 dias	Ordinal
Tiempo operatorio	Según historia clínica virtual	1. < 60 minutos 2. 61 - 120 minutos 3. > 120 minutos	De razón
Tipo de anestesia	Según historia clínica virtual	1. Anestesia general 2. Anestesia raquídea 3. Otros	Nominal
Tipo de procedimiento quirúrgico	Según historia clínica virtual	1. DHS 2. PFN 3. Prótesis total 4. Prótesis parcial 5. Otros	Nominal
Valor de hemoglobina postoperatorio	Según historia clínica virtual	1. >13 2. 12 - 12.9 3. 11 - 11.9 4. 10 - 10.9 5. 9 - 9.9	De razón

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

		6. 7 - 8.9 7. < 7	
Días de estancia hospitalaria	Según historia clínica virtual	1. > 21 días 2. 14 - 21 días 3. 7 - 13 días 4. < 7 días	Ordinal
Complicaciones medicas	Según historia clínica virtual	1. Infección del trato urinario 2. Neumonía intrahospitalaria 3. Otras causas de Insuficiencia respiratoria aguda 4. Ulcera por presión 5. Delirium 6. Tromboembolismo pulmonar 7. Sepsis 8. Otros 9. Ninguna	Nominal
Complicaciones quirúrgicas	Según historia clínica virtual	1. Infección peri protésica 2. Hematoma de sitio operatorio 3. Luxación protésica 4. Aflojamiento de prótesis 5. Otros	Nominal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

		6. Ninguna	
Mortalidad durante primer año postoperatorio	Según historia clínica virtual	1. Si 2. No	Nominal
Causa de mortalidad	Según historia clínica virtual	1 Causa Medica 2 Causa Quirurgica 3 No Falleció	Nominal

1.4. Justificación

Justificación científica: Este proyecto de investigación, se planeó llevar a cabo para conocer las características pre, intra y postoperatoria de pacientes con fractura de cadera en el HNCASE de Arequipa en el año 2023, a pesar de que en nuestro medio existen estudios previos similares, el abarcar en su totalidad los momentos quirúrgicos lo hace original. Por lo tanto, la relevancia científica, se basó en identificar la importancia de cada momento quirúrgico y su repercusión ante un manejo integral en este tipo de pacientes. Mientras que la relevancia práctica, es debido a que en nuestra población hay un incremento de incidencia por mayor esperanza de vida, mismo estudio que podrá ser de influencia para conocer otras realidades de nuestro país.

Justificación social: Este estudio es innovador; porque permitió constatar la importancia del manejo quirúrgico en sus tres momentos, y que aporta una mejor comprensión y atención de salud, logrando unificar y brindar un manejo integral al tratar a estos pacientes, y que a su vez tendrá impacto en familiares y cuidadores. Asimismo, otro punto, es que podrá servir de referencia y punto de partida para futuras investigaciones. De esta manera se espera

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

contribuir a la sociedad, en beneficio a un grupo importante de la población que va a ir en incremento según diferentes estudios. Además, es contemporáneo debido al crecimiento poblacional y transición epidemiológica a enfermedades crónicas que afectan la funcionalidad de la población.

Factibilidad: Esta investigación es viable; por su carácter observacional y transversal la cual se ejecutó en el servicio de Ortopedia y Traumatología del HNCASE de Arequipa, a través de la revisión de historias clínicas digitales previa autorización y permiso de ESSALUD

Justificación personal: Ser testigo de un caso familiar afectado por esta patología y haber rotado por el servicio de Ortopedia y Traumatología en el HNCASE en el año 2023, mientras realizaba mi internado médico, me permitió conocer a una gran cantidad de pacientes igualmente afectados. Junto al hecho de poder observar diferentes intervenciones quirúrgicas, inspiro en mí, el querer contribuir al generar más entendimiento a fin de potenciar el enfoque integral actual dirigido a esta población.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

- Conocer las características clínico-epidemiológicas del pre, intra y postoperatorio de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE-ESSALUD en el año 2023, Arequipa

2.2.Objetivos específicos

- Identificar la edad, sexo, lugar de procedencia, y sitio anatómico afectado de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE -Arequipa, en el año 2023
- Conocer cuál es el riesgo cardiológico que presentan los pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE Arequipa, en el año 2023
- Establecer las comorbilidades presentes en pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE -Arequipa, en el año 2023
- Exponer los tipos de fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE Arequipa, en el año 2023
- Exponer el valor de hemoglobina preoperatorio y posoperatoria de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE -Arequipa, en el año 2023

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Conocer el tiempo de espera de acto quirúrgico, tiempo operatorio y días de estancia hospitalaria de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE - Arequipa, en el año 2023
- Especificar el tipo de anestesia y tipo de procedimientos quirúrgico en pacientes intervenidos por fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE -Arequipa, en el año 2023
- Identificar las complicaciones postoperatorias y mortalidad durante el primer año postoperatorio de pacientes con fractura de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología del HNCASE Arequipa, en el año 2023

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTOS BÁSICOS

ASPECTOS ANATÔMICOS

Contar con el conocimiento sobre la estructura anatómica permite entender cómo se clasifican y como se producen los diferentes tipos de fracturas, sirve además para plantear el tratamiento correcto y mejorar el pronóstico (1). El tipo articulación de la cadera, es sinovial formado por la cintura pelviana (hueso coxal) y fémur. Existen medios de unión y caras articulares, como la cabeza femoral, el acetábulo coxal junto al labro acetabular, la membrana sinovial y los ligamentos (1,2). Los movimientos que presenta son en los planos sagitales, frontales y transversales, en donde los rangos articulares son de 120 a 130 grados para flexionar, 20 grados para extender, de 25 a 30 grados al abducir, y finalmente de 30 a 40 grado y 60 grados para realizar rotación interna y externa respectivamente (3). La vaina sinovial que rodea al ligamento de la cabeza femoral y el cojinete adiposo permite diferenciar si es intraarticular y extracapsular. Existe también la cápsula articular que corresponde al manguito fibroso que rodea las superficies articulares, incluido los ligamentos iliofemoral, pubofemoral e isquiofemoral (4).

Con respecto al hueso femoral, cuenta con una cabeza que está separada de la diáfisis por 4-5cm gracias al cuello, brindando mayor movilidad al estar rodeada del acetábulo, misma que es una eminencia redondeada lisa cubierta de cartílago en forma esferoide, en el centro está la fosita de la cabeza del fémur conteniendo al ligamento de la cabeza del fémur y junto a su arteria. El cuello con la diáfisis forma un eje de 128 a 130 grados conocido como ángulo inclinación o cervicodiafisario, lo que otorga la capacidad de transferencia de cargas y brinda

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

la capacidad de soportar fuerzas compresivas, luego de esto continua por la región intertrocantérea unidad por una cresta y línea (5). La cabeza femoral es entonces un componente intraarticular mientras que los trocánteres quedan extraarticulares (5,6). Con respecto a su irrigación, tenemos a ramas de la arteria femoral profunda como las arterias circunflejas femorales medial y lateral, brindando a la arteria circunfleja anterior y posterior al unirse alrededor del cuello femoral penetran la epífisis ramificándose en las arterias epifisarias para la cabeza del fémur, junto a una rama de la arteria obturatriz propia para esta sección (6).

En relevancia clínica, se resalta que la necrosis isquémica de la cabeza del fémur se predispone por lesiones en el cuello femoral, por daño de los vasos que transcurren y por formación de un hematoma que rodea la cápsula provocando incremento de la presión intraarticular (7). Finalmente, los elementos que otorgan estabilidad son la correcta cohesión de los extremos osteoarticulares, el desarrollo de la cápsula fibrosa y de los ligamentos, y el cómo actúa el grupo muscular peri articular (4).

EPIDEMIOLOGIA:

Este tipo de patología en la mayoría de casos es propio de población adulta mayor, debido a presentar mayores comorbilidades, asociado a problemas geriátricos como caídas y osteoporosis, se ve reflejado en el incremento de mortalidad y hospitalización, problema que impacta de forma biopsicosocial incluido el grado de discapacidad e independencia, tales consecuencias que se ven reflejadas en sus familias, cuidadores y la sociedad. Existe un gran impacto en la calidad de vida de estos pacientes debido a que 50% no regresan al nivel de movilidad previo a fracturarse, 35% no serán capaces de moverse de manera independiente y hasta 30% serán hospitalizados durante el siguiente año (8).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Se describe que alrededor del mundo, esta patología, es uno de los tratados más importantes de la cirugía del esqueleto, debido su morbimortalidad y complejidad (7). Según Palomino y Mirialisis, se estima que según poblaciones proyectadas en 1990 al 2050, la incidencia mundial, se incrementará de 1.6 a 6 millones de casos cada año, lo cual se verá reflejado con mayor demanda hospitalaria (5,9). Además, tal como refiere Marco, se espera que haya mayor impacto tanto en el tema intra y extra hospitalario reflejado en el cuidado, asistencia y seguimiento en centros de apoyo, consultorio externo y ámbito domiciliario; y además los efectos en la autonomía y calidad de vida (10). En el continente americano, Estados Unidos, la cifra de 1.5 millones de fracturas en general ocurren cada año, de las cuales más de 250.000 son fracturas de cadera en pacientes de 50 años o más. Con el envejecimiento de la población se espera que la incidencia de fracturas de cadera se duplique en los próximos 40 años (11). Asimismo, En Norteamérica, Estados Unidos, se usa un presupuesto de 14.000 millones de dólares, el cual para el 2040 aumentara a 250.000 millones (8). En Europa, según Gasparik, la incidencia en población rumana fue 248/100.000 en mayores de 50 años y 184/100.000 en aquellos de 40 años (12). Por otro lado, en Latinoamérica, se reconoce que hay entre 100 000 habitantes puede existen entre 40 a 360 pacientes (7), y en Ecuador de forma anual se espera que en 100 000 personas existan 314 afectados (13). En nuestro país, gran parte de esta población reciben atención en hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), donde se registra 324.000 y 432.000 fracturas por año, mismos datos concuerdan con proyecciones de la literatura internacional (8,9).

ETIOLOGÍA

Esta patología afecta con mayor frecuencia a pacientes adultos mayores, siendo la caída el factor causal en alrededor del 95%, como tal se sugiere la aplicación de programas en

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

prevención, por eso es importante reconocer que existes factores de riesgo que pueden o no modificar como es la edad, deterioro general cambios neuromusculares, medicación ansiolítica, o patologías neurológicas; de caídas como factor clave. Otro punto son los eventos de alta energía, tales como accidentes automovilísticos, soliendo ser el mecanismo más frecuente en caso de pacientes jóvenes (13,14,31). Otra forma son los eventos de baja energía, siendo la causa más frecuente en general, lo cual se puede subdividir en, directo cuando ocurre en el trocánter mayor e indirecto pudiendo ser intra o extracapsulares provocado por la rotación externa y por tracción del grupo muscular de abductores y del psoas iliaco respectivamente. Asimismo, existen también las microfracturas por traumatismos cíclicos (15).

FACTORES DE RIESGO

Existen factores que no pueden modificarse como la edad, parámetro estudiado en diferentes estudios, como en el elaborado por Huette donde la edad promedio fue de 83.2 años, en una mayoría siendo mujeres (16). Mientras que para Gasparik, encontró que fue de 77 años como promedio en general describiendo además que era 71 y 80 años en caso de varón y mujer respectivamente, pero que sin embargo los mayores de 65 años ocupaban un 83.7% de casos (12). Otro punto es la afectación por el sexo según Koval, reconociendo que las mujeres debido a la osteoporosis y mayor tendencia a caídas ocupen casi el 75% de la población afectada por este tipo de fractura (13). Lo descrito por Sing es que el 70% de las fracturas se produjeron en mujeres y más del 40% se produjeron en personas de edad ≥85 años, del total de 4.115.046 en 20 bases de datos, pudieron concluir que los casos aumentan de forma notable con respecto a la edad, además que la población mundial de ≥85 años se multiplicará por 4,5 entre 2010 y 2050 (14).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Mientras que lo encontrado por Bahr en su población de estudio fue que más de la mitad de los pacientes en un 85% de casos presentaban anemia leve, y en segundo y tercer lugar eran distribuidos por la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 (1). En el metaanálisis de Chang , del 2018, de 25 349 pacientes de 16 estudios (13 prospectivos y 3 retrospectivos), encontró una asociación significativa con la enfermedad cardíaca, diabetes y cáncer (17). Y según Rueda registró a la hipertensión arterial y enfermedad coronaria, Alzheimer, consumo de tabaco y diabetes mellitus, mas otros como la osteoporosis no se registraron por una historia clínica deficiente (18), y finalmente lo expuesto por Venegas agrego a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica como otro factor (19). Ante lo expuesto, debido al incremento de población adulta mayor, misma que se espera para el 2015 y 2050 alcance la cifra de 900 a 2000 millones, y quienes padecen de las comorbilidades expuestas tienden a la polifarmacia, a lo cual autores coinciden en la utilización de 5 o más medicamentos (20). Algo que también se ha estudiado es la afectación atribuida a la caída misma que se puede deber al deterioro general e incluido el neuromuscular provocados por la edad, empleo de ansiolíticos o psicotrópicos, afectaciones neurológicas como eventos cerebrovasculares o la enfermedad de Parkinson, problemas de la disminución de agudeza visual, estados confusionales tales como la demencia senil, entre otros (21). Asimismo, el infra diagnóstico de osteoporosis o anemia preoperatoria, afecta al desenlace principal(mortalidad) y secundario (pérdida funcional) (19). Y finalmente para Young, reafirma el efecto sobre la mortalidad por los factores de riesgo, identificando en su investigación en primer lugar a la edad avanzada luego el sexo masculino y las comorbilidades previas (22).

CLÍNICA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Los síntomas más comunes son el dolor sobre el área inguinocrural en parte de la cara interna del muslo ipsilateral e incluso a la rodilla, seguido por la impotencia funcional siendo más frecuente su afectación absoluta, luego la rotación externa atribuido por el psoas iliaco y por último el acortamiento por la contracción del grupo muscular pelvi trocantéricos. Asociado a lo anterior Quinaluisa describe que existen otros signos tardíos como los hematomas, equimosis y aumento de volumen, referido tanto por los pacientes ancianos como jóvenes (23). Por su parte Rondon, expone por frecuencia, en primer lugar, al dolor llegando a afectar 92% de pacientes, mientras que 91.4% tanto para la impotencia funcional y la rotación externa (8). Al examen físico se puede encontrar signo de Allis, en caso afectación de cuello femoral, en donde se puede palpar profundamente al trocánter mayo, con un dedo en medio sobre la cresta iliaca; esto ocasionado por relajación de la facie lata al afectarse el trocánter (24).

CLASIFICACIÓN

FRACTURAS INTRACAPSULARES:

Este grupo está formado por fracturas que afectan la cabeza del fémur, las subcapitales, las transcervicales y las basicervicales.

Clasificación De Pipkin: Empleada en caso de fracturas de cabeza de fémur (23).

- Tipo I: En donde el trazo con respecto al ligamento redondo está por debajo, además de no evidenciarse coincidencia a la zona de apoyo.
- Tipo II: Contrario al anterior, el trazo se encuentra superior al ligamento redondo, y hay afectación de la zona de apoyo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Tipo III: Es cuando se agrega a lo anterior, fractura de cuello de fémur, por lo cual empeora el pronóstico.
- Tipo IV: Cuando se adiciona a lo anterior, afectación del acetábulo
- Tipo V: Es cuando existe, además, una luxación posterior de la cabeza femoral.

Clasificación de Garden: Se basa en el grado de desplazamiento de fragmentos óseos, en donde el tipo I-II no existe desplazamiento y hay poco riesgo de necrosis, pero el tipo III-IV es lo contrario al existir desplazamiento además de mala consolidación y/o necrosis (23).

- Tipo I: Es incompleta o abducida, encontrado de forma parcial impactación en valgo de la cabeza femoral
- Tipo II: Es completa, y no existe desplazamiento, a pesar del compromiso de la cortical
- Tipo III: Es completa, encontrando la cabeza en varo por desplazamiento posterior
- Tipo IV: Es completa, es la que cuenta con más desplazamiento, debido a la perdida de contacto entre ambos fragmentos

Clasificación de Pawells: Existen 3 tipos, basada en la orientación de la línea de fractura según una línea horizontal, donde los fragmentos pueden o no estar encajados, encontrando que el Tipo 1 esta en el rango de 30 a 50 grados, luego el Tipo 2 de 50 a 70 grados, y finalmente el Tipo 3 que es mayor de 70 grados (23).

FRACTURAS EXTRACAPSULARES:

Corresponde al 60% de casos, y están conformadas por las fracturas intertrocantéreas caracterizada por que el trazo pasa en medio de los trocánteres y las subtrocantéricas donde sus límites son la capsula articular y el trazo distal hasta 5 cm distal al trocánter(23).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Clasificación de Tronzo – intertrocanterica

- Tipo I: Es incompleta y no hay desplazamiento
- Tipo II: Es completa y no hay desplazamiento
- TipoIII: Se puede subdivir en IIIA cuando hay una fractura conminuta del trocánter mayor o en IIIB cuando se afecta el trocánter menor y la parte proximal telescopada
- Tipo IV: Cuando hay una fractura conminuta en la pared posterior.
- Tipo V: Cuando existe un trazo invertido

Clasificación de Evans

- Tipo I: Donde el trazo de fractura de empieza desde el trocánter menor hacia arriba y afuera.
- Tipo II: Que cuenta con un trazo oblicuo invertido parecido al tipo I pero con desplazamiento interno del fragmento distal atribuido por los músculos aductores (23).

Clasificación de Evans/Jensen:

Empleada en caso de fracturas intertrocantéreas, esta se basa en el número de fragmentos y la estabilidad, dividiéndose en:

- Estables: En caso del Tipo I existen dos fragmentos, pero no hay desplazamiento, mientras que el tipo II si existe desplazamiento
- Inestables: En el tipo III son tres fragmentos además de afectación del trocánter mayor, luego el tipo IV con compromiso del trocánter menor. Y finalmente el tipo V cuando existen compromiso de ambos trocánteres, siendo la más inestable (23).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Clasificación AO/OTA

En este tipo de clasificación, se basa en un sistema alfanumérico determinado por el hueso comprometido, la ubicación del trazo de fractura y la morfología del mismo; abarcando el grupo 31 como fracturas de fémur proximal. En donde existen 3 subtipos, siendo el A las que son extracapsulares incluyendo a las intertrocantericas, luego las B o intracapsulares con compromiso del cuello femoral y finalmente las C o de la cabeza femoral (23).

Clasificación de Seinsheimer -fractura subtrocantérica:

- Tipo I: Es una fractura sin desplazamiento o que sea menos de 2 mm.
- Tipo II: Es una fractura que cuenta con dos fragmentos; en donde los subtipos son IIA que es transversa de 2 fragmentos, la IIB que es espiral de 2 fragmentos con el trocánter menor en el fragmento proximal. Y el IIC siendo parecido, pero se une ahora al fragmento distal.
- Tipo III: Es una fractura que cuenta con 3 fragmentos, se subdivide en IIIA que es espiral donde el trocánter menor es el un fragmento más, y la IIIB caracterizada por tener un fragmento en mariposa
- Tipo IV: Es una fractura conminuta con 4 o más fragmentos.
- Tipo V: Es una fractura pudiendo ser inter y/o subtrocantérica que se extiende hasta el trocánter mayor.

DIAGNOSTICO

En la actualidad, la radiografía convencional anteroposterior, continúa siendo el principal examen auxiliar para el diagnóstico, aunque alrededor del 15% de casos los cambios sean mínimos por ser no desplazadas, mientras que 1% no será visible por lo cual se usará la

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

técnica de rotación interna, pero en caso de sospecha de afectación acetabular o de cabeza femoral, se complementará con tomografía axial computarizada (15,31).

ESTUDIOS PREOPERATORIOS

Con respecto al riesgo anestesiológico, se usa la clasificación ASA, la cual cuenta 6 categorías, que se basa en evaluación clínica sin apoyo de pruebas de laboratorio, y que brinda información de la salud general preoperatoria de los pacientes, información que sirve para el riesgo intraoperatorio y postoperatorio, junto a su impacto funcional y mortalidad (25),en estudios tales como el de Huette,se encontró que los pacientes eran ASA 2-3(16). Sin embargo, en la actualidad, existen otras herramientas como P-POSSUM o el NSQIP, que permite estimar morbimortalidad postoperatoria (25). Es importante también conocer el riesgo cardiovascular, debido como lo reporta Pantoja, existe una incidencia de alrededor de 40% de ocurrir un evento de isquemia cardiaca durante el perioperatorio en pacientes de alto riesgo en intervenciones no cardiacas, a lo cual se emplea el índice de Goldman - Detsky por contar con alta sensibilidad y especificidad, y que asociado a esto existe también el índice de Lee resalta por contar con un valor predictivo positivo alto, en su estudio se sugiere que se puede optimizar mejor una categorización de riesgo al aplicar los tres parámetros ya descritos(26).

TIPO DE ANESTESIA

Las técnicas anestésicas más usadas son la general y regional también conocida como bloqueo neuro axial, siendo la última muy frecuentemente usada en este tipo de pacientes, como se detalla en el estudio de Naranjo encontró que algunas desventajas son la mala tolerancia provocada por la posición incómoda no más de 2 horas, que pocas ocasiones suele

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ser completo y que existe más presencia de retención urinaria, pero a pesar de aquello sus ventajas son la disminución de complicaciones vasculares-pulmonares y delirio postquirúrgico. Mientras que la anestesia general, al inducir se debe usar dosis bajas porque existe hipotensión y depresión cardiaca debe lograrse efectivizar una buena relajación muscular en caso de prótesis (27). En el estudio de Huette, refieren que no se encontraron diferencias en el tipo de anestesia usada, en la morbimortalidad y los costos durante internamiento (16).

TRATAMIENTO

TIEMPO DE ESPERA

Como describe Huette, existen directrices francesas, que recomiendan la intervención quirúrgica dentro de las 48 horas del ingreso, con el propósito de disminuir la tasa de mortalidad, encontrando en su estudio que el tiempo transcurrido paso las 48 horas desde el ingreso en el caso de 181 pacientes (58,6%), pero para 128 pacientes (41,4%) fue de acuerdo a las recomendaciones, a pesar de aquello sugiere es un factor independiente de mortalidad al 1 año tras la intervención quirúrgica (16). Por su parte, Bermejo encontró que dos tercios de los pacientes pasaron entre 1 y 2 semanas en el hospital del total de 15.337 casos , junto a lo concluido se encontró que 8.6 dias en promedio correspondía a la estancia hospitalaria (28). Asimismo, Yong, menciona que al existir mayor tiempo desde la intervención hasta la movilización se ha visto reflejado en más complicaciones y mortalidad (22). En algunos casos el tiempo preoperatorio es prolongado por requerir la realización de evaluaciones y procedimientos pre quirúrgicos tales como la obtención del riesgo neumológico, reflejando incremento de casos de neumonía, infección urinaria o ulceras de presión como complicaciones medicas intrahospitalarias (9).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MANEJO QUIRÚRGICO

Como menciona Peredo, el objetivo recuperar la funcionalidad y controlar el dolor (29). Por como lo describe Miranda, según el tipo de fractura:

Fracturas intracapsulares

- No desplazadas: Se prefiere usar la fijación interna, empleando tornillos paralelos o el sistema deslizante para cadera (DHS). En caso pacientes menos aptos es de elección la hemiartroplastia.
- Desplazadas: En pacientes menores de 65-70 años, se prefiere emplear la reducción, fijación interna y osteosíntesis usando el sistema DHS o tornillos canulados. Sin embargo, en mayores, se prefiere el uso de artroplastia total o parcial, de tipo cementada(30).

Fracturas extracapsulares:

- Fracturas pertro-intertrocantéricas: Se contempla que el Gold Standard continúa siendo el implante conocido como sistema de tornillo deslizante de cadera (DHS), pero también se reconoce la existencia de otros como sistema helicoidal dinámico de cadera (DHHS) y DCS (tornillo condilar dinámico). Por otro lado, la artroplastia en caso de ser muy inestables o fallo con otros tratamientos (30). Según Peredo reafirma lo anterior descrito, encontrando éxito en 95% de casos manejados con un DHS, resaltando también ser la indicación más común empleada. Pero que otras alternativas son las artroplastias o otros los sistemas tipo intramedulares (29). Posterior al procedimiento, según Marquez, detalla en su estudio que el 55 % de atendidos estuvieron de 5 y 31 días en postoperatorio, donde la media

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

de hospitalización fue 14.04 días; además de resaltar que el alta médica precoz, definida como antes de las 72 horas de postoperatoria, ocurrió en 2 de cada 10 casos encontrados (31).

- Fracturas subtrocantéricas: El DHS, continúa siendo un procedimiento aceptable al manejar este tipo, reconociendo entonces a los enclavados intramedulares de elección (30).

Otros procedimientos son la artroplastia de resección o procedimiento de Girdlestone que radica en extirpación de la cabeza, cuello femoral además del trocánter mayor y la musculatura abductora; a lo cual se forma una pseudoarticulación, este procedimiento se usa en artritis séptica, osteomielitis y en fracaso protésico; más se ha vinculado con mayor prevalencia de morbimortalidad siendo considerado como un procedimiento de rescate (32,33,34). Existe también el sistema de placas condilares dinámicas (DCS),el cual fue diseñado para fracturas de fémur distal siendo empleado en algunos casos en fracturas subtrocantéreas(35,36). Finalmente, existen los tornillos canulados, empleado en caso de fracturas no desplazadas de cuello de fémur (37).

COMPLICACIONES MEDICAS

En el caso de neumonía intrahospitalaria se presenta pasado el segundo día a partir del ingreso hospitalario, mientras que la infección urinaria corresponde a un recuento bacteriano de ≥ 103 UFC/mL / ml o piuria definida como la presencia de más de 10 leucocitos/ml y/o encontrar positividad a nitritos(38,39).Por otro lado el tromboembolismo pulmonar es la complicación mas grave en prótesis totales, es la obstrucción parcial o total por parte de un embolo o trombo de otra parte del cuerpo que afecta a las arterias pulmonares presentándose sobre todo en caso de prótesis totales de cadera ocurriendo en algunos casos a pesar de la

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

profilaxis farmacológica y movilidad precoz (40,41). Finalmente, el delirium es un estado confusional intenso y abrupto, desencadenado por una enfermedad física o mental (42).

COMPLICACIONES QUIRURGICAS

En el uso de prótesis totales de cadera, existen afectaciones tanto a corto y/o largo plazo, siendo menores y mayores de 6 semanas postcirugía (43), las cuales son:

- Infección peri protésica: siendo precoz si se da en el primer mes postoperatorio, caracterizado por secreción purulenta, dolor e impotencia funcional, mientras que de forma laboratorial, sirve PCR (>10mg/l) y a través de análisis de líquido sinovial o histológico (41, 44).
- Fractura peri protésica: misma que ocurre intra o postoperatoria, o incluso en cirugías de revisión, en donde una inadecuada alineación de componentes se atribuye como factor de riesgo, existiendo además una diferencial de prevalencia en caso sea cementada (0-3%) o no cementada (4-5%) (41, 44).
- Luxación: es precoz o tardía, ocurriendo en caso por mal cumplimiento de indicaciones postoperatorias al realizar movimientos de rotación interna en exceso o flexión mismos que pueden suceder habitualmente al incorporarse de una silla, y otros factores tales como el tamaño de prótesis o abordaje quirúrgico, siendo el tipo posterior en acortamiento, flexión y rotación interna (41, 44).
- Aflojamiento protésico: En caso sea de causa no infecciosa se debe a osteólisis peri protésica (causa principal), transferencia inadecuada de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

cargas, defectos en el sistema de fijación y lesiones del hueso receptor. En caso sea infeccioso, suele darse en la cuarta semana (41).

Según los datos de Marquez, se encontró con respecto a las complicaciones que las infecciones de sitio operatorio abarcaron el 13.58 % de casos, y que otras como la neumonía afecta al 12.34 % y finalmente el fracaso de osteosíntesis en un 9.87 % (31). Sin embargo, Venegas concluyo en su estudio que el delirium fue la complicación más frecuente al afectar al 28,5% de casos (19). Con respecto al uso del DHS, se encontró la anemia postoperatoria que el 82,6% presenta valores de hemoglobina menores a 9 g/dL, y que necesitaron apoyo transfusional y seguimiento por hematología clínica (29). En el caso de hemiartroplastia se ha asociado con un mayor riesgo de neumonía, infecciones urinarias, colitis por C. difficile y sepsis comparadas con otras cirugías (45). Rueda encuentra que puede existir aflojamiento de componentes y reintervenciones en un 3,1% (18). Se sugiere, por estudios emplear un equipo multidisciplinario para minimizar el tiempo de la cirugía, optimizar al paciente antes de la cirugía, movilizar al paciente temprano y prevenir complicaciones postoperatorias (28).

MORTALIDAD

Se ha estudiado que factores como la inflamación, el estado de hipercoagulabilidad, el hipercatabólico y el estrés, descompensan ciertas comorbilidades, lo cual se observa en una tasa de mortalidad al año de 29%(16). A pesar de lo anterior, Young menciona que la mortalidad absoluta ha disminuido entre un 20% y un 40% en los últimos 15 años, durante el período de 2000 a 2017, y que además en lo que se refiere a esperanza de vida aumento en 5.2 y 4.7 años en el caso del sexo femenino y masculino respectivamente(22). Asimismo, según Gasparik, detalla que pacientes con fractura pertrocantérea tienden a la supervivencia en contraste a aquellos a aquellos con fractura subtrocantérea o de cuello femoral (12).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.2. REVISION DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

3.2.1 A NIVEL LOCAL:

Antecedente local n°1.

Título: Características Clínicas Y Epidemiológicas De Las Fracturas De Fémur Proximal En Pacientes Hospitalizados Del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2021 - 2022

Autor: Vasquez Cuarite, Nicole Scarlet

Esta investigación abarco 40 historias clínicas, en donde se resalta que el mecanismo de lesión fue una caída de la misma altura que el paciente en el 72.5% de casos, con una permanencia hospitalaria de 17 dias, donde el 67% de los casos fueron fracturas pertrocantéreas, y que más de la mitad contaban con alguna comorbilidad (46).

Antecedente Local n°2

Título: Perfil Clínico-Epidemiológico Del Adulto Mayor Con Fractura De Cadera Durante La Pandemia Del Covid 19 En El Hospital III Yanahuara Essalud Arequipa 2020 – 2021

Autor: Gutiérrez Espinoza, Paul William

En esta investigación se encontró coincidencias con la literatura tales como la afectación en edad y sexo, adicionalmente menos de la mitad de estudiados presentaban hipertensión y diabetes mellitus, esto asociado al internamiento de 6 a 10 días y que las fracturas intertrocantéreas son las más preponderantes y manejadas con el sistema DHS en su mayoría. Adicionalmente en este periodo de estudio se encontró que las complicaciones eran la infección por SARSCOV2 y anemia postoperatoria, siendo el primero a su vez factor de mortalidad asociada (46).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Antecedente Local N°3:

Título: "Tratamiento Quirúrgico De Pacientes Operados Por Fractura Proximal De Fémur En El HRHD, Arequipa, 2014-2015"

Autor: Ynés Milagros Miranda Peña

Esta investigación, abarco a 102 pacientes, en donde se describió que según la clasificación AO de Müller, se concluyó que en el caso de fracturas extracapsulares o 31-A, se uso el destacadamente al DHS y en segundo lugar al DCS en caso de subtrocantericas; mientras que en el caso de tipo intracapsulares o 31-B se prefirió el uso de prótesis total cementada de cadera en el 36.36% de casos encontrados y que en caso de prótesis parciales usada fue el 40.91% en pacientes mayores de 80 años. Pero que asociado a los descrito, otros métodos como el uso de Tornillos canulados se utilizaron en caso de fracturas tipo 31-C1 y 31-B2. También, se encontró que la cirugía de Girdlestone se llevo a cabo en menos del 1% de pacientes tratados (30).

3.2.2.A NIVEL NACIONAL:

Antecedente Nacional n°1:

Título: Características clínicas y epidemiológicas en adultos mayores con diagnóstico de fractura de cadera en un hospital de Lima, Perú.

Autor: Claudia N Rondón 1a, Héctor V Zaga 2b, Ericson L Gutiérrez 1,3c.

En este estudio incluyo a 140 pacientes en 3 años abarcados del 2015 al 2018, se llevo a cabo en el Hospital Central PNP "Luis N. Sáenz", se resalta que las fracturas sucedieron en un ambiente domiciliario en el 81.4% de los casos, los cuales que en su mayoría eran paciente

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

hipertensos, y con edad mayor a los 80 años, escogiendo de forma preferente a la osteosíntesis como manejo en esta población(8).

Antecedente Nacional n°2:

Título: "Características Clínico Epidemiológicas De Los Adultos Mayores Con Fractura De Cadera En El Hospital Regional Hipólito Unanue De Tacna 2015 - 2022"

Autor: Carlos Alberto Sáenz Guarniz

En esta investigación, se reafirma que los eventos ocurren en un ambiente domiciliario en el 85,2% de casos y que se llevan a cabo por eventos de baja energía (96,3%), además de encontrarse otra comorbilidad descrita en la literatura como lo es la obesidad y sobrepeso en el 22.2%. Cabe recalcar que otro punto importante, es que el 95.1% de pacientes fueron dados de alta y que el restante 4.9% de los mismos fallecieron (24).

Antecedente Nacional n°3:

Título: Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú

Autor: Lourdes Palomino1a, Rubén Ramírez1a, Julio Vejarano1,2, Ray Ticse1,3

En esta investigación, con respecto al preoperatorio se encontró que el tiempo de espera de intervención quirúrgica fue de 18 días desde el ingreso en pacientes del Seguro Integral de Salud abarcando al 70% de esta población en estudio. Por otro lado, en el caso complicaciones se observó que del tipo medicas ocurre en el 62% de casos, pero que si compara en aquellos que fueron o no intervenidos los casos fueron de 47% y 94% respectivamente. Y finalmente, que la estancia hospitalaria también se ve afectada por la realización o no de manejo quirúrgico siendo 26 días y 41 días respectivamente (9).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Antecedente Nacional n°4:

Título: Características epidemiológicas y radiológicas de las fracturas de fémur proximal en el adulto mayor. Hospital Regional de Moquegua 2018 – 2019

Autor: Araujo Loayza, Leydi Sayda

Esta investigación, incluyo a 43 pacientes, donde resaltar que el 88% de pacientes fueron intervenidos con sistema DHS o prótesis parcial, y que en caso de complicaciones las más predominantes fueron infección de sitio operatorio y tromboembolismo pulmonar en 20.9% de casos, con una duración de estancia hospitalaria promedio de 14 días con valores extremos de 8 a 26 días (48).

Antecedente Nacional n°5:

Título: Factores De Riesgo Asociados A Fractura De Cadera En Adultos Mayores Tratados En El Hospital Regional De Ica 2019

Autor: Chumbes Rojas Cristhian Noel

Este estudio fue de tipo casos y controles con 93 casos en cada grupo, en donde reconocieron otros factores de riesgo en la literatura tales como la osteoporosis y el estado nutricional con la obesidad y sobrepeso ; encontrándose respectivamente en el 48.9%, 12.9% y 42.5% del total de casos(49).

Antecedente Nacional n°6 :

Título: Características Clínicas Y Tratamiento De Fractura De Cadera En Adultos Mayores Del Servicio De Traumatología Del Hospital Militar Central 2017

Autor: Quenta Hito Gerson Percy

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

En este caso, la población de estudio de 140 casos, se encontró que grupo etario mas afectado fue en mayores de 80 años en mas de la mitad, y usando el procedimiento del sistema de clavo trocantéreo en 77 pacientes, y siendo otro punto resaltante que otra complicación también descrita es el acortamiento en 11.4% de casos(50).

Antecedente Nacional N°7:

Título: Factores Epidemiológicos Asociados Al Tipo De Fractura De Cadera En Pacientes Adultos Mayores Del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2017

Autor: Manuel Humberto Durand Echaiz

En este caso, se estudió 72 casos, en donde se reafirma con lo descrito con la literatura, que el género femenino es las frecuente afectado en 93%, ocurriendo por una caída en el 48.6%, y que más de la mitad presenta alguna comorbilidad siendo más predominantemente la hipertensión arterial en el 31.9%, siendo manejados primordialmente con artroplastia en el 87.5% y que al menos el 77.8% se beneficiaba con el Seguro Integral de Salud (SIS)(51).

3.2.3.A NIVEL INTERNACIONAL:

Antecedente Internacional n°1:

Título: Risk factors and mortality of patients undergoing hip fracture surgery: a one-year follow-up study

Autor: Pierre Huette1, OsamaAbou-Arab1, Az-Eddine Djebara2, BenjaminTerrasi 1, Christophe Beyls1, Pierre-GrégoireGuinot3, Eric Havet2, Hervé Dupont1, Emmanuel Lorne1, Alexandre Ntouba1 y Yazine Mahjoub1

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

En esta investigación, se evaluó a 309 pacientes, en el Hospital Universitario de Amiens en Francia, en el periodo de junio del 2016 al 2017, estudiando la mortalidad al año, encontrando que fue del 23.9%, donde se pudo reconocer que el retraso de manejo quirúrgico pasado las 48 horas desde el ingreso hospitalario afecto a más de la mitad de casos en 58.6% y que las comorbilidades reflejada en la puntuación Lee e incluida la edad, fueron los más reconocidos factores de riesgo(16).

Antecedente Internacional n°2:

Título: Risk Factors and Trends Associated With Mortality Among Adults With Hip Fracture in Singapore

Autor: Eu-Leong Yong, FRCOG, PhD; Ganga Ganesan, MBBS, MSc; Michael S. Kramer, MD, FRSC, FCAHS; Tet Sen Howe, FRCS, FAMS; Joyce S. B. Koh, FRCS, FAMS; Win Pa Thu, MBBS; Susan Logan, MD, FRCOG, FFSRH; Jane A. Cauley, DrPH; Kelvin B. Tan, PhD

Este estudio resalta porque fue de tipo cohortes retrospectivo, desde el año 2000 hasta el 2017, con una población de 36.082 pacientes, se evaluó que a pesar que la alta frecuencia de casos de sexo femenino, se observo que el sexo masculino presenta menor tasa de supervivencia y que a pesar de aquello durante el tiempo de estudio el porcentaje ha ido disminuyendo de 40 a 21% en comparación al año 2000 y al 2011, además de resaltar el puntaje del Índice Comorbilidad de Charlson como factor de riesgo(22).

Antecedente Internacional n°3:

Título: Clinical and Demographic Characteristics of Centenarians versus Other Age Groups Over 75 Years with Hip Fractures

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Autor: Cristina Bermejo Boixareu1, *, Cristina Ojeda-Thies2, *, Ainhoa Guijarro Valtueña3 , Bernardo Abel Cedeño Veloz 4 , María Gonzalo Lázaro , Laura Navarro Castellanos5 , Rocío Queipo Matas5,6 , Paloma Gómez Campelo5 , Ana Royuela Vicente , Juan Ignacio González-Montalvo5,8 , Pilar Sáez-López

En este estudio, se incluyó a 25.938 pacientes durante el año 2017 a 2019 en hospitales de España, en donde podemos resaltar otra comorbilidad como lo es la demencia en el 33% y la dependencia severa en 9%. Mientras en la etapa preoperatoria se encontró que 8.6 días fue la duración de estancia hospitalaria, y que la mortalidad a los 30 días de postoperatorio fue de 20.9% y en general de tipo intrahospitalaria del 10.3%, en donde asociación y encontraron que la edad y mortalidad iban proporcionalmente. También, se reconoce que el tiempo de espera quirúrgica pasaba las 48 horas, y otro aspecto estudiado fue el riesgo anestesiológico con mortalidad en el primer mes encontrado predominantemente de grado II-III, resaltaron que 4 de 5 pacientes sobrevivían en el primer mes de postoperatorio (28).

Antecedente Internacional n°4:

Título: Predictors of mortality for patients with hip fracture: a study of the nationwide 1-year records of 24,950 fractures in Romania

Autor: Andrea I. Gasparik1 · László Lorenzovici1 · Ionela M. Pașcanu1 · Zsombor Csata2,3 · Cătălina Poiană4 · Ramona Dobre4 · Miruna M. Bartelick1

Se realizo un estudio de población del 2019, con 24,950 pacientes donde se encontró una incidencia de 248 y 184 por 100.000 habitantes en mayores de 50 y 40 años respectivamente, se reafirma el impacto del sexo masculino en su mortalidad siendo 1.7 veces mayor sobre todo en aquellos de zonas urbanas, y que al incrementar un año de edad el riesgo mortalidad

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

también aumenta a 6.9%. Comparando también, que las artroplastias presentan mas supervivencia en la población de Rumanía (12).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

4. HIPÓTESIS:

Esta investigación no requirió hipótesis

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO II

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas: La presente investigación se basó en la técnica de revisión de historias clínicas virtuales con diagnóstico de fractura de cadera según CIE 10(S72.0, S72.1, S72.2) del HNCASE-Arequipa a través del sistema de ESSALUD, para lo cual se usó la ficha de recolección de datos del Anexo 1.

1.2. Instrumentos:

- Historia clínica virtual
- Ficha de recolección de datos

1.3. Materiales de verificación:

- Ficha de recolección de datos
- Sistema de Gestión de ESSALUD del HNCASE
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos

2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito: La investigación se realizó en el servicio de Ortopedia y Traumatología del HNCASE de Arequipa

2.2. Unidades de estudio: Historia clínicas digitales de paciente adultos mayores que fueron hospitalizados e intervenidos por fractura de cadera en el año 2023

- **Población:** Esta constituida por el total de historias clínicas de pacientes con los diagnostico según CIE 10(S72.0, S72.1, S72.2), hospitalizados en el servicio de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Ortopedia y Traumatología del HNCASE en el año 2023, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

- **Muestra:** No se realizó muestreo porque se optó por abarcar al total de historias clínicas de pacientes hospitalizados con el diagnóstico según CIE 10(S72.0, S72.1, S72.2) en el año 2023 y que a su vez cumplieron con los criterios establecidos.
- **Tamaño de la muestra:** Para el estudio no se consideró el cálculo de un tamaño de muestra, debido a que se decidió abarcar al total de pacientes que cumplieron con los criterios establecidos en el año 2023

2.3. Temporalidad: La investigación se llevó acabo en febrero del 2024, previa aprobación del comité de Ética e Investigación de ESSALUD.

2.4. Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- -Pacientes con edad mayor de 40 años
- -Pacientes con diagnóstico según CIE 10(S72.0, S72.1, S72.2) registrado en historia clínica virtual
- -Pacientes intervenidos quirúrgicamente por fractura de cadera en el HNCASE en el año 2023
- -Pacientes que cuenten con radiografía de pelvis en el sistema Kanteron

Criterio de exclusión:

- -Pacientes con fractura de cadera que no hubieran recibido tratamiento quirúrgico
- -Paciente con fractura de cadera con historias clínicas incompletas o mal llenadas.
- -Paciente que hubieran fallecido durante intervención quirúrgica
- -Pacientes con fractura de cadera bilaterales

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se presento el proyecto de tesis en el sistema informático ERP, que fue evaluado por la facultad de Medicina Humana de la UCSM, y luego aprobado por los jurados establecidos.
- Con la aprobación del proyecto de investigación junto a otros trámites documentarios, se solicitó la autorización al comité de investigación y ética del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - ESSALUD de Arequipa, el mismo que fue aprobado por las autoridades respectivas.
- Posteriormente se procedió a la selección de historias clínicas usando el sistema EXPLOTA de ESSALUD, luego con el número de acto médico y/o documento de identidad se logró acceder a la Base de información de atenciones en consultorio externo y hospitalización.
- Durante este proceso, con la información recolectada se hizo usó de las fichas de recolección de datos; para posteriormente ser codificada en Word 2013, luego se procedió a la tabulación en Excel 2013. Finalmente se empleó el programa SPSS versión 26 para el análisis y realización de tablas.

3.2. Recursos

Humanos:

Investigador: Daniel Paul Fernández Sánchez

Asesor(a): Dr Mauricio Rivera Bendezu

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Materiales:

a. Ficha de recolección de datos
b. Material de escritorio
c. Computadora personal con programas, procesadores de texto, base de datos y el programa SPSS versión 26.

Financieros: Autofinanciado

3.3. Validación de instrumentos: El instrumento a usar, no requirió validación por tratarse de una ficha de recolección de datos

3.4.Criterios o estrategia para el manejo de datos

Plan de Procesamiento

Luego de la recolección de datos, obtenidos por el Anexo 1, fueron codificados en una base de datos en una hoja en Word 2013

Plan de Sistematización y Clasificación de datos

Con la información obtenida, se construyó y organizo la información en una matriz de datos en una hoja de cálculo en Excel 2013

Plan de Recuento

El recuento de datos fue de forma electrónica, fue mediante la matriz de datos diseñada en la hoja de cálculo en Excel 2013

Plan de Análisis de datos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Se hizo uso de la estadística descriptiva, a través del programa SPPS versión 26, lo que permitió encontrar valores de frecuencia y porcentaje. Asimismo, sirvió para realizar las diferentes tablas con el fin de facilitar la compresión de la información obtenida.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO III

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESULTADOS

1. Sexo:

Tabla 1.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según sexo en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023.

Sexo	F	%
Masculino	46	24.2
Femenino	144	75.8
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población existe una clara predominancia de afectación en el sexo femenino con 144 pacientes (75.8%), esto puede deberse a factores biológicos predisponentes como la osteoporosis, mayor esperanza de vida, entre otros. En comparación con los hombres con 46 pacientes (24.2%).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2. Edad:

Tabla 2.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según edad en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023.

Edad	F	%
40-50 Años	5	2.6
51-60 Años	6	3.2
61 -70 Años	16	8.4
71 - 80 Años	45	23.7
Mayor De 80 Años	118	62.1
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, hay una tendencia clara hacia una mayor incidencia en grupos de edad avanzada, en donde los adultos mayores a los 80 años con 118 casos (62.1%) fueron los más frecuentemente afectados, esto podría deberse a factores relacionados con el envejecimiento, patológicos como los síndromes geriátricos o comorbilidades, así como problemas sociales. Por otro lado solo 11 casos (5.8%) fueron personas entre 40 a 60 años. Mientras que la edad promedio fue 81.1 años.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. Procedencia:

Tabla 3.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según su procedencia, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Procedencia	F	%
Arequipa	164	86.3
Arequipa Provincias	15	7.9
Moquegua	11	5.8
Otro	0	0
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que la mayoría provenían de Arequipa siendo 164 casos (86.3%), seguido por un pequeño porcentaje que provenían de Arequipa Provincias entre Mollendo o Camaná con 15 casos (7.9%) y Moquegua con 11 casos (5.8%). Cabe recalcar que no se registraron pacientes con fractura de cadera procedentes de otros lugares en este conjunto de datos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4. Riesgo Cardiovascular

Tabla 4.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según su riesgo cardiovascular en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Riesgo Cardiovascular	F	%
I	9	4.7
II	152	80.0
III	29	15.3
IV	0	0
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que 152 pacientes (80%) contaban con riesgo cardiovascular moderado grado II según el Índice de Goldman de 6 a 12 puntos que refleja Mortalidad (2%) y Morbilidad (5%). Mientras que un porcentaje considerable con 29 pacientes (15.3%) tuvieron grado III, y solo 9 casos (4.7%) contaron con grado I. Asimismo no se registraron pacientes en la categoría grado IV durante este período, a pesar de esto es importante considerar que podría haber una proporción significativa de pacientes con riesgo cardiovascular más bajo o estar subestimados, lo que destaca la importancia de una evaluación integral preoperatoria, con el fin de mejorar la atención y manejo de estos pacientes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

5. Comorbilidades:

Tabla 5.1. Distribución de comorbilidades previas en pacientes con fractura de cadera atendidos en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Comorbilidades previas	F	%
Diabetes Mellitus Tipo 2	41	21.6
Hipertensión Arterial	101	53.2
Osteoporosis	19	10.0
Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa	14	7.4
Asma	5	2.6
Fibrosis Pulmonar	13	6.8
Hiperplasia Benigna De Prostata	5	2.6
Neoplasia Maligna	24	12.6
Hipotiroidismo	15	7.9
Enfermedad Cerebrovascular	14	7.4
Enfermedad Renal Crónica	18	9.5
Disritmia	36	18.9
Enfermedad Coronaria	4	2.1
Hipoacusia	16	8.4
Artritis Reumatoide	3	1.6
Lupus Eritematoso Sistémico	1	0.5
Gastritis Crónica	25	13.2
Depresión	16	8.4
Alzheimer	11	5.8
Glaucoma	20	10.5
Demencia	7	3.7
Otros Problemas Hematológicos	6	3.2
Otros Problemas Infecciosos	7	3.7
Otros Problemas Respiratorios	2	1.1
Otros Problemas Cardiovasculares	19	10.0
Otros Problemas Renales	7	3.7
Otros Problemas Reumatológicos	17	8.9
Otros Problemas Hepatogastrointestinales	11	5.8
Otros Problemas Endocrinológicos	12	6.3
Otros Problemas Neurológicos	27	14.2
Otros Problemas Psiquiátricos	4	2.1
Otros Problemas Visuales	16	8.4
Otros Problemas No Especificados	11	5.8
Ninguno	11	5.8

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Interpretación:

En esta población, solo 11 de 190 casos, no presentaron ninguna comorbilidad, pero la Hipertensión Arterial se encontró en un 53.2% del total de la población, la alta prevalencia en estudio subraya la importancia de un control adecuado de la presión arterial con el fin de minimizar complicaciones cardiovasculares. En segundo lugar, la Diabetes Mellitus Tipo 2 que abarco un 21.6% del total de casos, su importancia radica en la gestión de la glucemia en el manejo peri operatorio, así como el proceso de cicatrización. En tercer lugar, se resalta otras comorbilidades cardiovasculares como son la Disritmia (18.9%) y la Enfermedad Coronaria (2.1%), que pueden requerir un control especial del ritmo cardíaco durante el manejo anestésico asociado a que su presencia aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares perioperatorios, y puede influir en las decisiones de tratamiento y en el manejo perioperatorio.

Con respecto a las comorbilidades respiratorias comprendidas entre la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (7.4%), Fibrosis Pulmonar (6.8%) y Asma (2.6%), son evaluadas en el riesgo neumológico con el fin de prevenir y reducir el riesgo de complicaciones respiratorias durante la hospitalización y recuperación posterior a la cirugía. En caso de patologías oncológicas se encontró a la Neoplasia Maligna (12.6%), problema que afectar al pronóstico, decisiones, y respuestas terapéuticas; mientras que la Hiperplasia Benigna De Próstata (2.6%) puede influir en el manejo anestesiológico en caso del control vesical durante el periodo perioperatorio. La Enfermedad Renal Crónica estuvo presente en 9.5%:, pudiendo ser derivada tanto de la Hipertensión y Diabetes Mellitus Tipo 2 entre otras, su importancia radica gestión de los líquidos y electrólitos durante el manejo perioperatorio y posiblemente predisponer a complicaciones renales.

Los problemas neurológicos, como la Enfermedad Cerebrovascular (7.4%) y el Alzheimer (5.8%), pueden afectar la capacidad del paciente al participar en su cuidado y rehabilitación postoperatoria, de esta forma requiere atención especializada para garantizar un manejo adecuado.

Las comorbilidades reumatológicas tales como la Osteoporosis encontrada solo en 10.0% de casos resalta un posible infra diagnóstico o falta de documentación, debido a que su importancia radica como un factor de mala consolidación ósea. Mientras que la Artritis Reumatoide (1.6%) y Lupus Eritematoso Sistémico (0.5%), por su afectación en la movilidad, función articular,

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

influencia en la respuesta inflamatoria o el uso de inmunosupresores pueden requerir un enfoque especializado.

La presencia de Gastritis Crónica (13.2%) puede estar influenciada por la polifarmacia, de esta manera requiere e medidas para proteger la mucosa gástrica; y en caso Hipotiroidismo (7.9%) por su influencia en la densidad ósea. Los problemas visuales, como el Glaucoma (10.5%) y otros como Cataratas (8.4%), pueden contribuir al evento causal, así como afectar la rehabilitación postoperatoria al posiblemente requerir adaptaciones especiales para garantizar la seguridad y el bienestar.

Asimismo, la Hipoacusia (8.4%) afecta la comunicación con el paciente durante la hospitalización y puede requerir consideraciones especiales para garantizar una atención adecuada. Y la Depresión (8.4%) puede influir en la recuperación y la calidad de vida al requerir un enfoque integral para abordar tanto las necesidades físicas como psicológicas. Finalmente, otros problemas no especificados afectaron a 11 personas, distribuido entre patologías vertiginosas y vestibulares, además de problemas dermatológicos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

6. Polifarmacia

Tabla 6.1. Distribución de presencia de polifarmacia en pacientes con fractura de cadera atendidos en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Polifarmacia	F	%
Si	101	53.2
No	89	46.8
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, la presencia de polifarmacia afecto a 101 pacientes (53.2%) factor que puede verse implicado en interacciones medicamentosas, efectos secundarios adversos, y complicaciones durante el período perioperatorio.

Asimismo, el 46.8% con 89 pacientes no la presentaban, a pesar de esto se debe evaluar cuidadosamente la lista de medicamentos, para permitir mejor la adherencia y optimización de los regímenes medicamentosos; con el fin de mejorar los resultados clínicos y la seguridad del paciente.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

7. Sitio Anatómico

Tabla 7.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según sitio anatómico afectado, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Sitio Anatómico	F	%
Cadera Derecha	93	48.9
Cadera Izquierda	97	51.1
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, no hay una predilección clara por un lado específico, aun así 97 pacientes (51.1%) tuvieron afectación del lado izquierdo, comparado con los 93 casos (48.9%) del lado derecho.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

8. Según tipo de fractura

Tabla 8.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Tipo De Fractura	F	%
Extracapsular: Intertrocantéreas Y Subtrocantéreas	123	64.7
Intracapsular: Cabeza Femoral, Subcapitales, Transcervicales, Basicervicales	67	35.3
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, existe una predominancia de fracturas extracapsulares ocupando el 64.7% del total con 123 casos, comprendidas entre intertrocantéreas y subtrocantéreas. Mientras que el otro 35.3% con 67 casos tuvieron fracturas intracapsulares, que incluyen las fracturas de cabeza femoral, subcapitales, transcervicales y basicervicales.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 8.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de fractura, edad y sexo, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

		Tipo De Fractura			
		Extracapsular:		Intracapsular	
		F	%	F	%
Sexo	Masculino	33	17,4%	13	6,8%
	Femenino	90	47,4%	54	28,4%
Edad	40-50 Años	2	1,1%	3	1,6%
	51-60 Años	2	1,1%	4	2,1%
	61 -70 Años	9	4,7%	7	3,7%
	71 - 80 Años	28	14,7%	17	8,9%
	Mayor De 80 Años	82	43,2%	36	18,9%

Interpretación:

En esta población, con respecto al sexo tanto en el grupo de fracturas extracapsulares e intracapsulares con 90(47.4%) y 54(28.4%) pacientes existe una susceptibilidad de afectación por el sexo femenino.

En cuanto a la edad, los mayores de 80 años fueron los más afectados en ambos grupos con 82(43.2%) y 36(18.9%) pacientes distribuidos entre extracapsulares e intracapsulares; mientras que en promedio se encontró que fue 81.6 y 81.1 años respectivamente.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 8.3. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según su procedencia y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

		Tipo De Fractura					
		Extracapsular		Intracapsular		Total	
		F	%	F	%	F	%
Procedencia	Arequipa	106	55.8	58	30.5	164	86.3
	Arequipa Provincias	8	4.2	7	3.7	15	7.9
	Moquegua	9	4.7	2	1.1	11	5.8
	Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que los pacientes proceden en su mayoría de Arequipa tanto en caso de fracturas extracapsulares como intracapsulares siendo 106 (55.8%) y 58(30.5%) pacientes, esto podría estar influenciado por factores socioeconómicos, demográficos, estilos de vida, la asignación de recursos, la actividad física, la planificación y accesibilidad a la atención médica entre otros.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 8.4. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según su riesgo cardiovascular y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

		Tipo De Fractura					
		Extracapsular		Intracapsular		Total	
		F	%	F	%	F	%
Riesgo Cardiovascular	I	3	1.6	6	3.2	9	4.7
	II	102	53.7	50	26.3	152	80.0
	III	18	9.5	11	5.8	29	15.3
	IV	0	0	0	0	0	0

Interpretación:

En esta población, se encontró que tanto en caso de fracturas extracapsulares e intracapsulares obtuvieron un riesgo cardiovascular grado II en 102(53.7%) y 50(26.3%) casos. Mientras que el grado III abarco el 9.5% y 5.8% en casos extracapsulares intracapsulares respectivamente

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 8.5. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según sitio anatómico afectado y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

			Sitio Anatómico		Total
			Cadera Derecha	Cadera Izquierda	
Tipo De Fractura	Extracapsular	F	68	55	123
		%	35,8%	28,9%	64,7%
	Intracapsular	F	25	42	67
		%	13,2%	22,1%	35,3%
Total		F	93	97	190
		%	48,9%	51,1%	100,0%

Interpretación:

En esta población, se encontró asimetría en función del sitio anatómico al compararlo según el tipo de fractura; donde en caso de extracapsulares la afectación derecha fue predominante al afectar a 68 pacientes del total de 123, comparado con el grupo de intracapsulares donde 42 del total de 67 tuvieron afectación izquierda.

Esto podría deberse a diferencias biomecánicas, nivel de actividad, o factores de riesgo específicos asociados con cada lado del cuerpo, pudiendo existir así una posible variación en la vulnerabilidad de cada lado.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

9. Según la clasificación por trazo de fractura

Tabla 9.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según ubicación de trazo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Clasificación Según Ubicación de Trazo de Fractura	F	%
Intertrocantéreas	109	57.4
Subtrocantéreas	14	7.4
Subcapítulos	17	8.9
Transcervicales	7	3.7
Basicervicales	20	10.5
No Especificada	23	12.1
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que en general las fracturas intertrocantéreas son las más predominantes debido a que se encontró en 109 pacientes siendo el 57.4% del total de casos. En segundo lugar, están las fracturas basicervicales ocupando el 12.1% con 20 pacientes,

Es importante reconocer que porcentaje significativo fueron catalogadas como no especificadas debido a que se abarcaron como "fracturas de cuello femoral" con 23 casos(12.1%) siendo en su totalidad fracturas intracapsulares, lo que subraya la importancia de estandarizar, identificar, clasificar y documentar con precisión la ubicación y la gravedad de la fractura, debido a que esto influye en los enfoques de tratamiento, rehabilitación así como la asignación de recursos y la planificación de tratamientos específicos

Mientras que las fracturas subtrocantereas y subcapitales tienen una incidencia relativamente menor, con el 7.4% y el 8.9% respectivamente. Las fracturas transcervicales son relativamente menos frecuentes, representando solo el 3.7%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

10. Hemoglobina Preoperatoria

Tabla 10.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según valor de hemoglobina preoperatoria , en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Hemoglobina Preoperatoria	F	%
Mayor De 13	49	25.8
12 - 12.9	43	22.6
11 - 11.9	47	24.7
10 - 10.9	37	19.5
9 - 9.9	13	6.8
Menor De 9	1	0.5
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que en general el rango de valores mayores a 13g/dL fueron por leve los datos más encontrados en 49 pacientes (25.8%), con un valor promedio de 12.03g/dL. Aun así, existe variación en los niveles de hemoglobina donde el 47.3% de la población tuvieron valores entre 11 a 12.9; estos valores pueden deberse a diversas condiciones como transfusiones preoperatorias o valores normales antes del trauma.

En el extremo inferior aquellos con valores debajo de 10 g/dL siendo el 7.3% del total, pudieron haber sido influenciados por el tiempo de espera, comorbilidades que afecten el sistema hematopoyético, malnutrición o otras causas de anemia, que podría requerir una intervención correctiva médica adicional antes de la cirugía.

Conocer estos valores es importante porque proporciona información valiosa sobre el estado de salud general del paciente y permite guiar decisiones clínicas relacionadas con la preparación preoperatoria y el manejo perioperatoria al requerir intervenciones específicas para la optimización del estado hematológico por la influencia en los resultados, recuperación, reducir la anemia post operatoria y la necesidad de transfusiones intra o postoperatorias

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 10.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según valor de hemoglobina preoperatoria y tipo de fractura , en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 Por Mortalidad

			Hemoglobina Preoperatoria						Total
			Mayor De 13	12 - 12.9	11 - 11.9	10 - 10.9	9 - 9.9	Menor De 9	
Tipo De Fractura	Extracapsular	F	27	31	31	22	11	1	123
		%	14,2%	16,3%	16,3 %	11,6 %	5,8%	0,5%	64,7%
	Intracapsular	F	22	12	16	15	2	0	67
		%	11,6%	6,3%	8,4%	7,9%	1,1%	0,0%	35,3%
	Total	F	49	43	47	37	13	1	190
		%	25,8%	22,6%	24,7 %	19,5 %	6,8%	0,5%	100,0 %

Interpretación:

En esta población, en caso de las fracturas extracapsulares se encontró que la mayoría ingresaba a una intervención con valores de 11 a 12.9g/dL siendo 62 casos(32.6%) de 123, con un promedio de 11.97g/dL . Mientras que en caso de intracapsulares la mayoría contaba con valores mayores de 13g/dL con 22 casos(11.6%) de 67,siendo en promedio fue 12.02g/dL.

Existe por lo tanto en ambos casos tendencia a valores mayores a 11g/dL requiriendo en caso de fracturas intracapsulares optimizar aun mas dichos valores, pudiendo esto estar influenciado por los procedimientos específicos en cada grupo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

11. Tiempo De Espera De Acto Quirúrgico

Tabla 11.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de espera de acto quirúrgico, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Tiempo De Espera	F	%
Menor De 3 Dias	4	2.1
3- 7 Días	63	33.2
8 - 14 Dias	85	44.7
15 - 21 Dias	23	12.1
Mayor 21 Dias	15	7.9
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, en general el tiempo promedio fue de 10.86 dias, donde solo 4 casos (2.1%) fueron operados según las sugerencias internacionales de un tratamiento oportuno antes de las 48 a 72 horas. Pero la mayoría siendo el 44.7%(85 pacientes) espero de 8 a 14 dias para ser intervenidos quirúrgicamente, y el 80 % del total lo fueron dentro de los primeros 14 dias de sucedida la fractura.

Así como 38 casos(20%) tuvieron que esperar más de 14 días, esta realidad no está alineada con las mejores prácticas clínicas en otros países que puede estar atribuida a factores como la demora en el depósito en banco de sangre, optimización de valores hematológicos, presencia de complicaciones intrahospitalarias, descompensación de comorbilidades previas, prolongado periodo de des focalización y retraso de evaluación de riesgo neumológico. Finalmente, se encontró un valor mínimo y máximo de 2 y 48 dias respectivamente.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 11.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de espera de acto quirúrgico y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

		Extracapsular: Intertrocantéreas Y Subtrocantéreas		**Intracapsular: Cabeza Femoral, Subcapitales, Transcervicales, Basicervicales**			
		F	%	F	%	F	%
Tiempo De Espera	Menor De 3 Días	4	2.1	0	0.0	4	2.1
	3- 7 Días	52	27.4	11	5.8	63	33.2
	8 - 14 Días	49	25.8	36	18.9	85	44.7
	15 - 21 Días	11	5.8	12	6.3	23	12.1
	Mayor 21 Días	7	3.7	8	4.2	15	7.9
Total		123	64.7	67	35.3	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que en caso de fracturas extracapsulares tuvieron que esperar en promedio de 10.23 dias, donde solo 4 casos (2.1%) tuvieron un tiempo de espera recomendado, mientras que la mayoría fueron intervenidos durante los días 3 a 7 siendo 52 de 123 casos, así como 49 casos (25.8%) fueron operados antes de la completar la segunda semana de espera, y 18 pacientes tuvieron una espera prolongada de más de 15 días.

Por otro lado, en caso de fracturas intracapsulares tuvieron que esperar en promedio fue 10.88 dias, no hubo pacientes con tiempo de espera corto, mientras que la mayoría siendo 36 de 67 casos tuvieron que espera de 8 a 14 días, y cabe recalcar que este grupo tuvo más pacientes con espera prolongada siendo 20 casos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 11.3 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de espera y tipo de procedimiento quirúrgico, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

			Tipo De Procedimiento					
			DHS	PFN	Prótesis Total	Prótesis Parcial	Otros	Total
Tiempo De Espera	Menor De 3 Dias	F	4	0	0	0	0	4
		%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%
	3- 7 Dias	F	39	12	6	2	4	63
		%	20,5 %	6,3%	3,2%	1,1%	2,1%	33,2 %
	8 - 14 Dias	F	34	12	25	7	7	85
		%	17,9 %	6,3%	13,2%	3,7%	3,7%	44,7 %
	15 - 21 Dias	F	8	3	9	1	2	23
		%	4,2%	1,6%	4,7%	0,5%	1,1%	12,1 %
	Mayor 21 Dias	F	2	5	7	1	0	15
		%	1,1%	2,6%	3,7%	0,5%	0,0%	7,9%
Total		F	87	32	47	11	13	190
		%	45,8 %	16,8 %	24,7%	5,8%	6,8%	100,0 %

Interpretación:

En esta población, el uso del implante DHS fue el único procedimiento que tuvo un tiempo de espera corto en 4 pacientes (2.1%), mientras que la mayoría espero de 3 a 7 días con 39 casos registrados (20.5%) de 87 en total, y solo 10 personas (5.3%) tuvieron una espera prolongado, encontrando un tiempo de 9.9 días en promedio.

En caso de la artroplastia total de cadera, no se registró pacientes que fueran intervenidos rápidamente, teniendo en su mayoría que esperar de 8 a 14 días al registrar a 25 casos de 47, y se puede reconocer, además fue el grupo con mayor tiempo de espera con 16 pacientes (8.4%); encontrando un tiempo de 10.88 días en promedio. Otros procedimientos como el implante PFN, prótesis parcial y entre otros también tuvieron una espera no pasada de los 14 días.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

12. Tiempo Operatorio

Tabla 12.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo operatorio en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Tiempo Operatorio	F	%
Menor A 60 Minutos	24	12.6
61 - 120 Minutos	135	71.1
Mayor 120 Minutos	31	16.3
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población se encontró un tiempo operatorio promedio de 91 minutos, en donde la mayoría de casos con 135 pacientes (71.1%), fueron intervenidos quirúrgicamente en un rango de tiempo entre 61 y 120 minutos, esto sugiere que la mayoría de las cirugías se completaron dentro de un período de tiempo razonable, lo que puede indicar una eficiente gestión de la atención quirúrgica

Por otro lado, el 16.3% con 31 casos, experimentaron tiempos operatorios superiores a 120 minutos posiblemente por cierta complejidad en los casos o situaciones imprevistas intraoperatorias. Mientras que el 12.6% con 24 casos se realizaron en menos de 60 minutos esto podría indicar que fueron de enfoque rápido y eficiente.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 12.2 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo operatorio y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

			Tiempo Operatorio			Total
			Menor A 60 Minutos	61 - 120 Minutos	Mayor 120 Minutos	
Tipo De Fractura	Extracapsular	F	18	90	15	123
		%	9,5%	47,4%	7,9%	64,7%
	Intracapsular	F	6	45	16	67
		%	3,2%	23,7%	8,4%	35,3%
Total		F	24	135	31	190
		%	12,6%	71,1%	16,3%	100,0%

Interpretación:

En esta población, en caso de fracturas extracapsulares se encontró en promedio que tardan.88.40 minutos, en donde 90 pacientes de 123 tuvieron un tiempo operatorio de 61 a 120 minutos, seguido por aquellos 18 pacientes con un tiempo menor a una hora.

En caso de las fracturas intracapsulares, tardaron en promedio 90.48 minutos, donde se encontró que la mayoría con 45 de 67 casos se llevan a cabo en 61 a 120, pero son el grupo con mayor tiempo operatorio al registrar 16 casos con más de dos horas de intervención esto debido a la complejidad de procedimientos como la artroplastia total de cadera.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 12.3. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo operatorio y tipo de procedimiento, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

		Tipo De Procedimiento									
		DHS		PFN		Prótesis Total		Prótesis Parcial		Otros	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tiempo Operatorio	Menor A 60 Minutos	12	6.3	5	2.6	3	1.6	1	0.5	3	1.6
	61 - 120 Minutos	68	35.8	23	12.1	31	16.3	8	4.2	5	2.6
	Mayor 120 Minutos	7	3.7	4	2.1	13	6.8	2	1.1	5	2.6

Interpretación:

En esta población, se encontró que en caso del implante de DHS tiene un tiempo operatorio promedio de 86.42 minutos., donde se puede reconocer que fue el procedimiento más rápido en realizarse debido a que se registró a 12 casos en un tiempo menor a una hora, pero aun así la mayoría con 68 de 87 casos tardaron de 61 a 120 minutos.

Por otro lado, la artroplastia de cadera tarda 90.45 minutos en realizarse en promedio, encontrado que fue el procedimiento que más tarda en realizarse al registrar 13 casos que pasaron las dos horas de duración, pero a pesar de esto la mayoría con 31 de 47 casos demoraron de 61 a 120 minutos. Los demás procedimientos como el implante PFN, prótesis parcial también tienen una duración entre 61 a 120 minutos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

13. Tipo De Anestesia

Tabla 13.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de anestesia, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Tipo Anestesia	F	%
Anestesia General	34	17.9
Anestesia Raquídea	156	82.1
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que 156 de 190 pacientes siendo el 82.1% del total, recibiendo anestesia raquídea como la opción preferida y más comúnmente utilizada, esto puede deberse a varias razones como la menor incidencia de efectos secundarios graves y la rápida recuperación postoperatoria. Comparado con el 17.9% (34 pacientes) que recibieron anestesia general.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 13.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de anestesia y tipo de procedimiento, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

			Tipo Anestesia		
			Anestesia General	**Anestesia Raquídea**	Total
Tipo De Procedimiento	DHS	F	14	73	87
		%	7,4%	38,4%	45,8%
	PFN	F	5	27	32
		%	2,6%	14,2%	16,8%
	Prótesis Total	F	9	38	47
		%	4,7%	20,0%	24,7%
	Prótesis Parcial	F	2	9	11
		%	1,1%	4,7%	5,8%
	Otros	F	4	9	13
		%	2,1%	4,7%	6,8%
Total		F	34	156	190
		%	17,9%	82,1%	100,0%

Interpretación:

En esta población, se encontró que la anestesia raquídea, fue preferida en todos los tipos de procedimientos esto puede estar relacionado por la efectividad y seguridad percibida, encontrado que fue empleada en caso del implante DHS en 73 de 87 casos, artroplastia total de cadera en 38 de 47, implante PFN en 27 de 32 casos, entre otros.

Por otro lado, la anestesia general se utilizó con mayor frecuente en caso del implante DHS con 14 de 87 casos y en la prótesis total de cadera en 9 de 47 pacientes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

14. Tipo De Procedimiento Quirúrgico

Tabla 14.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de procedimiento quirúrgico, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Tipo De Procedimiento	F	%
DHS	87	45.8
PFN	32	16.8
Prótesis Total	47	24.7
Prótesis Parcial	11	5.8
Otros	13	6.8
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que, según el tipo de fractura, la edad del paciente, la disponibilidad de recursos y la preferencia del cirujano; el procedimiento más ejecutado fue la reducción y osteosíntesis empleando el implante DHS en 87 de 190 pacientes representado el 45.8% del total, esto puede deberse por la alta prevalencia de fracturas extracapsulares tipo intertrocantéreas: siendo el implante PFN con 32 casos, el segundo procedimiento más ejecutado en este grupo.

Asimismo, la prótesis total de cadera constituye el 24.7% del total con 47 pacientes, debido a que fue el procedimiento más ejecutado en fracturas intracapsulares, estando luego la prótesis parcial registrada solo en 11 pacientes (5.8%).

Por último, otros procedimientos tales como la cirugía de Girldstone o tornillos canulados conforman el 6.8% del total en 13 pacientes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 14.2 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de fractura y tipo de procedimiento, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

		Tipo De Fractura				Total	
		Extracapsular: Intertrocantéreas Y Subtrocantéreas		Intracapsular: Cabeza Femoral, Subcapitales, Transcervicales, Basicervicales			
		F	%	F	%	F	%
Tipo De Procedimiento	DHS	82	43.2	5	2.6	87	45.8
	PFN	31	16.3	1	0.5	32	16.8
	Prótesis Total	0	0.0	47	24.7	47	24.7
	Prótesis Parcial	1	0.5	10	5.3	11	5.8
	Otros	9	4.7	4	2.1	13	6.8
Total		123	64.7	67	35.3	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que la elección del procedimiento quirúrgico varía según el tipo de fractura de cadera y sus características específicas algo que coincide con las recomendaciones bibliográficas. En donde para las fracturas extracapsulares el implante DHS fue el más frecuentemente realizado en 82 de 123, luego está el implante PFN en 31 casos, y otros procedimientos como los tornillos canulados empleados en 8 pacientes.

Por otro lado, en las fracturas intracapsulares lo fue la prótesis total de cadera en 47 de 67 casos, luego sigue la prótesis parcial en 10 pacientes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

15. Estancia Hospitalaria

Tabla 15.1. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de estancia hospitalaria, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Estancia Hospitalaria	F	%
Mas De 21 Días	29	15.3
De 14 A 21 Días	68	35.8
De 7 A 13 Días	76	40.0
Menos De 7 Días	17	8.9
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población; se encontró que 15.34 dias fue el tiempo promedio de estancia hospitalaria, esto puede estar asociado a la presencia de comorbilidades descompensadas, complicaciones intrahospitalarias, retardo en la adquisición de material, complejidad del procedimiento u otras intercurrencias en el tiempo de espera quirúrgico.

Donde solo el 8.9% con 17 de 190 pacientes estuvieron hospitalización menos de 7 días, siendo lo recomendado porque existe menor riesgo de complicaciones, impulsa la rehabilitación pronta y eficiente uso de recursos hospitalarios.

A pesar de esto, la mayoría de los pacientes con el 40%(76 pacientes) permanecieron en el hospital de 7 a 13 días, seguido de cerca por el 35.8% pasaron hasta 21 días internados. Finalmente, aquellos que pasaron las tres semanas de internamiento representan el 15.3% del total con 29 casos.

Finalmente, se encontró un valor mínimo y máximo de 3 y 73 días respectivamente.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 15.2 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tiempo de estancia hospitalaria, tipo de procedimiento y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

		Estancia Hospitalaria							
		Mas De 21 Dias		De 14 A 21 Dias		De 7 A 13 Dias		Menos De 7 Dias	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Tipo De Fractura	Extracapsular	14	7,4%	35	18,4 %	58	30,5 %	16	8,4%
	Intracapsular	15	7,9%	33	17,4 %	18	9,5%	1	0,5%
Tipo De Procedimiento	DHS	7	3,7%	22	11,6 %	44	23,2 %	14	7,4%
	PFN	8	4,2%	11	5,8%	11	5,8%	2	1,1%
	Prótesis Total	11	5,8%	25	13,2 %	11	5,8%	0	0,0%
	Prótesis Parcial	1	0,5%	5	2,6%	5	2,6%	0	0,0%
	Otros	2	1,1%	5	2,6%	5	2,6%	1	0,5%

Interpretación:

En esta población, se encontró que, con respecto al tipo de fractura, las extracapsulares permanecieron en promedio hasta 14.49 días. internados siendo en su mayoría de 7 a 13 dias en 58 casos. Por otro lado, en el tipo intracapsulares el tiempo promedio fue 15.38 dias, estando en su mayoría de 14 a 21 días en 33 casos.

En caso del tipo procedimiento, aquellos que requirieron el implante DHS permanecieron en promedio 14.35 dias siendo su mayoría de 7 a 13 días en 44 casos; y en caso de la Artroplastia total de cadera permanecieron en promedio 15.36 días. siendo en su mayoría de 14 a 21 dias en 25 casos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

16. Hemoglobina Postoperatorio

Tabla 16.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según valor de hemoglobina postoperatoria, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Hemoglobina Postoperatoria	F	%
Mayor 13	9	4.7
12 - 12.9	18	9.5
11 - 11.9	35	18.4
10 - 10.9	39	20.5
9 - 9.9	47	24.7
7 - 8.9	39	20.5
Menor A 7	3	1.6
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que el valor de 10.19g/dL. fue el promedio después de ser intervenidos quirúrgicamente, lo que sugiere que la mayoría mantienen un rango relativamente normal, aun así, se requiere monitoreo e intervención clínica adicional para optimizar un buen estado hematológico al alta médica.

La mayoría de los pacientes tienen valores dentro del rango de 9 a 9.9g/dL encontrado en 47 pacientes representado el 24.7%. Por otro lado, el 22.1% de pacientes presenta valores menores a 9 g/Dl..

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 16.2. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según valor de hemoglobina postoperatoria y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

			Hemoglobina Postoperatoria							Total
			May or 13	12 - 12.9	11 - 11.9	10 - 10.9	9 - 9.9	7 - 8.9	Menor A 7	
Tipo De Fractura	Extracapsular	F	3	9	24	24	32	29	2	123
		%	1,6%	4,7 %	12,6 %	12,6%	16,8 %	15,3 %	1,1%	64,7%
	Intracapsular:	F	6	9	11	15	15	10	1	67
		%	3,2%	4,7 %	5,8%	7,9%	7,9%	5,3%	0,5%	35,3%
Total		F	9	18	35	39	47	39	3	190
		%	4,7%	9,5 %	18,4 %	20,5%	24,7 %	20,5 %	1,6%	100,0 %

Interpretación:

En esta población, en caso de fracturas extracapsulares tuvieron en promedio 10.18g/dL como valor de hemoglobina postoperatoria siendo un indicador indirecto de sangrado operatorio, encontrado además que el rango de 9 a 9.9g/dL en 32 de 123 casos fue el más frecuente.

Y en caso de fracturas intracapsulares en promedio fue 10.19g/dL, donde la mayoría tuvo estuvo en rango de 9 a 10.9g/dL en 30 de 67 casos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 16.3. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de procedimiento quirúrgico y valor de hemoglobina pre y postoperatoria, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

		Tipo De Procedimiento									
		DHS		PFN		Prótesis Total		Prótesis Parcial		Otros	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Hemoglobina Preoperatoria	Mayor De 13	22	11.6	7	3.7	13	6.8	5	2.6	2	1.1
	12 - 12.9	24	12.6	7	3.7	10	5.3	1	0.5	1	0.5
	11 - 11.9	18	9.5	8	4.2	11	5.8	3	1.6	7	3.7
	10 - 10.9	17	8.9	5	2.6	11	5.8	2	1.1	2	1.1
	9 - 9.9	5	2.6	5	2.6	2	1.1	0	0.0	1	0.5
	Menor De 9	1	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hemoglobina Postoperatoria	Mayor 13	3	1.6	0	0.0	6	3.2	0	0.0	0	0.0
	12 - 12.9	6	3.2	2	1.1	6	3.2	1	0.5	3	1.6
	11 - 11.9	20	10.5	5	2.6	6	3.2	3	1.6	1	0.5
	10 - 10.9	20	10.5	5	2.6	8	4.2	5	2.6	1	0.5
	9 - 9.9	21	11.1	7	3.7	13	6.8	2	1.1	4	2.1
	7 - 8.9	15	7.9	13	6.8	7	3.7	0	0.0	4	2.1
	Menor A 7	2	1.1	0	0.0	1	0.5	0	0.0	0	0.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que en caso del implante de DHS la mayoría ingresa con hemoglobina mayor a 12g/dL encontrado posteriormente valores de 10 a 11.9g/dL. Asimismo, en la prótesis total de cadera, ingresan con valores mayores a 13g/dL registrando luego de ser intervenidos valores de menores a 9 g/dL.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

17. Complicaciones Medicas

Tabla 17.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según complicaciones medicas en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Complicaciones Medicas	F	%
Infecciones del tracto urinario	38	20.0
Neumonía intrahospitalaria	14	7.4
Otras causas de insuficiencia respiratoria	23	12.1
Ulcera por presión	9	4.7
Delirum	20	10.5
Tromboembolismo pulmonar	1	0.5
Sepsis	7	3.7
Otro	23	12.1
Ninguna	99	52.1

Interpretación:

En esta poblaciones encontró que la mayoría de pacientes siendo el 52.1% (99 de 190 pacientes) no presentación complicaciones médicas, por lo tanto es fundamental implementar estrategias preventivas y protocolos de manejo para reducir la prevalencia del 47.9% , debido a su influencia en el curso clínico y resultado terapéutico.

La infección del trato urinario es la más común al afectar a 38 pacientes (20.0%), seguido por problemas respiratorios en el 19.5% distribuido entre neumonía intrahospitalaria, derrame pleural y otras. Mientras que el delirum se registró en el 10.5% del total de casos, y otras como la hemorragia digestiva, falla renal aguda, trastornos hidroelectrolíticos se hallaron en el 12.1%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

18. Complicaciones Quirúrgicas

Tabla 18.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según complicaciones quirúrgicas en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Complicaciones Quirúrgicas	F	%
Infección peri protésica	7	3.7
Hematoma de sitio operatorio	1	0.5
Luxación	2	1.1
Aflojamiento de prótesis	0	0.0
Otros	3	1.6
Ninguna	178	93.7

Interpretación:

En esta población, se encontró que la mayoría de pacientes no presentaron alguna complicación quirúrgica siendo 178 de 190 casos que representan el 93.7% del total de casos.

Sin embargo, seguir las prácticas quirúrgicas estandarizadas permitirá garantizar una reducción en la prevalencia, debido a que la infección peri protésica se encontró en 7 casos (3.7%), seguida de la luxación y otros tipos de complicaciones quirúrgicas como perforación gástrica o fractura peri protésica (1.6%).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

19. Mortalidad

Tabla 19.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según mortalidad durante primer año postoperatorio en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Mortalidad Al Año	F	%
Si	22	11.6
No	168	88.4
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que durante el primer año después de la intervención quirúrgica la gran mayoría 88.4% (168 de 190 casos) no fallecieron.

Lamentablemente un número significativo de 22 pacientes que representan el 11.6% del total fallecieron durante ese período, reconocer esto va de la mano de la atención integral personalizada por parte de un equipo multidisciplinario a fin de implementar estrategias y protocolos; que minimicen el riesgo de complicaciones graves y fatales durante el período postoperatorio.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 19.2 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según tipo de fractura y mortalidad durante primer año postoperatorio, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023 Por Mortalidad

		Tipo De Fractura				Total	
		Extracapsular		Intracapsular			
		F	%	F	%	F	%
Mortalidad Al Año	Si	11	5.8	11	5.8	22	11.6
	No	112	58.9	56	29.5	168	88.4
Total		123	64.7	67	35.3	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que con respecto al tipo de fracturas tanto 11 personas fallecieron en el grupo de extracapsulares como intracapsulares.

Aunque las tasas de mortalidad son iguales en ambas categorías, el impacto relativo de la mortalidad es mayor en las fracturas intracapsulares debido a su menor número total de casos, debiendo implementar un mejor enfoque particular en estos pacientes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 19.3. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según mortalidad durante primer año postoperatorio y tiempo de espera de acto quirúrgico, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

			Mortalidad Al Año		
			Si	No	Total
Tiempo De Espera	Menor De 3 Días	F	1	3	4
		%	0,5%	1,6%	2,1%
	3- 7 Días .	F	9	54	63
		%	4,7%	28,4%	33,2%
	8 - 14 Días	F	5	80	85
		%	2,6%	42,1%	44,7%
	15 - 21 Días	F	2	21	23
		%	1,1%	11,1%	12,1%
	Mayor 21 Días	F	5	10	15
		%	2,6%	5,3%	7,9%
Total		F	22	168	190
		%	11,6%	88,4%	100,0%

Interpretación:

En esta población, se encontró que mientras más corto sea el tiempo de espera de intervención quirúrgica menor será la mortalidad, debido a que 15 de 22 fallecimientos esperaron hasta 14 días para ser intervenidos.

Asimismo, la mortalidad se ve también presente en aquellos que estuvieron pasada las tres semanas de internamiento, al registrar 5 de 22 fallecimientos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 19.4. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según mortalidad durante primer año postoperatorio y tipo de procedimiento en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

			Mortalidad Al Año		
			Si	No	Total
Tipo De Procedimiento	DHS	F	8	79	87
		%	4,2%	41,6%	45,8%
	PFN	F	4	28	32
		%	2,1%	14,7%	16,8%
	Prótesis Total	F	8	39	47
		%	4,2%	20,5%	24,7%
	Prótesis Parcial	F	1	10	11
		%	0,5%	5,3%	5,8%
	Otros	F	1	12	13
		%	0,5%	6,3%	6,8%
Total		F	22	168	190
		%	11,6%	88,4%	100,0%

Interpretación:

En esta población, con respecto al tipo de procedimiento, se encontró que tanto el uso del implante DHS y de la Artroplastia total de cadera registraron 8 casos en cada grupo. Aun así el ultimo, parecería registrar más fatalidad debido a que solo se ejecutaron 47 casos, en comparación a los 87 del implante DHS.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 19.5. Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según mortalidad durante primer año postoperatorio y tiempo de estancia hospitalaria, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

			Mortalidad Al Año		
			Si	No	Total
Estancia Hospitalaria	Mas De 21 Dias	F	8	21	29
		%	4,2%	11,1%	15,3%
	De 14 A 21 Dias	F	5	63	68
		%	2,6%	33,2%	35,8%
	De 7 A 13 Dias	F	7	69	76
		%	3,7%	36,3%	40,0%
	Menos De 7 Dias	F	2	15	17
		%	1,1%	7,9%	8,9%
Total		F	22	168	190
		%	11,6%	88,4%	100,0%

Interpretación:

En esta población, se encontró a medida que el tiempo de estancia hospitalaria aumenta lo hace la mortalidad al año también, pudiendo reconocer que aquellos con estancia prolongada pasada las tres semanas de internamiento fueron 8 de 22 casos, mientras que durante las primeras dos semanas se registraron 7 casos.

En contraste a esto, mientras más corto sea el internamiento la tasa de mortalidad es más baja siendo 1.1% de casos, esto resalta que una alta médica pronta podría reducir la mortalidad anual, mientras se cumpla con criterios médicos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

20. Causa De Mortalidad

Tabla 20.1 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según causa de mortalidad durante primer año postoperatorio, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

Causa De Mortalidad	F	%
Causa Medica	18	9.5
Causa Quirúrgica	4	2.1
No Falleció	168	88.4
Total	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que de aquellos 22 fallecimientos, solo 4 se atribuyen a causas quirúrgicas, mientras que la gran mayoría se deben a motivos médicos en 18 casos

Esto subraya la importancia de una vigilancia continua en el ámbito hospitalario y domiciliario para manejo temprano y oportuno, a fin de abordar cualquier tipo de complicación postoperatoria.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 20.2 Distribución de pacientes con fractura de cadera atendidos según causa de mortalidad durante primer año postoperatorio y tipo de fractura, en el HNCASE - AREQUIPA, en el 2023

		Tipo De Fractura				Total	
		Extracapsular:		Intracapsular			
		F	%	F	%	F	%
Causa De Mortalidad	Causa Medica	10	5.3	8	4.2	18	9.5
	Causa Quirúrgica	1	0.5	3	1.6	4	2.1
	No Falleció	112	58.9	56	29.5	168	88.4
Total		123	64.7	67	35.3	190	100.0

Interpretación:

En esta población, se encontró que pacientes con fractura extra o intracapsular presentaron en su mayoría fallecimientos de causa medica en 10 y 8 casos respectivamente de 22 en total.

Se puede resaltar, que también que la mayoría de los casos de mortalidad de causa quirúrgica, se registraron en fracturas intracapsulares estando presente en 3 de 4 casos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó con el fin de describir las características clínico epidemiológicas pre,intra y postoperatorias en pacientes con fractura de cadera atendidos durante el año 2023 en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa, lo que permitirá implementar nuevas y/o reestablecer medidas en beneficio de los pacientes atendidos en ESSALUD en la macrorregión sur, y que se verá reflejado en la calidad de vida, medicina preventiva y estándares de salud pública.

En la Tabla 1.1 se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según sexo, donde según los resultados la población femenina con 144 pacientes ocupo el 75.8% de casos, concuerda con el estudio por Koval donde menciona que las mujeres experimentan la mayoría de los casos atribuido a la osteoporosis y tendencia a caídas (13). Así mismo en nuestro medio, según el estudio de Vasquez Cuarite reafirma la afectación femenina en el 65.0% de casos (46).

En la Tabla 2.1, se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según edad, se encontró que la mayoría de pacientes eran mayores de 80 años siendo el 62.1%(118 pacientes), mencionado en otros estudios como el realizado por Huette que encontró una edad media de 83.2 años (16). Y en nuestro medio el estudio nacional realizado por Quenta Hito encontró que la edad de 81-90 años fue el 45.7% de en una población de 140(50).

En la Tabla 3.1, se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según procedencia, se encontró que el 86.3%(164 pacientes) eran de Arequipa, y solo el 13.7% de otro lugar entre Camana, Mollendo y Moquegua pero no encontrando otras regiones, asociado a esto no se ha encontrado otros estudios que haya estudiado lo descrito; pero llama

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

la atención que estudios parecidos se hayan realizado en Tacna, Moquegua e Ica descrito en los antecedentes.

En la Tabla 4.1, se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según riesgo cardiovascular, se encontró que la mayoría de casos en el 80%(152 pacientes) eran grado II, este aspecto es muy relevante en el preoperatorio debido a lo descrito por Pantoja donde existe la probabilidad del 40% de sufrir un evento isquémico en cirugías no cardiacas (26). Durante la planificación de este proyecto, resaltó la importancia de estratificar riesgo, utilizando otras variables descritas en los artículos de Cristina Bermejo y Huette al incluir riesgo anestesiológico ASA por su influencia en la mortalidad postoperatoria (16,28); pero que debido a no encontrarse esta variable en la mayoría de casos, se decidió quitarla en un primer borrador.

En la Tabla 5.1, se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según la presencia de comorbilidades previas, se encontró en nuestra población que la hipertensión arterial fue lo más frecuente con 101 pacientes (53.2%) descrito en otros estudios como el de Gutiérrez Espinoza donde afecto al 35.16%(47) y el realizado por N.Rondon al 52.2%(8). Otras como la diabetes mellitus tipo 2 con 41 pacientes (21.6%), las disritmias con 36 pacientes (18.9%), la gastritis crónica con 25 casos (13.2%). Mientras que al juntar las comorbilidades respiratorias abarcaron al 17.9 % del total, algo que puede influir en el retraso de intervención quirúrgica por el riesgo neumológico tal como lo describe Palomino (9). Así como otras comorbilidades descritas siendo Neoplasia maligna (12.6%), Artritis Reumatoide (1.6%), Lupus (0.5%), Osteoporosis (10.0%) podrían influir en un posible retardo de consolidación ósea. Y otras comorbilidades tales como Problemas neurológicos (21.6%),

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Hipoacusia (8.4%), Alzheimer (5.8%), Demencia(3.7%) y otros problemas psiquiátricos(2.1%), podrían afectar en la recuperación y rehabilitación postoperatoria.

En la Tabla 6.1,se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según polifarmacia, se encontró presente en 101 paciente siendo el 53.2% del total, definido por Arriagada como la presencia de 5 o más medicamentos considerado por otros a partir 3 a más (20) , algo que puede deberse por la presencia de múltiples comorbilidades siendo importante reconocer esto por las interacciones medicamentosas y efectos adversos durante la terapéutica intrahospitalaria, no encontrando estudios parecidos en nuestro medio que abarquen esto.

En la Tabla 7.1, se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según sitio anatómico afectado. No encontrando mucha diferencia existiendo un leve predominio al lado izquierdo en 97 casos (51.1%), algo contrario a lo encontrado por Vasquez Cuarite para el lado derecho en 55% del total de 40 casos (46).

En la Tabla 8.1 y Tabla 9.1, se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según tipo de fractura. Encontrado que las extracapsulares con 123 casos (64.7%) de las cuales del tipo intertrocantéreas fueron 109 (57.4%); algo que va de acuerdo a lo descrito por Vasquez Cuarite con 65% (46) y .Rondon con 60% (8). Mientras que en caso de las fracturas intracapsulares fueron 67 casos siendo el 35.3% del total, en donde las más registradas fueron las basicervicales con 20 casos (10.5%), pero una gran parte de este grupo siendo 23 casos(12.1%) no se especificaron en la historia clínica según la ubicación del trazo de fractura.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

En la Tabla 10.1 y 16.1,se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según sus valores de hemoglobina pre y postoperatoria. Antes de ser intervenidos se encontró que la mayoría de paciente presentaban valores mayores de 13 g/dL siendo el 25.8%(49 casos), y que el rango entre 11 a 12.9 represento el 47.3% del total. Mientras que después, el rango de hemoglobina estuvo de 9 a 9.9 representando el 24.7%, esto va de acuerdo al estudio por Gasprik donde la anemia postoperatoria se encontró en el 82.6% de casos (12). No hay otros estudios de este tema en nuestro medio para comparar lo descubierto, recalcando que se debe optimizar el estado hematológico.

En la Tabla 11.1, se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según el tiempo de espera de acto quirúrgico. Se ha encontrado que la mayoría debe esperar de 8 a 14 días siendo el 44.7%, siendo en promedio 10.86 días, a pesar de lo descrito por Huette que refiere debería ser dentro de las 48 horas del ingreso por disminuir la mortalidad (18). Durante la investigación se encontró que estos resultados pueden ser influenciados por la demora en trámite de donante de sangre, riesgo neumológico, descompensación de comorbilidades, desfocalización quirúrgica, complicaciones intrahospitalarias entre otros que deberían de ser estudiados, comparado a otros estudios encontrados como el de Palomino y Ramirez donde el preoperatorio fue de 18 días en Lima (9).

En la Tabla 12.1 se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según el tiempo operatorio. Encontrando que la mayoría se realiza entre 1 a 2 horas en el 71.1%, algo que también se describe en la Tabla 12.3 donde el DHS y Prótesis total va de acuerdo con lo descrito en forma general, y que en ciertos casos fue prolongado por intercurrencias intraoperatorias o por otras características no descritas como el sobrepeso o obesidad, entre

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

otras. Mientras que otras durante corto tiempo por tratarse de otros procedimientos como la cirugía de Girdlstone y tornillos aculados o por características biomecánicas.

En la Tabla 13.1 se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según tipo de anestesia. Encontrando que la anestesia raquídea se ejecutó en 156 casos (82.1%) tal como lo descrito en el estudio de Naranjo(27), a pesar de esto Huette(16) refiere que no se encontró impacto en la morbimortalidad al emplear una u otra técnica. A esto se puede reconocer también que se ha no encontrando estudios en nuestro medio para poder contrastar lo descrito.

En la Tabla 14.1 se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según tipo de procedimiento quirúrgico. Se encontró que el procedimiento más frecuente realizado es la osteosíntesis usando el implante DHS en 87 casos (45.8% del total) esto pudiendo ser influenciado por la alta prevalencia de fracturas intertrocantéreas. Mientras que la prótesis total de cadera con 47 casos, ocupó el 24.7%, en caso de fracturas intracapsulares. Algo que también ocurre en hospitales del MINSA como lo describe Miranda Peña (30) donde la artroplastia represento el 21.57% y el DHS en 49.37% en 102 pacientes.

En la Tabla 15.1, se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según su estancia hospitalaria. Encontrado que la mayoría de pacientes permanecieron desde el ingreso al alta médica o fallecimiento entre 7 a 13 días en 40% del total de casos, siendo 15.34 dias en promedio, estos resultados pueden estar influenciados por la demora en la adquision de materiales, retraso de desfocalización, descompensación de comorbilidades, presencia de complicaciones y retraso de intervención quirúrgica. Al comparar con otros estudios como el de Vasquez Cuarite que encontró que fue de 17 días (46), el de Gutierrez fue 6 a 10 días(47)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

y finalmente estudios internacionales como el de Bermejo Boixareul en España de 8.6 días(28).

En la Tabla 17.1 se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según complicaciones médicas. Encontrando que la mayoría de pacientes no presentó ninguna siendo el 52.1% algo que podemos contrastar con el estudio de Palomino y Ramirez (9) donde el 62% si presento complicaciones. Junto a lo mencionado, la infección de tracto urinario se encontró en 38 pacientes (20.0%) y neumonías intrahospitalarias en 7.4% algo; descrito también por Marquez (32). Mientras que este estudio, se agregado otras variables como el Delirum presente en 10.5% resaltando su prevalencia tal como lo describió Venegas al afectar el 28.5% de su población (19).

En la Tabla 18.1 se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según complicaciones quirúrgicas. Se encontró que el 93.7% no presentó ninguna, pero que la más frecuente fue la infección peri protésica ocupando el 3.7% tanto en fracturas extra e intracapsulares, contrastado con lo encontrado por Marquez (31) donde fue el 13.58%. Pero incluso con esto debe profundizarse por el riesgo de reintervenciones y mortalidad asociada, pudiendo implementarse protocolos y guías con el fin de reducir su prevalencia. Asimismo otras complicaciones, tales como en el estudio Quenta Hito(50) donde el acortamiento afecto al 11.6%, no se describieron en nuestra población.

En la Tabla 19.1 se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según mortalidad durante el primer año postoperatorio. Encontró que el 88.4% no fallecieron al momento de realizar este estudio. Pero el 11.6% fallecieron, contrastado con el estudio en Tacna por Saenz Guarniz que encontró 4.9% en una población de 81 pacientes(24), puede

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

deberse al retraso de intervención quirúrgica, presencia múltiples comorbilidades o otros eventos alejados del acto quirúrgico.

En la Tabla 20.1 se describe la distribución de pacientes con fractura de cadera según causa de mortalidad. Encontrando que las causas medicas se encontraron en 18 de los 22 pacientes fallecidos distribuido entre hemorragia digestiva, colangitis, entre otros. Finalmente, se reconoce que dentro de las causas quirúrgicas, las infecciones peri protésicas son las más frecuentes, por lo cual debería profundizarse este tema.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES

PRIMERA. - Con respecto a las características sociodemográficas se encontró que el sexo femenino fue el 75.8%(144 pacientes), el grupo etario de mayores a los 80 años ocuparon 62.1%(118 pacientes), mientras que la mayoría provienen de Arequipa siendo el 86.3%(164 pacientes).

SEGUNDA. - La mayoría de casos contaron con riesgo cardiovascular grado II según el índice de Goldman en 80. % (152 pacientes)

TERCERA. - Se identificó que comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial con 53.2%(101 pacientes), diabetes mellitus tipo 2 con 21.6%(41 pacientes) y las disritmias con 18.9 %(36 pacientes). Asimismo, existe la presencia de polifarmacia en el 53.2% del total de casos.

CUARTA. - Se encontró que el sitio anatómico más afectado fue la cadera izquierda con 51.1%. Asociado a esto, el tipo de fractura más frecuente fueron las extracapsulares con 123 casos (64.7%) siendo intertrocantéreas en 109 casos (57.4%).

QUINTA. - El tiempo de espera operatorio, en general fue de 8 a 14 días en el 44.7% de casos, en contraste con lo recomendado a realizarse antes de las 48 horas. Posteriormente, el tiempo operatorio en general fue de entre 1 a 2 horas en el 71.1% del total de casos. Prefiriendo la anestesia raquídea en el 82.1% en 156 casos.

SEXTA. - En fracturas extra capsulares, el procedimiento más usado fue la reducción y osteosíntesis el usando el implante DHS en 87 casos (45. 8%).Por otro

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

lado, en fractura intracapsulares se prefirió la artroplastia total de cadera en 47 casos(24.7%).

SEPTIMA. - Los valores de hemoglobina preoperatoria fueron mayores a 13g/dL en el 25.8%, mientras que en el postoperatorio estuvo en el rango de 9 a 9.9g/dL en el 24.7%.

OCTAVA. - La estancia hospitalaria desde el ingreso hasta el alta médica o fallecimiento, estuvo en el rango de 7 a 13 días en el 40% de casos.

NOVENA. - Las complicaciones médicas más frecuentes fueron la infección de tracto urinario con 20%, delirum en el 10.5% y las neumonías intrahospitalarias con 7.4%. Por otro lado, en las complicaciones quirúrgicas la más frecuente fue la infección peri protésica en el 3.7% del total de casos.

DECIMA. - La mortalidad durante el primer año postoperatorio fue de 11.6%, siendo las causas medicas las más frecuentes al afectar a 18 de 22 pacientes fallecidos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RECOMENDACIONES

PRIMERA. - Se recomienda con respecto a las características sociodemográficas, priorizar la prevención primaria al ejecutar cribados estrictos en la población femenina tales como densitometría ósea, estado nutricional y control de comorbilidades. Mientras para la edad, mejorar el programa gerontológico social como en caso del síndrome de caídas y dismovilidad. Y que estas políticas, se efectivicen de manera correcta en otros lugares fuera de Arequipa.

SEGUNDA. - Se recomienda mejorar y uniformizar la descripción de las comorbilidades previas en la historia clínica virtual, a fin de implementar un equipo multidisciplinario y poder reducir la estancia hospitalaria por descompensaciones o al agregarse complicaciones relacionadas. Así como detallar que medicamentos le fueron prescritos antes de internarse.

TERCERA. - Se sugiere emplear la clasificación según la ubicación de trazo de fractura, en la atención de emergencia para mejorar la planificación de adquision de material quirúrgico de esta manera reducir el tiempo de espera de intervención quirúrgica. Además de mejorar los informes operatorios y aplicar controles laboratoriales postoperatorios estrictos; debido a que se omitió alrededor de 50 casos por historias incompletas.

CUARTA.- Se recomienda profundizar las causas de retraso de tiempo de espera operatorio, encontrando en este caso factores como el trámite de donantes de sangre, descompensación de comorbilidades, complicaciones

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

intrahospitalarias, retraso de riesgo neumológico y desfocalización; lo cual podría protocolizarse e implementarse al contar con un equipo multidisciplinario formado por banco de sangre, urología, neumología, ginecologia,otorrinolaringologia y medicina interna, con el fin de mejorar estos resultados.

QUINTA. - Se sugiere profundizar las causas de estancia hospitalaria prolongada, debido a que el alta pronta se asocia a mejor calidad de vida, buen pronóstico y rehabilitación rápida.

SEXTA. - Se sugiere mejorar el llenado de evolución medica diaria, con el fin de reconocer prontamente las complicaciones médicas y quirúrgicas, para así tratarse precozmente; disminuyendo así la estancia hospitalaria y el riesgo adquirir otras complicaciones.

SEPTIMA. - Se recomienda estudiar la causa de infección peri protésica en los casos reportados con el fin de reducir su prevalencia, empleando guías de prevención, usando cultivos, mejorando el lavado de manos quirúrgico, entre otros procesos.

OCTAVA. - Se recomienda que ampliar estudios con respecto a los factores asociados a la mortalidad, que incluyan el retraso de intervención quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada. Además de mejorar la estratificación de riesgo preoperatorio en todos los pacientes usando el riesgo anestesiológico ASA, sistema POSSUM, entre otros.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

NOVENA. - Finalmente se recomienda realizar otros trabajos de investigación acerca de otras patologías de cadera como coxartrosis o de otros temas como prótesis de rodilla realizados en ESSALUD y MINSA, para poder reconocer nuestra realidad comparada a bibliografía internacional.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

REFERENCIAS

1. Bahr Ulloa S, Ponce de León Narváez R, Guisado Zamora K, Melis Santana JA, Bahr Ulloa S, Ponce de León Narváez R, et al. Anatomía articular y parámetros radiográficos de la cadera como factor de riesgo de fractura: una mirada actualizada. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2024 Jan 5];34(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2020000200007&lng=es

2. Pérez Triana E, Bahr Ulloa S, Jordán Padrón M, Martí Coruña MC, Reguera Rodríguez R. Bases anatomofuncionales de la articulación de la cadera y su relación con la fractura. Rev medica electron [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 5];755–67. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-961262

3. Bhatti N. Hip Fracture: Background, Epidemiology, Functional Anatomy [Internet]. 2015. Disponible en: http://emedicine.medscape.com/article/87043-overview#a6.

4. Ng KCG, Jeffers JRT, Beaulé PE. Hip Joint Capsular Anatomy, Mechanics, and Surgical Management. The Journal of Bone and Joint Surgery [Internet]. 2019 Dec;101(23):2141–51. Available from: https://insights.ovid.com/crossref?an=00004623-201912040-00010

5. Mirialis AO, Lourdes PD, Elida MJ. Anatomía Articular Y Clasificación De La Fractura De Cadera Y Su Relación Con La Fractura [Internet]. cibamanz2021.sld.cu. 2021 [cited 2024 Jan 5]. Available from: https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/840

6. Fracturas De La Extremidad Proximal Del Femur (O Fracturas De La Cadera) Recuerdo Anatomico [Internet]. Available From: Https://Www.Ucm.Es/Data/Cont/Docs/420-2014-02-18-21%20Fracturas%20de%20cadera.Pdf

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

7. Sánchez Delgado JA, Pérez Almoza G, Sánchez Lara NE, Sánchez Delgado JA, Pérez Almoza G, Sánchez Lara NE. Comportamiento epidemiológico de la fractura de cadera. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2021 Jun 1;35(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2021000100008

8. Rondón CN, Zaga HV, Gutiérrez EL. Características clínicas y epidemiológicas en adultos mayores con diagnóstico de fractura de cadera en un hospital de Lima, Perú. Acta méd peru [Internet]. 2021;42–7. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1278191

9. Palomino L, Ramírez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Acta Médica Peruana [Internet]. 2016 Jan 1;33(1):15–20. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100004

10. Marco-Martínez F. La fractura de cadera en el siglo XXI. ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España; An RANM · Año 2018 · número 135(03):203-210. DOI: http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.03.rev01

11. Zuta Lopez NE, Ordinola Ramírez CM. Frecuencia de fractura de cadera en adultos mayores, hospital regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, 2019. Revista Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades. 2022 Apr 30;5(1):16.

12. Gasparik AI, Lorenzovici L, Pașcanu IM, Csata Z, Poiană C, Dobre R, et al. Predictors of mortality for patients with hip fracture: a study of the nationwide 1-year records of 24,950 fractures in Romania. Archives of Osteoporosis [Internet]. 2023 May 17;18(1):69. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37195371/

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

13. Koval KJ, López-Durán Stern L. Fracturas femorales en el anciano. Madrid: Editorial SECOT; 2013.. Available from: https://www.secot.es/media/docs/monografias/monografia-2013-Parte-3.pdf

14. Sing CW, Lin TC, Bartholomew S, Simon Bell J, Bennett C, Beyene K, et al. Global epidemiology of hip fractures: secular trends in incidence rate, post- fracture treatment, and all- cause mortality. 2023 May 29

15. Koifman R, Sánchez J, Coordinador S, Matas J. CAPÍTULO 75 -FRACTURAS TERCIO PROXIMAL DE FÉMUR -FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO [Internet]. Available from: https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2075.pdf

16. Huette P, Abou-Arab O, Djebara AE, Terrasi B, Beyls C, Guinot PG, et al. Risk factors and mortality of patients undergoing hip fracture surgery: a one-year follow-up study. Scientific Reports. 2020 Jun 15;10(1).

17. Chang W, Lv H, Feng C, Yuwen P, Wei N, Chen W, et al. Preventable risk factors of mortality after hip fracture surgery: Systematic review and meta-analysis. International Journal of Surgery. 2018 Apr;52:320–8.

18. Rueda G, Tovar JL, Hernández S, Quintero D, Beltrán CA. Características de las fracturas de fémur proximal. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]. 2017 Dec 1;26(4):213–8. Available from: https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/50

19. Venegas-Sanabria LC, Lozano-Rengifo MJ, Cepeda-Alonso L, Chavarro-Carvajal DA. Complicaciones intrahospitalarias en ancianos con fractura de cadera: estudio transversal para determinar los factores asociados. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2018 Dec 1;32(4):245–50. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-articulo-complicaciones-intrahospitalarias-ancianos-con-fractura-S0120884519300057

20. Arriagada Leonardo, Tamara Carrasco, Mikol Araya; Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2020 Mar 1;31(2):204–10. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300237

21. Izaguirre A, Delgado I, Mateo-Troncoso C, Sánchez-Nuncio HR, Sánchez-Márquez W, Luque-Ramos A, et al. Rehabilitación de las fracturas de cadera. Revisión sistemática. Acta ortopédica mexicana [Internet]. 2018 Feb 1;32(1):28–35. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022018000100028

22. Yong EL, Ganesan G, Kramer MS, Howe TS, Koh JSB, Thu WP, et al. Risk Factors and Trends Associated With Mortality Among Adults With Hip Fracture in Singapore. JAMA Network Open [Internet]. 2020 Feb 5 [cited 2020 Sep 6];3(2):e1919706–6. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2760891

23. Quinaluisa Erazo CA, Landázuri Males VH, Barba Rodríguez GV, Burbano Tipantantuña RA. Clasificación de las fracturas de cadera. RECIMUNDO [Internet]. 2023 Oct 28 [cited 2024 Jan 6];7(4):152–66. Available from: https://www.recimundo.com/index.php/es/article/download/2132/2703/

24. Saenz Guarniz CA. Características clínico epidemiológicas de los adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna 2015 - 2022. Repositorio Institucional - UPT [Internet]. 2023 Aug 7 [cited 2024 Jan 6]; Available from: https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/3023

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

25. Clasificación American Society of Anesthesiologisth Physical Status: Revisión de ejemplos locales – Chile. Revista Chilena de Anestesia [Internet]. 2022;51(3). Available from: https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv5114031424.pdf

26. Pantoja Muñoz HJ, Fernández Ramos H, Guevara Tovar WL. Sensibilidad, especificidad y valores predictivos de los índices cardíacos de Goldman, Detsky y Lee. Revista Colombiana de Anestesiología. 2014 Jul;42(3):184–91.

27. Naranjo Proaño M, Pedroza X, Ramos Acosta V, Paredes Fernández. Anestesia para paciente geriátrico sometido a artroplastia de cadera Anesthesia for geriatric patients subject to hip arthroplasty. V R [Internet]. [cited 2024 Jan 6];(4). Available from: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6756375.pdf

28. Bermejo Boixareu C, Ojeda-Thies C, Guijarro Valtueña A, Cedeño Veloz BA, Gonzalo Lázaro M, Navarro Castellanos L, et al. Clinical and Demographic Characteristics of Centenarians versus Other Age Groups Over 75 Years with Hip Fractures. Clinical interventions in aging [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 6];18:441–51. Available from: https://portalcientifico.universidadeuropea.com/documentos/6433d2bbe8f2fa0e62f2b8b6

29. Peredo Lazarte A. Evaluación clínicoradiológica de fracturas transtrocantéricas de cadera tratados con sistema DHS. Gaceta Médica Boliviana [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2024 Jan 6];42(2):139–43. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662019000200009

30. Miranda Peña YM. Tratamiento Quirúrgico de pacientes operados por fractura proximal de Fémur en el HRHD, Arequipa, 2014-2015. Universidad Católica de Santa María [Internet]. 2017 Apr 4 [cited 2024 Jan 6]; Available from: https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6122

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

31. Márquez Maldonado CE, Arias Sánchez PP, Ortiz Galarza FI, Quizhpi Jiménez MA, Clavijo Jaramillo JS, Muñoz Avilés JA. Morbimortalidad en Pacientes con Diagnóstico de Fractura de Cadera Atendidos en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 2015. Revista Médica Hospital del José Carrasco Arteaga. 2017 Jul 15;9(2):145–51.

32. Betancourt M. Volumen 14, Número 1 Ene [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 17]. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2018/ot181f.pdf

33. Del Río-Alonso J, Valentí-Azcárate A, Duart-Clemente J, Valentín-Nin JR. Prótesis total de cadera tras artroplastia de resección. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2024 Jan 17];50(6):414–8. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-protesis-total-cadera-tras-artroplastia-13093774#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%201943%2C%20Girdlestone

34. Shah N, Parker MJ. What is the outcome after a Girdlestone resection arthroplasty following a hip fracture? HIP International. 2022 Oct 2;112070002211261.

35. Placas DCS (Dynamic Condylar Screw- condilares dinámicas) – TST [Internet]. [cited 2024 Jan 17]. Available from: https://tstorthopedics.com/es/urun/dynamic-condylar-screw/

36. Sistema DHS/DCS. Incluye lámina LCP DHS y DHS. Técnica quirúrgica [Internet]. [cited 2024 Jan 17]. Available from: https://synthes.vo.llnwd.net/o16/Mobile/Synthes%20International/KYO/Trauma/PDFs/046.000.255.pdf

37. Asociado P. Artículo original Nivel de evidencia: IV. Acta Ortopédica Mexicana [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 17];36(5). Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2022/or225g.pdf

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

38. Lozano JA. Infecciones del tracto urinario. Offarm [Internet]. 2003 Dec 1;22(11):96–100. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infecciones-del-tracto-urinario-13055924

39. Infecciones de la Vías Urinarias y de Trasmisión Sexual | Nefrología al día [Internet]. www.nefrologiaaldia.org. Available from: https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-vias-urinarias-trasmision-sexual-462

40. FEC. Tromboembolismo pulmonar - Fundación Española del Corazón [Internet]. Fundaciondelcorazon.com. 2018. Available from: https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/tromboembolismo-pulmonar.html

41. Pablo Márquez B de, Font Vizcarra L. Complicaciones de la artroplastia total de cadera: Complicaciones a corto plazo. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 17];26(1):33–7. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6868828

42. Juárez Sandoval I, Hernández Pérez A, Vázquez Mellado Larracoechea JF, Martínez Camacho MÁ. Factores de riesgo de delirium. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2022;20(3):258–65. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2022/am223h.pdf

43. Pablo Márquez B de, Font Vizcarra L. Complicaciones de la artroplastia total de cadera. Complicaciones a largo plazo. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 17];26(2):93–7. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6869901

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

44. Hernández Ponce BM, Salvatierra Ponce SA, Guerrero Intriago LM, Palacios Quezada GA. Reemplazo total de caderas. RECIMUNDO. 2023 Feb 23;7(1):144–55.

45. Gupta A, Shin J, Oliver D, Vives M, Lin S. Incidence and risk factors for surgical site infection (SSI) after primary hip hemiarthroplasty: an analysis of the ACS-NSQIP hip fracture procedure targeted database. Arthroplasty. 2023 Jan 3;5(1).

46. Vasquez Cuarite NS. Características clínicas y epidemiológicas de las fracturas de fémur proximal en pacientes hospitalizados del hospital regional Honorio Delgado Espinoza 2021 - 2022. repositoriounsaedupe [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 19]; Available from: https://repositborio.unsa.edu.pe/items/80b73f7f-d818-43c5-84dc-f11fb75db815

47. Gutiérrez Espinoza PW. Perfil clínico-epidemiológico del adulto mayor con fractura de cadera durante la pandemia del COVID 19 en el Hospital III Yanahuara ESSALUD Arequipa 2020-2021. repositorioucsmedupe [Internet]. 2023 Jul 10 [cited 2024 Feb 19]; Available from: https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/e02ca2c2-7f7c-4183-a566-e76c47885540

48. Araujo Loayza LS. Características epidemiológicas y radiológicas de las fracturas de fémur proximal en el adulto mayor. Hospital Regional de Moquegua 2018 – 2019. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 8]; Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57838

49. Chumbes Rojas CN. Factores de riesgo asociados a fractura de cadera en adultos mayores tratados en el Hospital Regional de Ica 2019. Universidad Privada San Juan Bautista [Internet]. 2022 Aug 18 [cited 2024 Mar 8]; Available from: https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3910

50. Quenta Hito GP. Características clínicas y tratamiento de fractura de cadera en adultos mayores del servicio de traumatología del Hospital Militar Central 2017. Universidad

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Privada San Juan Bautista [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 19]; Available from: https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2223

51. Durand Echaiz MH. Factores epidemiológicos asociados al tipo de fractura de cadera en pacientes adultos mayores del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2017. Universidad Privada San Juan Bautista [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 8]; Available from: https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/1595

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS N° _

NUMERO DE ACTO MEDICO:

PREOPERATORIO

SEXO

- 1 MASCULINO
- 2 FEMENINO

EDAD

- 1 40 - 50
- 2 51 - 60
- 3 62 - 70
- 4 71 - 80
- 5 > 80

PROCEDENCIA

- 1 AREQUIPA
- 2 AREQUIPA PROVINCIAS
- 3MOQUEGUA
- 4 OTRO

RIESGO CARDIOVASCULAR

- I
- II
- III
- IV

COMORBILIDADES:

- DIABETES MELLITUS TIPO 2
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- OSTEOPOROSIS
- ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA
- ASMA
- FIBROSIS PULMONAR
- HIPERPLAGIA BENINGA DE PROSTATA
- NEOPLASIA MALIGNA
- HIPOTIROIDISMO
- ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
- ENFERMEDAD RENAL CRONICA
- DISRITMIA
- ENFERMEDAD CORONARIA
- HIPOACUSIA
- ARTRITIS REUMATOIDE
- LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
- GASTRITIS CRÓNICA
- DEPRESIÓN
- ALZHEIMER
- GLAUCOMA
- DEMENCIA
- OTROS PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS
- OTROS PROBLEMAS INFECCIOSOS
- OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS
- OTROS PROBLEMAS CARDIOVASCULARES
- OTROS PROBLEMAS RENALES
- OTROS PROBLEMAS REUMATOLÓGICOS
- OTROS PROBLEMAS HEPATOGASTROINTESTINALES
- OTROS PROBLEMAS ENDOCRINOLOGICOS
- OTROS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS
- OTROS PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS
- OTROS PROBLEMAS VISUALES
- OTROS PROBLEMA NO ESPECIFICADO
- NINGUNO

POLIFARMACIA

- 1 SI
- 2 NO

HEMOGLOBINA PREOPERATORIA

- 1 >13
- 2 12 - 12.9
- 3 11 - 11.9
- 4 10 - 10.9
- 5 9 - 9.9
- 6 < 9

SITIO ANATOMICO

- 1 CADERA DERECHA
- 2 CADERA IZQUIERDA

TIPO DE FRACTURA

- 1 EXTRACAPSULAR
- 2 INTRACAPSULAR

TIPO DE FRACTURA ESPECIAL

- 1 INTERTROCANTEREAS
- 2 SUBTROCANTEREAS
- 3 CABEZA FEMORAL
- 4 SUBCAPITALES
- 5 TRANSCERVICALES
- 6 BASICERVICALES
- 7 NO ESPECIFICADA

TIEMPO DE ESPERA DE INTERVENCION

- 1 <3 DIAS
- 3- 7 DIAS
- 8 - 14 DIAS
- 15 - 21 DIAS
- > 21 DIAS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INTRAOPERATORIA

TIEMPO OPERATORIO

- < 60 MINTS
- 60 - 120 MINTS
- > 120 MINTS

TIPO DE ANESTESIA

- GENERAL
- RAQUIDEA
- OTROS

TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

- 1 DHS
- 2 PFN
- 3 PROTESIS TOTAL
- 4 PROTESIS PARCIAL
- 5 OTROS

POSTOPERATORIA

HEMOGLOBINA POSTOPERATORIA

- 1 >13
- 2 12 - 12.9
- 3 11 - 11.9
- 4 10 - 10.9
- 5 9 - 9.9
- 6 7 - 8.9
- 7 < 7

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

- 1 > 21 DIAS
- 2 14 - 21 DIAS
- 3 7 - 13 DIAS
- 4 < 7 DIAS

COMPLICACIONES MEDICAS

- INFECCIÓN DEL TRATO URINARIO
- NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA
- OTRAS CAUSAS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
- ULCERA POR PRESIÓN
- DELIRIUM
- TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
- SEPSIS
- OTROS
- NINGUNA

COMPLICACIONES QUIRURGICAS

- INFECCION PERIPROTESICA
- HEMATOMA DE SITIO OPERATORIO
- LUXACION PROTESICA
- AFLOJAMIENTO DE PROTESIS
- OTROS
- NINGUNA

MORTALIDAD DURANTE PRIMER POSTOPERATORIO

- 1 SI
- 2 NO

CAUSA DE MORTALIDAD

- 1 CAUSA MEDICA
- 2 CAUSA QUIRURIGICA
- 3 NO FALLECIO

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXO 2. MATRIZ DE DATOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PACIENTE	SEXO	EDAD	PROCEDENCIA	R. CARDIOVASCULAR	COMORBILIDADES PREVIAS	POLIFARMACIA	SITIO ANATOMICO	HEMOGLOBINA PREOPERATORIA	TIPO DE FRACTURA	TIPO DE FRACTURA	TIEMPO DE ESPERA
1	M	76	AREQUIPA	II/IV	1 ASMA 2 FIBROSIS PULMONAR 3 CA DE ROSTATA 4 HEPATITIS c 5 ENF. RENAL CRONICA 6 HIPOACUSIA	SI	IZQ	11.7	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	25
2	F	81	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 NEUROIPATIA DIABÉTICA 3 LUMBOPATIA 4 OSTEOPOROSIS 5 CATARATAS 6 DEPRESIÓN 7 LITIASIS RENAL	SI	DER	10.1	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR DERECHA	7
3	F	81	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 GLAUCOMA 3 DEPRESIÓN	SI	IZQ	12.4	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	8
4	F	62	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 DIABETES MELLITUS TIPO 2 3 ENF. RENAL CRONICA 4 DISCOPATÍA LUMBAR	SI	IZQ	11.3	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	24
5	F	83	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 HTA 3 ALZHEIMER 4 GLAUCOMA 5 NEUROPATIA	SI	IZQ	14.4	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	12
6	F	86	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ASMA 3 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA 4 OSTEOPOROSIS 5 ULCERA GASTRICA 6 ULCERA VARICOSA IZQ 7 HIPOACUSIA	SI	IZQ	11.4	INTRACAPSULAR	FRACTURA TRANSCERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	21
7	F	91	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 3 ALZHEIMER 4 SÍNDROME DE PICKWICK 5 OSTEOPOROSIS 6 DEMENCIA	SI	IZQ	12.8	INTRACAPSULAR	FRACTURA TRANSCERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	8
8	F	44	MOQUEGUA	II/IV	1. ANOEXIA NERVIOSA 2. DEPRESION 3. GASTRITIS CRONICA 4. ANEMIA	SI	DER	12.6	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR DERECHA	26
9	F	96	AREQUIPA	II/IV	1 NM DE CIEGO 2 COLELITIASIS	NO	IZQ	11.3	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	5
10	M	55	AREQUIPA	II/IV	1 ENF. RENAL CRONICA 2 ULCERA PEPTICA 3 AMAUROSIS BILATERAL 4 BLOQUEO DE RAMA DERECHA, HEMIBLOQUEO POSTERIOR IZQUIERDO	NO	DER	11.6	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR DERECHA	22
11	F	80	AREQUIPA	III/IV	1- LABERINTITIS: SX MENIERE 2- HIPERTENSION ARTERIAL 3- MIGRAÑA 4- DEPRESION 5- ASMA 6- LUPUS	SI	IZQ	14.4	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	6
12	F	96	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 FLUTTER AURICULAR 3 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA 4 HIPOTIRODISMO 5 FIBROSIS PULMONAR	NO	IZQ	10.2	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	9
13	F	92	AREQUIPA	II/IV	1 DEPRESION 2 AMAUROSIS OJO DERECHO 3 GASTRITIS CRONICA	NO	IZQ	10.9	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	8
14	F	82	MOQUEGUA	II/IV	1 HIPOTIROIDSMO 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3 GONARTROSIS 4 VARICES VENOSAS	SI	DER	14.3	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR DERECHA	13
15	F	77	AREQUIPA	II/IV	1. TIROIDITIS HASHIMOTO	NO	DER	17	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR DERECHA	14

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

16	F	80	AREQUIPA	III/IV	1 ENF. RENAL CRONICA 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3 ENF RENAL POLIQUISTICA	SI	IZQ	11.6	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	13
17	M	81	AQP.PROV	II/IV	1- FISTULAENTEROCUTANEA 2- ENFERMEDAD CORONARIA 3- ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 4- HIPERTENSION ARTERIAL 5- FIBRILACION AURICULAR	SI	DER	11.9	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR DERECHA	12
18	F	91	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2. DEPRESION 3. MACULOPATIA	SI	DER	13	INTRACAPSULAR	FRACTURA TRANSCERVICAL DE FEMUR DERECHA	8
19	M	86	AREQUIPA	I/IV	1- ENF. RENAL CRONICA 2- HIPOTIRODISMO 3- ANEMIA 4- NM DE PROSTATA 5- GLAUCOMA	SI	IZQ	10.6	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	8
20	F	60	AQP.PROV	III/IV	1 NM DE MAMA 2 MENISCOPATIA	SI	DER	12.7	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR DERECHA	17
21	F	90	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 FIBROSIS PULMONAR 3 FIBRILACION AURICULAR 4 DEMENCIA	SI	IZQ	13.5	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	6
22	F	72	AREQUIPA	II/IV	1 DEPRESION 2 ALCOHOLISMO	NO	IZQ	12.9	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	15
23	F	84	AQP.PROV	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO 3 GASTRITIS CRONICA	SI	IZQ	13.7	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	10
24	F	85	AREQUIPA	II/IV	1 OSTEOPOROSS 2 CEFALEA VASCULAR	NO	IZQ	11.4	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	14
25	F	54	AREQUIPA	II/IV	1 RADICULOPATIA	NO	IZQ	12.9	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	17
26	M	90	AREQUIPA	II/IV	1 GLAUCOMA 2 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA 3 FIBROSIS PULMONAR 4 GASTRITIS CRONICA	NO	IZQ	14.6	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	11
27	F	75	AREQUIPA	II/IV	1. OSTEOPOROSIS 2. RADICULOPATIA 3,HIPERTENSION ARTERIAL	NO	DER	10.1	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR DERECHA	24
28	F	67	AREQUIPA	I/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ARTRITIS REUMATOIDEA 3 GLAUOMA 4 COLELITAISIS 5 ENF.REFLUJOGASTROESOFAGICO 6 RADICULOPATIA 7 GASTRITIS CRONICA	SI	IZQ	14.1	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	18
29	F	85	AREQUIPA	II/IV	1 CATARAS 2 FIBROSIS PULMONAR 3 OBESIDAD	NO	DER	12.8	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR DERECHA	23
30	F	80	AREQUIPA	II/IV	1 GASTRITIS 2 HIPOACUSIA 3 DEPRESION	NO	IZQ	11.7	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	9
31	M	69	AREQUIPA	I/IV	1 NM DE PROSTATA 2 EPILEPSIA 3 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 4 GONARTROSIS BILATERAL 5 DIABETES MELLITUS TIPO 2 6 HIPERTENSION ARTERIAL	SI	DER	11.6	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR DERECHA	19
32	F	82	AREQUIPA	II/IV	1 ALZHEIMER 2 GLAUCOMA	SI	IZQ	10.8	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	12
33	F	84	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 BLOQUEO DE RAMA IZQUIEDA	NO	IZQ	14.2	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	14
34	F	93	AREQUIPA	III/IV	1 INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFERICA	NO	IZQ	11.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	16

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

35	F	81	AQP.PROV	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 GASTRITIS CRONICA	SI	IZQ	10.6	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	12
36	F	73	AREQUIPA	II/IV	1 ESQUIZOFRENIA 2 FIBROSIS PULMONAR 3 GLAUCOMA	SI	DER	12.3	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR DERECHA	12
37	F	86	AQP.PROV	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 OSTEOPOROSIS 3 HIPERTENSION ARTERIAL 4 ENF. RENAL CRONICA 5 FIBRILACION AURICULAR	NO	IZQ	11.7	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	8
38	M	78	AREQUIPA	II/IV	NINGUNA	NO	IZQ	10.7	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	7
39	F	81	AREQUIPA	II/IV	1 GASTRITIS 2 SX COLON IRRITABLE	NO	IZQ	9.2	INTRACAPSULAR	FRACTURA TRANSCERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	4
40	F	91	AREQUIPA	III/IV	1. OSTEOARTROSIS 2. HIPERTENSION ARTERIAL	NO	IZQ	12.3	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	5
41	M	71	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 HIV 3 NM ANAL 4 ENFERMEDAD RENAL CRONICA	SI	IZQ	10	INTRACAPSULAR	FRACTURA TRANSCERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	10
42	F	81	AREQUIPA	II/IV	1 VALVULOPATIA 2 CATARA 3 FIBRILACION AURICULAR	SI	IZQ	13.3	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	16
43	M	86	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 3 OSTEOARTROSIS 4 GASTRITIS CRONICA	SI	DER	12.9	INTRACAPSULAR	FRACTURA TRANSCERVICAL DE FEMUR DERECHA	12
44	M	57	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 DIABETES MELLITUS TIPO 2 3 ENF. RENAL CRONICA	SI	DER	10.4	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR DERECHA	12
45	F	76	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 HIPOTIRIDISMO 3 BLOQUEO RANA DERECHO	SI	IZQ	11.3	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	12
46	F	84	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 FIBRILACION AURICULAR 3 MICROALBUMINARUIA	NO	IZQ	13.3	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	4
47	F	72	AREQUIPA	II/IV	1. INSUFIENCIA VENOSA	NO	IZQ	10.2	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	24
48	F	78	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 3 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA	NO	DER	16.5	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR DERECHA	12
49	F	72	AREQUIPA	II/IV	1 INSUFICIENCIA AORTICA 2 INSUFICIENCIA MITRAL 3 HIPOTIRODISIMO 4 HIPERCOLESTEROLEMIA	NO	IZQ	12.4	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	13
50	M	81	AREQUIPA	II/IV	1 NM DE PROSTATA 2 HIPOTIROIDISMO 3 ENFERMEDAD CORONARIA 4 GASTRITIS CRONICA 5 RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	SI	DER	13	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR DERECHA	9
51	F	90	AREQUIPA	II/IV	1 ALZHEIMER	NO	DER	13	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR DERECHA	16
52	F	80	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 HIDRONEFROSIS 3 POLIPOS VESICALES 4 HIPOTIRODISMO	SI	IZQ	11.4	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	20
53	M	86	AREQUIPA	II/IV	NINGUNA	NO	IZQ	15.6	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	14
54	F	70	AREQUIPA	III/IV	1GASTRITIS CRONICA 2HERPES ZOSTER	NO	DER	12	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	6
55	F	67	AREQUIPA	I/IV	1 ADENOMA HIPOFISIARIO 2 HIPOPITUITARISMO 3 NODULO TIROIDE 4 DEPRESION	SI	DER	13.4	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR DERECHA	7

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

56	F	81	AREQUIPA	II/IV	1 FIBRILACION AURICULAR 2 HIPOPITUITARISMO 3 HIPOTIRODISMO 4 INSUFICIENCIA VENOSA 5 HIPERTENSION ARTERIAL 6 INSUFICIENCIA CARDIACA	SI	DER	14.8	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR DERECHA	20
57	F	84	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 DIABETES MELLITUS TIPO 2 3 VARICES DE MIEMBROS INFERIORES 4 DIVERTICULOSIS 5 BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA	SI	DER	11.9	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR DERECHA	18
58	M	92	AREQUIPA	II/IV	1 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA	NO	IZQ	12.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	4
59	F	92	AREQUIPA	II/IV	1 FA 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3 GASTRITIS CRONICA	SI	DER	10.7	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	15
60	M	65	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2	NO	IZQ	12.2	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	5
61	F	87	AREQUIPA	II/IV	1 FIBROSIS PULMONAR	NO	IZQ	13.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	7
62	M	84	AREQUIPA	II/IV	NINGUNA	NO	DER	12.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	10
63	M	50	MOQUEGUA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 CANDIDIASIS 3 HIPERTENSION ARTERIAL	NO	IZQ	9.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	15
64	F	91	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL	NO	IZQ	12.6	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	17
65	M	82	AREQUIPA	II/IV	1 ALZHEIMER 2 OSTEOPROSIS	NO	IZQ	13.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	5
66	F	85	AREQUIPA	II/IV	1 ALZHEIMER 2 GONARTROSIS	NO	IZQ	11.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	5
67	F	87	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA	NO	IZQ	10.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	2
68	F	82	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2	NO	DER	12.2	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	3
69	M	96	AREQUIPA	II/IV	1 PARKINSON 2 GASTRITIS 3 NM DE PROSTATA	SI	IZQ	10.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	2
70	M	87	AQP.PROV	II/IV	1 BLOQUEO DE RAMA DERECHA 2 GASTRITIS CRONICA	NO	DER	12.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	48
71	F	101	AQP.PROV	II/IV	NINGUNA	NO	DER	11.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA DERECHA	7
72	F	53	AREQUIPA	I/IV	NM DE MAMA	SI	IZQ	10.6	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	8
73	F	73	MOQUEGUA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3 ENF. RENAL CRONICA	SI	IZQ	10.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	5
74	F	80	AQP.PROV	III/IV	1 BLOQUEO RAMA DERECHO 2 HIPERTENSION ARTERIAL	NO	DER	11.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
75	F	94	AREQUIPA	II/IV	1 HIPOACUSIA 2 DEMENCIA	NO	DER	11.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	8
76	M	91	AREQUIPA	II/IV	GLAUCOMA	NO	DER	11	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	5
77	F	75	AREQUIPA	II/IV	1 ASMA 2 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 3 HIPERTENSION ARTERIAL 4 DIABETES MELLITUS TIPO 2 5 GASTRITIS CRONICA 6 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA	SI	DER	12.2	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	10

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

78	M	84	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL	NO	IZQ	12.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	5
79	F	80	AREQUIPA	II/IV	1 INSUFICIENCIA SUPRARRENAL 2 ENF.REFLUJOGASTROESOFAGICO 3 CONVULSIONES	SI	DER	13.7	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	4
80	M	90	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 BLOQUEO RAMA DERECHA 3 DIABETES MELLITUS TIPO 2 4 ANEURISMA DE AORTA 5 SX DEMENCIONAL	SI	DER	12.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
81	F	91	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 HIPERTENSION ARTERIAL	SI	DER	8.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	10
82	F	82	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 GASTRITIS CRONICA 3 LEUCOPENIA EAD	SI	IZQ	10	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	12
83	M	79	AREQUIPA	III/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3HIPOTIROIDISMO 4ENFERMEDAD CORONARIA 5GLAUCOMA	SI	IZQ	12.6	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	8
84	F	79	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 DIABETES MELLITUS TIPO 2 3 GLAUCOMA	SI	DER	9.6	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	11
85	F	83	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2	NO	IZQ	10.2	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	6
86	F	96	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 VALVULOPATIA AORTICA 3 GASTRITIS CRONICA 4 DIABETES MELLITUS TIPO 2 5 BRONQUIECTASIAS 6 ARTRITIS REUMATOIDE	SI	DER	12.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	5
87	F	71	MOQUEGUA	II/IV	1 DEMENCIA SENIL 2 ALZAHEMEIR 3 HIPERTENSION ARTERIAL 4 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 5 PRURITO	SI	DER	9.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	5
88	F	102	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ENF. RENAL CRONICA 3 SX VERTIGNIOSO	NO	IZQ	10.9	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	10
89	F	75	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 HIPERTENSION ARTERIAL	SI	IZQ	13.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	3
90	F	77	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL	NO	DER	13.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	3
91	F	92	MOQUEGUA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2DEMENCIA 3ALZHEIMER 4 ESTENOSIS AORTICA 5OSTEOPOROSIS	SI	DER	11.7	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	12
92	F	81	MOQUEGUA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2VALUVLOPATIA 3 ENF. RENAL CRONICA 4 DIABETES MELLITUS TIPO 2 5 FIBRILACION AURICULAR	SI	DER	9.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	19
93	F	92	MOQUEGUA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ALZHEIMER 3 HIPOACUSIA	SI	DER	11.7	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	14
94	F	74	AREQUIPA	II/IV	1SX VERTEBRO BASILAR 2GLAUCOMA 3HIPOACUSIA 4HIPERGLICERIDEMIA PURA	NO	IZQ	15.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	3
95	M	93	AREQUIPA	II/IV	1 DEMENCIA SENIL 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3FIBROSIS PULMONAR 4 NM DE PROSTATA	SI	DER	12	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

96	F	82	AREQUIPA	II/IV	1 DEMENCIA 2 DEPRESION 3OSTEOPRORISIS 4 NM VEJIGA 5 INFECCION URINARIA RECURRENTE	NO	DER	10.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	11
97	F	87	MOQUEGUA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 DIABETES MELLITUS TIPO 2 3PARKINSON	SI	DER	12.6	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	10
98	F	85	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 SINDROME DE [SJÖGREN]	NO	IZQ	14.2	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	4
99	F	60	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2BLOQUEO DE RAMA 3LITIAISS RENAL 4 DIABETES MELLITUS TIPO 2 5GASTRITIS CRONICA 6SX VERTIGINOSO 7 ANEMIA	SI	IZQ	10.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	13
100	M	95	AREQUIPA	II/IV	NINGUNA	NO	IZQ	12	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	11
101	M	84	AREQUIPA	III/IV	1NM DE PROSTATA 2BLOQUEO AV I 3HIPOTIRODISMO 4DEMENCIA	SI	DER	15.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	9
102	F	73	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2GASTRITIS 3 OBESIDAD 4HERPES SOTER	NO	IZQ	13.2	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	7
103	F	79	AREQUIPA	III/IV	1ENFERMEDAD DEL TAKAYASU 2HIPOTIROIDISMO 3ESCLERODERMIA 4CATARATAS 5OSTEOPOROSIS	SI	IZQ	11.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	12
104	F	90	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	SI	DER	11.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	6
105	F	90	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2PARKINSON	SI	DER	11.2	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	16
106	F	70	AREQUIPA	II/IV	1LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES 2MELANOMA 3HTLV 4 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA 5CATARATA	NO	DER	12.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	21
107	F	92	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3HIPOTIRODISMO 4 ENF. RENAL CRONICA	SI	DER	9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	9
108	M	97	AREQUIPA	II/IV	1 FIBRILACION AURICULAR 2 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA 3 HIPERTENSION ARTERIAL 4GASTRITIS CRONICA 5 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	NO	IZQ	10.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	24
109	F	80	AREQUIPA	II/IV	1 ALZHEIMER 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3 OSTEOPROSIS 4 NM DE MAMA 5 FIBRILACION AURICULAR	NO	DER	9.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	9
110	F	80	MOQUEGUA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2HIPOACUSIA 3ARRITMIA	SI	DER	10.6	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	12
111	F	88	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ALZHEIMER 3 NM DE MAMA 4 GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO 5 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA	SI	DER	14.6	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	6
112	F	79	AREQUIPA	II/IV	1HIPOACUSIA 2HERNIA LUMBAR 3OSTEPOROSIS	NO	IZQ	11.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	9

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

113	F	92	AREQUIPA	II/IV	1ARTRITIS	NO	DER	12	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	24
114	M	94	AREQUIPA	II/IV	1 CARCINOMA VERRUCOSO DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE REGIÓN GLÚTEA IZQUIERDO 2GONARTROSIS	NO	IZQ	10.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	22
115	F	87	AREQUIPA	III/IV	1BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIZ 2GONARTROSIS	SI	DER	11.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	10
116	F	84	AREQUIPA	II/IV	NINGUNA	NO	IZQ	11.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	8
117	F	65	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2CIRROSIS HEPATICA 3PLAQUETOPENIA	NO	IZQ	13.7	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	11
118	F	85	AREQUIPA	II/IV	1 ANEMA EAD 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3CEFALEA	NO	DER	11.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	10
119	F	92	AREQUIPA	II/IV	1GASTRITIS CRONICA 2ARTROSIS	NO	IZQ	10.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	14
120	F	89	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL	SI	IZQ	14.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	12
121	F	83	AREQUIPA	II/IV	NINGUNA	NO	IZQ	13	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	10
122	F	83	AREQUIPA	II/IV	1FIBROSIS PULMONAR 2OSTEPOROSIS	SI	DER	11.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	15
123	F	87	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2HEMIBLOQUEO RAMA IZQUIERDA 3FIBROSIS PULMONAR 4NM DE MAMA	SI	DER	13.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	10
124	M	88	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 DIABETES MELLITUS TIPO 2 3 ENFERMEDAD CORONARIA 4 NM DE PROSTATA	SI	DER	12.2	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	18
125	F	84	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3CARCINOMA DE CELULAS BASALES 4LITIASIS VESICUAL 5GLAUCOMA	SI	DER	13.7	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	6
126	F	92	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2OSTEOPOROSIS 3 INSUFICIENCIA ARTERIL PERIFERICA	SI	DER	11.2	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	12
127	F	75	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2OSTEOPOROSIS 3RINITIS CRONICA 4RADICULOPATIA 5DEPRESION	SI	DER	15.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	3
128	F	92	AREQUIPA	II/IV	1DEMENCIA SENIL	NO	DER	10.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	12
129	M	77	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ENF. RENAL CRONICA 3SSX CARDIORENAL	SI	DER	9.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	29
130	F	70	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2GASTRITIS 3PARKINSONISMO	SI	IZQ	14.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	3
131	M	92	AREQUIPA	II/IV	1NM DE PIEL 2 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA 3 HIPERPLASIA BENINGA DE PROSTATA	NO	IZQ	11.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	3
132	F	87	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2HIPOTIRODISMO 3DEMENCIA SENIL 4DISLIPIDIDEMIA	SI	DER	12.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	4
133	F	89	AREQUIPA	II/IV	1HIPOACUSIA 2DEMENCIA SENIL 3DEPRESION 4GLAUCOMA	SI	IZQ	9.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	10

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

134	M	86	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ENFERMEDAD CEREBRI VASCULAR 3BLOQUEO AV 4 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA	NO	DER	11.52	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	6
135	M	97	AREQUIPA	II/IV	1 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA 2ASMA 3 HIPERPLASIA BENINGA DE PROSTATA 4DEPRESION 5 HIPERTENSION ARTERIAL	SI	IZQ	10.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	5
136	F	104	AREQUIPA	III/IV	1 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3FLUTTER ARTICULAR	SI	DER	12.1	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR DERECHA	4
137	M	86	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 FIBRILACION AURICULAR 3 DIABETES MELLITUS TIPO 2 4LITAISIS RENAL 5POLINEUROPATIA	SI	DER	12.7	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	5
138	F	81	AREQUIPA	II/IV	1HIPOACUASIA 2CATARATA 3GASTRITIS CRONICA 4GONARTROSIS 5DEPRESION	SI	IZQ	13.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	2
139	F	69	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 FIBRILACION AURICULAR 3NEURALGIA DEL TRIGEMINO 4OSTEOPOROSIS	SI	DER	11.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	3
140	F	87	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2GASTRITIS CRONICA	NO	IZQ	10.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	7
141	F	86	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2CATARTA 3OSTEOPOROSIS	SI	DER	11.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	5
142	F	99	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2HIPOACUSIA 3RADICULOPATIA 4DEMENCIA	SI	IZQ	13	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	7
143	F	73	AQP.PROV	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 HIPERTENSION ARTERIAL	NO	IZQ	11.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	5
144	F	79	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2OSTEOARTROSIS 3TRANSTORNO VESTIBULAR	SI	DER	16.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
145	M	78	AREQUIPA	II/IV	1HIPOACUSIA 2 ENF.REFLUJOGASTROESOFAGICO 3 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA 4 HIPERPLASIA BENINGA PROSTATA	NO	DER	14.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
146	F	74	AREQUIPA	II/IV	1CIRROSIS HEPATICA 2GLAUCOMA 3OSTEOPOROSIS 4COLANGITIS BILIAR PRIMARIA	SI	DER	12.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
147	F	45	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 ENF. RENAL CRONICA 3HIPOTROFIA RENAL 4 HIPERPARATIRODISMO SECUNDARIO	SI	IZQ	10.3	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	41
148	F	84	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2GLAUCOMA 3CEFALEA	NO	IZQ	10.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	5
149	F	74	AREQUIPA	III/IV	1PARKINSON 2VAVULOPATÍA 3RADICULOPATIA	SI	DER	12.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
150	F	89	AREQUIPA	II/IV	1FIBROSIS PULMONAR 2ANEURISMA AORTOABDOMINAL 3 FIBRILACION AURICULAR 4URTICARIA 5 ENF.REFLUJOGASTROESOFAGICO 6 HIPERTENSION ARTERIAL 7 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	SI	IZQ	12.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	9
151	F	71	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2ARTRITIS REUAMTOIDE 3FIBROSIS PULMONAR 4OSTEOARTROSIS 5 ENF.REFLUJOGASTROESOFAGICO 6ANSIEDAD	SI	IZQ	13.9	INTRACAPSULAR	FRACTURA SUBCAPITAL DE FEMUR IZQUIERDA	8

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

152	F	76	AREQUIPA	II/IV	1DEMENCIA 2GLAUCOMA 3CATARATAS	NO	DER	9.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
153	F	84	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2BLOQUEO AV	NO	IZQ	12.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	6
154	F	94	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2HIPOTIRODISMO	SI	DER	11.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	9
155	M	83	AREQUIPA	II/IV	1HIPOACUSIA 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 4 NM DE PROSTATA	SI	IZQ	11.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	5
156	F	90	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL	NO	IZQ	11.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	2
157	F	83	AREQUIPA	II/IV	NINGUNA	NO	DER	11.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	4
158	F	92	AREQUIPA	II/IV	NINGUNA	NO	IZQ	10.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	8
159	F	89	AREQUIPA	II/IV	1INSUFICIENCIA AORTICA 2GLAUCOMA 3DEMENCIA SENIL 4HIPOACUSIA 5ARTROSIS 6HIPERTENSION ARTERIAL	SI	DER	11.1	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR DERECHA	11
160	F	81	MOQUEGUA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 DIABETES MELLITUS TIPO 2 3 ENF. RENAL CRONICA	SI	IZQ	10.7	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	16
161	M	78	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION PULMONAR 2 FLUTTER AURICULAR 3 ENFERMEDAD PULMONAR INSTERSTICIAL DIFUSA 4GOTA	SI	DER	10.4	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	25
162	M	66	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 INSUFICIENCIA CARDIACA 3ARRIMITA VENTRICULAR	SI	IZQ	16.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	4
163	M	89	AREQUIPA	II/IV	1 FIBRILACION AURICULAR 2HIPOACUSIA	NO	DER	12.9	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	10
164	F	94	AREQUIPA	II/IV	1FIBROSIS PULMONAR 2GLAUCOMA	SI	DER	9.6	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	5
165	F	81	AREQUIPA	II/IV	1ALZHEIMER	NO	DER	12.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	12
166	F	45	AQP.PROV	I/IV	NINGUNA	NO	IZQ	14	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	5
167	F	84	AREQUIPA	II/IV	1 FIBRILACION AURICULAR	SI	DER	12.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
168	F	95	AQP.PROV	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2DISLIPIDEMIA	SI	DER	13.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	8
169	F	76	AREQUIPA	II/IV	1 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR 2 HIPERTENSION ARTERIAL	SI	IZQ	12.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	11
170	M	87	AREQUIPA	III/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2 BIGEMINISMO VENTRICULAR 3 HIPERPLASIA BENINGA DE PROSTATA 4 DIABETES MELLITUS TIPO 2	SI	DER	12.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
171	F	81	AQP.PROV	II/IV	1 ENF. RENAL CRONICA 2ARRIMITA 3 HIPERTENSION ARTERIAL 4 DIABETES MELLITUS TIPO 2	NO	IZQ	10	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	8
172	M	66	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 ENF. RENAL CRONICA	NO	IZQ	10.7	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	13
173	M	77	AREQUIPA	I/IV	NINGUNA	NO	DER	12.61	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA DERECHA	26
174	F	85	AQP.PROV	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3PSORIASIS	NO	IZQ	11.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	10

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

175	F	91	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2GASTRITIS CRONICA	NO	DER	11.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA DERECHA	20
176	M	82	AREQUIPA	II/IV	1 DIABETES MELLITUS TIPO 2 2PARKINSON 3DEMENCIA SENIL 4ULCERA DE DECÚBITO EN TOBILLO IZQ	SI	IZQ	11.6	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	14
177	M	45	AQP.PROV	I/IV	NINGUNA	NO	DER	15.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA DERECHA	12
178	M	87	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERPLASIA BENINGA DE PROSTATA 2 DIABETES MELLITUS TIPO 2	NO	DER	12.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	9
179	F	87	AREQUIPA	II/IV	1OSTEOPOROSIS 2HIPERTENSION ARTERIAL 3GASTRITIS CRONICA 4DEPRESION	SI	DER	11.3	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	7
180	F	79	AREQUIPA	II/IV	1ASMA 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3DEMENCIA	SI	IZQ	9.8	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	12
181	F	63	AREQUIPA	II/IV	1HIPOACUSIA 2NM DE PARTES BLANDAS	NO	IZQ	15	EXTRACAPSULAR	FRACTURA SUBTROCANTERICA IZQUIERDA	11
182	F	69	AREQUIPA	III/IV	1 ENF. RENAL CRONICA 2VASCULITIS 3BLOQUEO AV III	NO	IZQ	11.5	INTRACAPSULAR	NO ESPECIFICADA - FRACTURA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDA	17
183	F	62	AREQUIPA	I/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL	NO	IZQ	13.5	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	11
184	F	66	AREQUIPA	II/IV	1HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	SI	DER	13.1	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR DERECHA	14
185	F	71	AQP.PROV	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2NM DE COLOMN	SI	IZQ	10.7	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR IZQUIERDA	13
186	M	82	AREQUIPA	II/IV	1 ENF. RENAL CRONICA 2 HIPERTENSION ARTERIAL 3 DIABETES MELLITUS TIPO 2	SI	DER	9.8	INTRACAPSULAR	FRACTURA TRANSCERVICAL DE FEMUR DERECHA	11
187	F	88	AREQUIPA	II/IV	1DISLIPIDEMIA 2 HIPERTENSION ARTERIAL	NO	DER	10.3	INTRACAPSULAR	FRACTURA BASICERVICAL DE FEMUR DERECHA	11
188	F	88	AREQUIPA	II/IV	1 HIPERTENSION ARTERIAL 2INSUFICIENCIA VENOSA	NO	DER	11.1	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	11
189	F	82	AREQUIPA	II/IV	1 GLAUCOMA	NO	IZQ	13	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA	10
190	F	80	AREQUIPA	II/IV	1NM DE PARTES BLANDAS	NO	DER	15.5	EXTRACAPSULAR	FRACTURA INTERTROCANTERICA DERECHA	9

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PACIENTE	TIEMPO OPERATORIO	TIPO ANESTESIA	TIPO DE PROCEDIMIENTO	HEMOGLOBINA POSTOPERATORIA	ESTANCIA HOSPITALARIA	COMPLICACIONES MEDICAS	COMPLICACIONES QUIRURGICAS	MORTALIDAD	CAUSA DE MORTALIDAD
1	130	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	6.8	30	1. NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA 2. HEMORRAGIA DIGESTIVA	1 HEMATOMA SITIO OPERATORIO 2INFECCION PERIPROTESICA	SI	1. SEPSIS ARTICULAR: INFECCION PERIPROTESICA + HEMATOMA SITIO OPERATORIO 2 NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA
2	95	GENERAL	PROTESIS TOTAL	9	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
3	105	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	9.2	14	1. INFECCION TRACTO URINARIO 2. INSUFICIENCIA RESPIRATORIOA 3. DERMATITIS DE CONTACTO	NINGUNA	NO	NINGUNA
4	140	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	9.1	28	NINGUNA	NINGUNA	SI	1. SHOCK SEPTICO DE FOCO ABDOMINAL 2. NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR
5	105	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	13.5	16	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
6	50	RAQUIDEA	GIRDLESTONE	8.2	68	1 ULCERA POR PRESION 2. NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA 3. FALLA RENAL AGUDA 4. SEPSIS	1 INFECCION PERIPROTESICA	SI	1. SHOCK SEPTICO: INFECCION PERIPROTESICA 2. IRA: NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA VS TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
7	100	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	8.2	14	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
8	90	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	10.6	31	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
9	120	RAQUIDEA	PROTESIS PARCIAL	10.7	11	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA 2 THE: HIPERNATREMIA	NINGUNA	SI	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2 THE: HIPERNATREMIA
10	130	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	11.8	25	1. NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA 2. PERITONITIS BACTERIANA SECUNDARIA + GECA	NINGUNA	SI	1 SEPSIS FOCO ABDOMINAL: PERITONITIS BACTERIANA SECUNDARIA 2 NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA
11	95	GENERAL	PROTESIS TOTAL	10	9 DIAS	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
12	55	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	9.2	12	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	NINGUNA	NO	NINGUNA
13	85	RAQUIDEA	PROTESIS PARCIAL	10.4	20	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
14	140	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	12.7	15	1 DELIRUM 2 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
15	70	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	14	19	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
16	115	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	8	15	NINGUNA	1 LUXACION DE PROTESIS	NO	NINGUNA
17	50	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	10.2	16	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
18	145	GENERAL	PROTESIS TOTAL	10.7	12	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
19	100	GENERAL	PROTESIS TOTAL	8.7	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
20	100	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	11.9	20	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
21	40	GENERAL	PROTESIS PARCIAL	10.3	8	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
22	140	GENERAL	PROTESIS TOTAL	9.8	18	NINGUNA	1 LUXACION DE PROTESIS	NO	NINGUNA
23	105	RAQUIDEA	PROTESIS PARCIAL	10.2	13	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
24	105	RAQUIDEA	PROTESIS PARCIAL	10.1	17	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

25	90	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	8.4	20	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
26	120	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	11.4	15	NINGUNA	NINGUNA	SI	1 COLANGITIS 2 SD DISTRES RESPIRATORIO
27	140	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	8.1	28	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
28	85	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	13.3	22	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
29	170	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	12.3	28	1 DELIRUM 2 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
30	75	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	9	9	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
31	135	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	9.3	24	1 BRONQUITIS AGUDA D/C NIH 2 DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
32	75	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	10.6	18	1 DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
33	130	RAQUIDEA	PROTESIS PARCIAL	12.7	17	1 INFECCION TRACTO URINARIO	1 INFECCION PERIPROTESICA	NO	NINGUNA
34	40	GENERAL	GIRDLESTONE	9.2	20	1. ULCERA POR PRESION	NINGUNA	NO	NINGUNA
35	115	GENERAL	PROTESIS TOTAL	9.2	17	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
36	100	RAQUIDEA	PROTESIS PARCIAL	11.6	14	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
37	155	GENERAL	PROTESIS TOTAL	11.1	17	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	SI	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2 SEPSIS
38	65	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	9.4	10	NINGUNA	1 INFECCION PERIPROTESICA	SI	1 INFECCION DE PROTESIS 2 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA; COVID 3 FALLA RENAL AGUDA
39	130	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	8.6	7	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
40	105	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	12	8	1. DELIRUM 2. INFECCION TRACTO URINARIO 3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	SI	1 PIELONEFRITIS 2 IRA: D/C TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 3 SHOK SEPTICO E HIPOVOLEMICO 4 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
41	110	GENERAL	PROTESIS TOTAL	11.9	14	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
42	140	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	12.1	22	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
43	110	GENERAL	PROTESIS TOTAL	9.9	14	1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	SI	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2 NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR
44	90	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	9	15	1. ENCEFALOPATIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
45	135	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	8.4	15	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
46	75	RAQUIDEA	TORNILLO CANULADO	12	6	NINGUNA	1. FRACTURA PERIPROTESICA	NO	NINGUNA
47	110	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	9.6	28	NINGUNA	1 PERFORACION GASTRICA	NO	NINGUNA
48	90	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	13.5	15	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
49	75	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	10.7	16	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
50	150	RAQUIDEA	PROTESIS PARCIAL	11.1	10	1 INFECCION TRACTO URINARIO 2 DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
51	95	RAQUIDEA	PROTESIS PARCIAL	11	20	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
52	60	RAQUIDEA	PFN	9.7	21	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
53	90	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	12.6	16	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
54	55	RAQUIDEA	DHS	11.5	7	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
55	75	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	12.7	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

56	45	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	14.6	22	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
57	70	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	10.3	20	1. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA	NINGUNA	NO	NINGUNA
58	160	RAQUIDEA	DHS	5.4	5	1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	SI	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
59	80	RAQUIDEA	DHS	10.5	18	1 DELIRUM 2 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	SI	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2 BICITOPENIA
60	70	RAQUIDEA	DHS	8.8	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
61	90	RAQUIDEA	DHS	11.1	10	1. NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
62	75	RAQUIDEA	DHS	12	12	1. RASH	NINGUNA	NO	NINGUNA
63	65	RAQUIDEA	DHS	12.8	20	1 GASTROENTEROCOLITIS	NINGUNA	NO	NINGUNA
64	75	RAQUIDEA	DHS	10.9	19	1 ULCERA POR PRESION 2 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
65	90	RAQUIDEA	DHS	13	7	1 DELIRUM 2 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	SI	1 SHOCK SEPTICO FOCO URINARIO Y PULMONAR 2 INFECCION URINARIA COMPLICADA 3 NEUMONIA ASOCIADA A LA COMUNIDAD
66	180	RAQUIDEA	DHS	10	10	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
67	75	RAQUIDEA	DHS	8.7	3	1 INFECCION TRACTO URINARIO 2 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
68	60	RAQUIDEA	DHS	10.2	5	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
69	90	RAQUIDEA	DHS	9.5	6	1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2. FALLA RENAL AGUDA 3. SEPSIS	NINGUNA	SI	1 SHOCK DISTRIBUTIVO 2 D/C SEPSIS FOCO ABDOMINALVS RESPIRATORIO 3 D/C INJURIA RENAL AGUDA 4 D/C SUBOCLUSION INTESTINAL
70	120	GENERAL	DHS	11.6	51	1 INFECCION TRACTO URINARIO 2 HEMORRAGIA DIGESTIVA 3 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 4 SEPSIS	NINGUNA	NO	NINGUNA
71	55	RAQUIDEA	GIRDLESTONE	12.1	13	DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
72	75	GENERAL	PFN	11.3	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
73	80	RAQUIDEA	DHS	9	8	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
74	90	RAQUIDEA	DHS	9.8	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
75	85	RAQUIDEA	DHS	9.3	11	DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
76	95	RAQUIDEA	PFN	7.5	12	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
77	105	RAQUIDEA	DHS	8.4	16	NINGUNA	NINGUNA	SI	1 SHOCK SEPTICO FOCO ABDOMINAL: COLANGITIS PROBABLE 2 NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA
78	40	RAQUIDEA	PFN	7.7	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
79	60	RAQUIDEA	DHS	10.3	8	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

80	125	GENERAL	PFN	11.9	10	NINGUNA	NINGUNA	SI	1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA: COVID19
81	70	RAQUIDEA	DHS	11	13	1 INFECCION TRACTO URINARIO 2 ULCERA POR PRESION	NINGUNA	NO	NINGUNA
82	130	RAQUIDEA	DHS	9.8	14	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
83	150	RAQUIDEA	TFN	9.4	11	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
84	45	RAQUIDEA	DHS	8.7	15	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
85	85	RAQUIDEA	PFN	9.1	9	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
86	110	RAQUIDEA	DHS	10.1	12	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
87	110	RAQUIDEA	PFN	7.1	8	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
88	120	RAQUIDEA	DHS	7.4	25	1NEUMONIA INTRAHOSPITALARIO 2INSUFICIENCIA CARDIACA 3FALLA RENAL AGUDA	NINGUNA	NO	NINGUNA
89	55	GENERAL	PFN	11.1	5	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
90	75	RAQUIDEA	DHS	11.1	5	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
91	60	GENERAL	DHS	9.6	19	1 NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
92	170	GENERAL	DHS	8.7	73	1TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA 2INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
93	75	GENERAL	DHS	9.6	21	1 DELIRUM 2 NEUMONIA INTRAHOSPITALARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
94	45	RAQUIDEA	DHS	11.8	5	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
95	50	RAQUIDEA	DHS	9.6	9	1 DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
96	70	RAQUIDEA	DHS	10.5	14	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
97	55	RAQUIDEA	DHS	9.1	12	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
98	90	GENERAL	PFN	10.4	7	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
99	75	RAQUIDEA	DHS	9.1	18	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
100	60	RAQUIDEA	DHS	11.2	14	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
101	125	GENERAL	DHS	12.8	12	1 DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
102	85	RAQUIDEA	DHS	11.7	9	1 DELLIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
103	50	RAQUIDEA	DHS	9.2	14	1 DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
104	55	RAQUIDEA	DHS	9.7	9	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
105	60	RAQUIDEA	DHS	11.7	19	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
106	75	RAQUIDEA	DHS	9.9	23	1 ULCERA POR PRESION 2 NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
107	135	GENERAL	DHS	10.8	14	1FALLA RENAL AGUDA 2ULCERA POR PRESION 3DELIRUM 4ENCEFALOPATIA	NINGUNA	NO	NINGUNA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

108	60	RAQUIDEA	DHS	10.5	29	1 NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA 2 IRA:DERRAME PLEURAL 3 SEPSIS	NINGUNA	SI	1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA:
109	70	RAQUIDEA	TFN	8.1	14	NINGUNA	NINGUNA	No	NINGUNA
110	60	RAQUIDEA	DHS	8.2	15	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
111	85	RAQUIDEA	DHS	14	8	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
112	70	RAQUIDEA	TFN	9.4	11	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
113	85	RAQUIDEA	PFN	11.7	26	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
114	110	RAQUIDEA	PFN	8.6	25	NINGUNA	NINGUNA	SI	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2 FALLA HEPATICA 3 INJURIA RENAL AGUDA 4 ENCEFALOPATIA MULTIFACTORIAL
115	70	RAQUIDEA	DHS	9.5	13	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
116	95	RAQUIDEA	PFN	10.5	11	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
117	75	GENERAL	DHS	10.5	13	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
118	80	RAQUIDEA	DHS	9.7	12	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
119	105	RAQUIDEA	PFN	8.6	16	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
120	110	RAQUIDEA	PFN	8.9	14	1 GASTROENTEROCOLITIS	NINGUNA	NO	NINGUNA
121	80	RAQUIDEA	DHS	11	12	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
122	80	GENERAL	PFN	9.2	15	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
123	65	RAQUIDEA	PFN	9.4	31	1 IRA: DERRAME PLEURAL	NINGUNA	NO	NINGUNA
124	55	RAQUIDEA	DHS	10.7	21	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
125	105	RAQUIDEA	DHS	11.4	9	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
126	30	RAQUIDEA	PFN	12.3	38	1 ULCERA POR PRESION 2 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 3 SEPSIS	1 INFECCION PERIPROTESICA	SI	1 SHOCK DISTRIBUTIVO 2 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA : NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA +DERRAME PLEURAL BILATERAL 3 INFECCION DE HERIDA OPERATORIA
127	125	RAQUIDEA	PFN	12.6	6	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
128	60	GENERAL	DHS	9.8	14	1 ULCERA POR PRESION 2 RETENCION URINARIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
129	55	RAQUIDEA	PFN	8.7	31	1 CRISIS HIPERTENSIVA 2 ENFERMEDAD RENAL CRONICA DESCOMPENSADA	NINGUNA	NO	NINGUNA
130	70	RAQUIDEA	DHS	11	5	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
131	65	RAQUIDEA	DHS	10.7	6	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
132	65	RAQUIDEA	DHS	11.7	6	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
133	85	RAQUIDEA	DHS	8.9	12	1 ENCEFALOPATIA 2 FALLA RENAL AGUDA	NINGUNA	NO	NINGUNA
134	85	RAQUIDEA	DHS	9.8	9	1INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2DELIRIUM	NINGUNA	NO	NINGUNA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

135	55	RAQUIDEA	DHS	9.5	6	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
136	115	RAQUIDEA	DHS	11.9	26	1NEUMONIA INTRAHOSPITALARIO 2ULCERA POR PRESION 3INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	SI	1 IRA: NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR 2 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ACV
137	80	RAQUIDEA	DHS	10.1	7	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
138	90	GENERAL	DHS	11.1	5	1DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
139	90	RAQUIDEA	DHS	10	8	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
140	30	RAQUIDEA	DHS	6.5	13	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
141	60	GENERAL	DHS	8.4	7	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
142	120	GENERAL	DHS	10	17	1INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 2TROMOEMBOLISMO PULMONAR	NINGUNA	NO	NINGUNA
143	75	RAQUIDEA	DHS	11.4	7	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
144	105	RAQUIDEA	DHS	12.9	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
145	60	GENERAL	DHS	11.5	11	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
146	95	RAQUIDEA	DHS	8.7	10 DIAs	NINGUNA	NINGUNA	SI	1 ENCEFALOPATIA HEPATICA + METABOLICA DEPLECION DE VOLUMEN 2 ITU 3 HIPONATREMIA SEVERA 4 TROMBOSIS DE VENAS ILIACAS FEMORAL. 5 CIRROSIS HEPATICA POR ANTECEDENTE
147	110	GENERAL	PROTESIS PARCIAL	9.7	44	1 PANICULITIS 2 ANEMIA SEVERA 3 SX DOLOROSO ABDOMINAL	1 INFECCION PERIPROTESICA	NO	NINGUNA
148	70	RAQUIDEA	DHS	9.3	7	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
149	60	GENERAL	DHS	11.4	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
150	65	RAQUIDEA	DHS	10.9	10	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
151	60	RAQUIDEA	DHS	11.9	11	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
152	110	RAQUIDEA	PFN	8.1	9	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
153	75	RAQUIDEA	DHS	10.1	7	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
154	95	RAQUIDEA	PROTESIS PARCIAL	9.1	12	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
155	70	RAQUIDEA	TFN	11.6	7	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
156	70	RAQUIDEA	DHS	7.8	4	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
157	95	RAQUIDEA	DHS	7.4	6	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
158	75	RAQUIDEA	DHS	9.9	9	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
159	135	GENERAL	TFN	8.7	15	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
160	65	RAQUIDEA	DHS	7.6	19	1 INFECCION TRACTO URINARIO 2 SEPSIS	NINGUNA	NO	NINGUNA
161	55	RAQUIDEA	PFN	9.8	35	1NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA 2HEMORRAGIA DIGESTIVA 3INSUFICIENCIA CARDIACA	NINGUNA	NO	NINGUNA
162	95	RAQUIDEA	DHS	14.2	6	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

163	105	RAQUIDEA	PFN	8.4	19	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
164	105	RAQUIDEA	PFN	10.1	14	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
165	90	GENERAL	DHS	9.4	14	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
166	105	RAQUIDEA	TORNILLO CANULADO	12.8	7	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
167	75	RAQUIDEA	PFN	8.6	11	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
168	40	RAQUIDEA	DHS	12.5	15	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
169	60	RAQUIDEA	DHS	12.5	13	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
170	90	RAQUIDEA	DHS	8.4	28	1NEUMONIA INTRAHOSPITALARIO 2INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
171	140	GENERAL	DCS	8.4	14	1 INFECCION TRACTO URINARIO 2 SEPSIS 3 DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
172	190	RAQUIDEA	DCS	10	20	1FALLA RENAL 2DELIRUM	NINGUNA	NO	NINGUNA
173	165	RAQUIDEA	PFN	9.2	28	1ENCEFALOPATIA 2EMBOLIA GRASA 3INFECCION TRACTO URINARIO 4TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA 5NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA 6INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
174	135	RAQUIDEA	PFN	8.3	16	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
175	110	RAQUIDEA	PFN	10.8	28	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
176	145	GENERAL	DCS	9	25	1NEUMONIA INTRAHOSPITALARIO 2INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
177	120	RAQUIDEA	PFN	11.3	15	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
178	75	RAQUIDEA	PFN	7.9	16	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
179	70	RAQUIDEA	PFN	9.2	9	1 INFECCION TRACTO URINARIO	1 INFECCION PERIPROTESICA	SI	1 INFECCION PERIPROTESICA 2 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 3 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
180	75	RAQUIDEA	PFN	8.1	14	1 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NINGUNA	NO	NINGUNA
181	105	RAQUIDEA	PFN	10	15	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
182	90	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	11.6	21	1 INFECCION TRACTO URINARIO	1. FRACTURA PERIPROTESICA	NO	NINGUNA
183	55	RAQUIDEA	DHS	10.6	13	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
184	90	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	13.2	18	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
185	70	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	10	17	1 ILEO	NINGUNA	NO	NINGUNA
186	100	RAQUIDEA	PROTESIS TOTAL	9.3	13	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
187	95	RAQUIDEA	DHS	10.5	14	1 INFECCION TRACTO URINARIO	NINGUNA	NO	NINGUNA
188	190	RAQUIDEA	DHS	8.6	13	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

189	80	RAQUIDEA	DHS	11	12	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA
190	120	RAQUIDEA	DHS	10.6	12	NINGUNA	NINGUNA	NO	NINGUNA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO 4. DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN - ESSALUD

EsSalud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

NOTA N° 08- CIEI-UCID-GRAAR-ESSALUD-2024

Arequipa, 21 febrero 2024 **NIT: 1161-2024-28**

Lic.
JUAN ZUÑIGA RODRÍGUEZ
Jefe Oficina de Capacitación Investigación y Docencia
Red Asistencial Arequipa - EsSalud
Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted, con un saludo cordial y en atención al asunto comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud,, ha evaluado y APROBADO el siguiente Proyecto de Investigación:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DEL PRE, INTRA Y POSTOPERATORIO DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HNCASE- ESSALUD EN EL AÑO 2023, AREQUIPA."

Presentado por **Daniel Paul Fernández Sánchez**, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina, de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, **como investigador principal**. Cualquier cambio en el proyecto, debe ser comunicado al CIEI antes de ser aplicado. El proyecto mencionado, califica para evaluación expedita, por cumplir los requisitos según el Manual de Procedimientos del CIEI.

Asimismo, el autor se compromete a respetar la **CONFIDENCIALIDAD** de la información.

Para la ejecución del proyecto, deberá contar con el documento de aprobación de la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia .

Por lo expuesto, se decide la aprobación, teniendo una validez de un año a partir de la fecha.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

.....
Dr. Remmy Flores Velarde
Pdte. Comité Institucional de Ética en Investigación
Red Asistencial Arequipa - ESSALUD

RFV/mvm
c.c. archivo

Esquina Perú - Ayacucho s/n
Cercado - Arequipa - Perú
Tel.: (054) 370380 - anexo 80953
Correo: cieiraar@gmail.com

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO 5. APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION - ESSALUD

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA Nº 12 -UCID-GRAAR-ESSALUD-2024

NIT: 1161-2024-28

Arequipa, 22 febrero 2024

Señor
DANIEL PAUL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
Estudiante de la Escuela Profesional de Medicina - Facultad de Medicina Humana
Universidad Católica De Santa María
Investigador principal
Presente. -

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Reciba un saludo cordial y en atención al asunto, comunicarle que de acuerdo a la Directiva N° 03- IETSI-ESSALUD-2019, Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud – EsSalud, el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, ha evaluado y aprobado el Proyecto de Investigación:

"CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DEL PRE, INTRA Y POSTOPERATORIO DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HNCASE- ESSALUD EN EL AÑO 2023, AREQUIPA"

El autor se compromete a respetar la confidencialidad de la información, a presentar un informe final de su trabajo a la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia; asimismo, deberá dejar una copia de la tesis aprobada, para la biblioteca del HNCASE.

Por lo expuesto, se autoriza el inicio del estudio, teniendo una vigencia de 12 meses a partir de la fecha de aprobación del CIEI.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

C.M. Juan Zúñiga Rodríguez
Jefe Unidad de Capacitación Investigación y Docencia
RED ASISTENCIAL AREQUIPA
EsSalud

JZR/mvm
C.C. archivo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis