

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“Factores pronósticos asociados a mala evolución en
pacientes mayores de 65 años internados por fractura de
cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

RENEE FLOR CLODETH VENTO BENEL

PhD. Dr. Jhony Alberto De la Cruz Vargas

DIRECTOR DE LA TESIS

Mg. Cecilia Salinas

ASESORA

LIMA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTO

Este trabajo no se habría podido realizar sin la colaboración de muchas personas que me han brindado su ayuda, sus conocimientos y su apoyo. Quiero agradecerles a todos ellos cuanto han hecho por mí, para que este trabajo saliera de la mejor manera posible.

Quedo especialmente agradecida con mis asesores de Tesis. PhD. Jhony De la Cruz Vargas y Mag. Cecilia Salinas quienes me han ayudado y apoyado en todo momento. Han corregido minuciosamente este trabajo y me ha dado la posibilidad de mejorarlo. Tengo que agradecerles sus comentarios, direcciones, sugerencias y las correcciones con las que he podido elaborar de manera adecuada esta tesis.

Mi más sincero agradecimiento a la Dra Angelica Lombardi por todos sus comentarios científicos, por contestar muchas dudas y cuestiones y por ofrecerme su apoyo en todo momento. Ha sido, además, una importante fuente de información, referencia y revisión. Le agradezco todo su apoyo, incluyendo la idea inicial de este trabajo.

Un agradecimiento especial al Hospital Central de Fuerza Aérea del Perú y al Dr. Crnel Julio Espinoza , por darme la autorización para realizar este trabajo en sus instalaciones, así como a todo el personal por su apoyo constante.

A mis padres quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Dedico esta tesis de manera especial a mi padre quien a pesar de su discapacidad física me brinda su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles.

Resumen

La fractura de cadera en ancianos es la causa más común de hospitalización en el servicio de traumatología, ocasionando repercusión en distintas áreas clínicas afectando su independencia y estilo de vida. **Objetivo:** Determinar los factores pronósticos de mala evolución, en la población de estudio. **Metodología:** Se diseñó un estudio observacional descriptivo con análisis de asociación. La población estuvo constituida por todos los pacientes mayores de 65 años post operados de fractura de cadera durante Enero – Diciembre 2014 del Hospital Central de la FAP. Con un análisis univariado de las variables, se cuantificó la magnitud de asociación utilizando el odds ratio, y se hizo un análisis multivariado las variables significativas. **Resultados:** Se identificó a la edad mayor de 75 años (OR 7,313), el estar institucionalizado (OR: 4,655), la alta comorbilidad (OR: 4,156) están altamente relacionadas a la mala evolución (grado funcional desfavorable) de los pacientes en el seguimiento a 6 meses.

Palabras clave: fractura de cadera, factores pronósticos

Abstract

Hip fracture in the elderly is the most common cause of hospitalization in the trauma unit, causing impact on various clinical areas affecting their independence and lifestyle. **Objective:** Determine the prognosis factors associated with of poor outcome in the study population. **Methodology:** We designed a retrospective observational study with association analysis. The population consists of all patients over 65 years with a diagnosis of hip fracture which have been treated in the period January - December 2014 in the "Central Hospital of the APF". A univariate analysis of the variables will be used, the magnitude of association was quantified using the odds ratio and multivariate of those variables that were significant. **Results:** We identified the age over 75 years (OR 7,313) , being institutionalized (OR : 4.655) , high comorbidity (OR : 4.156) are highly related to poor outcome (unfavorable functional class) patients in the follow up 6 months.

Key words: fracture of hip, prognostic factors

INTRODUCCIÓN

La fractura de cadera es una entidad prevalente en la edad avanzada, afecta mayoritariamente a personas de más de 64 años y es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario. Se asocia a una elevada morbimortalidad y discapacidad funcional. Se prevé un aumento del número de casos en los próximos años con efectos a nivel individual y de salud pública. Se estima que su incidencia mundial superará en el año 2050 los 6 millones de casos. (10)

Existen toda una serie de factores relacionados con la mortalidad y la recuperación funcional como la edad, sexo, tipo de fractura, tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la cirugía, enfermedades concomitantes, situación física y mental antes de la fractura, tipo de intervención, complicaciones médicas y quirúrgicas, apoyo precoz, seguimiento por un equipo multidisciplinar, continuidad de los cuidados al alta hospitalaria, etc.

Los pacientes que sufren de esta patología pueden padecer serias complicaciones, que van desde distintos grados de discapacidad hasta una completa pérdida de su independencia y cerca del 10% será incapaz de retornar a su residencia habitual. (2)

Existen multitud de trabajos que analizan la incidencia de la fractura de cadera tanto en España como en el resto de Europa, Estados Unidos de América, y Asia. Sin embargo la mayoría de estos trabajos analizan la incidencia en relación al total de la población o al grupo de mayores de 49 años, sin hacer referencia específica al grupo de mayores de 64 años. La complejidad de cuidados necesarios para las fracturas de cadera convierte a esta condición en una verdadera prueba y marcador de utilidad de integración y efectividad de los cuidados de salud modernos.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.3. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS.....	34
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	48
3.1. HIPOTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	48
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	58
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	58
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	60
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	61
5.1. RESULTADOS	61
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	104
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	108
CONCLUSIONES	108
RECOMENDACIONES	108
BIBLIOGRAFÍA.....	110
ANEXOS.....	117

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencia ortopédicos. Esta patología acarrea problemas que van más allá del daño ortopédico, ocasionando repercusión en áreas tales como medicina interna, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social y en la economía de la atención sanitaria. (2)

Los pacientes adultos mayores que sufren de esta patología pueden padecer serias complicaciones, que van desde distintos grados de discapacidad hasta una completa pérdida de su independencia. Aproximadamente el 50% de los pacientes que son independientes antes de haber sufrido una fractura de cadera serán incapaces de recuperar su estilo de vida previo; y cerca del 10% será incapaz de retornar a su residencia habitual. (2)

En nuestro país como resultado del desarrollo social y los logros de la salud pública, el promedio de vida se encuentra en los 76 años y 12% de los peruanos tienen 60 años y más, cifra que según estimados ascenderán a 20,1% en el año 2025. Al igual que en otros países, en Perú la lesión traumática de la cadera ocupa el primer lugar dentro de la morbilidad y la mortalidad por enfermedad ortopédica. (38)

La capacidad de recuperación funcional del grupo de pacientes que son intervenidos sufre un deterioro respecto a su estado previo a la fractura, y la mayoría de ellos alcanza una autonomía que les permite realizar sus desplazamientos sin ayuda de terceros, mientras que los no intervenidos tienen, en mayor medida, dependencia funcional y quedan confinados a una silla de ruedas. La evolución dependerá de la acumulación de factores de riesgo que, sumados, determinan el nivel de riesgo vital de cada enfermo. (14)

El paciente anciano con fractura de cadera puede encontrarse en el momento del evento traumático en categorías de diferente estadio funcional así tenemos al anciano en buen estado de salud que incluye a poco más de la mitad de este tipo de pacientes son pacientes sin mayores problemas patológicos, con una gran actividad y total independencia; por otro lado tenemos a los ancianos frágiles que constituyen aproximadamente la cuarta parte de esta población mayor de 65 años que evidentemente es mayor en la medida en que el paciente avanza en edad o cuando coexisten condiciones que predisponen a un acelerado envejecimiento, tienen relación directa con problemas para la marcha, la audición y la visión. (21)

En esta segunda categoría suelen encontrarse ancianos con alto riesgo de perder su autonomía o independencia asociando problemas nutricionales, cognoscitivos y del estado de ánimo y casi siempre incapaces de realizar los actos de la vida cotidiana; y en el otro extremo tenemos a los ancianos completamente dependientes que conforman casi el 15% de este grupo etáreo. Son todas aquellas que presentan la enfermedad de Alzheimer severa, que viven en casa de ancianos u hospitales de larga estancia, es en ellos donde es muy frecuente encontrar comorbilidades y el uso de una gran cantidad de fármacos. (48) Hay muchos factores descritos en la literatura que aumentan la morbilidad y mortalidad del paciente anciano con una fractura del extremo proximal del fémur. Los factores predictivos asociados a la mortalidad en fracturas del extremo proximal del fémur han sido ampliamente reconocidos aún cuando resulta complicado definir la mayor o menor importancia de cada uno de ellos. Los factores más estudiados son la edad, sexo, la comorbilidad y el estado del ASA (American Society Anesthesiologists). Además, el estado funcional del paciente son también factores determinantes. El sexo masculino ha sido descrito también como un factor predictivo agravante siendo la mortalidad el doble en comparación con las ancianas con este diagnóstico. El estado funcional de la marcha y la dependencia social son otros factores predictivos. (22)

La población asegurada del Hospital Central de la Fuerza Aérea es un grupo con características homogéneas representativas de la población cerrada peruana, cuyos resultados podrían extrapolarse a la población general. Son objetivos de este trabajo el conocer la asociación de diferentes factores pronósticos para la mala evolución en pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de fractura de cadera, así como realizar el seguimiento de estos pacientes dentro de los 6 meses de ocurrida la fractura.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo que se plantea: ¿ Cuáles son los factores pronóstico asociados a mala evolución en pacientes mayores de 65 años internados por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea durante el año 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El fin de los resultados de la investigación se dirige a brindar información actualizada al personal del Hospital Central de la Fuerza Aérea, escogido por la prevalencia de pacientes Adultos Mayores con fractura de cadera; y de esta manera, fomentar iniciativa para la creación de estrategias con un enfoque preventivo promocional mediante un manejo oportuno de la Fractura de Cadera y enseñanza de medidas preventivas orientadas a evitar las complicaciones asociadas a la prevalencia de la misma.

Por lo que se han planteado cuatro dimensiones que justifican la realización del presente trabajo.

Epidemiológica: La mortalidad al año luego de haber sufrido una fractura de cadera en el Perú alcanza entre un 15-20%, es por ello que una buena estratificación de riesgo, evaluación de comorbilidades y manejo rehabilitador, puede disminuir esta estadística

Estilo de Vida: En paciente post operados que previo al evento eran independientes y posterior a ello hay una disminución de su grado funcional, se pueden presentar otras patologías expresadas en disminución de la autoestima, aislamiento social, depresión; por lo que es esencial mantener la funcionabilidad de estos pacientes haciendo un manejo correcto peri, intra y post operatorio.

Económico: La dependencia, reingresos y otras complicaciones implican que entre el 15-20% de los paciente que eran independientes y vivían solos antes de la fractura, permanezcan institucionalizados al año de la misma, resultado por tanto de sumo interés poder predecir que paciente por sus comorbilidades, por el tipo de fractura o el tratamiento aplicado, y por el entorno socio- familiar del que proceden están en riesgo de

requerir medidas extraordinarias durante la convalecencia incluso a veces de forma indefinida, Con ellos podremos distribuir más adecuadamente los recursos. Además que implica costos que también tendrán que asumir los familiares y el Estado

Asistencial: Paciente con complicación y comorbilidades implica mayor estancia hospitalaria, reingresos al año de Fractura, y mayor probabilidad de infección.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores pronósticos asociados a mala evolución en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la asociación los datos socio demográficos como factor pronóstico asociados a mala evolución en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014
- Determinar la asociación los datos biológicos como factor pronóstico asociados a mala evolución en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014
- Determinar la asociación los datos clínicos como factor pronóstico asociados a mala evolución en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014

- Determinar el número de pacientes con diagnóstico de fractura de cadera > 65 años fallecidos y el grado de dependencia a los 6 meses de seguimiento

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1. Patients with hip fracture admitted to critical care:

Epidemiology, interventions and outcome Alistair A. Gibson, Alasdair W. Hay, and David C. Ray. Se investigó la

epidemiología, las intervenciones de cuidados críticos y resultados de los pacientes con fractura de cadera ingresados en una gran unidad de cuidados intensivos del Reino Unido. Se revisaron todos los pacientes con fractura de cadera (excepto las personas con traumatismos múltiples, y los que tienen diáfisis femoral o fractura peri-protésica) que ingresaron en nuestra UCI durante un período de cuatro años. Se registraron las características del paciente, motivo de ingreso a cuidados intensivos, las intervenciones y el apoyo de órganos realizado y la evolución del paciente. Se identificaron 99 pacientes con una edad media de 81 años; esto representó el 1% de los pacientes ingresados en cuidados intensivos, y el 2,4% de los pacientes con fractura de cadera ingresados en el hospital durante el período de estudio. 52 pacientes no requirieron apoyo de órganos; 19 sólo recibió asistencia respiratoria, 13 único apoyo cardiovascular, 12 recibieron tanto el apoyo respiratorio y cardiovascular, y 3 recibieron respiratoria, apoyo cardiovascular y renal. Resultado empeoró como el nivel de soporte de órganos aumentó ($p = 0,01$). 15 pacientes murieron en UCI, la mortalidad hospitalaria aguda fue del 33% y de 1 año la mortalidad fue del 54%. Ningún paciente a la

que se planeó la admisión antes de la cirugía murió en cuidados críticos y la mortalidad a los 30 días para este grupo fue de 13%. El resultado se relaciona con el tiempo entre la cirugía y la admisión de cuidados críticos: pacientes ingresados antes de la cirugía o más de 2 días después de la cirugía tuvieron peores resultados ($p = 0,001$). El motivo de ingreso a cuidados intensivos resultado también influyó: los pacientes con sepsis tuvieron un mal resultado con un tercio muere en cuidados críticos y un tercio más no sobrevivir hasta el alta hospitalaria. En conclusión, los principales factores determinantes de los resultados en esta población fueron motivo de ingreso, y el momento de la admisión a cuidados intensivos. La admisión a cuidados intensivos y el uso de la atención perioperatoria mejorada para los pacientes con fractura de cadera seleccionados es totalmente apropiada y beneficiosa. (23)

2. Impact of comorbidity on 6-month hospital readmission and mortality after hip fracture surgery. María Harstedt, Cecilia Rogmark, Richard Sutton, Olle Melander, Artur Fedorowski

Este estudio tuvo como objetivo determinar el impacto de la comorbilidad en riesgo de reingreso y la muerte después de la cirugía por fractura de cadera. Se planificó investigar el papel de las enfermedades comunes en la predicción adversa eventos durante la recuperación después de una cirugía de cadera. Pacientes y métodos: Se evaluaron prospectivamente 272 pacientes consecutivos (edad, 82 +/- 8.9 años; 196 mujeres, 72,1%) que se sometieron a la cirugía aguda de fractura de cadera en un hospital universitario regional. Como línea base se analizaron la comorbilidad y la estancia hospitalaria. Número, y razones de reingresos, así como la mortalidad a los 6 meses después del alta hospitalaria. Se usaron modelos de regresión

logística para edad y sexo y así evaluar las relaciones entre la comorbilidad y riesgo relativo de rehospitalización o la muerte. Resultados: La hipertensión (44%), trastornos cognitivos (26%), y la enfermedad cardíaca isquémica (19%) fueron las comorbilidades más comunes. La longitud de estancia postoperatoria media fue de 12 +/- 7,9 días. Ochenta y seis pacientes (32%) fueron readmitidos al hospital dentro de los 6 meses a partir del alta inicial y 36 pacientes (13%) murieron durante ese período. Aumento del riesgo de reingreso se asoció con hipertensión (odds ratio (OR): 2,0; IC del 95%, 1,2 a 1,9, p = 0,009), y el tratamiento de marcapasos (OR: 6,6; IC del 95%, 1,7-26,3; p = 0,007), mientras que hubo una tendencia a la readmisión entre los hombres con enfermedad de la próstata (OR: 5,0; IC del 95%, 0,9-27,2; p = 0,06). Por el contrario, la mortalidad fue predicho por cardiopatía isquémica (OR: 2,2; IC 95%, 1,0-4,9; p = 0,05), y malignidad (OR: 2,5; IC del 95%, 1,1 a 5,7, p = 0,04). Conclusiones: comorbilidades comunes están asociados con un mayor riesgo de rehospitalización y mortalidad después de la cirugía por fractura de cadera en los ancianos. Esta información puede ser útil en riesgo postoperatorio evaluación y prevención de los resultados negativos. (24)

- 3. Basal haemoglobin levels as prognostic factor for early death in elderly patients with a hip fracture – A twenty year observation study. Florian M. Kovar, Georg Endler, Oswald F. Wagner, Manuela Jaendl.** Fracturas de cadera son una causa importante de mortalidad y morbilidad en los ancianos. Este estudio investigado la relación entre los niveles de hemoglobina inicial (Hb) y un parámetro pronóstico para resultado en estos pacientes. Pacientes y métodos: Un total de 3.595 pacientes con fracturas de cadera diagnosticados fueron incluidos en nuestro estudio (72,2% mujeres). La recolección de datos se realizó de

forma prospectiva y estadística, evaluación se realizó de forma retrospectiva. Resultados: La media de seguimiento en nuestro grupo de estudio fue 11.2+/- 0,3 meses. La edad media de nuestro grupo de estudio fue 78,5 años. Mortalidad <12 meses fue del 12,2% (n = 439). En nuestra población de estudio los niveles bajos de Hb al ingreso se asociaron con una mortalidad marcadamente elevada a corto plazo. En un modelo de regresión logística multivariada ajustado por edad y sexo, anemia leve al ingreso causó un 1,5 (IC: 1.1 a 1.9), anemia moderada un (IC del 95: 2,0 a 3,4) 2,6 y anemia severa un 3,6 (IC: 1.8 a 6.9) veces incremento en tres meses la mortalidad en comparación con los pacientes sin anemia. Conclusión: Estos hallazgos en nuestra población de estudio con 3.595 pacientes durante un período de veinte años han demostrado que los niveles iniciales de Hb son un parámetro útil y eficaz coste para predecir la mortalidad en los ancianos pacientes con una fractura de cadera. Este factor pronóstico puede ayudar a aumentar el resultado de los pacientes ancianos con una fractura de cadera. (25)

- 4. Risk factor profiles for early and delayed mortality after hip fracture: Analyses of linked Australian Department of Veterans' Affairs databases Anthony W. Ireland, Patrick J. Kelly b, Robert G. Cumming.** Factores determinantes de la mortalidad más allá de 1 año rara vez se describen. Este estudio emplea múltiples vínculos de datos para examinar las tasas de mortalidad, perfiles de los factores de riesgo y la mortalidad en exceso específicos de edad en intervalos de 3 a 4 años. Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de los conjuntos de datos administrativos vinculados que describen episodios hospitalarios, cuidado de ancianos residencial (RAC) admisiones y fecha de la muerte de 2.552 veteranos australianos y viudas de guerra

hospitalizados por fractura de cadera en 2008-09. Las asociaciones entre el tiempo de la muerte y la edad del paciente, sexo, prefractura, tipo de fractura, las opciones de tratamiento, seleccionado comorbilidades y complicaciones se probaron en modelos de riesgo proporcionales de Cox. Resultados: En una población con una edad media de 86,6 años (rango de 54 a 100 años), la tasa de mortalidad global fue del 11% en 30 días, 34% a 1 año, 47% a los 2 años y el 67% después de 4 años. Para los hombres hospitalizados de RAC 1 año la mortalidad fue 72%, lo que contrasta con el 19% para las mujeres de la comunidad. Se aumentó el riesgo de muerte dentro de 1 año por el sexo masculino, la edad, pre-fractura RAC residencia, traslado a cuidados intensivos y el cáncer coexistente, insuficiencia cardíaca y renal, enfermedad cerebrovasculares y úlceras de presión. Los pacientes seleccionados para la rehabilitación tenían tasas de mortalidad más bajas. Los patrones de los factores determinantes de la mortalidad cambian con el tiempo. La mortalidad específica se mantuvo durante 4 años, excepto para los hombres mayores de 90. Conclusión: Pre-fractura fue el factor determinante más fuerte para la mortalidad. Pacientes que recibieron rehabilitación tenían tasas de mortalidad más bajas. Los perfiles de las variables explicativas para la muerte alterada con el aumento del tiempo de la fractura caso índice. (26)

- 5. Sobrevida postoperatoria en pacientes nonagenarios. Estudio pronóstico en cohorte retrospectiva 2001-2010, Clínica Dávila Dagoberto Ojeda, Florence Gazabatt, Patricia Cisternas, Francisca Folcha,** A medida que envejece la población chilena, anesthesiólogos regularmente enfrentan a las personas de edad avanzada e incluso nonagenarios sometidos a procedimientos quirúrgicos. Objetivo: Determinar el tiempo de supervivencia

postoperatoria en nonagenarios y sus riesgos factores en una clínica privada. Se revisaron las historias clínicas de la clínica, en busca de pacientes de 90 años o más, que fueron sometidos a una procedimiento quirúrgico entre 2001 y 2012. Certificación de la supervivencia o la muerte era obtenida a partir de las historias clínicas o los certificados de defunción en la Identificación Nacional Servicio. El análisis de supervivencia se realizó mediante Kaplan-Meier y regresión de Gompertz. Resultados: Las historias clínicas de 167 pacientes, de edades 90 a 101 años (64% mujeres), fueron revisados. 64% tenía una enfermedad cardiovascular subyacente; en 37%, deterioro cognitivo. Cirugía por fractura de cadera fue el procedimiento más común. En un se produjo la muerte intraoperatoria. El 5% de los pacientes murió un mes después de la cirugía. El tiempo medio de supervivencia fue de dos años y la más larga, de siete años. De acuerdo a Regresión probabilidad de Gompertz, los predictores de muerte fueron la presencia de cardiaco enfermedad (razón de riesgo (HR): 1,91, intervalo de confianza del 95% (IC del 95%): 1,16; 3,16), deterioro cognitivo (HR: 2,10; IC del 95%: 1,32; 3,22), cáncer (HR: 2,10; IC del 95%: 1,32; 3,22), el requisito de la transfusión (HR: 1,79; IC del 95%: 1,13; 2,83) . Conclusiones: En los pacientes nonagenarios sometidos a cirugía; Mortalidad del 50% se observó 2 años después de la cirugía. La presencia de enfermedad cardíaca, deterioro cognitivo, el cáncer, la transfusión y una clasificación de Clase III ASA fueron predictores de muerte (27)

- 6. Correlación del estado funcional y nutricional en pacientes ancianos con fractura de cadera** Gonzalo Ramón González, Francisco Javier López Esqueda. Las fracturas de cadera en los ancianos se relacionan con diversos factores, entre los que destacan nutrición y funcionalidad. La presencia de alteraciones en

el estado nutricional se ha relacionado directamente con el estado funcional. Objetivo: Determinar el estado funcional previo del paciente con fractura de cadera, el estado nutricional al momento de su ingreso y la correlación entre ambos parámetros como factores de riesgo para dicha fractura. Material y métodos: Se estudiaron 78 pacientes ancianos con fractura de cadera del 1 de febrero al 31 de diciembre de 2008. Se analizó el estado funcional y nutricional. Se utilizó estadística descriptiva y análisis inferencial mediante tablas de contingencia para pruebas de asociación con χ^2 . Resultados: El 46,1% eran independientes funcionalmente y 53,9% presentaban deterioro funcional. El 14,1% presentaban desnutrición, 48,7% riesgo de desnutrición y 37,2% nutrición normal. Sólo el 36,7% con "problema nutricional" (MNA <24), tenía independencia funcional (Barthel = 100), y el 62,1% con MNA > 24 era Independiente. El riesgo de dependencia se estima con un OR=2,82 (1,11- 7,19; 95% IC) con P = 0,02. Conclusiones: La independencia funcional y estado nutricional están directamente relacionados entre sí y son factores de riesgo para fractura de cadera. (28)

- 7. Walking Recovery after a Hip Fracture: A Prospective Follow-Up Study among Community-Dwelling over 60-Year Old Men and Women** Anu Salpakoski, Timo Törmäkangas, Johanna Edgren. Este estudio investiga la recuperación de caminar al aire libre y los factores determinantes asociados después fractura de cadera. Métodos. Un estudio de seguimiento prospectivo, con una muestra clínica de 81 pacientes con fractura de cadera residentes en la comunidad sobre 60 años. Dificultad percibida en caminar al aire libre y 500 metros se evaluó antes de la fractura, al momento del alta al hogar ($3,2 \pm 2,2$ semanas después de la cirugía), y en promedio $6,0 \pm 3,3$ semanas después del alta. Se evaluaron los

determinantes potenciales para caminar recuperación. Modelos lineales fueron utilizados para analizar los cambios durante el seguimiento. La asociación entre trayectorias para caminar y potencial determinantes se analizaron con un modelo de regresión logística. Resultados: Treinta y ocho por ciento de los participantes terminó en la trayectoria para caminar al aire libre y el 67% para 500 metros. Análisis Multivariado de regresión logística reveló que el uso de caminatas y caídas de interior de la casa antes de la fractura y dolor prolongado se asociaron independientemente con el declive catastrófico en ambos resultados primarios: dificultad para caminar al aire libre y 500 metros. Conclusiones: Una gran proporción de personas mayores residentes en la comunidad que se recuperan de fracturas de cadera experimentó disminución catastrófica de la capacidad para caminar al aire libre.

Reconociendo el pronóstico de recuperación en la etapa temprana permite la rehabilitación individualizada. (29)

- 8. Factores pronóstico de mortalidad en los pacientes mayores con fractura de cadera** F. Reguanta, J. Boschb, J. Montesinosc, A. Arnaub, C. Ruiza y P. Esquiusa. El presente trabajo tuvo como objetivo: Estimar la incidencia de mortalidad e identificar los factores pronósticos asociados en pacientes intervenidos de fractura de cadera de bajo impacto y evaluar la funcionalidad al año de la cirugía. Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo con seguimiento el primer año del alta hospitalaria, de pacientes mayores de 64 años, intervenidos durante 2008. Las variables de estudio fueron los parámetros socio demográfico, clínico, complicaciones, funcionalidad y mortalidad. Se incluyó a 240 pacientes, de edad media 83,8 (DE 7,3) años, el 75,8% mujeres. El 51,7% fueron ASA III-IV y el 28,3% tenían un índice de Charlson superior a 2. La demora quirúrgica fue superior a 48 h en el 61,7%,

y la estancia media hospitalaria de 19,6 (DE 15,9) días. Un 76,3% de los pacientes presentó alguna complicación postoperatoria, siendo las más frecuentes las cardiocirculatorias y los trastornos cognitivos. Al año de la cirugía el 38,4% habían recuperado su capacidad de deambular. La mortalidad intrahospitalaria fue del 7,9%, y a los 3, 6 y 12 meses del 16,7, 20,4 y 24,6% respectivamente. Los factores pronósticos independientes de mortalidad al año de la cirugía fueron: edad, ASA, índice de Charlson y las complicaciones postoperatorias cardiocirculatorias y renales. Conclusión: la fractura de cadera está asociada a una elevada morbimortalidad postoperatoria con importantes limitaciones en la capacidad de la marcha y el estado funcional de los pacientes al año de la cirugía. (30)

- 9. Morbilidad y mortalidad en pacientes mayores de 60 años con fractura de cadera en el Hospital Universitario San Vicente Fundación, de Medellín, Colombia. Alejandro Uribe Ríos, Diego Alejandro Castaño Herrera, Abdel Nicolás García Ortega, Edgar Enrique Pardo Aluma.** El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron en él pacientes atendidos en una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad (Hospital Universitario San Vicente Fundación - HUSVF) de la ciudad de Medellín (Antioquia, Colombia), que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener 60 años o más y una fractura de cadera ocasionada por un trauma de baja energía y haber sido programados para intervención quirúrgica en el servicio de urgencias del HUSVF. Entre marzo de 2009 y junio de 2010 se intervino quirúrgicamente a 106 pacientes ancianos (edad promedio; 79 años; 83 de ellos mujeres) con fracturas de cadera, en el Hospital Universitario San Vicente Fundación, de Medellín. Se halló que 92 (86,8%) de dichos

pacientes presentaban dos o más enfermedades crónicas asociadas a la fractura. En 100 pacientes (94,3%) se diagnosticaron comorbilidades, una o más, la más común de las cuales fue la hipertensión arterial (73 pacientes; 73,0%). El estado funcional antes de la fractura se determinó desde el punto de vista clínico usando tres variables: la capacidad de deambulaci3n, la clasificaci3n pre anest3sica seg3n la escala ASA y la capacidad funcional seg3n la clasificaci3n de la NYHA. Ochenta y cuatro pacientes (79,2%) ten3an capacidad de deambulaci3n extra domiciliaria previa; otros 20 (18,9%) carec3an de dicha capacidad o ella era m3nima (3nicamente domiciliaria); los dos pacientes restantes (1,9%) utilizaban silla de ruedas para su desplazamiento previo a la cirug3a. Se presentaron complicaciones postoperatorias tempranas en 40 pacientes (37,8%), la mayor3a de ellas no relacionadas con la intervenci3n. De los 79 pacientes seguidos a los seis meses, solamente 25 (31,6%) hab3an recuperado un patr3n de marcha igual al previo. Los resultados se asemejan a los publicados por otros autores y evidencian que gran parte de la morbilidad y la mortalidad de estos pacientes est3 relacionada con las condiciones m3dicas subyacentes y con el estado general previo. La importancia de este trabajo radica en la determinaci3n de las caracter3sticas de la poblaci3n anciana con fracturas de cadera como base para dise1ar protocolos de manejo en instituciones colombianas que mejoren los resultados funcionales en este grupo de pacientes. (31)

10. Complicaciones intrahospitalarias de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Amigo Casta1eda P, Rodr3guez D3az M. La incidencia de fracturas del extremo proximal del f3mur en ancianos aumenta continuamente en los pa3ses industrializados de modo exponencial. Su incidencia

mundial se estima en 1.6 millones, asociándose su mayor prevalencia con los grupos etarios de mayor edad, constituyendo una patología de gran impacto para la salud de la población, tanto por su manejo y costo económico, como por la elevada tasa de morbilidad. El objetivo general de este estudio fue determinar las complicaciones intrahospitalarias más frecuentes encontradas en los pacientes intervenidos de fractura de cadera en el hospital “José R. López Tabrane”, Matanzas, en el período 2001-2002. Se realizó un estudio longitudinal prospectivo con los pacientes intervenidos por fractura de cadera en el período antes dicho, analizando las complicaciones presentadas por estos pacientes durante su etapa hospitalaria. Encontramos que el 16,2 % de los pacientes se complicaron, predominando el sexo masculino (21 %) en el grupo etáreo de 30 a 39 años y el de 40 a 49 años con (25 % cada uno) y del color de la piel mestizo (35%). A medida que aumentó la estadía preoperatoria y el tiempo operatorio, aumentaron las complicaciones. La complicación médica más frecuente fue la Neuropatía aguda inflamatoria y la quirúrgica la celulitis de la herida operatoria. Fue la anemia la comorbilidad que exhibió el mayor número de complicaciones, aunque la casuística fue muy pequeña para emitir conclusiones. A la anemia le sigue la hipertensión arterial cuando se presentó sola o acompañada de otras patologías fue la comorbilidad que presentó con más frecuencia en los pacientes complicados. Los pacientes, cuando no tenían antecedentes patológicos familiares, la aparición de complicaciones fue muy pequeña. A medida que aumentó el tiempo de estadía preoperatoria fue mayor la aparición de complicaciones. Lo mismo sucedió con el tiempo operatorio que cuando éste aumentó fue mayor el por ciento de complicaciones.

(32)

11. Comportamiento de algunas variables clínico epidemiológicas en adultos mayores fallecidos con Fractura de Cadera.

Servicio de Geriatria. Hospital V. I. Lenin. Enero 2007 –

Diciembre 2008. Dr. Jorge Luís Rojas Alonso. Se realizó un

estudio descriptivo y retrospectivo sobre el comportamiento de la fractura de cadera en los pacientes fallecidos en el servicio de

Geriatria del Hospital Docente V. I. Lenin en el período

comprendido de enero 2007 a diciembre de 2008. El universo

quedó constituido por 681 pacientes fallecidos en el servicio y la

muestra por 49 pacientes que al fallecer presentaban fractura de

cadera independientemente de la causa directa de muerte, los

datos recopilados fueron tabulados y procesados en tablas de

frecuencia simple. Entre los resultados más importantes se obtuvo

que el 7.2 % de los fallecidos en el servicio eran portadores de

fractura de cadera, de ellos el 69.4 % pertenecían a la cuarta edad

y el sexo femenino aportó el mayor número de casos. Las

enfermedades crónicas asociadas mayormente encontradas fueron

la Osteoartrosis Degenerativa, Hipertensión arterial, Cardiopatía

isquémica y la Diabetes mellitus, mientras que dentro de las

enfermedades infecciosas predominó la Neumopatía Aguda

Inflamatoria en 42 fallecidos y constituyó la causa directa de

muerte en el 65.3 % del total, el Síndrome Geriátrico de

Inmovilización estuvo presente en el 100 % de los casos. Se

recomiendo incrementar las labores de rehabilitación que

garanticen evitar o disminuir la inmovilidad en pacientes que

ingresen al servicio de Geriatria con fractura de cadera. (33)

12. Consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos

operados. Delgado Morales Juan Carlos, García Estiven

Adelaida, Vázquez Castillo Mayra, Campbell Miñoso Madelyn.

Se realizó un estudio , descriptivo, retrospectivo, de corte

longitudinal con diseño predominante cuantitativo aplicando el método epidemiológico, con el propósito de aportar evidencias científicas sobre las consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos y clasificación de dependencia que afecta a los ancianos que han sufrido fractura de cadera, evolucionados en la consulta externa del Hospital Ortopédico Docente “Fructuoso Rodríguez” Municipio Plaza de la Revolución, Cuba, en el periodo de Julio 2008 a Junio del 2009 que permitan a la autoridades sanitarias trazar políticas de prevención y recuperación como elementos claves para luchar por un envejecimiento exitoso. Los resultados fueron: La capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria fue evaluada con el Índice Katz, resultando el mayor número a los pacientes con discapacidad moderada seguido de la severa. Solo una cifra cercana a la cuarta parte de los ancianos estudiados estaba sin limitaciones. Para determinar capacidad funcional, referido a las actividades instrumentadas, utilizamos el índice Lawton, resultando se reduce el grupo de pleno. Predominan los ancianos que clasifican con grado de gran dependencia, seguidos de los de severa. Entre las consecuencias negativas para las familias priman las crisis internas, y afectaciones del cuidador. Este artículo recomienda iniciar proyectos de trabajo sobre prevención de Dependencia en ancianos con fractura de cadera, fundamentalmente en la Atención Primaria de Salud (APS) y su referencia y contra referencia con el Hospital, además de establecer políticas sanitarias que garanticen un incremento de la salud de este grupo poblacional. (34)

- 13. Hip fractures in the elderly: mortality predictive factors at one year from surgery. F.E. Navarrete, F. Baixauli, B. Fenollosa and T. Jolín.** El propósito de este trabajo fue identificar los factores que pueden estar asociados a un incremento de la mortalidad en

pacientes mayores de 60 años que fueron intervenidos quirúrgicamente por padecer de fractura de cadera. Se realizó estudio prospectivo de 90 pacientes para identificar en nuestro entorno los factores de riesgo relacionados con el aumento de la mortalidad de los pacientes de edad avanzada que, tras una fractura de cadera, fueron tratados mediante cirugía. Los criterios de inclusión fueron: tener más de 60 años, no tener una fractura patológica y no haber fallecido durante el ingreso. Todos ellos fueron seguidos durante 1 año o hasta su defunción. Los factores de riesgo analizados en el estudio fueron: edad, sexo, estado general de salud, deterioro mental y estado funcional previo a la fractura y el tipo de fractura. 16 pacientes murieron en el primer año después de ocurrida la fractura y la mortalidad a los 3, 6 y 12 meses fue de 5.5, 9 y 18% respectivamente. Dentro de las conclusiones se vio que el sexo masculino y el estado general previo fueron variables de riesgo que mostraron diferencias estadísticamente significativas para la mortalidad al año, mientras que la edad y el estado mental antes de la fractura quedaron en el límite de significación ($p < 0,05$). El estado funcional previo y el tipo de fractura no se mostraron como factores de riesgo. (35)

14. Recuperación funcional tras fractura de cadera en una población anciana, medida con el índice de Barthel M. de la Torre-García, A. Hernández-Santana, N. Moreno-Moreu, R. Luis-Jacinto, J.C. Deive-Maggiolo, J.C. Rodríguez El objetivo fue analizar el grado de recuperación funcional de una serie de pacientes afectados de una fractura de cadera (FC), a los 6 y 12 meses tras la fractura, usando el índice de Barthel (IB) como instrumento de medida. Estudio longitudinal prospectivo no intervencionista sobre 246 pacientes mayores de 65 años que acudieron a nuestro centro tras sufrir una FC por un traumatismo

de baja energía. Se determinó su edad, sexo, nivel socioeconómico, grado de independencia funcional (IB) tanto previo como a los 6 y 12 meses, y su destino al alta (domicilio, residencia privada o un hospital de crónicos concertado con la consejería) y su mortalidad a los 6 y 12 meses. Las mujeres constituyeron el 71,5% de los casos con una edad media de 81 años. El IB medio previo a la FC fue de 77 puntos. El 70% de los pacientes deambulaban antes de la fractura. De éstos, sólo el 48% que sufrió una FC intracapsular y el 39% de los que sufrieron una FC extracapsular volvieron a caminar a la finalización del estudio (12 meses). En 35 pacientes se desestimó el tratamiento quirúrgico por causas médicas o negativa familiar. Conclusiones Los pacientes con edad extrema, demencia, bajos niveles de formación académica, institucionalizados en centros de crónicos y no operados presentaron peor IB a los 6 y 12 meses. El estado neurológico aceptable, acudir a control en la consulta externa, el cuidado familiar y unos niveles altos de hemoglobina preoperatoria se han relacionado con una mejor recuperación funcional en estos pacientes. (36)

15. Factores pronósticos de muerte en pacientes operados de fractura de cadera. Dra. Susset García Raga, Dra. Yacnira L. Martínez Bazán¹, Dr. Secundino González Pardo, Dr. Carlos Manuel Rodríguez Suárez.

El número de personas que alcanzan la tercera edad muestra una tendencia ascendente. En este contexto las fracturas de caderas emergen como un importante problema de salud con incidencias directas en la mortalidad y causa frecuente de incapacidad funcional en el adulto mayor. Objetivo: Identificar y cuantificar la influencia de distintos factores relacionados con el pronóstico de

muerte en los pacientes operados por fracturas de cadera. Método: Se realizó un estudio analítico de cohorte en pacientes con el diagnóstico de fractura de cadera para tratamiento quirúrgico, que ingresaron en el servicio de Ortopedia del Hospital Provincial «Carlos M. de Céspedes» de Bayamo durante el periodo comprendido entre Julio del 2004 y Diciembre del 2009. Resultados: De 172 casos estudiados, fallecieron 40 (23,3 %). En el análisis univariado realizado variables como el sexo y el tiempo en horas desde el ingreso hasta la intervención quirúrgica, no mostraron una influencia independiente sobre la muerte. El modelo de regresión logística mostró que la tensión arterial media elevada (RR=153.20, IC 14.897-1575,531, p=0.000), el tiempo quirúrgico prologado (RR=46.79, IC 7.972-274.668, p=0.000) y el estado físico del paciente (RR= 7.924, IC 1.718-36.548, p=0.008), fueron los factores de influencia independiente relacionados con el riesgo morir en los pacientes operados de fractura de cadera. Conclusiones: Con los valores obtenidos por el ajuste de regresión logística para los factores de influencia independiente sobre la muerte, se podrá estimar el riesgo de morir de los pacientes. (37)

- 16. Morbilidad y mortalidad por fractura de cadera. MSc. Juan Vicente Quesada Musa, MSc. Eraclio Delgado Rifá, Dr. Diosnel Tórrez Vázquez, MSc. Yanet Gómez Silva** El objetivo del estudio es demostrar las causas fundamentales que atentan contra la morbilidad y mortalidad de los pacientes operados de fractura de cadera. Se realizó un trabajo descriptivo, transversal y prospectivo de los pacientes operados de fractura de cadera en el Hospital General "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", en el período comprendido entre enero de 2007 y septiembre de 2009. Se demostró un predominio de esta lesión en el sexo femenino (60,7 %) y en los pacientes entre los 71 y 80 años de edad (26,6 %), igualmente la cirugía de urgencia fue la opción terapéutica más usada en 69,3 % de los casos; las fracturas trocántéricas resultaron las más frecuentes. La descompensación de enfermedades de base y la decisión familiar, con 25,3 %, 18,7 % y 16 % fueron las principales causas que obstaculizaron la cirugía de

urgencia. En los pacientes con una estadía preoperatoria menor de 72 h, el porcentaje de complicaciones fue bajo. Como conclusión la desorientación, la bronconeumonía y las escaras de decúbito, resultaron las complicaciones más frecuentes. El porcentaje de fallecidos fue mucho mayor en los pacientes con familias disfuncionales que en las familias funcionales, demostrándose el papel determinante del entorno familiar en la evolución y el pronóstico de estos pacientes. (38)

17. Factores pronósticos de funcionalidad en adultos mayores con fractura de cadera. Celia Itxelt Infante-Castro, David Rojano-Mejía, El Objetivo es identificar los factores clínicos y sociales asociados a la funcionalidad en adultos mayores postoperados de fractura de cadera. Fue un estudio prospectivo y analítico en adultos mayores postoperados de fractura de cadera, mediante muestra no probabilística de casos consecutivos se incluyeron pacientes mayores de 60 años postoperados de fractura de cadera; se excluyeron aquellos con delirio hipoactivo o hiperactivo y dependientes en las actividades de la vida diaria previo a la lesión. Se recabaron los datos de: edad, sexo, número de enfermedades concomitantes, tipo de fractura y cirugía. Dentro de las primeras 24 a 48 horas se evaluó el estado cognitivo y emotivo, la situación familiar, con una valoración final del índice de Katz a los 3 meses después de la fractura. Análisis estadístico mediante regresión logística. Resultados: se obtuvieron razón de momios ajustados (RMA) asociados a funcionalidad, para edad < 85 años: 7.21 (IC 95%, 1.79-28.98), estado cognitivo normal 10.74 (IC 95%, 3.13-38.83), y situación familiar funcional 8.05 (IC 95%, 1.97-32.76). Se concluye en la edad, estado cognitivo, y la situación familiar son importantes predictores de recuperación funcional a corto plazo en adultos mayores postoperados de fractura de cadera. (39)

18. Recuperación funcional tras fractura de cadera en una población anciana, medida con el índice de Barthel. M. de la Torre-García, A. Hernández-Santana, N. Moreno-Moreu. El objetivo del estudio fue Analizar el grado de recuperación funcional de una serie de pacientes afectados de una fractura de cadera (FC), a los 6 y 12 meses tras la fractura, usando el índice de Barthel (IB) como instrumento de medida. Estudio longitudinal prospectivo no intervencionista sobre 246 pacientes mayores de 65 años. Se determinó su edad, sexo, nivel socioeconómico, grado de independencia funcional (IB) tanto previo como a los 6 y 12 meses, y su destino al alta (domicilio, residencia privada o un hospital de

crónicos concertado con la consejería) y su mortalidad a los 6 y 12 meses. Como Resultado la edad media fue 81 años. El IB medio previo a la FC fue de 77 puntos. El 70% de los pacientes deambulaban antes de la fractura. En 35 pacientes se desestimó el tratamiento quirúrgico por causas médicas o negativa familiar. Se concluye en que los pacientes con edad extrema, demencia, bajos niveles de formación académica, institucionalizados en centros de crónicos y no operados presentaron peor IB a los 6 y 12 meses. El estado neurológico aceptable, acudir a control en la consulta externa, el cuidado familiar y unos niveles altos de hemoglobina preoperatoria se han relacionado con una mejor la recuperación funcional en estos pacientes. (40)

19. Prevalencia de delirium en adultos mayores con fractura de cadera. Juan Francisco Torres-Pérez, Juan Carlos Jiménez-Gómez. El objetivo Establecer la prevalencia de delirium en pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González de octubre del 2008 a mayo del 2009. Se realizó estudio descriptivo, transversal y prospectivo en la población de pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de fractura de cadera en un periodo de ocho meses. Se evaluó delirium mediante el método del estado confusional agudo (CAM) y criterios DSM IV, durante el internamiento y al mes del egreso por vía telefónica. Se analizó una población de 74 pacientes con una edad promedio de 79.47 años y primordialmente femenina (74.3%), el promedio de días de estancia fue de 14.68 días, observando prevalencia de delirium del 37.8% y una mortalidad final del 17.6%. No se encontraron diferencias entre ambos grupos, la edad es mayor en los pacientes con delirium y esta correlaciona con la patología (edad promedio: delirium= 84 años / sin delirium= 77 años / $p = 0.0016$; $Rho = 0.347$ / $p = 0.002$). Se observó menor tiempo de estancia hospitalaria, así como una mayor mortalidad en ambos grupos durante su hospitalización, de igual manera, un mes después del ingreso, en el grupo de pacientes que desarrollaron delirium. (41)

20. Sobrevida postoperatoria en pacientes nonagenarios. Estudio pronóstico en cohorte retrospectiva 2001-2010, Clínica Dávila.

Se hizo una revisión de 167 historias clínicas, buscando pacientes mayores de 90 años que hayan sido sometidos a cirugía entre 2001 y 2012. El certificado de defunción fue obtenido del Servicio de Registro nacional, El análisis de los sobrevivientes se hizo mediante la regresión de Kaplan y Gompertz. Como resultado se encontraron historias clínicas de pacientes entre 90 y 101 años (64% mujeres), se encontró que el 64 % de los pacientes padecía enfermedad cardiovascular, un 37% padecía de deterioro cognitivo. En ellos la cirugía por fractura de cadera fue el procedimiento quirúrgico más común. Se registró 1 muerte intra operatoria. 5% de los pacientes falleció al mes de operados. La sobrevida media fue de 2 años, y la sobrevida más larga fue de 7 años. De acuerdo a la regresión probabilística de Gompertz, los predictores de muerte fueron la presencia de enfermedad cardíaca (Hazard ratio (HR): 1.91, el deterioro cognitivo (HR: 2.10, 95% CI: 1.32; 3.22), cáncer (HR:2.10, 95% CI: 1.32; 3.22), requerimiento e transfusión HR: 1.79, 95% CI: 1.13; 2.83), la clasificación ASA III (HR: 1.95, IC95%: 1.21; 3.15). . En conclusión en nonagenarios sometidos a cirugía se observa un 50% de mortalidad a los 2 años después de la cirugía. La presencia de enfermedad cardiovascular, el cáncer, el deterioro cognitivo, la transfusión sanguínea, la clasificación ASA III fueron factores predictivos de muerte. (42)

21. Características epidemiológicas de fractura de cadera en pacientes adulto mayor. Hospital Regional Docentes de Trujillo 2013. Grau Quiroz Yolanda Evelyn. Estudio descriptivo, retrospectivo donde se revisaron 155 historias clínicas de pacientes adultos mayores con diagnóstico de fractura de cadera en el Hospital

regional Docente de Trujillo en el periodo 2007-2011, con la finalidad de conocer cuáles son las características epidemiológicas de edad, genero, procedencia, estado civil, ocupación, comorbilidad, tipo de fractura, lugar de ocurrencia y mecanismo de producción, cuyas principales conclusiones fueron: grupo etáreo frecuente fue de 80-89 años con el 47%, el género femenino fue el más frecuente (73%); el estado de viudez correspondió al 38.7% y la ocupación más frecuente es la de ama de casa, 53.3%. La comorbilidad más frecuente fue de HTA con un 47%; la fracturas trocanterica es la más frecuente, 62% y el lugar de ocurrencia más frecuente fue la cada, 56.8%, el mecanismo de producción más frecuente de fractura de cadera es la de baja energía con 88.4%. Se recomienda hacer un estudio prospectivo donde se incluya el estado de convivencia y la anemia como factores de comorbilidad pronostico. (43)

22. Comportamiento de pacientes con fractura de cadera en el año 2011. Dr. Alejandro Álvarez López; Dr. Daniel Rodolfo Montánchez Salamanca; Dra. Yenima García Lorenzo. Tuvo como objetivo mostrar el comportamiento de un grupo de pacientes operados por esta enfermedad y determinar los factores que más influyen en el retardo de la cirugía y en la presencia de complicaciones. Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en 201 pacientes diagnosticados por fractura de la cadera y tratados mediante cirugía en el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de la ciudad de Camagüey desde enero a diciembre del año 2011. Se encontró significación estadística en pacientes del sexo femenino con una razón en relación al masculino de 2,4 a 1. En la mayoría de los enfermos (91 %) la cirugía se realizó antes de las 24 horas. El 30,3 % de los enfermos presentó algún tipo de complicación. Los factores relacionados con los pacientes complicados y que mostraron significación estadística fueron

estadía mayor a tres, sexo femenino y cirugía pasadas las 24 horas. Conclusiones la cirugía tardía más allá de las 24 horas y la estadía mayor a tres se relacionan con un mayor número de complicaciones en pacientes con fractura de la cadera. (44)

23. Morbimortalidad Asociada A La Fractura De Cadera Del Paciente Anciano. Análisis De Nuestro Medio Cáceres Palou, Enric, Colomina Soler, María José.

Se buscó conocer las variables epidemiológicas de esta patología, el impacto en la atención médica y el proceso que implica para la adecuada previsión de recursos. Describir las causas de demora quirúrgica y sus posibles consecuencias, e implicaciones de todo lo anterior en la práctica anestésica. Se realizó un estudio observacional retrospectivo, se revisan pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de fractura de cadera intervenidos en nuestro hospital entre enero de 2007 y diciembre de 2008, analizando datos epidemiológicos generales, morbimortalidad, antiagregación/anticoagulación, tipo de anestesia y complicaciones, tasa transfusional, estancia hospitalaria, demora quirúrgica y mortalidad, entre otros. Se concluye en que la fractura de cadera es un problema de salud serio y global, con implicaciones importantes en nuestra práctica diaria, en los costos inmediatos y a largo plazo. Siendo responsable de una alta morbimortalidad precoz y tardía. La demora quirúrgica se asocia a un aumento de complicaciones postoperatorias y mortalidad. (45)

24. Fractura de cadera, antiagregantes plaquetarios y complicaciones postoperatorias F. Reguant, E. Martínez, B. Gil .

Se buscó evaluar la incidencia de complicaciones postoperatorias, de transfusiones sanguíneas y supervivencia al mes, en los pacientes mayores intervenidos de fractura de cadera y que estaban en tratamiento crónico con antiagregantes plaquetarios. Se estudiaron retrospectivamente 223 pacientes intervenidos de fractura de fémur. Se estratificaron en 3 grupos: pacientes que no tomaban antiagregantes (grupo I),

pacientes que tomaban ácido acetilsalicílico 100 mg/día o triflusal 300 mg/día (grupo II) y pacientes que tomaban ácido acetilsalicílico > 100 mg/día, triflusal > 300 mg/día o tienopiridinas (grupo III). En los pacientes del grupo III se demoró la cirugía 4 días. Se registraron características demográficas, biológicas, clínicas, de tratamiento, complicaciones postoperatorias y supervivencia al mes. Los pacientes del grupo III tuvieron mayor edad y peor estado general de salud. Los pacientes con mayor requerimiento transfusional fueron los del grupo II (73,8%) ($p = 0,192$), que además presentaron un mayor porcentaje de anemia al ingreso. Tuvieron complicaciones cardiocirculatorias graves un 5,4% de los pacientes del grupo III, un 4,8% del grupo II y un 2,1% del grupo I. Los pacientes del grupo III presentaron un aumento estadísticamente significativo de las complicaciones respiratorias ($p = 0,007$). Los resultados del estudio evidencian que demorar la cirugía 4 días en los pacientes tratados con clopidogrel puede estar asociado a un incremento de las complicaciones postoperatorias respiratorias y del riesgo de eventos cardiovasculares graves, sin aumentar el índice transfusional, la estancia hospitalaria, la mortalidad, y sin complicaciones relacionadas con la anestesia neuroaxial. (46)

25. Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad en el Postoperatorio de Fractura de Cadera a en Adulto Mayor en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Monteza León, Joel Einstein. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad en el postoperatorio del adulto mayor con fractura de cadera en el hospital Víctor lazarte Echegaray. . Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 105 adultos mayores postoperados por fractura de cadera según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: fallecidos y sobrevivientes. Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo de mortalidad fueron : anemia postoperatoria (OR: 4.88; $p < 0.05$), infección postoperatoria (OR: 4.88; $p < 0.05$), comorbilidad (OR: 3.57; $p < 0.05$), vacio terapéutico mayor de 48 horas (OR: 4.62; $p < 0.05$). Conclusiones: La anemia

postoperatoria, la infección postoperatoria, la comorbilidad y el vacío terapéutico mayor de 48 horas son factores de riesgo asociados a mortalidad en el postoperatorio del adulto mayor con fractura de cadera. (47)

2.3. BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS

Durante las últimas décadas hemos contemplado como se ha incrementado la población adulta mayor y con ello el envejecimiento de la población mundial; Perú no es la excepción y por tal razón nos obliga a buscar el bienestar físico, mental, social, así como mejorar las condiciones ambientales del adulto mayor. La atención completa de estos pacientes varía según sus propias características y modifica trascendentalmente su abordaje y tratamiento en muchas patologías con respecto al resto de la población. La fractura del cuello femoral es una fractura proximal a la línea intertrocanterea en la región intracapsular de la cadera (3); la mayoría de éstas fracturas en el anciano se deben a mecanismos de baja energía ayudados por la osteoporosis y a diversos factores a los cuales están expuestos. Las fracturas del cuello femoral junto con las de la muñeca, son las más frecuentes en los ancianos, no obstante este grupo etario podría presentar cualquier tipo lesión ósea según sea el mecanismo de trauma y las características biológicas del paciente. (1)

Epidemiología

La incidencia de fractura de cadera se incrementa con la edad, ocurriendo el 90% de ellas en mayores de 50 años. La edad media de presentación es de 80 años y cerca del 80% de los afectados son mujeres (2-3 veces más frecuente en mujeres), en quienes el riesgo anual de hospitalización en los servicios de urgencia alcanza el 4% sobre los 85 años de edad. Por otra parte, los pacientes institucionalizados tienen una incidencia tres veces mayor que aquellos que viven en la comunidad. La mayoría de las fracturas son resultado de caídas o tropiezos, sin embargo cerca del 5% no tiene el

antecedente de traumatismo. El daño tiene un origen multifactorial y refleja la tendencia incrementada a caerse, la pérdida de los reflejos protectores y la reducción de la fortaleza ósea. La tasa de mortalidad a un año luego de haber sufrido una fractura de cadera alcanza entre un 15-20%. Las fracturas más comunes son las de cuello femoral y las pertrocanterreas, que representan sobre el 90% del total de las fracturas de cadera. (2)

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La presentación clínica característica a menudo se da en pacientes de edad avanzada, con un grado variable de demencia y que refiere haber sufrido una caída, golpeándose sobre una de sus caderas. Comúnmente se queja de dolor severo en la cadera afectada y tiene dificultad o imposibilidad para caminar. Al examen físico se encuentra la extremidad afectada acortada y en rotación externa El paciente suele presentar dolor localizado sobre la cadera y un rango de movilidad limitado para realizar la rotación y flexión tanto pasivas como activas. (3)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de fractura de cadera puede ser, en la mayoría de los casos, fácilmente establecido a través de una historia clínica detallada, un minucioso examen físico y un estudio radiográfico de la cadera afectada que en general confirma el diagnóstico. Sin embargo existen pacientes que refieren dolor en la cadera luego de sufrir una caída, con subsecuente dificultad para ponerse de pie o caminar y que no presentan alteraciones evidentes en la radiografía (AP y lateral de la pelvis):

La RM ha demostrado ser una forma certera en la identificación de fracturas que no son evidentes en el estudio radiográfico. Según los estudios

realizados con este método, la RM tendría un 100% de sensibilidad para confirmar la presencia de fractura de cadera en aquellos pacientes que tienen estudio radiográfico con hallazgos indeterminado. (4)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tipo de intervención quirúrgica (IQ) a la que son tributarios los pacientes con FC se decide en función de diferentes factores, tipo y severidad de la fractura, posibilidad de rehabilitación, condiciones del paciente (edad, expectativa de vida, comorbilidades) y experiencia y preferencia del cirujano.

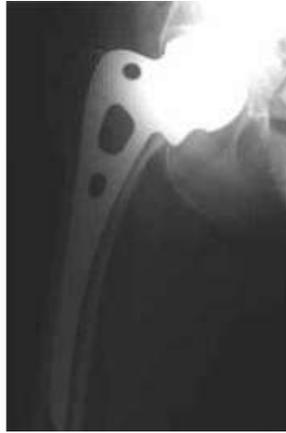
Es importante determinar el tipo de fractura existente, con el objetivo de plantear el tratamiento correcto, y poder establecer un pronóstico. (6)

1. Tratamiento quirúrgico de las fracturas subcapitales.

- FC estabilizadas (Garden I, II); se solucionan con la fijación interna, que permite una carga precoz.

- FC inestables (Garden III, IV); son tributarias a:

- a) Estabilización quirúrgica (osteosíntesis) de la fractura previa reducción de la fractura, está dirigida a pacientes jóvenes, ya que se preserva la cabeza del fémur consiguiendo una buena curación pero requiriendo una limitación de la carga previa.
- b) Implantación de una prótesis (artroplastia), de elección en pacientes ancianos o pacientes muy debilitados



Osteosíntesis con tornillos tirafondo canulados *Tratamiento con hemiartroplastia unipolar* *Prótesis total de cadera*

La estabilización quirúrgica es de elección y se dispone de varios sistemas de osteosíntesis para su tratamiento: extramedular e intramedular.

- Artroplastias. En casos de fracturas pertrocantéreas muy inestables las cuales no se pueden sintetizar con ningún sistema extramedular o endomedular, o incluso en casos de fallo de síntesis con estos sistemas, se puede recurrir a la artroplastia de cadera como tratamiento definitivo.

- Fijador externo. El fijador externo como tratamiento de las fracturas pertrocantéreas puede utilizarse como solución de urgencia en pacientes ancianos o inmovilizados en cama que presentan un alto riesgo para cualquier intervención más agresiva.

Factores pronósticos

1. Tratamiento Quirúrgico

El tratamiento de estos pacientes, como ya se ha comentado, es básicamente quirúrgico, y existe controversia sobre si se debe priorizar la cirugía, o el estudio y optimización de las comorbilidades basales (7)

Ya hemos podido observar que el retraso en la cirugía puede ser de origen organizativo o de origen clínico. En el retraso de origen organizativo, en pacientes médicamente estables

o no susceptibles de optimización, no tiene ninguna ventaja para estos, prolonga su inmovilización y sufrimiento, retrasa la rehabilitación, aumenta la incidencia de complicaciones y disminuye las posibilidades de recuperación funcional, por eso todos los expertos y guías coinciden en la necesidad de, en estos casos, no prolongar la cirugía a más de 48 horas preferiblemente las primeras 24 horas tras el ingreso.

Teóricamente, sería lógico pensar que el retraso de la cirugía permite la estabilización fisiológica del paciente tras la agresión que supone la fractura, con su consecuente hipovolemia por sangrado, y el estudio y optimización de las patologías concomitantes. Sin embargo, el retraso de la cirugía puede prolongar el dolor y discomfort del paciente, aumentando la incidencia de complicaciones debidas a la inmovilización, tales como las úlceras por decúbito, las complicaciones tromboembólicas, la infección urinaria, la neumonía, la desorientación y el delirio. Además, el retraso en la cirugía aumenta la estancia hospitalaria, pudiendo retrasar el inicio de la rehabilitación, aumentar el nivel de dependencia y reducir las posibilidades de retorno al domicilio.

En función de la situación basal del paciente, puede ser inevitable un pequeño retraso en la cirugía, con el objetivo de su optimización clínica, principalmente la restauración de la volemia y la evaluación y tratamiento de las posibles comorbilidades. El retraso de hasta tres días con objeto de realizar una adecuada reanimación del paciente y optimizar sus condiciones clínicas, no aumenta la incidencia de morbimortalidad.

Aproximadamente un 23% de los ancianos que ingresan con fractura de cadera presentan alteraciones clínicas y/o analíticas mayores. La no corrección previa a la cirugía de dichas alteraciones, puede multiplicar por tres la incidencia de morbimortalidad. (7) (8)

Por todo lo mencionado existe consenso mayoritario sobre la necesidad de realizar la reparación quirúrgica preferentemente en las primeras 24 – 48 horas, si las condiciones clínicas del paciente lo permiten. La guía sobre la fractura de cadera de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) de junio de 2009, considera que la intervención debe realizarse dentro del horario de “cirugía segura”, es decir entre las 08 y las 20 horas, incluyendo fines de semana y festivos, evitando la cirugía en horario nocturno. Los profesionales implicados en la atención a estos pacientes, deberíamos considerar inadmisibles el retraso en el tratamiento quirúrgico superior a 24 - 48 horas, por causas no médicas. (9)

2. Valoración preoperatoria

Existen situaciones en las que está contraindicada la intervención quirúrgica, a causa de la situación inestable del paciente, como son los estados de insuficiencia cardiaca congestiva, septicemia, angina inestable, infarto del miocardio reciente y problemas de la conducción cardiaca, estenosis aórtica, infección urinaria, insuficiencia respiratoria aguda no estabilizada, y una trombosis venosa profunda de menos de ocho días de evolución. Someter a estos pacientes al riesgo de una cirugía podría plantear consecuencias catastróficas. Es necesaria estabilizar las condiciones del paciente antes de realizar la intervención con unas condiciones de seguridad aceptables (10)

De ahí la importancia de la valoración preoperatoria, que se debe llevar a cabo antes de la intervención quirúrgica, encaminada a la estabilización de las enfermedades crónicas coexistentes o corrección de posibles complicaciones relacionadas con la fractura, o de trastornos electrolíticos y de la volemia. Y decidir el mejor momento de la cirugía. El paciente debe ser valorado precozmente por un traumatólogo que establezca el diagnóstico y la indicación quirúrgica, un anestesiólogo que valore el riesgo anestésico y quirúrgico y las medidas de optimización y un geriatra o internista que valoraría al paciente con el anestesiólogo y sería el responsable de su control médico durante todo el proceso asistencial. (7)

Es importante valorar el estado de hidratación y nutrición, el estado funcional previo del paciente, las circunstancias sociales, las comorbilidades médicas del paciente y la medicación. En esta valoración se recomienda, también, determinar la clasificación ASA, el índice de Barthel para determinar el estado funcional del paciente y los criterios de Goldman para la valoración del riesgo cardiovascular. (10) Pudiendo ser necesaria la realización de pruebas complementarias ya sean analíticas o de imagen, ecocardiográficas o TAC.

La enfermedad cardiovascular y respiratoria son las responsables de las complicaciones postoperatorias más frecuentes y graves, requiriendo una valoración preoperatoria específica. (7). También puede ser necesaria la realización de la ecocardiografía en la valoración preoperatoria de pacientes con patología cardiaca secundaria a una insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial pulmonar, cardiomiopatía obstructiva, o coartación de la aorta (11) (10).

3. Malnutrición

La malnutrición es frecuente en el paciente anciano, especialmente en el anciano ingresado, independientemente de la causa. La prevalencia de malnutrición oscila entre el 31 y el 88% según literatura entre los pacientes ingresados por fractura de cadera. (10)

Se ha observado que la administración de suplementos nutritivos en enfermos con fractura de cadera puede reducir el riesgo de complicaciones intrahospitalarias, así como el tiempo de estancia en unidades de rehabilitación, aunque no se ha observado una modificación de la mortalidad (10)

4. Profilaxis tromboembólicas

Las heparinas de bajo peso molecular han demostrado su eficacia en prevenir la trombosis venosa profunda, su acción dura 24 horas, y se recomienda su administración en el pre y post operatorio, con una dosificación ajustada al peso, función renal y las condiciones del paciente (11) (10).

5. Antiagregantes Plaquetarios

Es cada vez más frecuente que los enfermos ancianos reciban tratamiento anticoagulante o antiagregante, lo que aumenta el riesgo de complicaciones hemorrágicas, siendo con frecuencia motivo de demora quirúrgica. Por otra parte la supresión de dicha terapia antitrombótica puede ocasionar episodios de tromboembolismo, ambas circunstancias deben ser tenidas en cuenta al realizar cualquier valoración en estos casos (7) (10).

Existen varios tipos de antiagregante Plaquetarios; el ácido acetil salicílico (AAS, aspirina®), las tienopiridinas, los inhibidores de IIb/IIIa y los nuevos antiagregantes plaquetarios. (12) (13)

Las recomendaciones para su uso perioperatorio son controvertidas, están basadas en estudios retrospectivos y por consenso, ya que no existen ensayos clínicos controlados, dependen del tipo de fármacos empleados, de su dosis y la posible combinación de los mismos. Pero, la necesidad de suspender o no el tratamiento deben individualizarse en cada caso, en

función de los factores de riesgo de tromboembolismo y hemorragia del paciente, (10) (11).

6. Complicaciones

El anciano con fractura de fémur es, con frecuencia, un paciente médicamente complejo, con descenso de la reserva fisiológica y de la capacidad de respuesta a factores de estrés intrínseco y extrínseco, que presenta problemas nutricionales, deshidratación, fragilidad, pluripatología, polifarmacia, etc.

La alta mortalidad de este proceso, especialmente en los tres primeros meses, se debe a la combinación de la fractura, junto a la realización de un proceso quirúrgico mayor, en un paciente anciano, generalmente con comorbilidades y con baja reserva funcional. Los factores asociados a un aumento del riesgo de mortalidad son: edad avanzada, sexo masculino, comorbilidades previas, alteraciones psiquiátricas o cognitivas, institucionalización, baja capacidad funcional basal, necesidad de optimización médica antes de la intervención y la existencia de complicaciones postoperatorias. Las comorbilidades que presentan una mayor influencia en la morbimortalidad perioperatoria son las enfermedades cardíacas, respiratorias y renales. (7) (14).

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son delirio (10 - 61%), infección del tracto urinario (23- 42%), enfermedad cardiovascular (5-10%) y neumonía (9%) (14). La insuficiencia cardíaca y la infección pulmonar son las complicaciones postoperatorias más graves y responsables de una alta mortalidad, se ha observado que más del 50% de los paciente que presentan insuficiencia cardíaca presenta una mortalidad antes de los 30 días y más del 90% mueren al año.

a. Hemorragia

La pérdida de sangre varía dependiendo de la localización de la fractura (siendo mayor en las fracturas extracapsulares) y la severidad de la misma, pudiendo alcanzar un 20% de la volemia.

El estrés debido a la fractura y al dolor suponen un aumento de la demanda al sistema cardiorespiratorio, pudiendo aparecer taquicardia, inestabilidad hemodinámica e hipoxemia.

Las pérdidas sanguíneas debidas a la fractura y al tratamiento quirúrgico, puede reducir el aporte de oxígeno, agravando la inestabilidad del paciente (7).

b. Infección

La infección de la herida quirúrgica es una de las complicaciones más temibles en el tratamiento de estas fracturas, ya que en ocasiones son necesarias varias reintervenciones, obligando incluso a la retirada del material protésico o de osteosíntesis. Puede ocurrir justo en la zona de la herida o en profundidad alrededor de la prótesis. Pudiendo ocurrir durante la estancia hospitalaria o una vez el paciente se halla en su casa. También puede producirse por diseminación de una infección en otra localización del organismo.

Si bien esta complicación ha disminuido con la introducción de la profilaxis antibiótica (13), en la actualidad persiste alrededor del 1-2%^{5,19}. Los máximos responsables de las complicaciones infecciosas son los estafilococos y los gram negativos entéricos.

Además de la infección de la herida quirúrgica, también se pueden presentar otras infecciones asociadas. Las infecciones más frecuentes son las que afectan al aparato respiratorio, urinario y las infecciones de catéteres venosos, por lo que es recomendable restringir al máximo la utilización de sondajes vesicales y canalizaciones venosas.

c. Tromboembolismo

Los pacientes con fractura de cadera tienen un alto riesgo de complicaciones tromboembólicas tras el tratamiento quirúrgico. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una causa importante de mortalidad y morbilidad en la práctica traumatológica y ortopédica. Las muertes por embolismo pulmonar presentan un pico en la segunda semana de postoperatorio. (15).

d. Úlceras por decúbito o por presión

Es una complicación todavía habitual en nuestros hospitales, que está relacionada con el encamamiento prolongado y la desnutrición. No debemos olvidar que hay hasta un 60% de

pacientes ingresados en los hospitales con cifras de albúmina por debajo de la normalidad (16).

e. Muerte

La mortalidad ligada a la anestesia y cirugía ocurre en los primeros 30 días después de la intervención quirúrgica. Se observa un aumento en la mortalidad cuando la cirugía es urgente, el tiempo es mayor de 90 minutos, la hemorragia es considerable y existe comorbilidad en el paciente; circunstancias que acompañan a un grupo significativo de pacientes ancianos con fractura de cadera (11).

Las principales causas de muerte de los pacientes son: infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, hemorragia gastro-intestinal, desequilibrio hidroelectrolítico, embolismo pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía e infección urinaria (11).

Si bien la mortalidad ha disminuido con el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y de la anestesia, se ha constatado que persiste una mortalidad elevada, que puede llegar hasta el 30% en el primer año de la fractura. No obstante, se ha demostrado que el manejo multidisciplinario, tanto preoperatorio como después de la cirugía, sobre todo desde un punto de vista geriátrico, puede favorecer la correcta recuperación funcional de los pacientes (17).

La movilización precoz es esencial para prevenir las complicaciones del encajamiento y descondicionamiento, siendo recomendable iniciar la rehabilitación al día siguiente de la intervención quirúrgica, esto es especialmente beneficioso para los pacientes ancianos.

f. Delirio

El delirio es un episodio de confusión aguda, que puede ser precipitado por patología médica, fármacos y/o cambios ambientales. Se caracteriza por una alteración en la capacidad cognitiva y en el nivel de alerta y atención del paciente, junto a alteraciones de la percepción, agitación o inhibición psicomotriz.

Presenta una etiología orgánica y habitualmente aparece las primeras 48 horas del postoperatorio y los síntomas empeoran durante la noche.

Puede estar presente hasta en más del 60 % de los ancianos con fractura de cadera.

Los factores de riesgo más comunes son edad avanzada, demencia, hábitos tóxicos, deterioro sensorial, deshidratación, alteraciones electrolíticas, uso de fármacos psicotrópicos y cambios en el ciclo vigilia-sueño.

Los factores precipitantes pueden ser múltiples y generalmente su origen es multifactorial. Entre las circunstancias habituales que pueden precipitar la aparición de delirio se encuentran la limitación de la movilidad, el uso de medidas de contención física, el dolor, la malnutrición, el uso de fármacos, especialmente los sedantes, opiáceos y anticolinérgicos, el entorno no familiar y agresivo (sonido de alarmas, luces encendidas continuamente, ruido, etc.) y las complicaciones médicas como la hipoxia, hipercapnia, deshidratación, alteraciones electrolíticas, retención urinaria, infección, isquemia miocárdica, etc.

7. Rehabilitación

La fractura de cadera presenta un coste atribuido muy elevado, tanto en nuestro entorno como en otros, ya que en USA se estima sobre los 20 billones de dólares (17). Lo cual nos obliga a priorizar no sólo las medidas preventivas sino también las alternativas de rehabilitación más eficientes.

La rehabilitación y carga precoz disminuyen el porcentaje de complicaciones por el síndrome de descondicionamiento, las complicaciones respiratorias, las úlceras por decúbito, el riesgo de trombosis venosa profunda y de delirio a los cuales son muy susceptibles los pacientes ancianos (7).

En el paciente médicamente estable, el principal objetivo postoperatorio es la rehabilitación precoz, iniciando la movilización y la rehabilitación multidisciplinar, según indicaciones de los servicios de Traumatología y Rehabilitación, en general, debiera comenzarse, si las condiciones generales del paciente lo permiten, en las primeras 24-48 horas posteriores a la intervención, ya que las osteosíntesis mediante fijaciones clavo-placa y la artroplastia permiten la carga sobre la articulación prácticamente a las 24 horas de la intervención quirúrgica, (siempre tras control radiológico) , aunque la utilización de clavos endomedulares usualmente retrasa la carga completa hasta el tercer día (7) (10).

En este sentido se han observado en diversos estudios que la prescripción de rehabilitación hospitalaria se asocia a vivir sólo y a una peor capacidad funcional tras la fractura, respecto la prescripción de rehabilitación domiciliar que se asocia a vivir en residencia previamente y a una mejor capacidad funcional tras la fractura (18). A pesar de ello no hay diferencias en la mejoría funcional conseguida en los diferentes grupos. Aunque los autores sí destacan esta importancia del entorno social que influye en la toma de decisiones del tipo de

rehabilitación, tomada por un equipo interdisciplinario, para posibilitar la reserva de recursos para los pacientes que realmente lo necesitan.(19)

Valoración del Grado Funcional según la Escala de la Cruz Roja

La Escala Funcional según la Cruz Roja es una escala simple y fácil de utilizar sin normas detalladas sobre su aplicación, esta escala es usada internacionalmente, en múltiples estudios y por ende se encuentra validada.

El evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. La información se obtiene preguntando al paciente si es mentalmente competente o a su cuidador. Clasifica la capacidad de autocuidado en seis grados (0-5), desde la independencia (0) hasta la incapacidad funcional total (5). El tiempo de aplicación es inferior a un minuto.

Su uso ha resultado de utilidad práctica en la valoración continuada de la situación de los enfermos en los diferentes niveles asistenciales y en la transmisión de información entre los miembros del equipo multidisciplinario. También valora la respuesta al tratamiento.

En cuanto a la validez, la EFCR se asocia a mayor mortalidad, necesidad de institucionalización y utilización de recursos socio-sanitarios, aunque posee menos sensibilidad al cambio que otros instrumentos de construcción más detallada y compuestos por ítems más estructurados.

0	No se vale totalmente por si mismo, anda con normalidad
1	Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.
2	Tiene alguna dificultad en los actos diarios por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3	Grave dificultad en los actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por un apersona. Incontinencia ocasional.
4	Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual.
5	Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Índice de Comorbilidad de Charlson (20)

El índice de comorbilidad de Charlson predice la mortalidad a un año para un paciente que puede tener un abanico de condiciones comórbidas como enfermedad cardíaca, sida o cáncer (para un total de 22 condiciones).

En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años); índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice > 5: (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, tal como se explica en el artículo original (Charlson M, J Chron Dis 1987; 40: 373-83). Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años (p. ej., 50 años = 1 punto, 60 años = 2, 70 años = 3, 80 años = 4, 90 años = 5, etc.). Así, un paciente de 60 años (2 puntos) con una comorbilidad de 1, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos, o bien, un paciente de 80 años (4 puntos) con una comorbilidad de 2, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 6 puntos. Tiene la limitación de que la mortalidad del sida en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6

Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

Hipótesis general:

- Existen factores pronóstico asociados a mala evolución en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea

Hipótesis específicas:

- Los datos socio demográficos tiene mayor fuerza de asociación como factor pronóstico asociados a mala evolución en paciente con fractura de cadera
- Los datos biológicos tiene mayor fuerza de asociación como factor pronóstico asociados a mala evolución en paciente con fractura de cadera
- Los datos clínicos tiene mayor fuerza de asociación como factor pronóstico asociados a mala evolución en paciente con fractura de cadera
- Existe un número de pacientes con diagnóstico de fractura de cadera fallecidos y alto grado de dependencia a los 6 meses de seguimiento

Hipótesis Alterna:

- Existen factores pronósticos altamente asociados a mala evolución en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea

Hipótesis Nula:

- No existen factores pronóstico asociados a mala evolución en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea

3.2. VARIABLES: INDICADORES

VARIABLE: Sexo	
Denominación	Sexo
Tipo	Interviniente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Según caracteres sexuales secundarios
Unidad de medida	% Mujeres, % Hombres
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Caracteres sexuales secundarios observados por el investigador
Definición conceptual	Condición biológica que distingue a la especie humana en Femenino – Masculino

VARIABLE: Edad	
Denominación	Edad
Tipo	Interviniente
Naturaleza	Cuantitativa
Medición	Nominal
Indicador	Años cronológicos
Unidad de medida	< 75 años >75 años

Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona evaluada
Definición conceptual	La edad (o edad biológica) es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo

VARIABLE: Grado Funcional de la Cruz Roja	
Denominación	Grado Funcional de la Cruz Roja
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Ordinal
Indicador	Valor de grado funcional y dependencia
Unidad de medida	% grado funcional favorable (0,1,2) %grado funcional desfavorable (3,4,5)
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Capacidad física geriátrica
Definición operacional	<p>Escala funcional de dependencia del paciente evaluado</p> <p>0: Se vale por sí mismo</p> <p>1: Deambula por sí mismo con dificultad</p> <p>2: Independiente con bastón.</p> <p>3: Ayuda de andador o poca ayuda de 1 persona. Incontinencia ocasional</p> <p>4: Ayuda de dos 2 personas. Incontinencia habitual</p> <p>5: No camina. Incontinencia total, requiere cuidados de enfermería</p>
Definición conceptual	<p>Grado de dependencia del paciente adulto mayor</p> <p>Independiente: No requiere ayuda en las actividades de la vida diaria</p> <p>Con ayuda: Aquella persona que requiere de andador o material ortopédico para realizar las actividades de la vida diaria</p>

	Dependiente: Aquel paciente que requiere de una persona y cuidados de enfermería
--	--

VARIABLE: Valoración Social	
Denominación	Valoración Social
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Tipo de residencia
Unidad de medida	% institucionalizados %no institucionalizados
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Sociodemográfico
Definición operacional	<p>Pacientes que viven en compañía de algún familiar/cuidador o solos</p> <p>Institucionalizados con compañía</p> <p>Institucionalizados sin compañía</p> <p>No institucionalizados con compañía</p> <p>No institucionalizados sin compañía</p>
Definición conceptual	<p>Pacientes que viven con algún familiar o persona encargada de su cuidado y apoyo en las actividades de la vida diaria.</p> <p>Pacientes que viven solos sin personal de apoyo para las actividades de la vida diaria así puedan realizarlas o no</p>

VARIABLE: Comorbilidades previas	
Denominación	Comorbilidades previas
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	De razón
Indicador	Comorbilidad
Unidad de medida	Índice de comorbilidades de Charlon
Instrumento	Ficha de recolección de datos

Dimensión	Clínica
Definición operacional	0-1: Ausencia de comorbilidades. 2: Comorbilidad baja. >3: Comorbilidad alta. + 1 punto por cada década existente a partir de los 50 años Predicción de mortalidad: índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice > 5: (85%).
Definición conceptual	Sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto.

VARIABLE: Lateralidad	
Denominación	Lateralidad
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Cadera Fracturada
Unidad de medida	%cadera izquierda, % cadera derecha
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Clínica
Definición operacional	Cadera derecha afecta Cadera izquierda afecta
Definición conceptual	Cadera afectada por fractura

VARIABLE: Fractura previa	
Denominación	Fractura previa
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Antecedente Fractura
Unidad de medida	%Si , % No

Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Clínica
Definición operacional	Sí: Antecedente de fractura No: No antecedente de fractura
Definición conceptual	Fractura de cadera previa en menos de 2 años antes.

VARIABLE: Hemoglobina al ingreso	
Denominación	Hemoglobina al ingreso
Tipo	Interviniente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Anemia
Unidad de medida	gr/dl
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Clínica
Definición operacional	< 10 gr/dl : Paciente con anemia > 10 gr/dl: Paciente no anémico
Definición conceptual	Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina

VARIABLE: Transfusión Sanguínea	
Denominación	Transfusión Sanguínea
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Anemia
Unidad de medida	%No, %Si
Instrumento	Ficha de recolección de datos

Dimensión	Clínica
Definición operacional	Si: Requiere transfusión sanguínea No: No requiere transfusión sanguínea
Definición conceptual	Transferencia de sangre o un componente sanguíneo de una persona (donante) a otra (receptor)

VARIABLE: Medicación al ingreso	
Denominación	Medicación al ingreso
Tipo	Interviniente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Farmacoterapia
Unidad de medida	% De fármacos consumidos
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Clínica
Definición operacional	% AAs/Triflusal %Clopidogrel %AINES %Antidepresivos %Hipoglicemiantes %Antihipertensivos %Otros %Ninguno %mas 2 medicamentos
Definición conceptual	Utilización de múltiples preparados farmacológicos

VARIABLE: Tiempo de espera Quirúrgico	
Denominación	Tiempo de espera Quirúrgico

Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Tratamiento quirúrgico
Unidad de medida	Días transcurridos
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Clínica
Definición operacional	≤ a 2 días. > a 2 días
Definición conceptual	Tiempo de espera entre transcurrido la fractura y el tratamiento quirúrgico

VARIABLE: Tiempo operatorio	
Denominación	Tiempo operatorio
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Acto operatorio
Unidad de medida	Minutos transcurridos
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Clínica
Definición operacional	< 45 minutos > 45 minutos
Definición conceptual	Tiempo entre el inicio de la incisión, colocación de prótesis o artrodesis o clavos hasta el cierre de la herida.

VARIABLE: Tipo de cirugía	
Denominación	Tipo de cirugía
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal

Indicador	Tratamiento Traumatológico
Unidad de medida	% Con implante %Sin implante
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Clínica
Definición operacional	Prótesis total Prótesis biarticular parcial de Moore Placa DHs Clavo endomedular Otros
Definición conceptual	Fractura de cadera se trata con cirugía, se puede utilizar dispositivos metálicos para fortalecer y estabilizar la articulación. El tipo de cirugía reparadora dependerá del tipo de fractura.

VARIABLE: ASA	
Denominación	ASA
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Ordinal
Indicador	Riesgo Quirúrgico
Unidad de medida	Clase
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Anestesiología
Definición operacional	Clase I Paciente saludable no sometido a cirugía electiva Clase II Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Clase III Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Clase IV Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía.

	Clase V Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico.
Definición conceptual	Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

VARIABLE: Complicaciones post quirúrgicas	
Denominación	Complicaciones post quirúrgicas
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Complicaciones
Unidad de medida	Tipo de complicación
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Clínica
Definición operacional	<p>Cardiocruculatórias: Infarto agudo de miocárdio, Paro cardiorrespiratorio, Arritmias, Edema agudo de pulmón, Inestabilidad hemodinámica, TEP, AVC, Otras</p> <p>Respiratorias: Hipoxia, Descompensación EPOC, Sobreinfección respiratoria, Otras</p> <p>Sangrado importante</p> <p>Infecione: De herida, Vías urinarias, Sistémicas</p> <p>Renales: Oligoanuria, Insuficiencia renal aguda</p> <p>Trastornos cognitivos : Desorientación, Agitación</p> <p>Reintervención quirúrgica)</p> <p>Otras (complicaciones menores)</p> <p>Muerte intrahospitalaria</p>
Definición conceptual	Alteraciones posibles en paciente anciano post operado de fractura de cadera

VARIABLE: Fallecimiento	
Denominación	Fallecimiento

Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Mortalidad
Unidad de medida	Causa de fallecimiento
Instrumento	Ficha de recolección de datos
Dimensión	Biológica
Definición operacional	Rel. A fractura Otras causas
Definición conceptual	Paciente post operado de fractura de cadera que fallece a los 6 meses del evento

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Estudio: No experimental descriptivo con análisis de asociación

Diseño: Transversales, retrospectivo

Enfoque: Cualitativo.

Concepto: Se hizo una revisión de historias clínicas y se colocó la información recogida en una ficha de recolección de datos

Universo de estudio: Pacientes mayores de 65 años ingresados por Fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el periodo enero- diciembre 2014.

El marco muestral estará conformado por todos los sujetos con diagnóstico de fractura de cadera y que además cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

1) **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- ✓ Pacientes con edad mayor o igual a 65 años que ingresen al servicio de urgencias con diagnóstico de fractura de cadera desde el mes de Enero del 2014 hasta diciembre de ese año en el Hospital Central de la Fuerza Aérea
- ✓ Pacientes que hayan recibido rehabilitación posterior a fractura.

2) **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- ✓ Paciente con diagnóstico de fractura previo mayor de 2 años.
- ✓ Paciente con fractura patológica
- ✓ Paciente adulto mayor frágil.
- ✓ Paciente con fractura de miembros inferiores de localización ajena a la cadera.
- ✓ Pacientes con deterioro cognitivo.(< de 27 puntos de mini mental)
- ✓ Pacientes postrados crónicos o con un score = o > a 3 en la valoración funcional de la Cruz Roja
- ✓ Pacientes cuya fractura no sea tributario de tratamiento quirúrgico

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Método de Muestreo: Las historias clínicas serán seleccionadas cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión

Se utilizara una ficha de recolección de datos

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- La estadística descriptiva se realizará mediante expresión de las frecuencias de las variables de estudio así como medidas de tendencia central.
- El análisis univariante de las variables predictivas de mala evolución se llevará a cabo mediante el test del Chi cuadrado considerándose significativos valores de $p < 0,05$.
- Para cuantificar la magnitud de la asociación entre las variables predictoras y la mala evolución se utilizará el odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%).
- Se realizará un análisis multivariante con un modelo de regresión logística con aquellas variables que resultaron significativas como predictoras de mala evolución en el análisis univariante

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

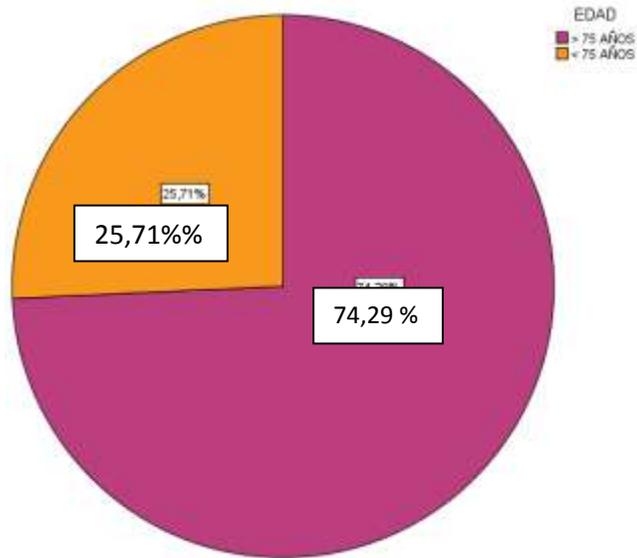
Análisis de frecuencias de las variables

TABLA N° 1

Frecuencias de las variables sociodemograficas

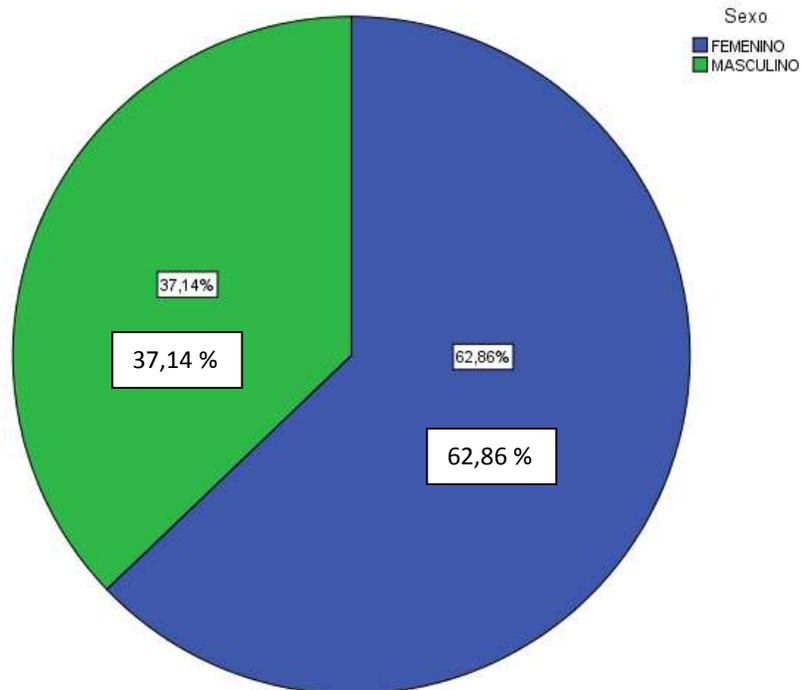
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido > 75 AÑOS	52	74,3	74,3	74,3
< 75 AÑOS	18	25,7	25,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	
Válido FEMENINO	44	62,9	62,9	62,9
MASCULINO	26	37,1	37,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	
Válido Institucionalizado con compañía	12	17,1	17,1	17,1
Institucionalizado sin compañía	17	24,3	24,3	41,4
No institucionalizado con compañía	26	37,1	37,1	78,6
No institucionalizado sin compañía	15	21,4	21,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

GRAFICO N° 1



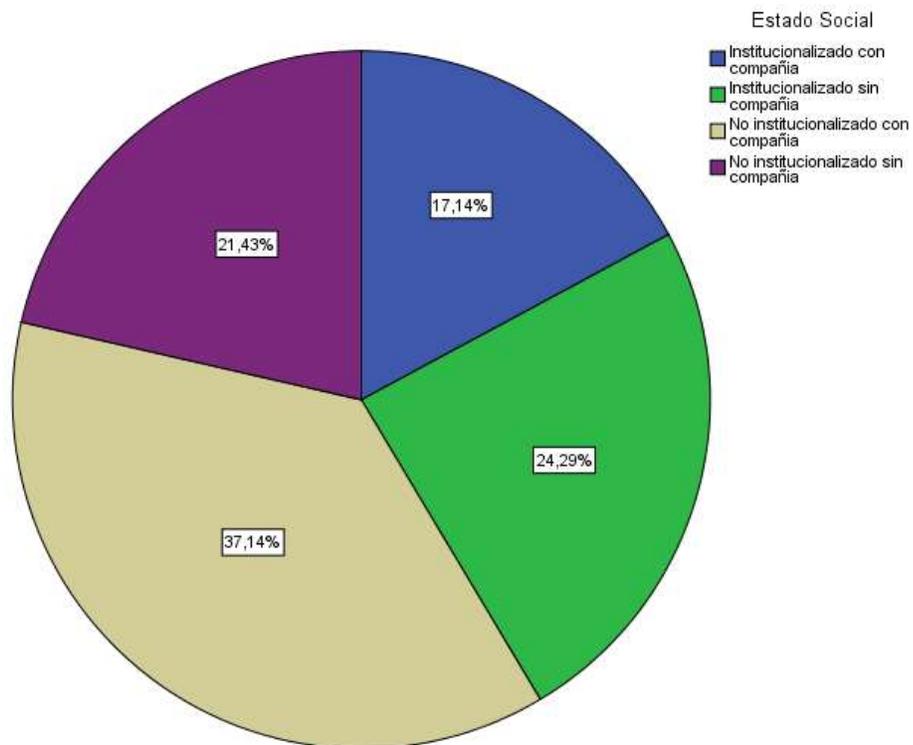
Respecto a la variable Edad, el 74,29% de la muestra corresponde a pacientes que son mayores de 75 años, mientras que el 25,71% de la muestra es menor de 75 años

GRAFICO N° 2



La variable Sexo, el 62,86% de la muestra corresponde a pacientes que son del sexo femenino, el 37,14% son varones

GRAFICO N° 3



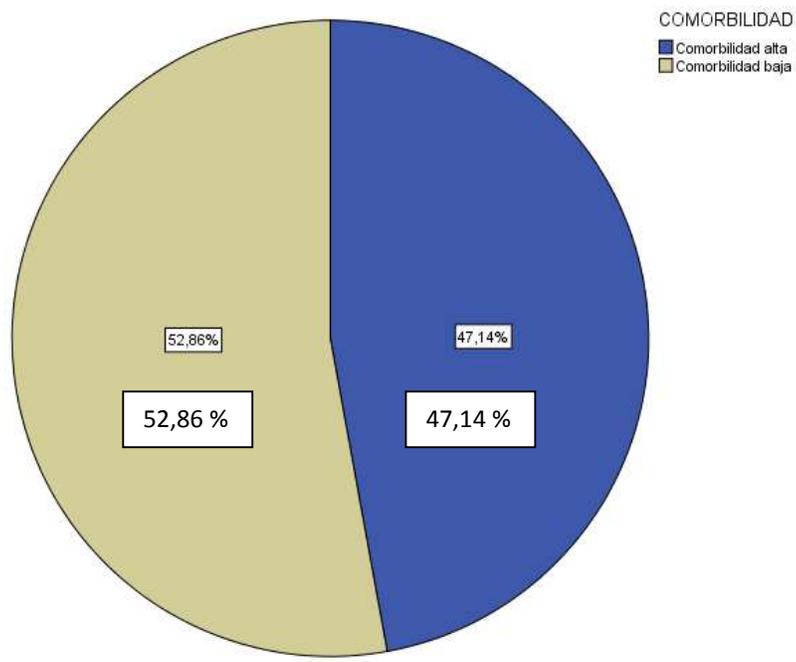
Respecto a la variable Institucionalizado, el 37,14% de la muestra corresponde a pacientes que se encuentran en su domicilio y cuentan con compañía, el 24,9% son aquellos que se encuentran en alguna institución (casa de reposo) sin compañía, el 21,43% de la muestra corresponde a la muestra de pacientes en su domicilio sin compañía y el 17% de los pacientes esta institucionalizado con compañía

TABLA N° 2

Frecuencias de las variables biológicas

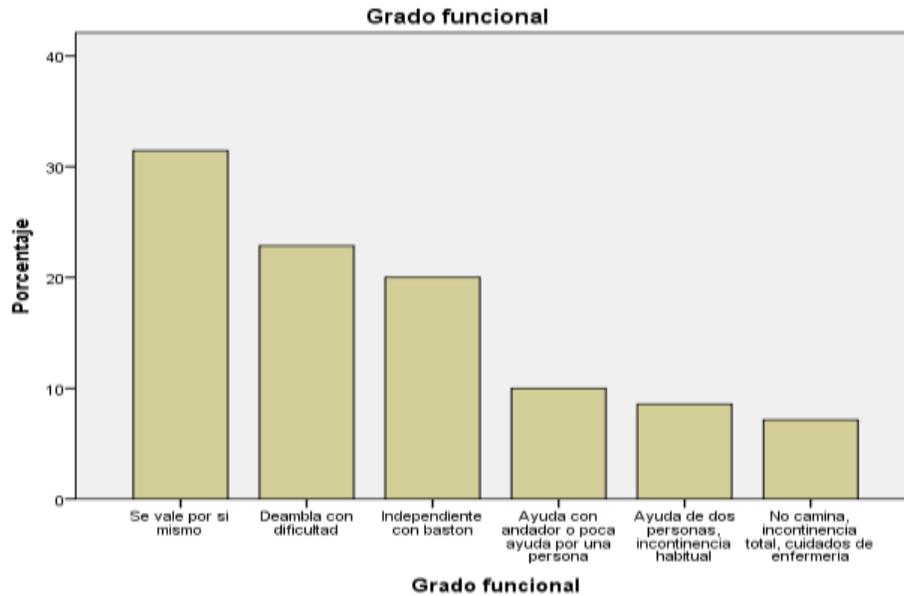
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Comorbilidad alta	33	47,1	47,1	47,1
	Comorbilidad baja	37	52,9	52,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Válido	Se vale por sí mismo	22	31,4	31,4	31,4
	Deambula con dificultad	16	22,9	22,9	54,3
	Independiente con bastón	14	20,0	20,0	74,3
	Ayuda con andador o poca ayuda por una persona	7	10,0	10,0	84,3
	Ayuda de dos personas, incontinencia habitual	6	8,6	8,6	92,9
	No camina, incontinencia total, cuidados de enfermería	5	7,1	7,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

GRAFICO N°4



Respecto a la variable comorbilidad el 52,86% de los pacientes tendrán comorbilidad baja, mientras el 47,14% presentan alta comorbilidad (> 3 comorbilidades)

GRAFICO N° 5



Respecto a la variable grado funcional previo, el 31,7% de los pacientes se valen por sí mismo, el 22,7% de la muestra deambula con dificultad, 20% es independiente pero usa bastón, el 10 % requiere ayuda de una persona, el 8,6% corresponde a pacientes que requieren ayuda de 2 personas y son incontinentes habituales, finalmente un 7% no camina y requiere cuidados de enfermería

TABLA N° 3

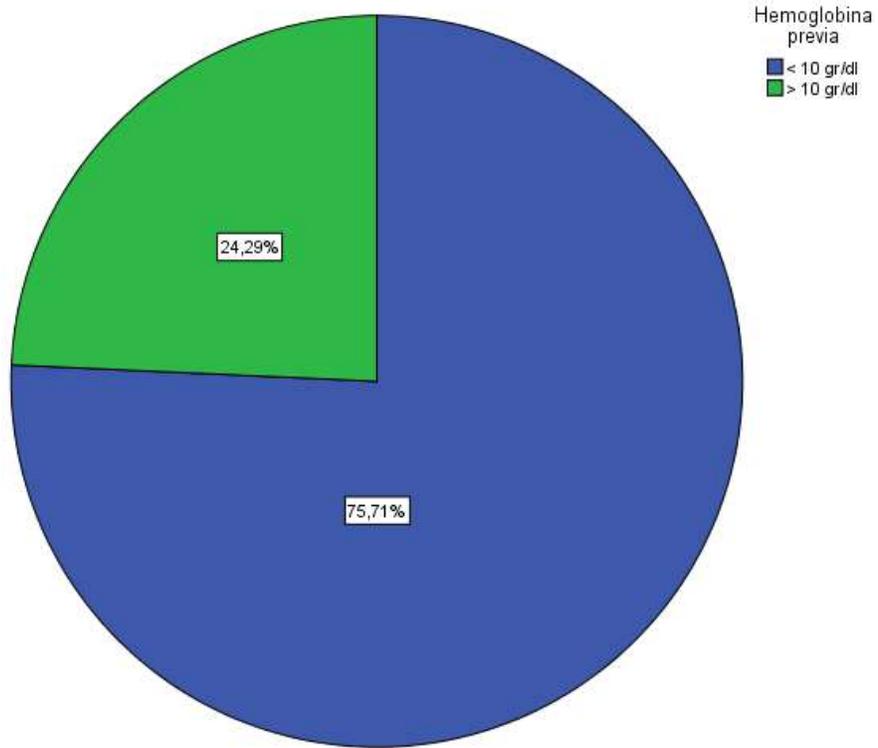
Frecuencias de las variables Clínicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hemoglobina previa	< 10 gr/dl	53	75,7	75,7	75,7
	> 10 gr/dl	17	24,3	24,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Transfusión	SI	31	44,3	44,3	44,3
	NO	39	55,7	55,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Fractura previa	Si	26	37,1	37,1	37,1
	No	44	62,9	62,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Tipo de Cirugía	Prótesis total	15	21,4	21,4	21,4
	Prótesis parcial	15	21,4	21,4	42,9
	Placa DHS	16	22,9	22,9	65,7
	Clavo endomedular	17	24,3	24,3	90,0
	Otros	7	10,0	10,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
ASA	II	40	57,1	57,1	57,1
	III	30	42,9	42,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Duración Cirugía	< 45 minutos	22	31,4	31,4	31,4
	> 45 minutos	48	68,6	68,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Espera Quirúrgica	<2 días	20	28,6	28,6	28,6
	> 2 días	50	71,4	71,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
MEDICACION AL INGRESO	AAS	20	12,2%	29,4%	
	Clopidogrel	12	7,3%	17,6%	
	AINES	22	13,4%	32,4%	
	Antihipertensivos	39	23,8%	57,4%	
	Hipoglicemiantes	11	6,7%	16,2%	
	Antidepresivos	29	17,7%	42,6%	
	Otros	31	18,9%	45,6%	
	Total	164	100,0%	241,2%	
COMPLICACIONES	IMA	3	2,3%	4,7%	
	Arritmias	10	7,8%	15,6%	
	Edema Agudo de Pulmón	4	3,1%	6,3%	
	TEP	5	3,9%	7,8%	
	TVP	3	2,3%	4,7%	
	ACV	1	0,8%	1,6%	
	Oligoanuria	10	7,8%	15,6%	
	Insuficiencia renal aguda	7	5,4%	10,9%	
	Hipoxia	3	2,3%	4,7%	
	Descompensación de EPOC	5	3,9%	7,8%	
	Infección	4	3,1%	6,3%	

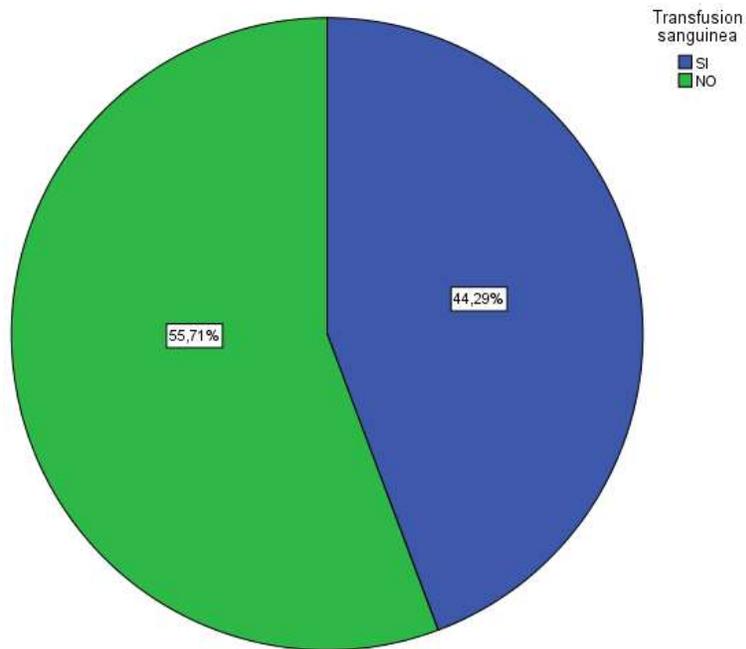
	Otras complic. respiratorias	4	3,1%	6,3%	
	Sangrado importante	13	10,1%	20,3%	
	Infección Operatoria	1	0,8%	1,6%	
	Infección vía urinaria	6	4,7%	9,4%	
	Infección sistémica	7	5,4%	10,9%	
	Desorientación	9	7,0%	14,1%	
	Agitación	13	10,1%	20,3%	
	Re intervención Quirúrgica	7	5,4%	10,9%	
	Otras (complicaciones menores)	10	7,8%	15,6%	
	Muerte intrahospitalaria	4	3,1%	6,3%	
	Total	129	100,0%	201,6%	
Lateralidad	Derecha	32	45,7	45,7	45,7
	Izquierda	38	54,3	54,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

GRAFICO N° 6



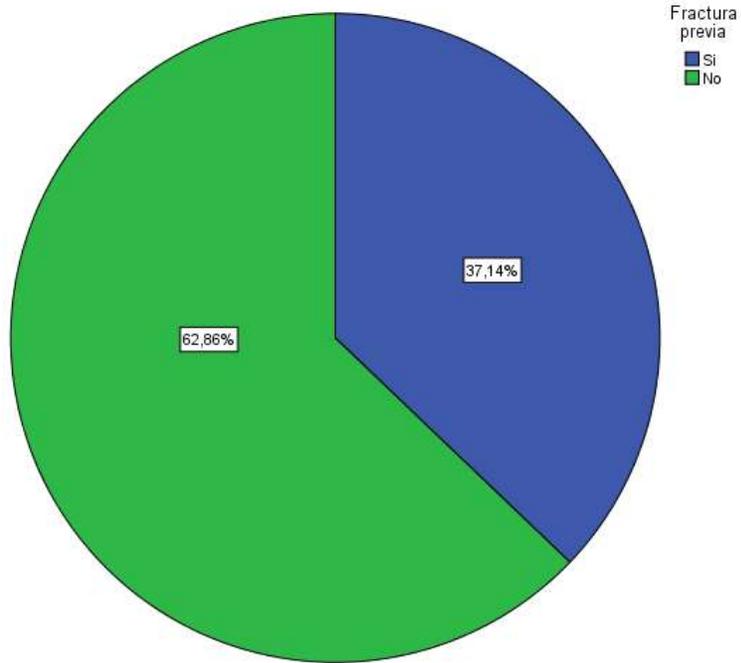
Respecto a la variable hemoglobina previa, el 75,71% de la muestra corresponde a pacientes que tienen una hemoglobina menor a 10 gr/dl, el 24,29 % presenta una hemoglobina mayor de a 10 gr/dl

GRAFICO N°7



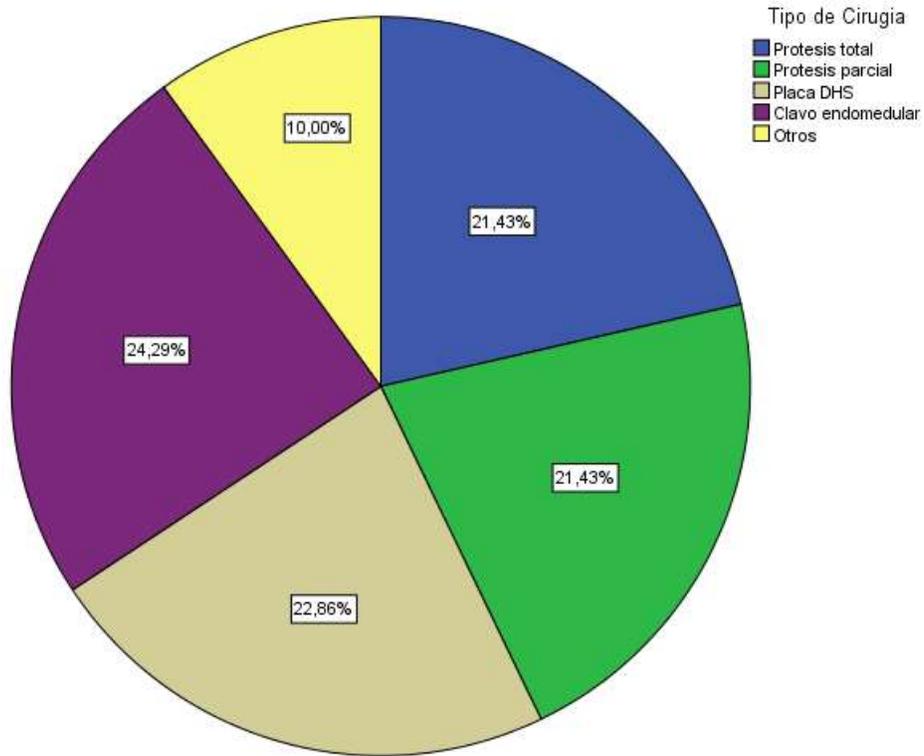
Respecto a la variable transfusión sanguínea, el 55,71% de la muestra corresponde a pacientes que no han recibido transfusión sanguínea, el 44,29 % ha recibido transfusión sanguínea

GRAFICO N°8



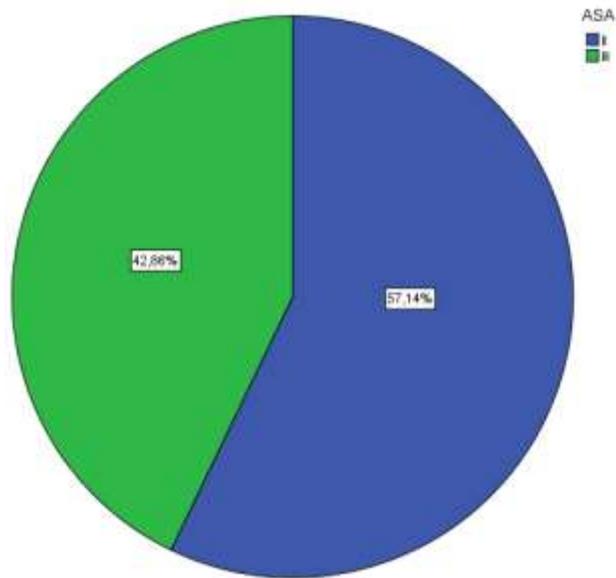
La variable fractura previa, el 62,86% de los pacientes no han presentado fractura previa, mientras un 31,14% de la muestra han tenido fractura previa

GRAFICO N°9



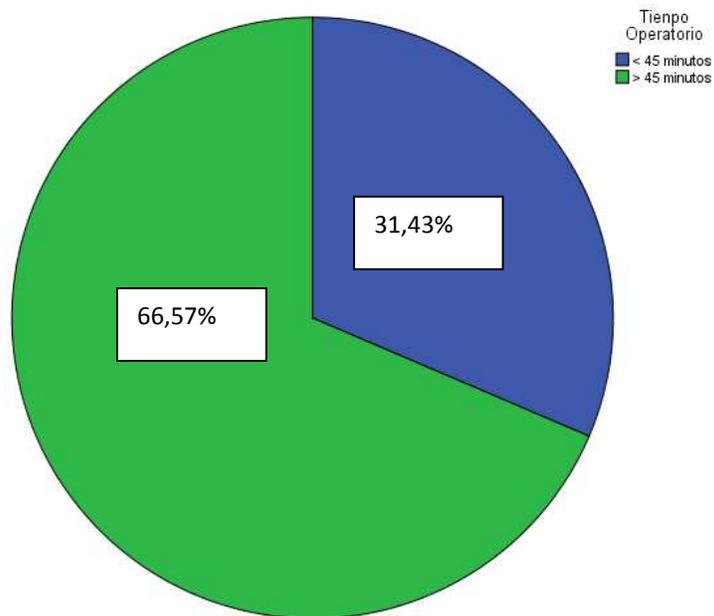
La variable tipo de cirugía, el 24,9% fue sometida a cirugía y se le colocó clavo endomedular, una 22,86% de los pacientes se les colocó placa DHS, mientras que un 21,43% se le colocó una prótesis total y un solo un 10% fue sometida a otro tipo de cirugía

GRAFICO N°10



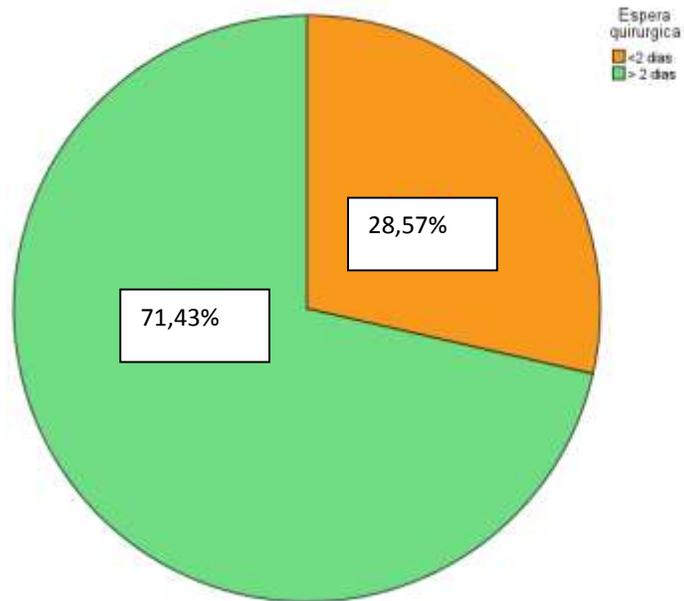
Con respecto a la variable ASA un 57,14% de los pacientes tuvieron un riesgo II, mientras que un 42,86% de la muestra fue ASA III, se debe acotar que no hubieron pacientes ASA I o IV.

GRAFICO N°11



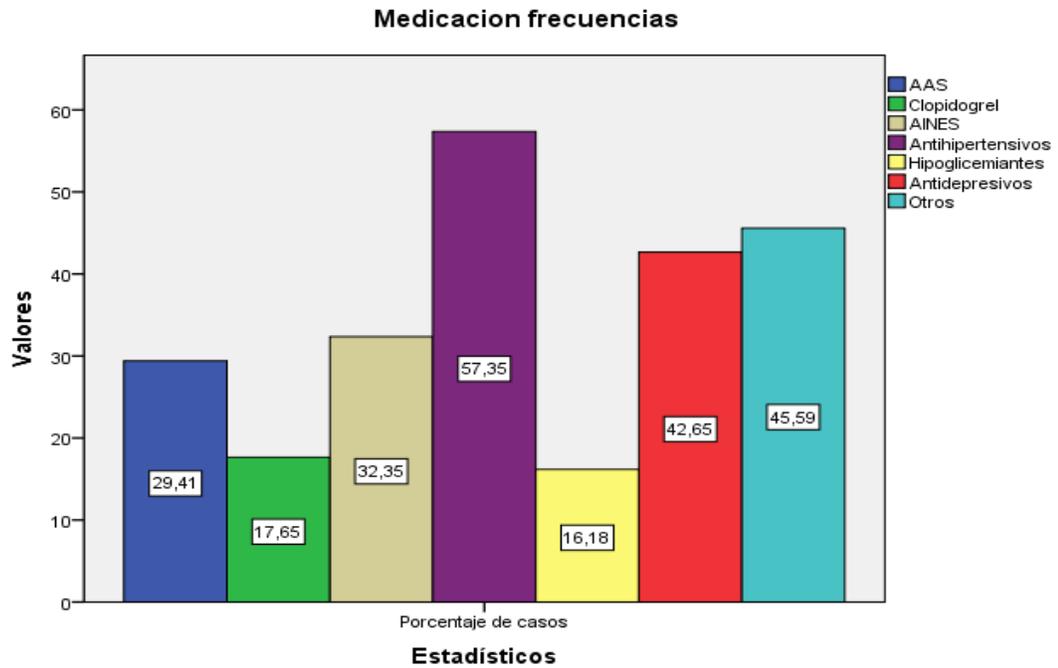
La variable tiempo operatorio un 69,57% de los pacientes fueron sometidos a cirugía que duró más de 45 minutos

GRAFICO N°12



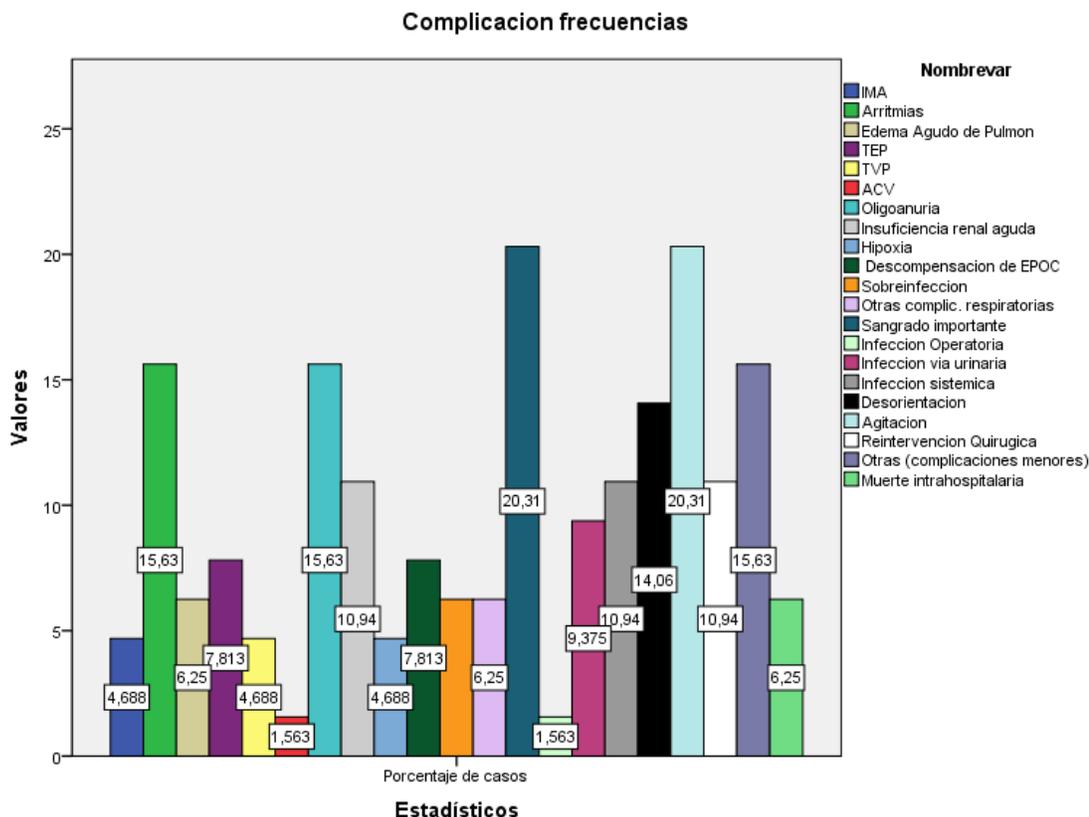
Con respecto a la espera quirúrgica un 71,43% de los pacientes tuvieron una espera quirúrgica de más de 2 días, y un 28,57% esperaron menos de 2 días.

GRAFICO N°13



Con respecto a la medicación, el 57.35% de los pacientes toma antihipertensivos, el 44,59 % consume algún tipo de medicación, el 42,65% tiene prescrito antidepresivos, el 32,35% de los pacientes toma AINES, un 29,41% toma aspirina, mientras que un 17,65% clopidogrel, finalmente un de 16,18% de la muestra es tributaria de tratamiento con hipoglicemiantes.

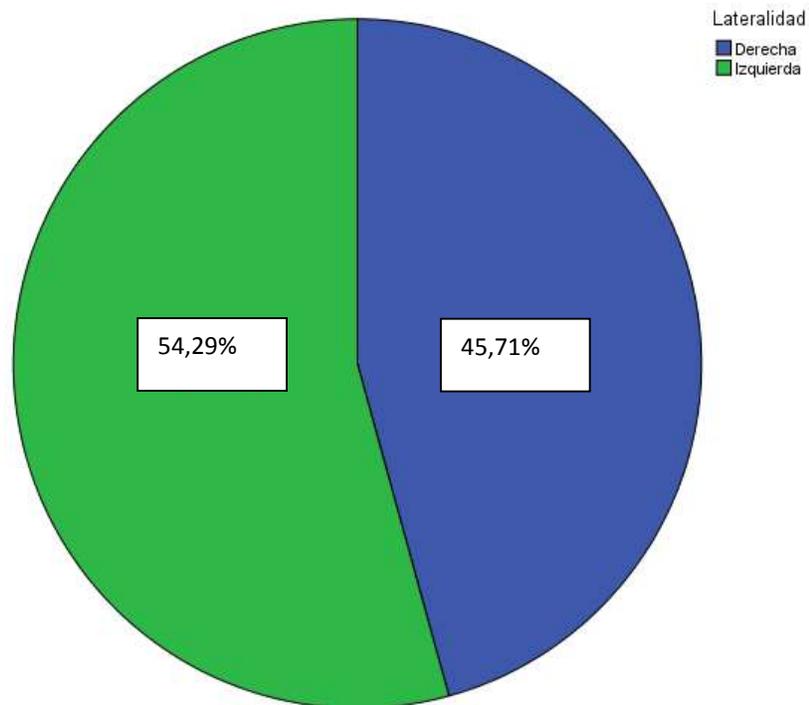
GRAFICO N°14



Con respecto a las complicaciones, un 20,31% de los pacientes presento sangrado importante, de igual manera un mismo porcentaje presento episodio de agitación, el 15,63% presento arritmias, mismo porcentaje tuvo como complicación oligoanuria, y otras complicaciones menores, 14,06% presento desorientación, el 10,94% de los pacientes tuvo como evento adverso insuficiencia renal aguda, de igual forma el mismo porcentaje presento sepsis, y otro tanto similar fue reintervenido quirúrgicamente, un 9,75% presento infección del tracto urinario, el 7,813% de la muestra tromboembolismo pulmonar, de igual manera el mismo porcentaje presento descompensación de EPOC, un 6,25 % tuvo edema agudo de pulmón, mismo porcentaje de los pacientes falleció durante la hospitalización, un 4,88% presento IMA, el mismo porcentaje de pacientes presento hipoxia, finalmente un 1,563% de

los pacientes tuvo ACV ,y de igual forma mismo proporción presento infección de herida operatoria

GRAFICO N° 15



En la variable lateralidad, un 54,29% de los pacientes evaluado tuvieron fractura de cadera izquierda, un 45, 71% de la muestra tuvo fractura de cadera derecha

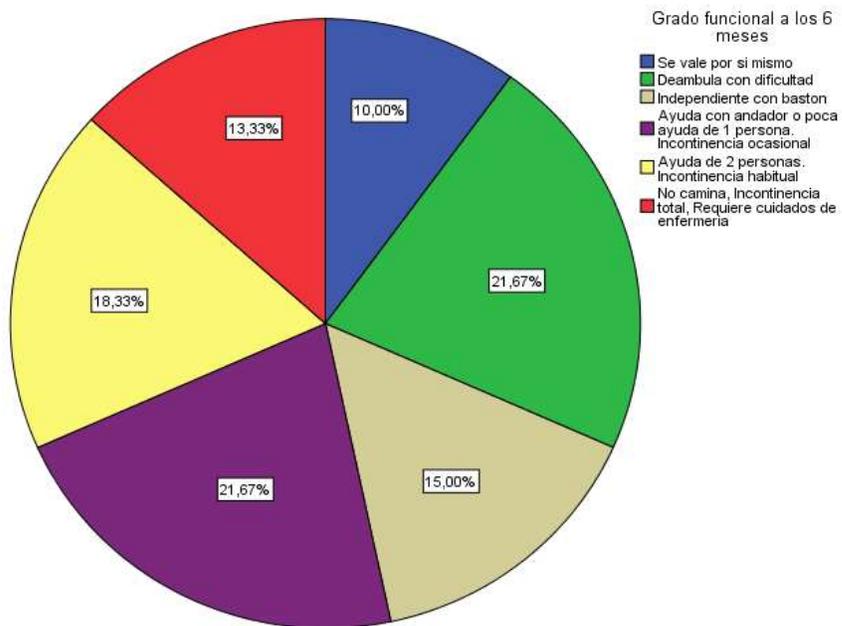
TABLA N° 4

Frecuencias de la variable Objetivo: Grado funcional a los 6 meses

Grado funcional a los 6 meses

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Se vale por sí mismo	6	8,6	10,0	10,0
	Deambula con dificultad	13	18,6	21,7	31,7
	Independiente con bastón	9	12,9	15,0	46,7
	Ayuda con andador o poca ayuda de 1 persona.	13	18,6	21,7	68,3
	Incontinencia ocasional				
	Ayuda de 2 personas.	11	15,7	18,3	86,7
	Incontinencia habitual				
	No camina, Incontinencia total, Requiere cuidados de enfermería	8	11,4	13,3	100,0
	Total	60	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	10	14,3		
Total		70	100,0		

GRAFICO N° 16



Al realizar el seguimiento a los 6 meses, se obtiene que un 21,67% presento una deambulaci3n con dificultades, el mismo porcentaje de pacientes requiere de la ayuda de una persona, el 18,33% necesita de 2 personas; un 13,33% es dependiente total; mientras que un 10% de las pacientes estudiados se valen por s3 mismo.

TABLA N° 5

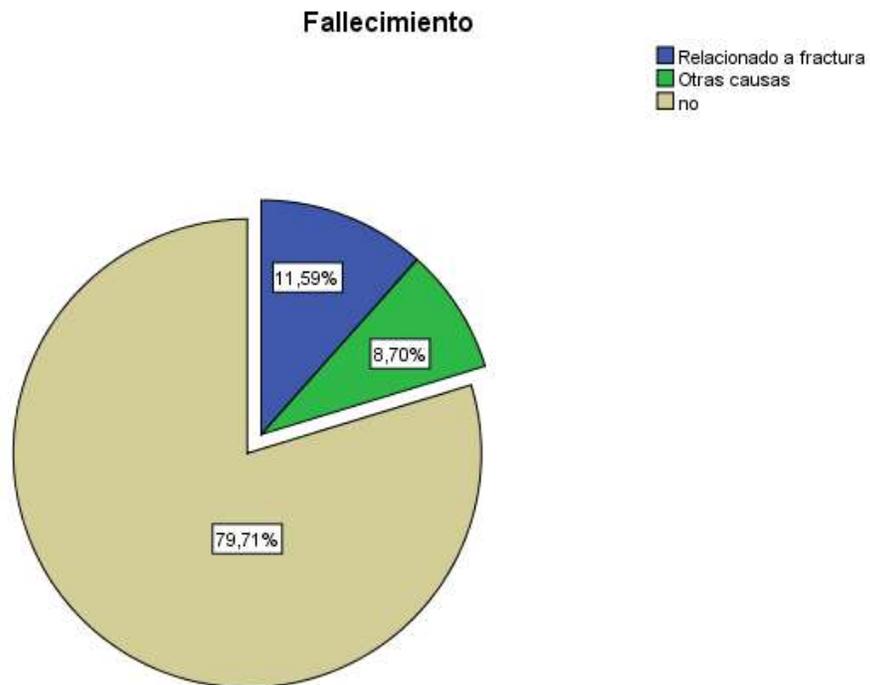
Frecuencias de la variable Objetivo: Fallecimiento a los 6 meses

Fallecimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje v3lido	Porcentaje acumulado
V3lido	Relacionado a fractura	8	11,4	11,6	11,6
	Otras causas	6	8,6	8,7	20,3
	no	55	78,6	79,7	100,0
	Total	69	98,6	100,0	

Perdidos	Sistema	1	1,4	
Total		70	100,0	

GRAFICO N° 17



Con la variable fallecimiento a los 6 meses, se obtiene que un 79,71% de los pacientes estudiados sobreviven, el 11,59% falleció por causas relacionadas a la fractura, u 8,7% falleció por otras causas no relacionas al evento de la fractura de cadera

Análisis de frecuencias de las variables que fueron dicotomizadas

Puesto a que se realizara el odds ratio de las variables, es necesario su manejo a través de tablas 2x2, por lo que se realizó la dicotomizacion de algunas de las variables de estudio

TABLA Nº 6

Frecuencias de la variables dicotomizadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Institucionalizado	institucionalizado	29	41,4	41,4	41,4
	no institución	41	58,6	58,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Grado Funcional previo	Grado Funcional Desfavorable 3,4,5	18	25,7	25,7	25,7
	Grado Funcional favorable 0,1,2	52	74,3	74,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Complicación Cardiovascular	CON COMPLICACION CV	24	34,3	34,3	34,3
	SIN COMPLICACION CV	46	65,7	65,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Complicación Renal	CON COMPLICACION RENAL	23	32,9	32,9	32,9
	SIN COMPLICACION	47	67,1	67,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Complicación Respiratoria	CON COMPLICACION RESPIRATORIA	9	12,9	12,9	12,9
	SIN COMPLICACION	61	87,1	87,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Infección de Herida	INFECCION	4	5,7	5,7	5,7
	SIN INFECCION	66	94,3	94,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Sepsis	CON SEPSIS	8	11,4	11,4	11,4
	SIN SEPSIS	62	88,6	88,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Complicación menor	CON COMPLICACION MENOR	13	18,6	18,6	18,6
	SIN COMPLICACION MENOR	57	81,4	81,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Muerte Intrahospitalaria	MUERTE INTRAHOSPITALARIA	5	7,1	7,1	7,1
	NO MUERTE INTRAHOSPITALARIA	65	92,9	92,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Re Cirugía	RE INTERVENCION	8	11,4	11,4	11,4
	SIN REINTERVENCION	62	88,6	88,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Agitación	CON AGITACION	12	17,1	17,1	17,1
	SIN AGITACION	58	82,9	82,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Desorientación	DESORIENTADO	8	11,4	11,4	11,4
	NO DESORIENTADO	62	88,6	88,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Dos o más complicaciones	2 o más Complicaciones	45	64,3	64,3	64,3
	1 o ninguna Complicación	25	35,7	35,7	100,0

	Total	70	100,0	100,0	
Presencia de complicación	Presencia complicación	64	91,4	91,4	91,4
	Ausencia de complicación	6	8,6	8,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Dos o más medicamentos	2 o más medicamentos	61	87,1	87,1	87,1
	1 o ningún medicamento	9	12,9	12,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	
Presencia de implante artrodesis	Con implante parcial/total	30	42,9	42,9	42,9
	sin implante	40	57,1	57,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

TABLA N° 7

Frecuencias de la variable Objetivo: Grado Funcional a los 6 meses

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado funcional desfavorable 3,4,5	30	42,9	50,0	50,0
	Grado funcional favorable 0,1,2	30	42,9	50,0	100,0
	Total	60	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	10	14,3		
Total		70	100,0		

TABLA N° 8

Frecuencias de la variable Objetivo: Fallecimiento a los 6 meses

MUERTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUERTO	16	22,9	22,9	22,9
	VIVO	54	77,1	77,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

TABLA N° 9

Medidas de Tendencia centras de las variables a estudiar

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza	Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar
Sexo	70	0	1	,37	,487	,237	-1,755	,566
Edad	70	65	103	82,74	9,830	96,629	-,851	,566
CCI	70	1,70	86,00	10,3636	16,37604	268,175	14,759	,566
Lateralidad	70	0	1	,54	,502	,252	-2,028	,566
Tiempo Operatorio	70	0	1	,31	,468	,219	-1,371	,566
Espera quirúrgica	70	0	1	,29	,455	,207	-1,092	,566
Estado Social	70	0	3	1,63	1,010	1,019	-,996	,566
Comorbilidades	70	0	2	1,41	,577	,333	-,742	,566
Fractura previa	70	0	1	,63	,487	,237	-1,755	,566
Otros	31	6	6	6,00	,000	,000	.	.
Antidepresivos	29	5	5	5,00	,000	,000	.	.
AAS	20	0	0	,00	,000	,000	.	.
Clopidogrel	12	1	1	1,00	,000	,000	.	.
Ninguno	2	7	7	7,00	,000	,000	.	.
AINES	22	2	2	2,00	,000	,000	.	.
ANTIHIPERTENSI VOS	39	3	3	3,00	,000	,000	.	.
Hipoglicemiantes	11	4	4	4,00	,000	,000	.	.
IMA	3	0	0	,00	,000	,000	.	.
Arritmias	10	2	2	2,00	,000	,000	.	.

Edema Agudo Pulmonar	4	3	3	3,00	,000	,000	.	.
TEP	5	5	5	5,00	,000	,000	.	.
TVP	3	6	6	6,00	,000	,000	.	.
ACV	1	7	7	7,00	.	.	.	.
Oligoanuria	10	8	8	8,00	,000	,000	.	.
Insuficiencia Renal Aguda	7	9	9	9,00	,000	,000	.	.
Hipoxia	3	10	10	10,00	,000	,000	.	.
Descompensación de EPOC	5	11	11	11,00	,000	,000	.	.
Sobreinfección respiratoria	4	12	12	12,00	,000	,000	.	.
Otras complicaciones respiratoria	1	13	13	13,00	.	.	.	.
Sangrado importante	13	14	14	14,00	,000	,000	.	.
Infección de herida qx	1	15	15	15,00	.	.	.	.
Infección urinaria	6	16	16	16,00	,000	,000	.	.
Infección sistémica	7	17	17	17,00	,000	,000	.	.
Desorientación	9	18	18	18,00	,000	,000	.	.
Agitación	13	19	19	19,00	,000	,000	.	.
Re intervención Quirúrgica	7	20	20	20,00	,000	,000	.	.
Otras complicaciones menores	13	13	21	19,15	3,508	12,308	,095	1,191
Muerte intrahospitalaria	4	22	22	22,00	,000	,000	.	.
ninguna	6	23	23	23,00	,000	,000	.	.

Grado funcional	70	0	5	1,63	1,571	2,469	-,494	,566
Tipo de Cirugía	70	0	4	1,80	1,303	1,699	-1,147	,566
ASA	70	1	2	1,43	,498	,248	-1,970	,566
Fallecimiento	69	0	2	1,68	,675	,456	1,950	,570
Grado funcional a los 6 meses	60	0	5	2,57	1,577	2,487	-1,135	,608
N válido (por lista)	0							

En el cuadro se observa una media de edad de 82,74 años, con respecto al índice Charlon (CCI), la media es 10,3 que cualitativamente son pacientes con alta comorbilidad. La variable estado social la media es 1,63 que de manera cualitativa corresponde a los pacientes que se encuentran en su domicilio y tiene compañía. Con respecto a las variables objetivo de grado funcional a los 6 meses la media se ubica en 2,57 que es el Grado funcional en que el paciente requiere la ayuda de 1 persona y en el fallecimiento a los 6 meses de seguimiento la medio es 1,68 que se ubica con los pacientes que sobreviven .

Análisis univariado mediante el test del Chi cuadrado. Además (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

TABLA N° 10

Factores asociados a grado funcional desfavorable postoperatoria a los 6 meses de seguimiento. OR crudas y significación estadística correspondiente.

VARIABLES	Chi cuadrado de PEARSON	Significación asintótica bilateral	Intervalo de confianza 95%		OR raw
			Inferior	Superior	
EDAD >75 AÑOS <75 AÑOS	9,050	0.003	1,177 0,291	9,528 0,712	7,313
SEXO MUJER VARON	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
SOCIAL INSTITUCION NO INSTITUCION	7,392	0.007	1,2110 0,202	3,154 0,873	4,655

LATERALIDAD DERECHA IZQUIERDA	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
FRACTURA PREVIA	n/s	n/s	n/s	n/s	n/s
GRADO FUNCIONAL PREVIO	n/s	n/s	n/s	n/s	n/s
MEDICACION IPOGLICEMIANTE ANTI-HTA ANTIDEPRESIVO AINES ANTICOAGULANTE >2 FARMACOS	n/s	n/s	n/s	n/s	n/s
HEMOGLOBINA PREVIA < 10 >10	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
COMORBILIDAD ALTA BAJA	6,877	0,009	1,158 0,247	3,234 0,879	4,156
ESPERA QUIRURGICA >2 DIAS <2 DIAS	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
DURACION DE CIRUGIA >45 MINUTOS < 45 MINUTOS	3,461	0,063	0,887 0,372	3,593 0,992	2,941
TIPO DE CIRUGIA CON IMPLANTE SIN IMPLANTE	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
ASA II III	4,051	0,044	0,297 1,016	1,040 2,733	3,00
PRESENCIA DE COMPLICACION CV RENAL RESPIRATORIA INFECCION DE HERIDA SEPSIS COMP.MENOR RE- CIRUGIA SEPSIS DESORIENTACION AGITACION SANGRADO IMPORTANTE MUERTE INTRAHOSP	n/s n/s n/s 4,746 4,009 n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s	n/s n/s n/s 0,029 0,045 n/s n/s n/s n/s n/s	n/s n/s n/s 1,279 1,074 n/s n/s n/s n/s n/s	n/s n/s n/s 2,810 2,721 n/s n/s n/s n/s n/s	n/s n/s n/s 8,167 2,074 n/s n/s n/s n/s n/s

MAS 2 COMPLICACIONES	n/s	n/s	n/s	n/s	n/s
TRANSFUSION	4,578	0,032	1,045	2,766	3,188

N/s: no significativo

En la tabla presentada se seleccionaron las variables que son significativas para nuestro estudio, además se evidencia el OR >1 para nuestras variables que nos indican como factor de riesgo para un grado funcional desfavorable a los 6 meses de seguimiento y se encuentran dentro del intervalo de confianza mayor a 1, así como OR <1 como factor protector.

Con la significancia asintótica bilateral tenemos el valor de p por lo que se rechaza la hipótesis nula que se había planteado.

Interpretando los valores

Los pacientes mayores de 75 años tienen 7,313 veces más probabilidad de tener un estado funcional desfavorable (Grado funcional 3,4, o 5) con respecto a aquellos menores a 75 años

Los pacientes con una alta comorbilidad (> 3 comorbilidades previas) tienen 4,156 veces más probabilidad de tener un estado funcional desfavorable (Grado funcional 3,4, o 5) con respecto a aquellos que tienen un estado funcional favorable.

Los pacientes que se encuentran en una institución (casa de reposo) tienen 4,655 veces más probabilidad de tener un estado funcional desfavorable (Grado funcional 3,4, o 5) con respecto a aquellos que se están en sus domicilios

Los pacientes que presentan complicaciones respiratorias tienen 8,167 veces más probabilidad de tener un estado funcional desfavorable (Grado funcional 3,4, o 5) con respecto a aquellos que no tuvieron esta complicación.

Los pacientes que presentan infección de herida operatoria 2,074 veces más probabilidad de tener un estado funcional desfavorable (Grado funcional 3, 4, o 5) con respecto a aquellos que no presentan esta complicación.

Los pacientes que presentan ASA III tienen 3,000 veces más probabilidad de tener un estado funcional desfavorable (Grado funcional 3, 4, o 5) con respecto a aquellos pacientes que son ASA II.

Los pacientes que han recibido transfusión sanguínea tienen 3,188 veces más probabilidad de tener un estado funcional desfavorable (Grado funcional 3, 4, o 5) con respecto a aquellos que no han recibido transfusión

Con respecto a la variable duración de cirugía, se evidencia que la variable duración mayor a 45 minutos tiene un OR >1 que indica que es factor de riesgo para un grado funcional desfavorable, sin embargo no tiene significación al ser sometida al intervalo de confianza, mientras que la duración menor a 45 minutos se encuentra dentro de intervalo de confianza < 1 por lo que es un factor protector.

TABLA N° 11

Prueba T para índice de Charlson

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	CCI	10,9432	60	17,62355	2,27519
	Grado funcional favorable o no	,48	60	,504	,065

		Diferencias emparejadas					T	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia			
					Inferior	Superior		
Par 1	CCI - Grado funcional favorable o no	10,45983	17,73049	2,28900	5,87956	15,04011	4,57059	,000

Se realiza la prueba T para la variable Índice de Charlson para la variable grado funcional desfavorable, y se evidencia que la media es 10,45 el cual es un Índice alto de

comorbilidades y además altamente significativo por el valor de significancia bilateral, por lo que rechaza la hipótesis nula.

TABLA N° 12

Factores asociados a Fallecimiento a los 6 meses de seguimiento. OR crudas y significación estadística correspondiente.

VARIABLES	Chi cuadrado de PEARSON	Significación asintótica bilateral	Intervalo de confianza 95%		OR raw
			Inferior	Superior	
EDAD >75 AÑOS <75 AÑOS	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
SEXO MUJER VARON	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
SOCIAL INSTITUCION NO INSTITUCION	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
LATERALIDAD DERECHA IZQUIERDA	6,077	0,14	0,086 1,068	0,878 1,777	0,199
FRACTURA PREVIA	8.875	0,003	1,455	9,525	5,720
GRADO FUNCIONAL PREVIO FAVORABLE DESFAVORABLE	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
MEDICACION HIPOGLICEMIANTE ANTI-HTA ANTIDEPRESIVO AINES ANTICOAGULANTE >2 FARMACOS	n/s n/s n/s n/s n/s	n/s n/s n/s n/s n/s	n/s n/s n/s n/s n/s	n/s n/s n/s n/s n/s	n/s n/s n/s n/s n/s
HEMOGLOBINA PREVIA < 10 >10	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
COMORBILIDAD	n/s	n/s			n/s

ALTA BAJA			n/s n/s	n/s n/s	
ESPERA QUIRURGICA >2 DIAS <2 DIAS	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
DURACION DE CIRUGIA >45 MINUTOS < 45 MINUTOS	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
TIPO DE CIRUGIA CON IMPLANTE SIN IMPLANTE	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
ASA II III	n/s	n/s	n/s n/s	n/s n/s	n/s
COMPLICACION PRESENTE AUSENTE CV RENAL RESPIRATORIA INFECCION DE HERIDA SEPSIS COMP.MENOR RE- CIRUGIA DESORIENTACION AGITACION SANGRADO IMPORTANTE MUERTE INTRAHOSP MAS 2 COMPLICACIONES	n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s	n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s	0,651 n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s	0,864 n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s	0.750 n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s n/s
TRANSFUSION	n/s	n/s	n/s	n/s	n/s

En la tabla anterior se seleccionaron las variables que son significativas para nuestro estudio, además se evidencia el OR >1 para nuestras variables que nos indican como factor de riesgo para el fallecimiento del paciente a los 6 meses de seguimiento y se encuentran dentro del intervalo de confianza mayor a 1, así como OR <1 como factor.

Con la significancia asintótica bilateral tenemos el valor de p por lo que se rechaza la hipótesis nula que se había planteado.

Interpretando los valores

Los pacientes que han tenido fractura previa tienen 5,720 veces más probabilidad de fallecer con respecto a aquellos que no presentan este antecedente

Con respecto a la lateralidad, se obtiene que los pacientes que presenten fractura derecha es factor protector para el fallecimiento ($OR < 1$), mientras que los pacientes que han presenten fractura de miembro izquierdo es factor de riesgo asociado al fallecimiento

Con respecto a la ausencia de complicaciones, esta es factor protector para el fallecimiento.

TABLA N° 13

Prueba T para la variable Índice de Comorbilidades de Charslon para la variable Fallecimiento del paciente a los 6 meses de seguimiento

Prueba T

Correlaciones de muestras emparejadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CCI & MUERTE	70	,129	,286

Prueba de muestras emparejadas

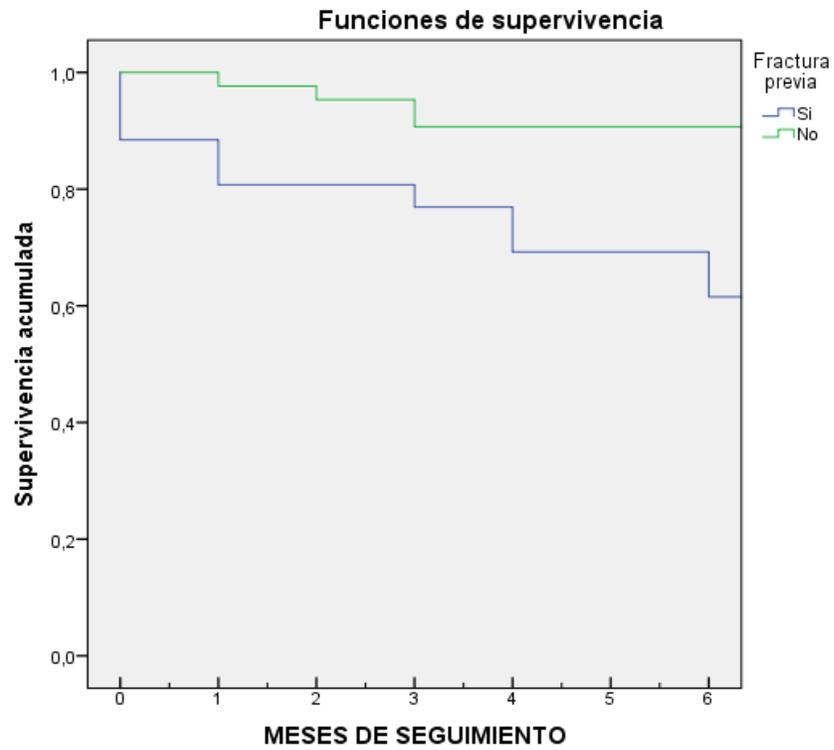
	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 CCI - MUERTE	9,59214	16,32676	1,95142	5,69916	13,48512	4,915	69	,000

Se realiza la prueba T para la variable Índice de Charslon para la variable fallecimiento a los 6 meses de seguimiento, y se evidencia que la media es 9,59 el cual es un Índice alto de comorbilidades, que es altamente significativo por el valor de significancia bilateral, por lo que rechaza la hipótesis nula.

Curva de supervivencia de kaplan

GRAFICO N° 18

Curva de supervivencia para los pacientes con fractura previa con respecto a la variable fallecimiento



Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	8,659	1	,003

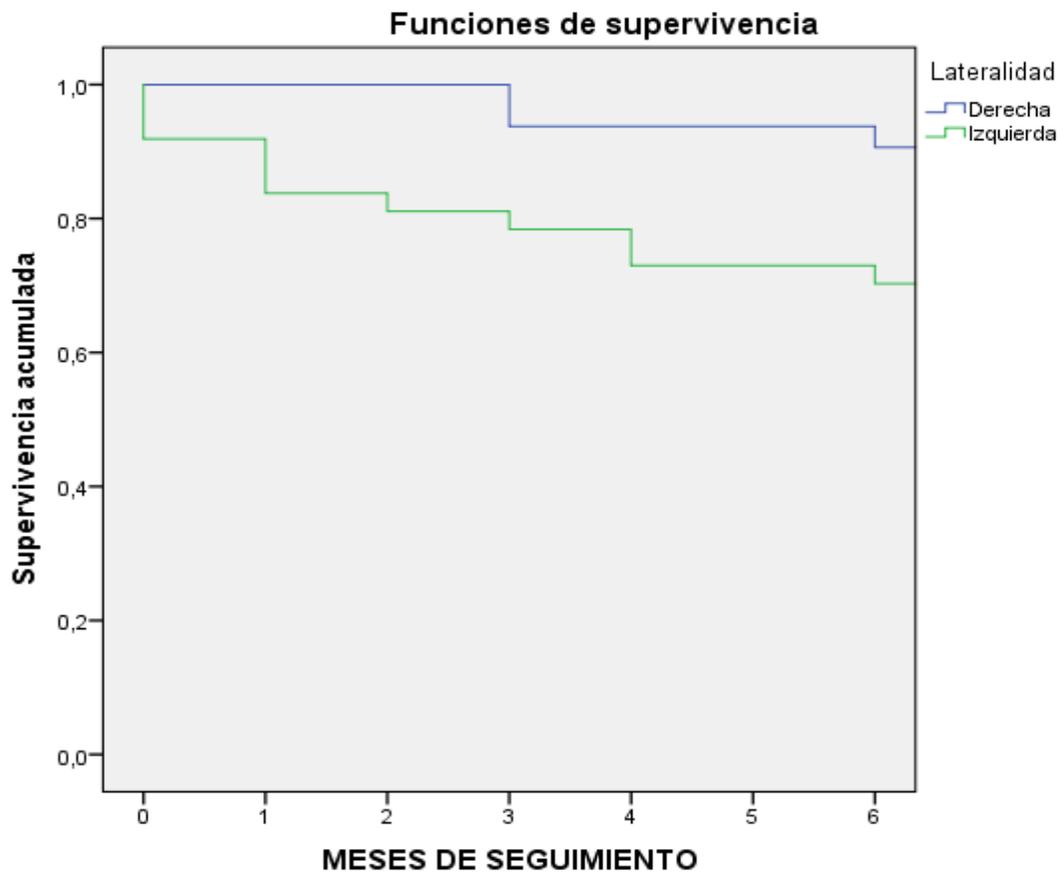
Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Fractura previa.

En el cuadro presentado se evidencia a los pacientes que han tenido fractura previa, y que durante los 6 meses de seguimiento son lo que han fallecido mayoritariamente en comparación con los pacientes que no tienen el antecedente y que en el grafico demostramos que presentan mayor supervivencia.

Se obtiene además una alta significación para nuestro estudio ($p= 0,003$)

GRAFICO N° 19

Curva de supervivencia para los pacientes con fractura derecha/izquierda con respecto a la variable fallecimiento



Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	4,632	1	,031

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Lateralidad.

En el grafico se evidencia a los pacientes que han presentado fractura de cadera izquierda, son lo que han fallecido mayoritariamente durante los 6 meses de seguimiento en comparación con los pacientes con fractura contralateral y que en el grafico demostramos que presentan mayor supervivencia.

Se obtiene además una significación para nuestro estudio ($p= 0,031$)

Análisis Multivariado de las variables que fueron significativas

TABLA N° 14

Análisis multivariado de las variables que fueron significativas con respecto a la variable objetivo Grado Funcional desfavorable a los 6 meses de seguimiento

VARIABLE	OR	Valor p	Potencia Observada
Edad	11,505	0,001	0,915
Institucionalizado	9,614	0,003	0,862
Comorbilidad	9,114	0,004	0,843
Transfusión sanguínea	5,917	0,018	0,667
Complicación Respiratoria	5,495	0,023	0,635
Infección de herida	4,462	0,039	0,547
Asa	3,441	0,069	0,446
CCI	2,711	0,105	0,367
Tiempo operatorio	1,254	0,267	0,196

Con este cuadro presentado obtenemos que las variables: edad, Institucionalizado, comorbilidad, transfusión sanguínea, complicación respiratoria, infección de la herida, son

representativos, además poseen OR alto catalogándolos como factores de riesgo para un Grado funcional desfavorables; además por alta potencia observada son extrapolables a la población general. Con respecto a las variables: ASA, CCI, Tiempo operatorio; si bien presenta un OR alto para grado funcional desfavorable, estos no son significativos y poseen menor poder; por lo que se puede inferir que se necesita una población más numerosa para así aumentar la potencia estadística.

TABLA N° 15

Análisis multivariado de las variables que fueron significativas con respecto a la variable objetivo Fallecimiento a los 6 meses

VARIABLE	OR	Valor p	Potencia Observada
Fractura Previa	9,873	0,002	0,708
Lateralidad izq.	6,464	0,013	0,872
CCI	1,155	0,286	0,185

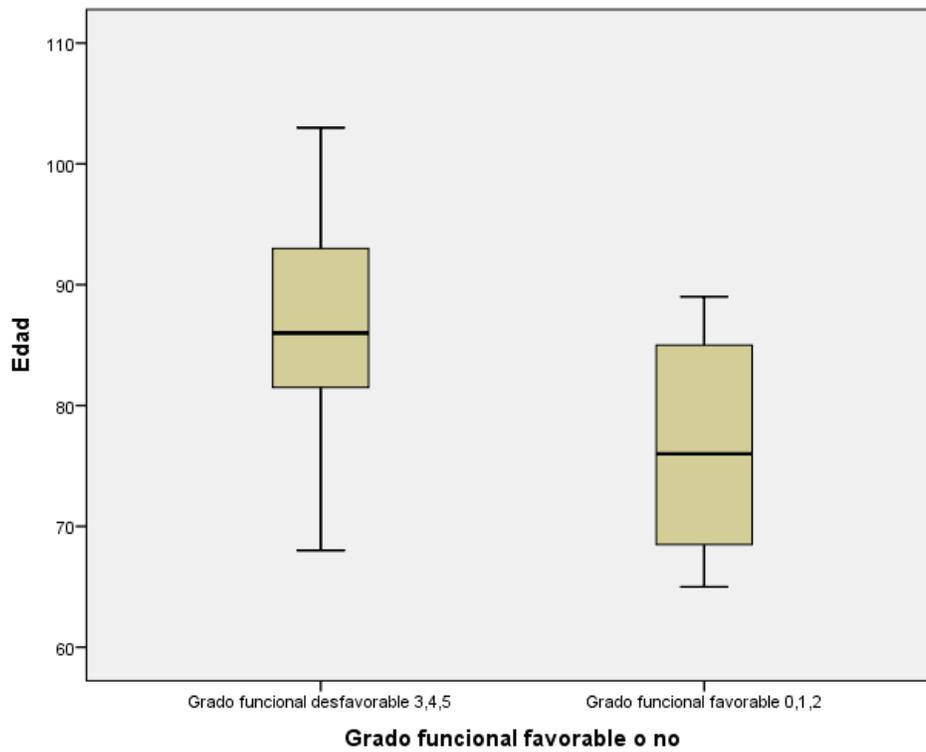
En la tabla se obtiene que las variables: fractura previa, lateralidad izquierda, son representativos, además poseen OR alto catalogándolos como factores de riesgo para fallecimiento dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía; además por alta potencia observada son extrapolables a la población general.

Con respecto a la variable Índice de Charlson (CCI), se evidencia que es un factor de riesgo, pero no son significativos y tiene baja potencia, por lo que se infiere que sería necesario una mayor muestra para aumentar el poder del estudio

Diagrama de cajas y bigotes

GRAFICO N° 20

Edad con respecto a las variables objetivo grado funcional desfavorable a los 6 meses de seguimiento



En este cuadro vemos que la mediana (50%) de edad para el grado funcional desfavorable es 85 años, además los valores mínimos y máximos son 68 años y 103 años respectivamente. El cuartil Q1 corresponde a 82 años.

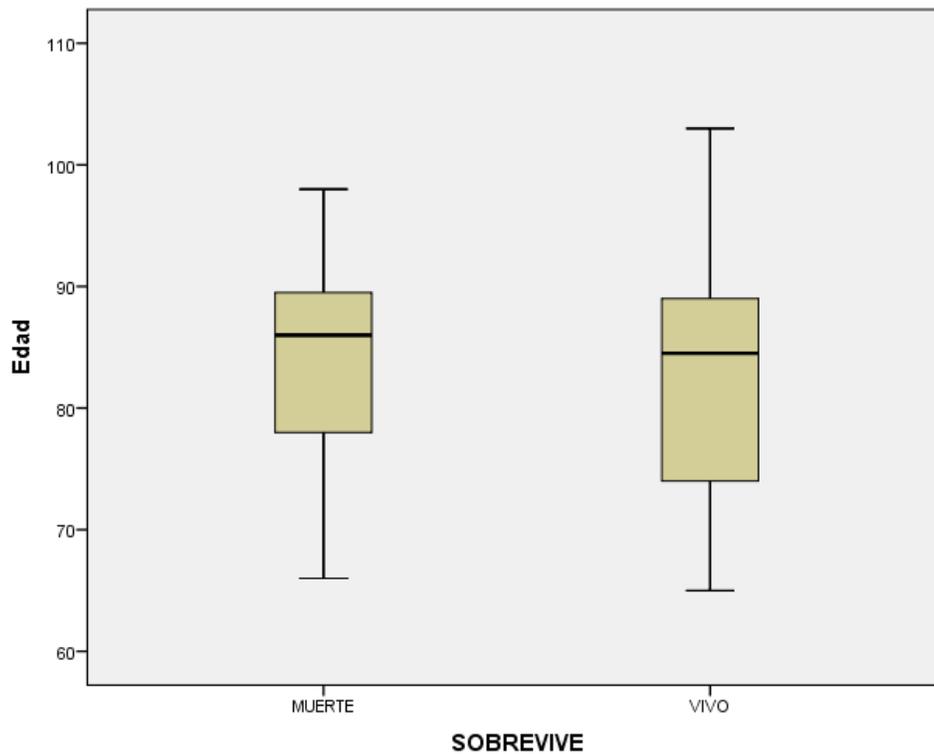
Con respecto al Grado funcional favorable la mediana (50% de los datos) corresponde a pacientes de 75 años, el valor mínimo es 65 años y máximos 87 años, el cuartil Q1 corresponde a los 68 años.

Se puede concluir que los pacientes que tiene un grado funcional favorable son aquellos que son más jóvenes.

Este grafico tiene correspondencia con representatividad hallada para la edad en la Tabla N° 13

GRAFICO N° 21

Edad con respecto a las variables objetivo fallecimiento a los 6 meses



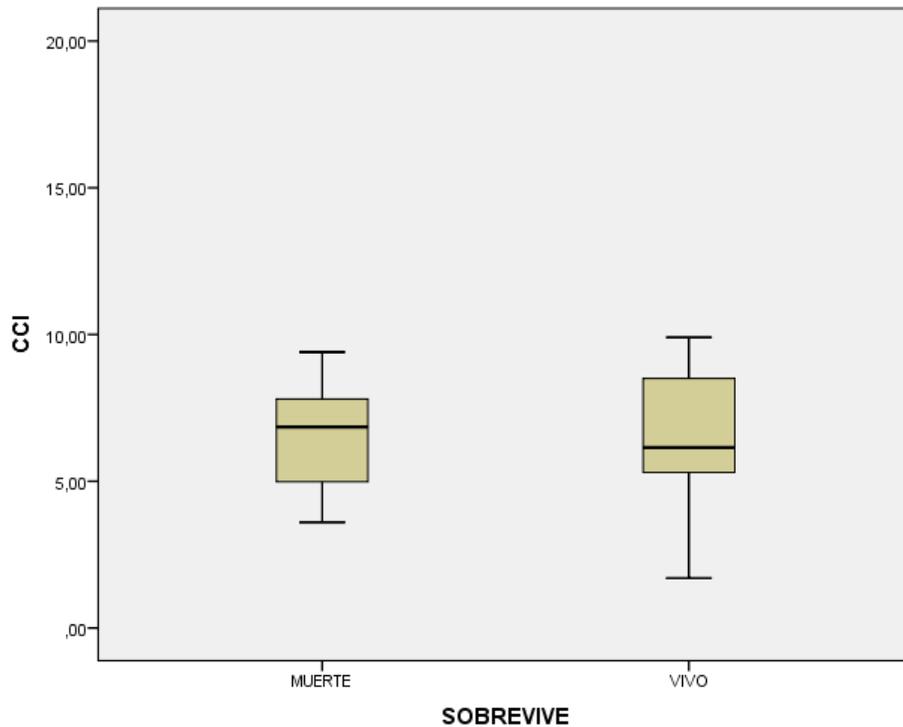
En este grafico se observa que la mediana (50%) de edad para el fallecimiento a los 6 meses es 87 años, además los valores mínimos y máximos son 68 años y 98 años respectivamente. El cuartil Q1 corresponde a 78 años.

Con respecto a la sobrevivencia de los pacientes, la mediana (50% de los datos) corresponde a pacientes de 85 años, el valor mínimo es 65 años y máximos 103 años, el cuartil Q1 corresponde a los 75 años.

Se puede concluir que la edad no es representativa para el fallecimiento del paciente, pues de evidencia pacientes longevos que sobreviven a los 6 meses de seguimiento

GRAFICO N° 22

Índice de Charlon con respecto a las variables objetivo fallecimiento a los 6 meses



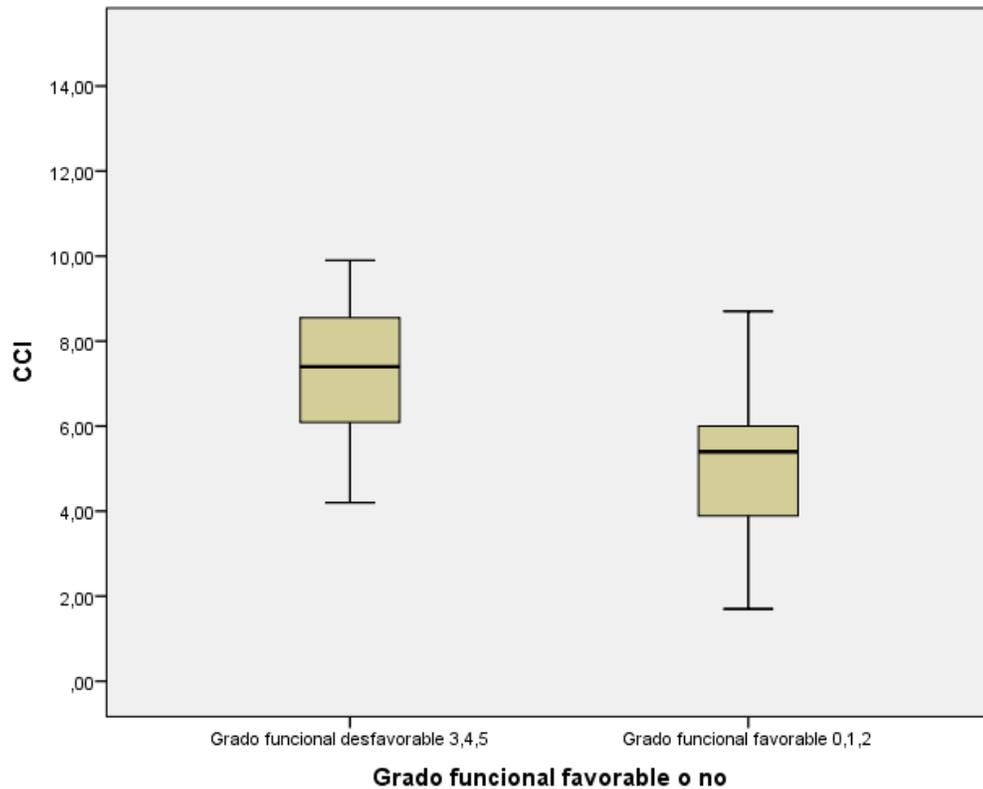
En este grafico se observa que la mediana (50%) de CCI para el fallecimiento a los 6 meses es 7 puntos, además los valores mínimos y máximos son 4 puntos y 9 puntos respectivamente. El cuartil Q1 corresponde a 5 puntos.

Con respecto a la sobrevivencia de los pacientes, la mediana (50% de los datos) corresponde a un puntaje de 6, el valor mínimo es 2 puntos y máximos 9 puntos, el cuartil Q1 corresponde a los 5 puntos.

Se puede concluir si bien la mediana para el fallecimiento es mayor para los que han fallecido, no se evidencia una diferencia contundente por lo que está en concordancia con los hallados en la tabla N°14.

GRAFICO N° 23

Índice de Charlson con respecto a las variables objetivo grado funcional a los 6 meses de seguimiento



En este cuadro vemos que la mediana (50%) del CCI para el grado funcional desfavorable es 7 puntos, además los valores mínimos y máximos son 4 y 10 puntos respectivamente. El cuartil Q1 corresponde a 6 puntos.

Con respecto al Grado funcional favorable la mediana (50% de los datos) corresponde a pacientes con 5 puntos, el valor mínimo es 2 puntos y 9 puntos, el cuartil Q1 corresponde a 4 puntos.

Se concluye que los pacientes que tuvieron una evolución desfavorable tuvieron una mediana mayor con respecto a los que evolucionaron favorablemente, por lo que los que tuvieron más comorbilidades son los que tuvieron una evolución desfavorable.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de este estudio muestran que la población intervenida de fractura de cadera en el hospital Central de la F.A.P durante el año 2014 tuvo características similares a otras series publicadas.

Para la variable del grado funcional basal se encontró que un el 31,7% de los pacientes se valen por sí mismo, el 22.7% deambula con dificultad, 20% es independiente pero usa bastón, el 10 % requiere ayuda de una persona, el 8,6% corresponde a pacientes que requieren ayuda de 2 personas y son incontinentes habituales, finalmente un 7% no camina y requiere cuidados de enfermería, cuando realizamos el seguimiento a los 6 meses posteriores de la cirugía encontramos que un 42.9% de pacientes se encuentran con un grado funcional desfavorable (Grado funcional 3, 4, o 5), en líneas generales existe una disminución en el grado de dependencia del paciente pues los paciente que son independientes a los 6 meses de seguimiento apenas alcanzan un 10%. Se determina dicotomizar la variable objetivo en favorable o desfavorable de acuerdo a la necesidad de ayuda de una persona (37) según estudios anteriormente realizados.

Estudio realizado por Gonzalo Ramón González González en México en el año 2012 concluye que la independencia funcional está directamente relacionada y es factor de riesgo para fractura de cadera. (28), en nuestro estudio encontramos que el estado funcional previo no es significativo, pues si este es desfavorable previamente, es altamente probable que continúe siéndolo o que empeore, por lo que sería necesario una muestra mayor para hallar la representatividad para esta variable, sin embargo coincidimos con el estudio realizado en México en el aspecto que hay deterioro en el grado de dependencia posterior a la fractura.

Los factores pronóstico relacionados con el grado funcional desfavorable descritos en la literatura son: la edad avanzada, el sexo masculino, un ASA III y IV, tener 3 o más comorbilidades asociadas al ingreso, las complicaciones postoperatorias cardiocirculatorias y respiratorias, vivir en una residencia (28), hemoglobina previa (25). Nuestros datos después del análisis de regresión multivariado coinciden con la literatura y, además, hemos hallado una relación significativa con el grado funcional desfavorable en aquellos pacientes que fueron sometidos a transfusiones sanguíneas (OR: 3,88; IC95%: 1,045 – 2,766).

En el modelo de análisis multivariado, solo continuaron siendo factores pronósticos la edad avanzada > 75 años (OR: 7,313; IC95%: 1,177- 9,528), ASA III (OR: 3,00; IC95%: 1,01-2,433), no se obtuvieron pacientes con ASA IV o ASA I, ASA II se obtuvo como factor protector. Las complicaciones postoperatorias respiratorias (OR: 2,07; IC95%: 1,20-3,54) y Infección de herida operatoria (OR: 2,721; IC95%: 1,074-2,721). A diferencia del estudio de F.Regunta (28) no hemos hallado asociación entre complicaciones post operatorias cardiovasculares. El sexo no influyó, quizá por ser una muestra limitada.

La alta comorbilidad en nuestros pacientes fue significativa (OR: 4,156; IC95%: 1,158-3,234) además en aquellos pacientes que se encuentran en alguna institución (OR: 4,655; IC95%: 1,177-9,528), por lo que coincidimos con estudios realizados con anterioridad mencionados en la literatura.

Algunas de nuestras variables son significativas en el análisis univariado, sin embargo al contrastarlas en el análisis multivariado posterior, pierden significancia y disminuye su poder estadístico, muy probablemente a que nuestra muestra es pequeña por lo que es recomendable estudios con una mayor cantidad de pacientes.

Nuestros resultados muestran una mortalidad intrahospitalaria (3%) y a los 6 meses (22,9%) algo superiores a los publicados. A los 6 meses de la intervención quirúrgica la supervivencia es muy similar a la descrita en la literatura (7) (28) (37). Cabe destacar la dificultad de comparar los datos de mortalidad debido a la heterogeneidad en las definiciones y la diferente comorbilidad de las series.

Creemos que las discrepancias encontradas puedan en parte también explicarse por la falta de protocolos de actuación específicos.

La intervención quirúrgica en el 42,9% de los casos se realizó con la colocación de implante parcial o total de cadera, siendo no significativo en nuestro estudio para las variables objetivos.

La complicación post operatoria más frecuente fueron el sangrado importante y el episodio de agitación, ambas con una frecuencia de 20,31%, sin embargo con estas complicaciones no fueron representativas para nuestro estudio, para ninguno de nuestras variables objetivo. Los factores pronóstico relacionados con la mortalidad postoperatoria descritos en la literatura son: la edad avanzada, el sexo masculino, un ASA III y IV, tener 3 o más comorbilidades asociadas al ingreso, la demencia, las complicaciones postoperatorias cardiocirculatorias y respiratorias, y vivir en una residencia (5). En nuestro estudio no encontramos que sean significativas dichas variables.

Sin embargo con respecto a la variable fractura previa (OR: 5,720; IC95%: 1,455-9,525). Coincidiendo con el estudio realizado por Gibson et al (22) en la que el antecedente de

fractura previa representativa para la mala evolución del paciente post operado de fractura de cadera, además también realizo la asociación si la fractura es del mismo lado o contralateral, nosotros no hemos realizado dicho en específico; pero ya es bastante significativa la presencia de este antecedente.

La lateralidad de la fractura demostrado ser significativa para nuestro seguimiento a 6 meses, en la que se evidencia una supervivencia mayor en fractura de cadera derecha (OR: 0,199; IC95%: 0,086- 0,876).

No hallamos diferencias significativas en la mortalidad entre los pacientes intervenidos antes o después de las 48 h del ingreso. Hay mucha controversia en la literatura respecto a la relación tiempo de demora quirúrgica y mortalidad postoperatoria. Diversos autores apoyan que el tratamiento precoz se asocia a una disminución de la mortalidad a corto y mediano plazo (26) En el metaanálisis de Shiga et al. (22) la demora quirúrgica superior a 48 h se asoció a un aumento de la mortalidad a corto y mediano plazo en los pacientes ancianos con fractura de fémur, y la cirugía temprana a un aumento del beneficio en los pacientes de bajo riesgo y en los más jóvenes. Nosotros relacionamos la demora quirúrgica con mortalidad a los 6 meses de seguimiento, pero a diferencia de Shiga et al. (22), no hemos analizado el impacto de la demora quirúrgica en los pacientes más jóvenes y de bajo riesgo.

El registro de las causas de demora quirúrgica es importante para separar el grupo de problemas clínicos del grupo demorado por causas organizativas, en el que sí se demuestra el beneficio de la intervención precoz. Este punto constituye una limitación en nuestro estudio, al no haber podido registrar los motivos de retraso de la cirugía. Además la demora quirúrgica no fue significativa para el grado funcional desfavorable.

Un alto porcentaje de pacientes con fractura de cadera presenta anemia preoperatoria, con una alta incidencia de transfusiones sanguíneas y un aumento de infecciones postoperatorias (51). Nuestros resultados coinciden con la literatura en cuanto a la alta incidencia de transfusiones sanguíneas durante la hospitalización.

Comparar con estudios previos la recuperación de la funcionalidad después de la fractura de fémur es difícil por la diferencia en la selección de los pacientes. En general, se admite que al año de la cirugía, alrededor del 50-60% de los pacientes recuperan su capacidad de marcha previa a la fractura, y un 30% son autónomos para las actividades de la vida diaria (29). Nuestros resultados son similares en cuanto al porcentaje de pacientes autónomos, pero en cambio, solo el, 26% han recuperado la capacidad de la marcha previa a la fractura. Consideramos que tiene un papel muy importante iniciar una rápida movilización, una buena analgesia

Dinámica (33) y la rehabilitación del paciente dentro de las primeras 24-48 h después de la cirugía. Sería importante evaluar qué implicación tiene en la funcionalidad de estos pacientes al alta, el hecho de aplicar, como es nuestro caso, una política transfusional restrictiva durante todo el periodo de hospitalización.

Para valorar la comorbilidad al ingreso hemos utilizado el íCH, validado ampliamente como un indicador pronóstico de mortalidad (35). El odds ratio a los 6 meses posteriores a la cirugía muestra que los pacientes con un íCh de 3 o más tenían más riesgo de morir que los que no tenían comorbilidad asociada, sin embargo su poder estadístico es bajo por lo que se considera necesario tener una muestra más grande de pacientes.

Este estudio presenta limitaciones al ser retrospectivo, y hay que interpretar los resultados con cierta precaución. La recuperación de datos desde la historia clínica, pudo inducir sesgo de información.

Por último, el estudio de los factores pronóstico relacionados con las complicaciones postoperatorias, las causas de la demora quirúrgica, la repercusión de la anemia y la demora quirúrgica, y el índice de transfusión son aspectos importantes a tener en cuenta y que en este estudio no hemos evaluado.

Podemos concluir que en este estudio retrospectivo, los resultados obtenidos corroboran la alta morbimortalidad de los pacientes intervenidos de fractura de cadera, las importantes limitaciones en la capacidad de la marcha y el estado funcional de los pacientes a los seis meses de la cirugía, así como las graves repercusiones sociosanitarias que conlleva.

A partir del conocimiento exhaustivo y real de la problemática de nuestro hospital, y de la revisión de las alternativas (22), se ha definido la necesidad de un plan de actuación multidisciplinario, de atención integral e individualizada a los pacientes con fractura de fémur. El objetivo es disminuir las complicaciones postoperatorias, la estancia media hospitalaria, la mortalidad postoperatoria y mejorar la funcionalidad de los pacientes después de la cirugía.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Los factores pronósticos edad, estado social (paciente institucionalizado) y la alta comorbilidad son factores altamente asociados al grado funcional desfavorable a los 6 meses posteriores a la intervención quirúrgica.
- Los factores pronósticos clínicos : complicación respiratoria, infección de herida operatoria, ASA II, transfusión sanguínea; así como el Índice de Charlson (> 5) son factores asociados a un grado funcional desfavorable a los 6 meses posteriores a la intervención quirúrgica
- La duración de cirugía menor a 45 minutos y la ausencia de complicaciones, son factores protectores para el grado funcional desfavorable a los 6 meses posteriores a la intervención quirúrgica.
- El 42,9% de los pacientes presenta un grado funcional desfavorable (Grado 3,4,5) a los 6 meses posteriores a la intervención quirúrgica
- Los factores clínicos fractura izquierda, y fractura previa están altamente asociadas al fallecimiento de los pacientes a los 6 meses de seguimiento.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la realización de un estudio con una mayor población y muestra de tal manera se aumente el poder estadístico del presente estudio.
2. Se recomienda la realización de un estudio prospectivo, además con el seguimiento ideal de 3 meses, 6 meses y al año de haberse realizado la cirugía.

3. Se recomienda hacer un estudio más amplio y poner a consideración el estudio de los factores pronóstico relacionados con las complicaciones postoperatorias, las causas de la demora quirúrgica, la repercusión de la anemia y la demora quirúrgica, y el índice de transfusión; así como poner en consideración el tiempo transcurrido para el inicio de la rehabilitación y la movilización del paciente.
4. Es necesario prestar especial atención a aquellos paciente de edad avanzada y que tienen altas comorbilidades, por medio de una estrategia de estratificación de riesgo para así evitar las complicaciones post operatorias que conlleva a la posterior disminución del grado funcional del paciente.
5. Se recomienda la evaluación geriátrica integral previa a todos los pacientes adultos mayores, a fin de implementar de un plan de actuación multidisciplinario previo, de atención individualizada a los pacientes con fractura de fémur antes durante y posterior a la cirugía, con enfoque a disminuir las complicaciones y la morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carvajal Montoya A. LAS CAIDAS Y FRACTURAS DE CADERA EN EL ADULTO MAYOR. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTOAMERICA. 2007.
2. Muñoz S, Lavanderos J. Fractura de cadera. Articulo de revision. 2008.
3. Ministerio de Salud de Chile. Manual de Prevencion de Caidas en el Adulto Mayor Villalobos A, editor. Santiago de Chile: Duplika Ltda; 2010.
4. Juste Lucero M. MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A LA FRACTURA DE CADERA EN EL PACIENTE ANCIANO UN ANALISIS EN NUESTRO MEDIO. Trabajo de investigacion. Barcelona: Universidad Autonoma de Barcelona, Cirugia; 2012.
5. López Esqueda FJ, González González GR. Correlación del estado funcional y nutricional en pacientes ancianos con fractura de cadera. Medwave. 2012 Junio;(5).
6. Guevara Linares X, Iparraguirre Azcona M, Menéndez Colino R. FRACTURA DE CADERA. In Geriatria SEd. Manual de geriatria para residentes. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2011. p. 461-472.
7. Basora M, Colomina M, et al. Anestesia en cirugía ortopédica y en traumatología. Primera edicion ed. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2011.

8. Rivera R, Antognini J. Perioperative Drug Therapy in Elderly Patients. *Anesthesiology*. 2009 Mayo; 110(5).
9. McLaughlin MA, Orosz G, Magaziner J. Preoperative Status and Risk of Complications in Patients with Hip Fracture. *Journal of General Internal Medicine*. 2006 Marzo; 21(3).
10. Serra J, Garrido G. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *Anales de Medicina Interna*. 2002 Madrid; 19.
11. Monte R, Rabuñal R. Guía Clínica para la atención de los pacientes con fractura de cadera. 2005. Guías clínicas de la sociedad Gallega de medicina interna.
12. Martinez Rondanelli A. Fracturas de cadera en ancianos. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología*. 2005 marzo ; 19(1).
13. Spinler S, Rees. Review of Prasugrel for the Secondary Prevention of Atherothrombosis. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2009 Junio; 15(5).
14. Alvarez-Nebreda , Belén Jiménez. Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. *Bone*. 2008 February; 42(2).
15. Pedersen , Borgbjerg F. A Comprehensive Hip Fracture Program Reduces Complication Rates and Mortality. *American journal of geriatrics society*. 2008.
16. Kirke P, Sutton M. Outcome of hip fracture in older Irish women: a 2-year follow-up of subjects in a case-control study. *Injury*. 2002 June; 33(5).
17. Burgos E, Gomez-Arnau JI. Predictive value of six risk scores for outcome after surgical repair of hip fracture in elderly patients. *ACTA ANAESTHESIOLOGICA SCANDINAVICA*. 2008; 52.

18. García S, Plaza R. Fracturas de cadera en las personas mayores de 65 años: diagnóstico y tratamiento. *Medicina Hoy*. 2005 Setiembre; LXIX(1.574).
19. Vilarmau M, Nogueras A, Guirao M. Fractura de fémur del anciano: estudio prospectivo de las variables asociadas a la prescripción de rehabilitación hospitalaria versus domiciliaria. *Revista multidisciplinaria de gerontología*. 2005; 15(2).
20. Trigás-Ferrín , Ferreira-González. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica | Sociedade Galega de Medicina Interna*. 2011 enero.
21. Miralles Basseda R, Esperanza Sanjuán. *Tratado de Geriatria para residentes Madrid*.
22. Khuri S, Henderson W, Mosca C. Determinants of long-term survival after major surgery and the adverse effect of postoperative complications. *Annals of Surgery*. 2005 setiembre; 242(3).
23. Shiga T, Wajima Z, Ohe Y. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2008 marzo; 55(3).
24. Gibson A, Hay A, Ray D. Patients with hip fracture admitted to critical care: Epidemiology, interventions and outcome. *Injury*. 2014 Febrero; 45.
25. Harstedt M, Rogmark C, Sutton R. Impact of comorbidity on 6-month hospital readmission and mortality after hip fracture surgery. *International Journal of the care of the Injured*. 2015 Abril; 46(5).

26. Kovar F, Endler G, Wagner O. 3. Basal haemoglobin levels as prognostic factor for early death in elderly patients with a hip fracture – A twenty year observation study. *Injury*. 2015 Enero.
27. Ireland AW, Kelly PJ, Cumming RG. Risk factor profiles for early and delayed mortality after hip fracture: Analyses of linked Australian Department of veterans. *Injury*. 2015 March.
28. OJEDA D, GAZABATT F, CISTE P. 5. Sobrevida postoperatoria en pacientes nonagenarios. Estudio pronóstico en cohorte retrospectiva 2001-2010, Clínica Dávila. *Revista Medica de Chile*. 2013;(141).
29. González González GR, López Esqueda FJ. 6. Correlación del estado funcional y nutricional en pacientes ancianos con fractura de cadera. *Medwave*. 2012 Junio;(15).
30. Salpakoski, Anu; Törmäkangas, Timo; Edgren, Johanna; Sihvonen, Sanna; Pekkonen, Mika; Heinonen, Ari; Pesola, Maija; Kallinen, Mauri; Rantanen, Taina; Sipilä, Sarianna. Walking Recovery after a Hip Fracture: A Prospective Follow - Up Study among Community Dwelling over 60 year Old Men and Women. *BioMed Research International*. 2014 January.
31. Regunta F. Factores pronóstico de mortalidad en los pacientes mayores con fractura de cadera. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2012 Marzo; 59(6).
32. Uribe Ríos A, Castaño Herrera DA. Morbilidad y mortalidad en pacientes mayores de 60 años con fractura de cadera en el Hospital Universitario San Vicente Fundación, de Medellín, Colombia. *Iatreia*. 2012 Octubre - Diciembre; 25(4).

33. Amigo Castañeda P, Rodríguez Díaz M. Complicaciones intrahospitalarias de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Revista Médica Electrónica. 2008; 30(5).
34. Rojas Alonso JL. Comportamiento de algunas variables clínico epidemiológicas en adultos mayores fallecidos con Fractura de Cadera. Servicio de Geriátria. Hospital V. I.Lenin. Enero 2007 – Diciembre 2008. 2009..
35. Delgado Morales JC, García Estiven A, Vázquez Castillo M, Madelyn CM. Consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos operados. Revista Cubana de Reumatología. 2013; XV(1).
35. Hip fractures in the elderly: mortality predictive factors at one year from surgery. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2009 January; 53(4).
37. de la Torre-García M, Hernández-Santana A, Moreno-Moreu N, Jacinto L, Rodríguez JC. 15. Recuperación funcional tras fractura de cadera en una población anciana, medida con el índice de Barthel. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2011 Marzo; 55(4).
38. García Raga DS, Martínez Bazan DY, Gonzales Pardo DS, Rodriguez Suarez DCM. Factores pronósticos de muerte en pacientes operados de fractura de cadera. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2011; 10(3).
39. Quesada Musa JV, Delgado Rifá E, Tórrez Vázquez D, Gómez Silva Y. Morbilidad y mortalidad por fractura de cadera. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. 2011 julio; 25(2).
40. Infante Castro ,CI, Rojano Mejía D. Factores pronósticos de funcionalidad en adultos mayores con fractura de cadera. Cirugía y Cirujanos. 2013 Marzo; 81(2).

41. De la Torre-García M, Hernández-Santana A. Recuperación funcional tras fractura de cadera en una población anciana, medida con el índice de Barthel. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2011 julio; 55(4).
42. Torres Pérez JF, Jiménez CJ. Prevalencia de delirium en adultos mayores con fractura de cadera. *Revista Medicina Universitaria*. 2010; 12(49).
43. OJEDA D, GAZABATT F, CISTERNAS P. Sobrevida postoperatoria en nonagenarios. Estudio retrospectivo 2001- 2010. Clínica Davila. *Revista Medica de Chile*. 2013 Agosto; 34(131).
44. Grau Quiroz YE. Características epidemiológicas de fractura de cadera en pacientes adulto mayor. Hospital Regional Docentes de Trujillo 2013. Tesis. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina; 2013.
45. Álvarez López A, Montánchez Salamanca DR, García Lorenzo Y. Comportamiento de pacientes con fractura de cadera en el año 2011. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2013 enero; 17(1).
46. Cáceres Palou E, Colomina Soler MJ. Morbimortalidad Asociada A La Fractura De Cadera Del Paciente Anciano. Analisis De Nuestro Medio. Trabajo de investigación. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Cirugia; 2012.
47. Reguanta F, Martíneza E, Gil B. Fractura de cadera, antiagregantes plaquetarios y complicaciones postoperatorias. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2013 Noviembre; 60(9).
48. Monteza León EJ. Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad en el Postoperatorio de Fractura de Cadera a en Adulto Mayor en el Hospital

Víctor Lazarte Echegaray. Tesis. Trujillo: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, Facultad de Medicina Humana; 2014.

49. Allowe Müller W. Manual of internal fixation.. Tercera edicion ed.: Editorial Científico-Médica; 1992.
50. Saez Lopez P, Madruga Galán F, Rubio Caballero JA. Detección de problemas en pacientes geriátricos con fractura de cadera. Importancia de la colaboración entre traumatólogo y geriatra. Revista de Ortopedia y Traumatología. 2007 Junio; 51(3).
51. Miraval T, Becerra Rojas F, Segami Salazar I. Fractura de cadera a trauma minimo en mayores de 50 años: morbimortalidad y pronóstico funcional. Revista Peruana de Reumatología. 2001; 7(2).
52. Cuenca J. Valores hematimétricos preoperatorios y tipo de fractura como factores de riesgo transfusional en fracturas trocantéreas de cadera en pacientes mayores de 65 años. Revista Española de Anestesiología y Reanimacion. 2004 Julio; 9(51).

ANEXOS

ANEXO 1

HOJA DE DATOS (ANEXO-I)

NOMBRE DEL PACIENTE:

No. HC:

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

EDAD:

Sexo	Social
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Institucionalizados con compañía
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Institucionalizados sin compañía
	<input type="checkbox"/> No institucionalizados con compañía
	<input type="checkbox"/> No institucionalizados sin compañía

DATOS

Comorbilidades	Grado Funcional
<input type="checkbox"/> 0-1: Ausencia de comorbilidad.	<input type="checkbox"/> 0: Se vale por sí mismo
<input type="checkbox"/> 2: Comorbilidad baja.	<input type="checkbox"/> 1: Deambula con dificultad
<input type="checkbox"/> >3: Comorbilidad alta.	<input type="checkbox"/> 2: Independiente con bastón.
	<input type="checkbox"/> 3: Ayuda de andador o poca ayuda de 1 persona. Incontinencia ocasional
	<input type="checkbox"/> 4: Ayuda de dos 2 personas. Incontinencia habitual
	<input type="checkbox"/> 5: No camina. Incontinencia total, requiere cuidados de enfermería

BIOLOGICOS

DATOS CLINICOS

Lateralidad	Frac. Previa	Hemoglobina al ingreso	Transfusión Sanguínea
<input type="checkbox"/> C. derecha	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> < 12 gr/dl	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> C. izquierda	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> > 12 gr/dl	<input type="checkbox"/> No

Medicación al ingreso	Tiempo de espera Quirúrgico	Tiempo operatorio	Tipo de cirugía	Comorbilidades
<input type="checkbox"/> AAs/Triflusal	<input type="checkbox"/> ≤ A 2 días.	<input type="checkbox"/> < 45 minutos	<input type="checkbox"/> Prótesis total	<input type="checkbox"/> 0-1: No comorbilidad
<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/> > A 2 días.	<input type="checkbox"/> > 45 minutos	<input type="checkbox"/> Prótesis biarticular parcial de Moore	<input type="checkbox"/> 2 Comorbilidad baja
<input type="checkbox"/> ACOS.			<input type="checkbox"/> Placa DHs	<input type="checkbox"/> > 3 Comorbilidad alta
<input type="checkbox"/> AINES			<input type="checkbox"/> Clavo endomedular	ASA
<input type="checkbox"/> Antidepresivos			<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> ASA I
<input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes				<input type="checkbox"/> ASA II
<input type="checkbox"/> Antihipertensivos				<input type="checkbox"/> ASA III
				<input type="checkbox"/> ASA IV

Complicaciones post quirúrgicas

<i>Cardiocrulatorias</i>	<i>Respiratorias</i>	<i>Infecciones</i>
<input type="checkbox"/> Infarto agudo de miocardio	<input type="checkbox"/> Hipoxia	<input type="checkbox"/> De herida
<input type="checkbox"/> Paro cardiorrespiratorio	<input type="checkbox"/> Descompensación EPOC	<input type="checkbox"/> Vías urinarias
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Sobreinfección respiratoria	<input type="checkbox"/> Sistémicas
<input type="checkbox"/> Edema agudo de pulmón	<input type="checkbox"/> Otras	
<input type="checkbox"/> Inestabilidad hemodinámica		
<input type="checkbox"/> TEP		

<input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> Sangrado importante	
Renales <input type="checkbox"/> Oligoanuria <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal aguda	Trastornos cognitivos <input type="checkbox"/> Desorientación <input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Reintervención quirúrgica) <input type="checkbox"/> Otras (complicaciones menores) <input type="checkbox"/> Muerte intrahospitalaria

ANEXO II

HOJA DE DATOS DE SEGUIMIENTO

VARIABLES -OBJETIVO

A los 6 meses

Grado Funcional	Fallecimiento
<input type="checkbox"/> 0: Se vale por sí mismo <input type="checkbox"/> 1: Deambula con dificultad <input type="checkbox"/> 2: Independiente con bastón. <input type="checkbox"/> 3: Ayuda de andador o poca ayuda de 1 persona. Incontinencia ocasional <input type="checkbox"/> 4: Ayuda de dos 2 personas. Incontinencia habitual <input type="checkbox"/> 5: No camina. Incontinencia total, requiere cuidados de enfermería.	<input type="checkbox"/> Rel. A fractura <input type="checkbox"/> Otras causas

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son los factores pronóstico asociados a mala evolución en pacientes mayores de 65 años internados por fractura de cadera en el Hospital de la Fuerza Aérea?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Identificar los factores de mal pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital de la Fuerza Aérea en el año 2014</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existen factores de mal pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014</p>	<p>Variable Independiente (VI)</p> <p>Fractura de cadera</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD)</p> <p>Factores pronostico de mala evolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica - Reporte Operatorio - Datos Sociodemográficos - Datos Biológicos - Datos Clínicos 	<p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></p> <p>Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo con análisis de asociación</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>1.- ¿Cuál es la asociación los datos socio demográficos como factor pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>1.- Determinar la asociación los datos socio demográficos como factor pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014</p>	<p>Hipótesis Especificas</p> <p>1.- Existe la asociación los datos socio demográfico como factor pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014.</p>	<p>Variable Independiente (VI1)</p> <p>Fractura de Cadera</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD1)</p> <p>Datos Sociodemograficos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica - Reporte Operatorio - Sexo - Edad - Estado Social 	<p>Los lineamientos metodológicos usados fueron los sugeridos por el CEG Y la OMS.</p> <p>Diseño Metodológico</p>
<p>2.- ¿Cuál es la asociación los datos biológicos como factor pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014?</p>	<p>2.- Determinar la asociación los datos biológicos como factor pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el HCFAPen el año 2014</p>	<p>2.- Existe la asociación los datos biológicos como factor pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014.</p>	<p>Variable Independiente (VI2)</p> <p>Fractura de Cadera</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD2)</p> <p>Datos Biológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica - Reporte Operatorio - Comorbilidad - Grado Funcional 	<p><u>POBLACIÓN Y MUESTRA</u></p> <p>El marco muestral estará conformado por todos los sujetos con diagnóstico de fractura de cadera y que además cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.</p>

<p>3.- ¿Cuál es la asociación los datos clínicos como factor pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014?</p>	<p>3.- Determinar la asociación los datos clínicos como factor pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014</p>	<p>3.- Existe la asociación los datos clínicos como factor pronóstico en pacientes mayores de 65 años que ingresan por fractura de cadera en el Hospital Central de la Fuerza Aérea en el año 2014</p>	<p>Variable Independiente (V3) Fractura de cadera</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD3) Datos Clínicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica - Reporte Operatorio <hr/> - Lateralidad ,Fractura Previa - Hemoglobina al ingreso - Transfusión Sanguínea - Medicación al ingreso - Tiempo de espera Quirúrgica ,Tiempo Operatorio ,Tipo de Cirugía - Comorbilidades ,ASA 	
<p>4.- ¿Cuál es el número de pacientes con diagnóstico de fractura de cadera > 65 años fallecidos y el grado de dependencia a los 6 meses de seguimiento?</p>	<p>4.- Determinar el número de pacientes con diagnóstico de fractura de cadera > 65 años fallecidos y el grado de dependencia a los 6 meses de seguimiento</p>	<p>4.- Existe un alto número de pacientes con diagnóstico de fractura de cadera > 65 años fallecidos y un alto grado de dependencia a los 6 meses de seguimiento</p>	<p>Variable Independiente (VI2) Fractura de Cadera</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD2) Fallecimiento Grado funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica - Reporte Operatorio <hr/> - Certificado de Defunción - Escala Funcional de la Cruz Roja 	

ANEXO II

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 04: ESTADISTICA SPSS

Tablas de frecuencias de las variables estudiadas

Estado Social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Institucionalizado con compañía	12	17,1	17,1	17,1
	Institucionalizado sin compañía	17	24,3	24,3	41,4
	No institucionalizado con compañía	26	37,1	37,1	78,6
	No institucionalizado sin compañía	15	21,4	21,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	44	62,9	62,9	62,9
	MASCULINO	26	37,1	37,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Comorbilidades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	Ausencia de comorbilidades	3	4,3	4,3	4,3
	Comorbilidad baja	35	50,0	50,0	54,3
	Comorbilidad alta	32	45,7	45,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

CCI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1,70	1	1,4	1,4	1,4
	2,00	1	1,4	1,4	2,9
	2,60	1	1,4	1,4	4,3
	3,40	1	1,4	1,4	5,7
	3,50	1	1,4	1,4	7,1
	3,60	2	2,9	2,9	10,0
	3,80	2	2,9	2,9	12,9
	3,98	1	1,4	1,4	14,3
	4,00	1	1,4	1,4	15,7
	4,06	1	1,4	1,4	17,1
	4,20	1	1,4	1,4	18,6
	4,79	1	1,4	1,4	20,0
	4,90	1	1,4	1,4	21,4
	5,00	1	1,4	1,4	22,9
	5,06	1	1,4	1,4	24,3

5,08	1	1,4	1,4	25,7
5,20	1	1,4	1,4	27,1
5,30	1	1,4	1,4	28,6
5,40	3	4,3	4,3	32,9
5,60	3	4,3	4,3	37,1
5,70	1	1,4	1,4	38,6
5,80	3	4,3	4,3	42,9
6,00	2	2,9	2,9	45,7
6,08	1	1,4	1,4	47,1
6,10	1	1,4	1,4	48,6
6,20	2	2,9	2,9	51,4
6,60	2	2,9	2,9	54,3
6,80	1	1,4	1,4	55,7
6,90	1	1,4	1,4	57,1
7,20	1	1,4	1,4	58,6
7,30	2	2,9	2,9	61,4
7,40	2	2,9	2,9	64,3
7,50	2	2,9	2,9	67,1
7,60	1	1,4	1,4	68,6
7,80	4	5,7	5,7	74,3
8,00	1	1,4	1,4	75,7
8,40	1	1,4	1,4	77,1
8,50	1	1,4	1,4	78,6
8,60	3	4,3	4,3	82,9
8,70	1	1,4	1,4	84,3
8,90	1	1,4	1,4	85,7

9,30	2	2,9	2,9	88,6
9,40	1	1,4	1,4	90,0
9,70	1	1,4	1,4	91,4
9,90	1	1,4	1,4	92,9
23,00	1	1,4	1,4	94,3
53,00	1	1,4	1,4	95,7
75,00	1	1,4	1,4	97,1
83,00	1	1,4	1,4	98,6
86,00	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Lateralidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Derecha	32	45,7	45,7	45,7
	Izquierda	38	54,3	54,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Grado funcional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Se vale por sí mismo	22	31,4	31,4	31,4
	Deambula con dificultad	16	22,9	22,9	54,3
	Independiente con bastón	14	20,0	20,0	74,3
	Ayuda con andador o poca ayuda por una persona	7	10,0	10,0	84,3
	Ayuda de dos personas, incontinencia habitual	6	8,6	8,6	92,9

No camina, incontinencia total, cuidados de enfermería	5	7,1	7,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Fractura previa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	26	37,1	37,1	37,1
No	44	62,9	62,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Transfusión sanguínea

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	31	44,3	44,3	44,3
NO	39	55,7	55,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	

COMORBILIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Comorbilidad alta	33	47,1	47,1	47,1
Comorbilidad baja	37	52,9	52,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Grado funcional a los 6 meses

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	Se vale por sí mismo	6	8,6	10,0	10,0
	Deambula con dificultad	13	18,6	21,7	31,7
	Independiente con bastón	9	12,9	15,0	46,7
	Ayuda con andador o poca ayuda de 1 persona.	13	18,6	21,7	68,3
	Incontinencia ocasional				
	Ayuda de 2 personas.	11	15,7	18,3	86,7
	Incontinencia habitual				
	No camina, Incontinencia total, Requiere cuidados de enfermería	8	11,4	13,3	100,0
	Total	60	85,7	100,0	
Perdidos	Sistema	10	14,3		
	Total	70	100,0		

Fallecimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Relacionado a fractura	8	11,4	11,6	11,6
	Otras causas	6	8,6	8,7	20,3
	no	55	78,6	79,7	100,0
	Total	69	98,6	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,4		
	Total	70	100,0		

Tablas de frecuencias de las variables estudiadas (dicotomías)

Grado funcional previo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado Funcional Desfavorable 3,4,5	18	25,7	25,7	25,7
	Grado Funcional favorable 0,1,2	52	74,3	74,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

INTITUCIONALIZADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	institucionalizado	29	41,4	41,4	41,4
	no institución	41	58,6	58,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

CARDIVASCULAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CON COMPLICACION CV	24	34,3	34,3	34,3
	SIN COMPLICACION	46	65,7	65,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

RENAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CON COMPLICACION RENAL	23	32,9	32,9	32,9
	SIN COMPLICACION	47	67,1	67,1	100,0

Total	70	100,0	100,0	
-------	----	-------	-------	--

RESPIRATORIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido CON COMPLICACION RESPIRATORIA	9	12,9	12,9	12,9
SIN COMPLICACION	61	87,1	87,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

SOBREINFECCION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SOBREINFECCION	4	5,7	5,7	5,7
SIN SOBREINFECCION	66	94,3	94,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

SEPSIS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido CON SEPSIS	8	11,4	11,4	11,4
SIN SEPSIS	62	88,6	88,6	100,0
Total	70	100,0	100,0	

COMPLICACION MENOR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido CON COMPLICACION MENOR	13	18,6	18,6	18,6

SIN COMPLICACION MENOR	57	81,4	81,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

MUERTE INTRAHOSP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MUERTE INTRAHOSPITALARIA	5	7,1	7,1	7,1
NO MUERTE INTRAHOSPITALARIA	65	92,9	92,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

RE QX

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido RE INTERVENCION	8	11,4	11,4	11,4
SIN REINTERVENCION	62	88,6	88,6	100,0
Total	70	100,0	100,0	

AGITACION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido CON AGITACION	12	17,1	17,1	17,1
SIN AGITACION	58	82,9	82,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

DESORIENTACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESORIENTADO	8	11,4	11,4	11,4
	NO DESORIENTADO	62	88,6	88,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

>2 COMPLICACIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2 o más Complicaciones	45	64,3	64,3	64,3
	1 o ninguna Complicación	25	35,7	35,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

AUSENCIA COMPLICACIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Presencia complicación	64	91,4	91,4	91,4
	Ausencia de complicación	6	8,6	8,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

HIPOGLICEMIANTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	11	15,7	15,7	15,7
	No	59	84,3	84,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

ANTICIAGULANTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	29	41,4	41,4	41,4
	NO	41	58,6	58,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

ANTIHIPERTENSIVO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	39	55,7	55,7	55,7
	NO	31	44,3	44,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

AINES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	22	31,4	31,4	31,4
	NO	48	68,6	68,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

ANTIDEPRESIVOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	29	41,4	41,4	41,4
	NO	41	58,6	58,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

TOMA MEDICACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	67	95,7	95,7	95,7
	NO	3	4,3	4,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

MAS DE DOS FARMACOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2 o más medicamentos	61	87,1	87,1	87,1
	1 o ningún medicamento	9	12,9	12,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

IMPLANTE DE CADERA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Con implante parcial/total	30	42,9	42,9	42,9
	sin implante	40	57,1	57,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	> 75 AÑOS	52	74,3	74,3	74,3
	< 75 AÑOS	18	25,7	25,7	100,0

Total	70	100,0	100,0	
-------	----	-------	-------	--

SOBREVIVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUERTE	16	22,9	22,9	22,9
	VIVO	54	77,1	77,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Grado funcional favorable o no

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado funcional desfavorable 3,4,5	31	44,3	52,5	52,5
	Grado funcional favorable 0,1,2	28	40,0	47,5	100,0
	Total	59	84,3	100,0	
Perdidos	Sistema	11	15,7		
	Total	70	100,0		

Respuesta múltiple

Resumen de caso

	Casos		
	Válidos	Perdidos	Total

	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
\$Medicación	68	97,1%	2	2,9%	70	100,0%

a. Grupo

Medicación frecuencias

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
medicación	AAS	20	12,2%	29,4%
	Clopidogrel	12	7,3%	17,6%
	AINES	22	13,4%	32,4%
	Antihipertensivos	39	23,8%	57,4%
	Hipoglicemiantes	11	6,7%	16,2%
	Antidepresivos	29	17,7%	42,6%
	Otros	31	18,9%	45,6%
Total		164	100,0%	241,2%

a. Grupo

Respuesta múltiple

Resumen de caso

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
\$Complicación	64	91,4%	6	8,6%	70	100,0%

a. Grupo

\$Complicación frecuencias

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	

Complicación	IMA	3	2,3%	4,7%
	Arritmias	10	7,8%	15,6%
	Edema Agudo de Pulmón	4	3,1%	6,3%
	TEP	5	3,9%	7,8%
	TVP	3	2,3%	4,7%
	ACV	1	0,8%	1,6%
	Oligoanuria	10	7,8%	15,6%
	Insuficiencia renal aguda	7	5,4%	10,9%
	Hipoxia	3	2,3%	4,7%
	Descompensación de EPOC	5	3,9%	7,8%
	Sobreinfección	4	3,1%	6,3%
	Otras complic. respiratorias	4	3,1%	6,3%
	Sangrado importante	13	10,1%	20,3%
	Infección Operatoria	1	0,8%	1,6%
	Infección vía urinaria	6	4,7%	9,4%
	Infección sistémica	7	5,4%	10,9%
	Desorientación	9	7,0%	14,1%
	Agitación	13	10,1%	20,3%
	Re intervención Quirúrgica	7	5,4%	10,9%
	Otras (complicaciones menores)	10	7,8%	15,6%
	Muerte intrahospitalaria	4	3,1%	6,3%
	Total	129	100,0%	201,6%

a. Grupo

Análisis Descriptivos de las variables estudiadas

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza	Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar
Sexo	70	0	1	,37	,487	,237	-1,755	,566
Edad	70	65	103	82,74	9,830	96,629	-,851	,566
CCI	70	1,70	86,00	10,3636	16,37604	268,175	14,759	,566
Lateralidad	70	0	1	,54	,502	,252	-2,028	,566
Tiempo Operatorio	70	0	1	,31	,468	,219	-1,371	,566
Espera quirúrgica	70	0	1	,29	,455	,207	-1,092	,566
Estado Social	70	0	3	1,63	1,010	1,019	-,996	,566
Comorbilidades	70	0	2	1,41	,577	,333	-,742	,566
Fractura previa	70	0	1	,63	,487	,237	-1,755	,566
Otros	31	6	6	6,00	,000	,000	.	.
Antidepresivos	29	5	5	5,00	,000	,000	.	.
AAS	20	0	0	,00	,000	,000	.	.
Clopidogrel	12	1	1	1,00	,000	,000	.	.
Ninguno	2	7	7	7,00	,000	,000	.	.
AINES	22	2	2	2,00	,000	,000	.	.
Antihipertensivos	39	3	3	3,00	,000	,000	.	.
Hipoglicemiantes	11	4	4	4,00	,000	,000	.	.
IMA	3	0	0	,00	,000	,000	.	.
Arritmias	10	2	2	2,00	,000	,000	.	.
EAP	4	3	3	3,00	,000	,000	.	.
TEP	5	5	5	5,00	,000	,000	.	.
TVP	3	6	6	6,00	,000	,000	.	.
ACV	1	7	7	7,00	.	.	.	.
Oligoanuria	10	8	8	8,00	,000	,000	.	.
Insuficiencia Renal Aguda	7	9	9	9,00	,000	,000	.	.
Hipoxia	3	10	10	10,00	,000	,000	.	.
Descompensación de EPOC	5	11	11	11,00	,000	,000	.	.
Infección respiratoria	4	12	12	12,00	,000	,000	.	.
Otras complicaciones respiratoria	1	13	13	13,00	.	.	.	.
Sangrado importante	13	14	14	14,00	,000	,000	.	.
Infección de herida qx	1	15	15	15,00	.	.	.	.
Infección urinaria	6	16	16	16,00	,000	,000	.	.

Infección sistémica	7	17	17	17,00	,000	,000	.	.
Desorientación	9	18	18	18,00	,000	,000	.	.
Agitación	13	19	19	19,00	,000	,000	.	.
Re intervención	7	20	20	20,00	,000	,000	.	.
Otras complicaciones menores	13	13	21	19,15	3,508	12,308	,095	1,191
Muerte intrahospitalaria	4	22	22	22,00	,000	,000	.	.
ninguna	6	23	23	23,00	,000	,000	.	.
Grado funcional	70	0	5	1,63	1,571	2,469	-,494	,566
Tipo de Cirugía	70	0	4	1,80	1,303	1,699	-,147	,566
ASA	70	1	2	1,43	,498	,248	-,1970	,566
Fallecimiento	69	0	2	1,68	,675	,456	1,950	,570
Grado funcional a los 6 meses	60	0	5	2,57	1,577	2,487	-,135	,608
N válido (por lista)	0							

Análisis Chi cuadrado y Odds ratio de las variables estudiadas

1.- Para la variable objetivo Grado funcional desfavorable a los 6 meses de seguimiento

COMORBILIDAD * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
COMORBILIDAD	Comorbilidad alta	19	8	27
	Comorbilidad baja	12	21	33
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,877 ^a	1	,009		

Corrección de continuidad ^b	5,583	1	,018		
Razón de verosimilitud	7,034	1	,008		
Prueba exacta de Fisher				,011	,009
Asociación lineal por lineal	6,762	1	,009		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,05.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para COMORBILIDAD (Comorbilidad alta / Comorbilidad baja)	4,156	1,399	12,347
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,935	1,158	3,234
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,466	,247	,879
N de casos válidos	60		

INTITUCIONALIZADO * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

	GRADO FUNCIONAL	Total
--	-----------------	-------

		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
INTITUCIONALIZADO	institucionalizado	17	6	23
	no institución	14	23	37
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,392 ^a	1	,007		
Corrección de continuidad ^b	6,018	1	,014		
Razón de verosimilitud	7,627	1	,006		
Prueba exacta de Fisher				,009	,007
Asociación lineal por lineal	7,268	1	,007		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,12.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para INTITUCIONALIZADO (institucionalizado / no institución)	4,655	1,483	14,606
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,953	1,210	3,154
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,420	,202	,873
N de casos válidos	60		

CARDIVASCULAR * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
CARDIVASCULAR	CON COMPLICACION CV	8	9	17
	SIN COMPLICACION	23	20	43
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,202 ^a	1	,653	,777	,435
Corrección de continuidad ^b	,026	1	,871		
Razón de verosimilitud	,202	1	,653		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,198	1	,656		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,22.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
	Inferior	Superior

Razón de ventajas para CARDIVASCULAR (CON COMPLICACION CV / SIN COMPLICACION)	,773	,251	2,381
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	,880	,495	1,565
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	1,138	,656	1,975
N de casos válidos	60		

RENAL * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

	GRADO FUNCIONAL		Total
	Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
RENAL CON COMPLICACION RENAL	8	11	19
SIN COMPLICACION	23	18	41
Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,018 ^a	1	,313		
Corrección de continuidad ^b	,535	1	,465		
Razón de verosimilitud	1,020	1	,312		
Prueba exacta de Fisher				,408	,232
Asociación lineal por lineal	1,001	1	,317		

N de casos válidos	60			
--------------------	----	--	--	--

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,18.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para RENAL (CON COMPLICACION RENAL / SIN COMPLICACION)	,569	,189	1,710
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	,751	,415	1,358
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	1,319	,787	2,210
N de casos válidos	60		

RESPIRATORIO * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
RESPIRATORIO	CON COMPLICACION RESPIRATORIA	7	1	8
	SIN COMPLICACION	24	28	52
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,746 ^a	1	,029		
Corrección de continuidad ^b	3,235	1	,072		
Razón de verosimilitud	5,303	1	,021		
Prueba exacta de Fisher				,053	,033
Asociación lineal por lineal	4,667	1	,031		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,87.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para RESPIRATORIO (CON COMPLICACION RESPIRATORIA / SIN COMPLICACION)	8,167	,937	71,174
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,896	1,279	2,810
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,232	,036	1,477
N de casos válidos	60		

SOBREINFECCION * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
SOBREINFECCION	SOBREINFECCION	4	0	4
	SIN SOBREINFECCION	27	29	56
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,009 ^a	1	,045		
Corrección de continuidad ^b	2,204	1	,138		
Razón de verosimilitud	5,550	1	,018		
Prueba exacta de Fisher				,113	,065
Asociación lineal por lineal	3,942	1	,047		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,93.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	2,074	1,581	2,721
N de casos válidos	60		

SEPSIS * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
SEPSIS	CON SEPSIS	3	3	6
	SIN SEPSIS	28	26	54
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,007 ^a	1	,931		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,007	1	,931		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,632
Asociación lineal por lineal	,007	1	,932		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,90.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEPSIS (CON SEPSIS / SIN SEPSIS)	,929	,172	5,017

Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	,964	,416	2,235
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	1,038	,445	2,422
N de casos válidos	60		

COMPLICACION MENOR * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
COMPLICACION MENOR	CON COMPLICACION MENOR	7	6	13
	SIN COMPLICACION MENOR	24	23	47
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,032 ^a	1	,859		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,032	1	,859		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,555
Asociación lineal por lineal	,031	1	,860		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,28.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para COMPLICACION MENOR (CON COMPLICACION MENOR / SIN COMPLICACION MENOR)	1,118	,326	3,830
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,054	,593	1,876
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,943	,490	1,817
N de casos válidos	60		

RE QX * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

	RE QX	GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
	RE INTERVENCION	4	3	7
	SIN REINTERVENCION	27	26	53
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,095 ^a	1	,758		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		

Razón de verosimilitud	,096	1	,757		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,538
Asociación lineal por lineal	,094	1	,760		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para RE QX (RE INTERVENCION / SIN REINTERVENCION)	1,284	,262	6,302
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,122	,560	2,245
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,874	,356	2,145
N de casos válidos	60		

AGITACION * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
AGITACION	CON AGITACION	7	5	12
	SIN AGITACION	24	24	48
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,267 ^a	1	,605		
Corrección de continuidad ^b	,038	1	,846		
Razón de verosimilitud	,268	1	,605		
Prueba exacta de Fisher				,750	,424
Asociación lineal por lineal	,263	1	,608		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,80.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para AGITACION (CON AGITACION / SIN AGITACION)	1,400	,389	5,033
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,167	,669	2,033
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,833	,403	1,724
N de casos válidos	60		

DESORIENTACION * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
DESORIENTACION	DESORIENTADO	5	3	8
	NO DESORIENTADO	26	26	52
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,434 ^a	1	,510		
Corrección de continuidad ^b	,078	1	,781		
Razón de verosimilitud	,439	1	,508		
Prueba exacta de Fisher				,708	,392
Asociación lineal por lineal	,427	1	,514		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,87.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para DESORIENTACION (DESORIENTADO / NO DESORIENTADO)	1,667	,360	7,705

Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,250	,685	2,281
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,750	,294	1,910
N de casos válidos	60		

2 COMPLICACIONES * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
>2 COMPLICACIONES	2 o más Complicaciones	20	17	37
	1 o ninguna Complicación	11	12	23
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,220 ^a	1	,639		
Corrección de continuidad ^b	,041	1	,839		
Razón de verosimilitud	,220	1	,639		
Prueba exacta de Fisher				,791	,419
Asociación lineal por lineal	,217	1	,642		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,12.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para >2 COMPLICACIONES (2 o más Complicaciones / 1 o ninguna Complicación)	1,283	,452	3,641
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,130	,672	1,901
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,881	,521	1,488
N de casos válidos	60		

AUSENCIA COMPLICACIONES * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
AUSENCIA COMPLICACIONES	Presencia complicación	29	25	54
	Ausencia de complicación	2	4	6
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,897 ^a	1	,344		

Corrección de continuidad ^b	,267	1	,605		
Razón de verosimilitud	,909	1	,340		
Prueba exacta de Fisher				,417	,304
Asociación lineal por lineal	,882	1	,348		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,90.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para AUSENCIA COMPLICACIONES (Presencia complicación / Ausencia de complicación)	2,320	,391	13,753
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,611	,506	5,131
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,694	,368	1,310
N de casos válidos	60		

HIPOGLICEMIANTE * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

	GRADO FUNCIONAL	Total
--	-----------------	-------

		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
HIPOGLICEMIANTE	Si	4	5	9
	No	27	24	51
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,221 ^a	1	,638		
Corrección de continuidad ^b	,012	1	,914		
Razón de verosimilitud	,221	1	,638		
Prueba exacta de Fisher				,727	,456
Asociación lineal por lineal	,217	1	,641		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,35.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para HIPOGLICEMIANTE (Si / No)	,711	,171	2,957
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	,840	,387	1,822
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	1,181	,615	2,268

N de casos válidos	60		
--------------------	----	--	--

ANTICOAGULANTE * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
ANTICOAGULANTE	SI	15	11	26
	NO	16	18	34
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,667 ^a	1	,414		
Corrección de continuidad ^b	,309	1	,578		
Razón de verosimilitud	,669	1	,413		
Prueba exacta de Fisher				,446	,289
Asociación lineal por lineal	,656	1	,418		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,57.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %
--	-------	--------------------------------

		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ANTICIAGULANTE (SI / NO)	1,534	,548	4,293
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,226	,755	1,992
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,799	,461	1,384
N de casos válidos	60		

ANTIHIPERTENSIVO * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
ANTIHIPERTENSIVO	SI	20	15	35
	NO	11	14	25
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,009 ^a	1	,315		
Corrección de continuidad ^b	,551	1	,458		
Razón de verosimilitud	1,011	1	,315		

Prueba exacta de Fisher				,433	,229
Asociación lineal por lineal	,992	1	,319		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ANTIHIPERTENSIVO (SI / NO)	1,697	,603	4,778
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,299	,767	2,200
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,765	,456	1,283
N de casos válidos	60		

AINES * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
AINES	SI	9	8	17
	NO	22	21	43

Total	31	29	60
-------	----	----	----

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,015 ^a	1	,901		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,015	1	,901		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,565
Asociación lineal por lineal	,015	1	,902		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,22.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para AINES (SI / NO)	1,074	,349	3,306
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,035	,606	1,767
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,964	,534	1,738
N de casos válidos	60		

ANTIDEPRESIVOS * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
ANTIDEPRESIVOS	SI	15	10	25
	NO	16	19	35
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,192 ^a	1	,275	,306	,204
Corrección de continuidad ^b	,688	1	,407		
Razón de verosimilitud	1,198	1	,274		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1,172	1	,279		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ANTIDEPRESIVOS (SI / NO)	1,781	,629	5,042

Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,313	,810	2,126
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,737	,417	1,301
N de casos válidos	60		

TOMA MEDICACION * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
TOMA MEDICACION	SI	30	27	57
	NO	1	2	3
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,425 ^a	1	,514		
Corrección de continuidad ^b	,004	1	,953		
Razón de verosimilitud	,431	1	,511		
Prueba exacta de Fisher				,606	,475
Asociación lineal por lineal	,418	1	,518		

N de casos válidos	60			
--------------------	----	--	--	--

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,45.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para TOMA MEDICACION (SI / NO)	2,222	,191	25,910
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,579	,313	7,972
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,711	,305	1,655
N de casos válidos	60		

MAS DE DOS FARMACOS * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
MAS DE DOS FARMACOS	2 o más medicamentos	29	24	53
	1 o ningún medicamento	2	5	7
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,693 ^a	1	,193		
Corrección de continuidad ^b	,808	1	,369		
Razón de verosimilitud	1,734	1	,188		
Prueba exacta de Fisher				,247	,185
Asociación lineal por lineal	1,664	1	,197		
N de casos válidos	60				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para MAS DE DOS FARMACOS (2 o más medicamentos / 1 o ningún medicamento)	3,021	,537	16,984
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,915	,579	6,337
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,634	,364	1,103
N de casos válidos	60		

SANGRADO * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
SANGRADO	SI	3	7	10
	NO	28	22	50
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,256 ^a	1	,133		
Corrección de continuidad ^b	1,335	1	,248		
Razón de verosimilitud	2,301	1	,129		
Prueba exacta de Fisher				,175	,124
Asociación lineal por lineal	2,218	1	,136		
N de casos válidos	60				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,83.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SANGRADO (SI / NO)	,337	,078	1,455
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	,536	,201	1,425

Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	1,591	,953	2,655
N de casos válidos	60		

IMPLANTE DE CADERA * GRADO FUNCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
IMPLANTE DE CADERA	Con implante parcial/total	13	12	25
	sin implante	18	17	35
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,002 ^a	1	,965		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,002	1	,965		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,586
Asociación lineal por lineal	,002	1	,965		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para IMPLANTE DE CADERA (Con implante parcial/total / sin implante)	1,023	,366	2,858
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,011	,616	1,660
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,988	,581	1,682
N de casos válidos	60		

Sexo * Grado funcional favorable o no

Tabla cruzada

Recuento

		Grado funcional favorable o no		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
Sexo	FEMENINO	16	21	37
	MASCULINO	15	8	23
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,742 ^a	1	,098		
Corrección de continuidad ^b	1,933	1	,164		
Razón de verosimilitud	2,776	1	,096		
Prueba exacta de Fisher				,118	,082
Asociación lineal por lineal	2,697	1	,101		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,12.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Sexo (FEMENINO / MASCULINO)	,406	,138	1,193
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional desfavorable 3,4,5	,663	,412	1,066
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional favorable 0,1,2	1,632	,872	3,053
N de casos válidos	60		

Lateralidad * Grado funcional favorable o no

Tabla cruzada

Recuento

		Grado funcional favorable o no		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
Lateralidad	Derecha	14	17	31
	Izquierda	17	12	29
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,087 ^a	1	,297	,316	,217
Corrección de continuidad ^b	,615	1	,433		
Razón de verosimilitud	1,090	1	,296		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1,069	1	,301		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,02.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Lateralidad (Derecha / Izquierda)	,581	,209	1,617
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional desfavorable 3,4,5	,770	,470	1,262

Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional favorable 0,1,2	1,325	,774	2,270
N de casos válidos	60		

Fractura previa * Grado funcional favorable o no

Tabla cruzada

Recuento

		Grado funcional favorable o no		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
Fractura previa	Si	8	10	18
	No	23	19	42
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,537 ^a	1	,464		
Corrección de continuidad ^b	,203	1	,652		
Razón de verosimilitud	,538	1	,463		
Prueba exacta de Fisher				,576	,326
Asociación lineal por lineal	,528	1	,467		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,70.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Fractura previa (Si / No)	,661	,218	2,007
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional desfavorable 3,4,5	,812	,452	1,457
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional favorable 0,1,2	1,228	,722	2,087
N de casos válidos	60		

Transfusión sanguínea * Grado funcional favorable o no

Tabla cruzada

Recuento

		Grado funcional favorable o no		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
Transfusión sanguínea	SI	17	8	25
	NO	14	21	35
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,578 ^a	1	,032		
Corrección de continuidad ^b	3,526	1	,060		
Razón de verosimilitud	4,657	1	,031		
Prueba exacta de Fisher				,040	,030
Asociación lineal por lineal	4,502	1	,034		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Transfusión sanguínea (SI / NO)	3,188	1,084	9,373
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,700	1,045	2,766
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional favorable 0,1,2	,533	,283	1,004
N de casos válidos	60		

Espera quirúrgica * Grado funcional favorable o no

Tabla cruzada

Recuento

		Grado funcional favorable o no		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
Espera quirúrgica	más de 2 días	24	18	42
	menos de 2 días	7	11	18
	Total	31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,681 ^a	1	,195		
Corrección de continuidad ^b	1,030	1	,310		
Razón de verosimilitud	1,690	1	,194		
Prueba exacta de Fisher				,262	,155
Asociación lineal por lineal	1,653	1	,199		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,70.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Espera quirúrgica (más de 2 días / menos de 2 días)	2,095	,678	6,471
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,469	,778	2,774

Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional favorable 0,1,2	,701	,422	1,165
N de casos válidos	60		

Tiempo Operatorio * Grado funcional favorable o no

Tabla cruzada

Recuento

		Grado funcional favorable o no		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
Tiempo Operatorio	más de 45 minutos	25	17	42
	menos de 45 minutos	6	12	18
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,461 ^a	1	,063		
Corrección de continuidad ^b	2,492	1	,114		
Razón de verosimilitud	3,505	1	,061		
Prueba exacta de Fisher				,091	,057
Asociación lineal por lineal	3,403	1	,065		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,70.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Tiempo Operatorio (más de 45 minutos / menos de 45 minutos)	2,941	,924	9,359
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,786	,887	3,593
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional favorable 0,1,2	,607	,372	,992
N de casos válidos	60		

ASA * Grado funcional favorable o no

Recuento

	GRADO FUNCIONAL		Total
	Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
ASA III	16	8	24
II	14	21	35
Total	30	29	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,051 ^a	1	,044		

Corrección de continuidad ^b	3,054	1	,081		
Razón de verosimilitud	4,111	1	,043		
Prueba exacta de Fisher				,064	,040
Asociación lineal por lineal	3,982	1	,046		
N de casos válidos	59				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,80.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ASA (III / II)	3,000	1,014	8,880
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,667	1,016	2,733
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,556	,297	1,040
N de casos válidos	59		

Hemoglobina previa*Grado funcional favorable o no

Recuento

		Grado funcional favorable o no		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
Hemoglobina previa	< 10 gr/dl	24	20	44

	> 10 gr/dl	7	9	16
Total		31	29	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,548 ^a	1	,459		
Corrección de continuidad ^b	,201	1	,654		
Razón de verosimilitud	,548	1	,459		
Prueba exacta de Fisher				,563	,327
Asociación lineal por lineal	,538	1	,463		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,73.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Hemoglobina previa (< 10 gr/dl / > 10 gr/dl)	1,543	,487	4,884
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional desfavorable 3,4,5	1,247	,672	2,312
Para cohorte Grado funcional favorable o no = Grado funcional favorable 0,1,2	,808	,471	1,387
N de casos válidos	60		

EDAD*GRADO FUNCIONAL

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
EDAD	> 75 AÑOS	27	16	43
	< 75 AÑOS	3	13	16
	Total	30	29	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,050 ^a	1	,003		
Corrección de continuidad ^b	7,373	1	,007		
Razón de verosimilitud	9,567	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,003	,003
Asociación lineal por lineal	8,896	1	,003		
N de casos válidos	59				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,86.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior

Razón de ventajas para EDAD (> 75 AÑOS / < 75 AÑOS)	7,313	1,804	29,636
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	3,349	1,177	9,528
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional favorable 0,1,2	,458	,291	,721
N de casos válidos	59		

Prueba T de variable Índice de Charslon

Estadísticas de muestras emparejadas

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1 CCI	10,9432	60	17,62355	2,27519
Grado funcional favorable o no	,48	60	,504	,065

Correlaciones de muestras emparejadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CCI & Grado funcional favorable o no	60	-,199	,128

Prueba de muestras emparejadas

Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)
Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia			

					Inferior	Superior			
Par 1	CCI - Grado funcional favorable o no	10,459 83	17,73049	2,28900	5,87956	15,04011	4,570	59	,000

Grado funcional previo*GRADO FUNCIONAL

Recuento

		GRADO FUNCIONAL		Total
		Grado funcional desfavorable 3,4,5	Grado funcional favorable 0,1,2	
Grado funcional previo	Grado Funcional Desfavorable 3,4,5	13	0	13
	Grado Funcional favorable 0,1,2	17	30	47
	Total	30	30	60

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,596 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	14,141	1	,000		
Razón de verosimilitud	21,665	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	16,319	1	,000		
N de casos válidos	60				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte GRADO FUNCIONAL = Grado funcional desfavorable 3,4,5	2,765	1,891	4,042
N de casos válidos	60		

2.- Para la variable objetivo Fallecimiento a los 6 meses de seguimiento

EDAD * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

	MUERTE		Total
	MUERTO	VIVO	
EDAD > 75 AÑOS	13	39	52
< 75 AÑOS	3	15	18
Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,527 ^a	1	,468		
Corrección de continuidad ^b	,160	1	,689		
Razón de verosimilitud	,553	1	,457		
Prueba exacta de Fisher				,745	,355
Asociación lineal por lineal	,519	1	,471		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,11.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para EDAD (> 75 AÑOS / < 75 AÑOS)	1,667	,415	6,688
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,500	,482	4,668
Para cohorte MUERTE = VIVO	,900	,694	1,167
N de casos válidos	70		

COMORBILIDAD * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

	MUERTE		Total
	MUERTO	VIVO	

COMORBILIDAD	Comorbilidad alta	8	25	33
	Comorbilidad baja	8	29	37
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,068 ^a	1	,794		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,068	1	,794		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,508
Asociación lineal por lineal	,067	1	,796		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,54.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para COMORBILIDAD (Comorbilidad alta / Comorbilidad baja)	1,160	,380	3,543
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,121	,474	2,650
Para cohorte MUERTE = VIVO	,967	,748	1,249
N de casos válidos	70		

INTITUCIONALIZADO * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
INTITUCIONALIZADO	institucionalizado	9	20	29
	no institución	7	34	41
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,878 ^a	1	,171	,248	,140
Corrección de continuidad ^b	1,169	1	,280		
Razón de verosimilitud	1,855	1	,173		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1,851	1	,174		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,63.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior

Razón de ventajas para INTITUCIONALIZADO (institucionalizado / no institución)	2,186	,705	6,777
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,818	,765	4,320
Para cohorte MUERTE = VIVO	,832	,628	1,101
N de casos válidos	70		

CARDIVASCULAR * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
CARDIVASCULAR	CON COMPLICACION CV	7	17	24
	SIN COMPLICACION	9	37	46
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,825 ^a	1	,364		
Corrección de continuidad ^b	,370	1	,543		

Razón de verosimilitud	,805	1	,370		
Prueba exacta de Fisher				,383	,268
Asociación lineal por lineal	,813	1	,367		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,49.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para CARDIVASCULAR (CON COMPLICACION CV / SIN COMPLICACION)	1,693	,540	5,306
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,491	,634	3,507
Para cohorte MUERTE = VIVO	,881	,657	1,181
N de casos válidos	70		

RENAL * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

	MUERTE		Total
	MUERTO	VIVO	

RENAL	CON COMPLICACION RENAL	7	16	23
	SIN COMPLICACION	9	38	47
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,116 ^a	1	,291		
Corrección de continuidad ^b	,567	1	,451		
Razón de verosimilitud	1,082	1	,298		
Prueba exacta de Fisher				,366	,223
Asociación lineal por lineal	1,100	1	,294		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,26.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para RENAL (CON COMPLICACION RENAL / SIN COMPLICACION)	1,847	,586	5,819
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,589	,678	3,728
Para cohorte MUERTE = VIVO	,860	,635	1,166
N de casos válidos	70		

RESPIRATORIO * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
RESPIRATORIO	CON COMPLICACION RESPIRATORIA	3	6	9
	SIN COMPLICACION	13	48	61
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,643 ^a	1	,423		
Corrección de continuidad ^b	,142	1	,706		
Razón de verosimilitud	,596	1	,440		
Prueba exacta de Fisher				,417	,335
Asociación lineal por lineal	,634	1	,426		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,06.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
	Inferior	Superior

Razón de ventajas para RESPIRATORIO (CON COMPLICACION RESPIRATORIA / SIN COMPLICACION)	1,846	,406	8,402
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,564	,552	4,435
Para cohorte MUERTE = VIVO	,847	,524	1,369
N de casos válidos	70		

SOBREINFECCION * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
SOBREINFECCION	SOBREINFECCION	1	3	4
	SIN SOBREINFECCION	15	51	66
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,011 ^a	1	,916		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,011	1	,917		

Prueba exacta de Fisher				1,000	,655
Asociación lineal por lineal	,011	1	,917		
N de casos válidos	70				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,91.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SOBREINFECCION (SOBREINFECCION / SIN SOBREINFECCION)	1,133	,110	11,710
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,100	,190	6,360
Para cohorte MUERTE = VIVO	,971	,543	1,735
N de casos válidos	70		

SEPSIS * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
SEPSIS	CON SEPSIS	2	6	8
	SIN SEPSIS	14	48	62
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,024 ^a	1	,878		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,023	1	,879		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,590
Asociación lineal por lineal	,023	1	,879		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,83.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEPSIS (CON SEPSIS / SIN SEPSIS)	1,143	,207	6,303
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,107	,306	4,005
Para cohorte MUERTE = VIVO	,969	,635	1,477
N de casos válidos	70		

COMPLICACION MENOR * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
COMPLICACION MENOR	CON COMPLICACION MENOR	2	11	13
	SIN COMPLICACION MENOR	14	43	57
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,506 ^a	1	,477	,718	,381
Corrección de continuidad ^b	,119	1	,730		
Razón de verosimilitud	,543	1	,461		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,498	1	,480		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,97.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
	Inferior	Superior

Razón de ventajas para COMPLICACION MENOR (CON COMPLICACION MENOR / SIN COMPLICACION MENOR)	,558	,110	2,830
Para cohorte MUERTE = MUERTO	,626	,162	2,425
Para cohorte MUERTE = VIVO	1,122	,852	1,477
N de casos válidos	70		

MUERTE INTRAHOSP * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

	MUERTE		Total
	MUERTO	VIVO	
MUERTE INTRAHOSP MUERTE INTRAHOSPITALARIA	4	1	5
NO MUERTE INTRAHOSPITALARIA	12	53	65
Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,972 ^a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	6,787	1	,009		
Razón de verosimilitud	8,071	1	,004		
Prueba exacta de Fisher				,008	,008
Asociación lineal por lineal	9,829	1	,002		

N de casos válidos	70			
--------------------	----	--	--	--

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,14.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para MUERTE INTRAHOSP (MUERTE INTRAHOSPITALARIA / NO MUERTE INTRAHOSPITALARIA)	17,667	1,809	172,571
Para cohorte MUERTE = MUERTO	4,333	2,210	8,495
Para cohorte MUERTE = VIVO	,245	,042	1,421
N de casos válidos	70		

RE QX * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
RE QX	RE INTERVENCION	3	5	8
	SIN REINTERVENCION	13	49	62
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,098 ^a	1	,295		
Corrección de continuidad ^b	,361	1	,548		
Razón de verosimilitud	,994	1	,319		
Prueba exacta de Fisher				,372	,261
Asociación lineal por lineal	1,083	1	,298		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,83.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para RE QX (RE INTERVENCION / SIN REINTERVENCION)	2,262	,477	10,725
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,788	,647	4,944
Para cohorte MUERTE = VIVO	,791	,455	1,373
N de casos válidos	70		

AGITACION * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
AGITACION	CON AGITACION	1	11	12
	SIN AGITACION	15	43	58
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,733 ^a	1	,188	,272	,176
Corrección de continuidad ^b	,881	1	,348		
Razón de verosimilitud	2,065	1	,151		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1,708	1	,191		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,74.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para AGITACION (CON AGITACION / SIN AGITACION)	,261	,031	2,193

Para cohorte MUERTE = MUERTO	,322	,047	2,212
Para cohorte MUERTE = VIVO	1,236	,984	1,554
N de casos válidos	70		

DESORIENTACION * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
DESORIENTACION	DESORIENTADO	1	7	8
	NO DESORIENTADO	15	47	62
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,549 ^a	1	,459	,672	,410
Corrección de continuidad ^b	,086	1	,769		
Razón de verosimilitud	,619	1	,432		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,542	1	,462		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,83.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para DESORIENTACION (DESORIENTADO / NO DESORIENTADO)	,448	,051	3,938
Para cohorte MUERTE = MUERTO	,517	,078	3,405
Para cohorte MUERTE = VIVO	1,154	,857	1,554
N de casos válidos	70		

2 COMPLICACIONES * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
>2 COMPLICACIONES	2 o más Complicaciones	12	33	45
	1 o ninguna Complicación	4	21	25
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,037 ^a	1	,309		
Corrección de continuidad ^b	,520	1	,471		
Razón de verosimilitud	1,080	1	,299		
Prueba exacta de Fisher				,383	,238
Asociación lineal por lineal	1,022	1	,312		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para >2 COMPLICACIONES (2 o más Complicaciones / 1 o ninguna Complicación)	1,909	,543	6,710
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,667	,601	4,624
Para cohorte MUERTE = VIVO	,873	,683	1,116
N de casos válidos	70		

AUSENCIA COMPLICACIONES * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
AUSENCIA	Presencia complicación	16	48	64
COMPLICACIONES	Ausencia de complicación	0	6	6
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,944 ^a	1	,163	,325	,197
Corrección de continuidad ^b	,785	1	,376		
Razón de verosimilitud	3,277	1	,070		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1,917	1	,166		
N de casos válidos		70			

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,37.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte MUERTE = VIVO	,750	,651	,864
N de casos válidos	70		

HIPOGLICEMIANTE * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
HIPOGLICEMIANTE	Si	4	7	11
	No	12	47	59
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,350 ^a	1	,245	,259	,215
Corrección de continuidad ^b	,594	1	,441		
Razón de verosimilitud	1,238	1	,266		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1,331	1	,249		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,51.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para HIPOGLICEMIANTE (Si / No)	2,238	,562	8,917
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,788	,705	4,534
Para cohorte MUERTE = VIVO	,799	,502	1,272

N de casos válidos	70		
--------------------	----	--	--

ANTICOAGULANTE * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
ANTICIAGULANTE	SI	6	23	29
	NO	10	31	41
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,132 ^a	1	,716		
Corrección de continuidad ^b	,006	1	,941		
Razón de verosimilitud	,133	1	,715		
Prueba exacta de Fisher				,780	,474
Asociación lineal por lineal	,130	1	,718		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,63.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ANTICIAGULANTE (SI / NO)	,809	,257	2,546
Para cohorte MUERTE = MUERTO	,848	,347	2,073
Para cohorte MUERTE = VIVO	1,049	,813	1,353
N de casos válidos	70		

ANTIHIPERTENSIVO * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
ANTIHIPERTENSIVO	SI	8	31	39
	NO	8	23	31
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,274 ^a	1	,600		

Corrección de continuidad ^b	,056	1	,812		
Razón de verosimilitud	,273	1	,601		
Prueba exacta de Fisher				,775	,404
Asociación lineal por lineal	,271	1	,603		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,09.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ANTIHIPERTENSIVO (SI / NO)	,742	,242	2,271
Para cohorte MUERTE = MUERTO	,795	,337	1,877
Para cohorte MUERTE = VIVO	1,071	,825	1,392
N de casos válidos	70		

AINES * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
AINES	SI	6	16	22
	NO	10	38	48

Total	16	54	70
-------	----	----	----

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,355 ^a	1	,551		
Corrección de continuidad ^b	,084	1	,773		
Razón de verosimilitud	,347	1	,556		
Prueba exacta de Fisher				,555	,379
Asociación lineal por lineal	,350	1	,554		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,03.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para AINES (SI / NO)	1,425	,443	4,585
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,309	,544	3,148
Para cohorte MUERTE = VIVO	,919	,685	1,233
N de casos válidos	70		

ANTIDEPRESIVOS * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
ANTIDEPRESIVOS	SI	5	24	29
	NO	11	30	41
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,886 ^a	1	,347		
Corrección de continuidad ^b	,425	1	,514		
Razón de verosimilitud	,907	1	,341		
Prueba exacta de Fisher				,399	,259
Asociación lineal por lineal	,873	1	,350		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,63.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %

		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ANTIDEPRESIVOS (SI / NO)	,568	,174	1,859
Para cohorte MUERTE = MUERTO	,643	,250	1,652
Para cohorte MUERTE = VIVO	1,131	,882	1,451
N de casos válidos	70		

TOMA MEDICACION * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
TOMA MEDICACION	SI	16	51	67
	NO	0	3	3
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,929 ^a	1	,335	1,000	,453
Corrección de continuidad ^b	,068	1	,794		
Razón de verosimilitud	1,596	1	,206		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,915	1	,339		
N de casos válidos	70				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,69.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte MUERTE = VIVO	,761	,666	,870
N de casos válidos	70		

MAS DE DOS FARMACOS * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
MAS DE DOS FARMACOS	2 o más medicamentos	13	48	61
	1 o ningún medicamento	3	6	9
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,643 ^a	1	,423	,417	,335
Corrección de continuidad ^b	,142	1	,706		
Razón de verosimilitud	,596	1	,440		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,634	1	,426		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,06.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para MAS DE DOS FARMACOS (2 o más medicamentos / 1 o ningún medicamento)	,542	,119	2,465
Para cohorte MUERTE = MUERTO	,639	,225	1,813
Para cohorte MUERTE = VIVO	1,180	,730	1,908
N de casos válidos	70		

SANGRADO * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

		MUERTE		Total
		MUERTO	VIVO	
SANGRADO	SI	4	9	13
	NO	12	45	57
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,567 ^a	1	,452		
Corrección de continuidad ^b	,150	1	,699		
Razón de verosimilitud	,537	1	,463		
Prueba exacta de Fisher				,476	,337
Asociación lineal por lineal	,559	1	,455		
N de casos válidos	70				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,97.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SANGRADO (SI / NO)	1,667	,437	6,358
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,462	,561	3,809
Para cohorte MUERTE = VIVO	,877	,596	1,291
N de casos válidos	70		

IMPLANTE DE CADERA * MUERTE

	MUERTE		Total
	MUERTO	VIVO	
IMPLANTE DE CADERA Con implante parcial/total	8	22	30
sin implante	8	32	40
Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,432 ^a	1	,511		
Corrección de continuidad ^b	,137	1	,712		
Razón de verosimilitud	,429	1	,512		
Prueba exacta de Fisher				,573	,354
Asociación lineal por lineal	,426	1	,514		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,86.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para IMPLANTE DE CADERA (Con implante parcial/total / sin implante)	1,455	,474	4,459
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,333	,565	3,145
Para cohorte MUERTE = VIVO	,917	,703	1,196
N de casos válidos	70		

ASA * MUERTE

Tabla cruzada

Recuento

	MUERTE		Total
	MUERTO	VIVO	

ASA	III	7	23	30
	II	9	31	40
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,007 ^a	1	,935	1,000	,578
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,007	1	,935		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,007	1	,935		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,86.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ASA (III / II)	1,048	,340	3,230
Para cohorte MUERTE = MUERTO	1,037	,436	2,468
Para cohorte MUERTE = VIVO	,989	,764	1,281
N de casos válidos	70		

Sexo * SOBREVIVE

Tabla cruzada

Recuento

		SOBREVIVE		Total
		MUERTE	VIVO	
Sexo	FEMENINO	9	35	44
	MASCULINO	7	19	26
	Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,388 ^a	1	,533	,566	,367
Corrección de continuidad ^b	,108	1	,743		
Razón de verosimilitud	,382	1	,536		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,382	1	,536		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,94.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior

Razón de ventajas para Sexo (FEMENINO / MASCULINO)	,698	,224	2,171
Para cohorte SOBREVIVE = MUERTE	,760	,321	1,796
Para cohorte SOBREVIVE = VIVO	1,089	,825	1,436
N de casos válidos	70		

Lateralidad * SOBREVIVE

Tabla cruzada

Recuento

		SOBREVIVE		Total
		MUERTE	VIVO	
Lateralidad	Derecha	3	29	32
	Izquierda	13	25	38
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,077 ^a	1	,014		
Corrección de continuidad ^b	4,750	1	,029		
Razón de verosimilitud	6,520	1	,011		

Prueba exacta de Fisher				,021	,013
Asociación lineal por lineal	5,990	1	,014		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,31.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Lateralidad (Derecha / Izquierda)	,199	,051	,779
Para cohorte SOBREVIVE = MUERTE	,274	,086	,878
Para cohorte SOBREVIVE = VIVO	1,378	1,068	1,777
N de casos válidos	70		

Fractura previa * SOBREVIVE

Tabla cruzada

Recuento

		SOBREVIVE		Total
		MUERTE	VIVO	
Fractura previa	Si	11	15	26

	No	5	39	44
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,875 ^a	1	,003		
Corrección de continuidad ^b	7,207	1	,007		
Razón de verosimilitud	8,674	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,007	,004
Asociación lineal por lineal	8,748	1	,003		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,94.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Fractura previa (Si / No)	5,720	1,700	19,245
Para cohorte SOBREVIVE = MUERTE	3,723	1,455	9,525
Para cohorte SOBREVIVE = VIVO	,651	,461	,920
N de casos válidos	70		

Transfusión sanguínea * SOBREVIVE

Tabla cruzada

Recuento

		SOBREVIVE		Total
		MUERTE	VIVO	
Transfusión sanguínea	SI	8	23	31
	NO	8	31	39
Total		16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,274 ^a	1	,600	,775	,404
Corrección de continuidad ^b	,056	1	,812		
Razón de verosimilitud	,273	1	,601		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,271	1	,603		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,09.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Transfusión sanguínea (SI / NO)	1,348	,440	4,125
Para cohorte SOBREVIVE = MUERTE	1,258	,533	2,970
Para cohorte SOBREVIVE = VIVO	,933	,718	1,213
N de casos válidos	70		

Tiempo Operatorio * SOBREVIVE

Tabla cruzada

Recuento

	SOBREVIVE		Total
	MUERTE	VIVO	
Tiempo Operatorio más de 45 minutos	10	38	48
menos de 45 minutos	6	16	22
Total	16	54	70

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,355 ^a	1	,551		
Corrección de continuidad ^b	,084	1	,773		
Razón de verosimilitud	,347	1	,556		
Prueba exacta de Fisher				,555	,379

Asociación lineal por lineal	,350	1	,554		
N de casos válidos	70				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,03.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Tiempo Operatorio (más de 45 minutos / menos de 45 minutos)	,702	,218	2,258
Para cohorte SOBREVIVE = MUERTE	,764	,318	1,837
Para cohorte SOBREVIVE = VIVO	1,089	,811	1,461
N de casos válidos	70		

Prueba T para el Índice de Charlson

Correlaciones de muestras emparejadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CCI & SOBREVIVE	70	,129	,286

Prueba de muestras emparejadas

	Diferencias emparejadas						t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
				Inferior	Superior				
Par 1 CCI - SOBREVIVE	9,59214	16,32676	1,95142	5,69916	13,48512	4,915	69	,000	

Resumen de procesamiento de casos

	Grado funcional favorable o no	Casos					
		Válido		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad	Grado funcional desfavorable 3,4,5	31	100,0%	0	0,0%	31	100,0%
	Grado funcional favorable 0,1,2	28	100,0%	0	0,0%	28	100,0%

Análisis multivariado de las variables representativas

Factores inter-sujetos

	Etiqueta de valor	N
GRADO FUNCIONAL	0	Grado funcional desfavorable 3,4,5
	1	Grado funcional favorable 0,1,2
		30
		30

Estadísticos descriptivos

	GRADO FUNCIONAL	Media	Desviación estándar	N
COMORBILIDAD	Grado funcional desfavorable 3,4,5	,37	,490	30
	Grado funcional favorable 0,1,2	,73	,450	30
	Total	,55	,502	60
INTITUCIONALIZADO	Grado funcional desfavorable 3,4,5	,43	,504	30
	Grado funcional favorable 0,1,2	,80	,407	30
	Total	,62	,490	60
RESPIRATORIO	Grado funcional desfavorable 3,4,5	,77	,430	30
	Grado funcional favorable 0,1,2	,97	,183	30
	Total	,87	,343	60
SOBREINFECCION	Grado funcional desfavorable 3,4,5	,87	,346	30

	Grado funcional favorable 0,1,2	1,00	,000	30
	Total	,93	,252	60
ASA	Grado funcional desfavorable 3,4,5	,47	,507	30
	Grado funcional favorable 0,1,2	,70	,466	30
	Total	,58	,497	60
EDAD	Grado funcional desfavorable 3,4,5	,10	,305	30
	Grado funcional favorable 0,1,2	,47	,507	30
	Total	,28	,454	60
Transfusión sanguínea	Grado funcional desfavorable 3,4,5	,43	,504	30
	Grado funcional favorable 0,1,2	,73	,450	30
	Total	,58	,497	60
Tiempo Operatorio	Grado funcional desfavorable 3,4,5	,23	,430	30
	Grado funcional favorable 0,1,2	,37	,490	30
	Total	,30	,462	60

Pruebas multivariante

Efecto	Valor	F	Gl de hipótesis	gl de error	Sig.	Eta parcial al cuadrado	Parámetro de no centralidad	Potencia observada ^c	
Intersección	Traza de Pillai	,972	219,010 ^b	8,000	51,000	,000	,972	1752,081	1,000
	Lambda de Wilks	,028	219,010 ^b	8,000	51,000	,000	,972	1752,081	1,000
	Traza de Hotelling	34,355	219,010 ^b	8,000	51,000	,000	,972	1752,081	1,000
	Raíz mayor de Roy	34,355	219,010 ^b	8,000	51,000	,000	,972	1752,081	1,000
EST_6M	Traza de Pillai	,410	4,431 ^b	8,000	51,000	,000	,410	35,446	,990

Lambda de Wilks	,590	4,431 ^b	8,000	51,000	,000	,410	35,446	,990
Traza de Hotelling	,695	4,431 ^b	8,000	51,000	,000	,410	35,446	,990
Raíz mayor de Roy	,695	4,431 ^b	8,000	51,000	,000	,410	35,446	,990

a. Diseño : Intersección + EST_6M

b. Estadístico exacto

c. Se ha calculado utilizando alpha = .05

Pruebas de efectos inter-sujetos

Origen	Variable dependiente	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado	Parámetro de no centralidad	Potencia observada
Modelo corregido	COMORBILIDAD	2,017 ^a	1	2,017	9,114	,004	,136	9,114	,843
	INTITUCIONALIZADO	2,017 ^b	1	2,017	9,614	,003	,142	9,614	,862
	RESPIRATORIO	,600 ^c	1	,600	5,495	,023	,087	5,495	,635
	SOBREINFECCION	,267 ^d	1	,267	4,462	,039	,071	4,462	,547
	ASA	,817 ^e	1	,817	3,441	,069	,056	3,441	,446
	EDAD	2,017 ^f	1	2,017	11,505	,001	,166	11,505	,915
	Transfusión sanguínea	1,350 ^g	1	1,350	5,917	,018	,093	5,917	,667
	Tiempo Operatorio	,267 ^h	1	,267	1,254	,267	,021	1,254	,196
Intersección	COMORBILIDAD	18,150	1	18,150	82,029	,000	,586	82,029	1,000
	INTITUCIONALIZADO	22,817	1	22,817	108,770	,000	,652	108,770	1,000
	RESPIRATORIO	45,067	1	45,067	412,716	,000	,877	412,716	1,000
	SOBREINFECCION	52,267	1	52,267	874,462	,000	,938	874,462	1,000

	ASA	20,417	1	20,417	86,017	,000	,597	86,017	1,000
	EDAD	4,817	1	4,817	27,479	,000	,321	27,479	,999
	Transfusión sanguínea	20,417	1	20,417	89,484	,000	,607	89,484	1,000
	Tiempo Operatorio	5,400	1	5,400	25,395	,000	,305	25,395	,999
EST_6M	COMORBILIDAD	2,017	1	2,017	9,114	,004	,136	9,114	,843
	INTITUCIONALIZADO	2,017	1	2,017	9,614	,003	,142	9,614	,862
	RESPIRATORIO	,600	1	,600	5,495	,023	,087	5,495	,635
	SOBREINFECCION	,267	1	,267	4,462	,039	,071	4,462	,547
	ASA	,817	1	,817	3,441	,069	,056	3,441	,446
	EDAD	2,017	1	2,017	11,505	,001	,166	11,505	,915
	Transfusión sanguínea	1,350	1	1,350	5,917	,018	,093	5,917	,667
	Tiempo Operatorio	,267	1	,267	1,254	,267	,021	1,254	,196
Error	COMORBILIDAD	12,833	58	,221					
	INTITUCIONALIZADO	12,167	58	,210					
	RESPIRATORIO	6,333	58	,109					
	SOBREINFECCION	3,467	58	,060					
	ASA	13,767	58	,237					
	EDAD	10,167	58	,175					
	Transfusión sanguínea	13,233	58	,228					
	Tiempo Operatorio	12,333	58	,213					
Total	COMORBILIDAD	33,000	60						
	INTITUCIONALIZADO	37,000	60						
	RESPIRATORIO	52,000	60						
	SOBREINFECCION	56,000	60						
	ASA	35,000	60						

	EDAD	17,000	60						
	Transfusión sanguínea	35,000	60						
	Tiempo Operatorio	18,000	60						
Total corregido	COMORBILIDAD	14,850	59						
	INTITUCIONALIZADO	14,183	59						
	RESPIRATORIO	6,933	59						
	SOBREINFECCION	3,733	59						
	ASA	14,583	59						
	EDAD	12,183	59						
	Transfusión sanguínea	14,583	59						
	Tiempo Operatorio	12,600	59						

a. R al cuadrado = ,136 (R al cuadrado ajustada = ,121)

b. R al cuadrado = ,142 (R al cuadrado ajustada = ,127)

c. R al cuadrado = ,087 (R al cuadrado ajustada = ,071)

d. R al cuadrado = ,071 (R al cuadrado ajustada = ,055)

e. R al cuadrado = ,056 (R al cuadrado ajustada = ,040)

f. R al cuadrado = ,166 (R al cuadrado ajustada = ,151)

g. R al cuadrado = ,093 (R al cuadrado ajustada = ,077)

h. R al cuadrado = ,021 (R al cuadrado ajustada = ,004)

i. Se ha calculado utilizando alpha = .05

Factores inter-sujetos

		Etiqueta de valor	N
SOBREVIVE	0	MUERTE	16

1	VIVO	54
---	------	----

Estadísticos descriptivos

	SOBREVIVE	Media	Desviación estándar	N
Lateralidad	MUERTE	,81	,403	16
	VIVO	,46	,503	54
	Total	,54	,502	70
Fractura previa	MUERTE	,31	,479	16
	VIVO	,72	,452	54
	Total	,63	,487	70
CCI	MUERTE	6,5031	1,81655	16
	VIVO	11,5074	18,50316	54
	Total	10,3636	16,37604	70

Pruebas multivariante^a

Efecto	Valor	F	GI de hipótesis	gl de error	Sig.	Parámetro de no centralidad	Potencia observada ^c	
Intersección	Traza de Pillai	,688	48,613 ^b	3,000	66,000	,000	145,838	1,000
	Lambda de Wilks	,312	48,613 ^b	3,000	66,000	,000	145,838	1,000
	Traza de Hotelling	2,210	48,613 ^b	3,000	66,000	,000	145,838	1,000
	Raíz mayor de Roy	2,210	48,613 ^b	3,000	66,000	,000	145,838	1,000
SIBREVIVE	Traza de Pillai	,209	5,811 ^b	3,000	66,000	,001	17,434	,940
	Lambda de Wilks	,791	5,811 ^b	3,000	66,000	,001	17,434	,940
	Traza de Hotelling	,264	5,811 ^b	3,000	66,000	,001	17,434	,940

Raíz mayor de Roy	,264	5,811 ^b	3,000	66,000	,001	17,434	,940
-------------------	------	--------------------	-------	--------	------	--------	------

a. Diseño : Intersección + SIBREVIVE

b. Estadístico exacto

b. Se ha calculado utilizando alpha = .05

Pruebas de efectos inter-sujetos

Origen	Variable dependiente	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Parámetro de no centralidad	Potencia observada ^d
Modelo corregido	Lateralidad	1,508 ^a	1	1,508	6,464	,013	6,464	,708
	Fractura previa	2,072 ^b	1	2,072	9,873	,002	9,873	,872
	CCI	309,100 ^c	1	309,100	1,155	,286	1,155	,185
Intersección	Lateralidad	20,079	1	20,079	86,072	,000	86,072	1,000
	Fractura previa	13,215	1	13,215	62,968	,000	62,968	1,000
	CCI	4003,767	1	4003,767	14,963	,000	14,963	,968
SIBREVIVE	Lateralidad	1,508	1	1,508	6,464	,013	6,464	,708
	Fractura previa	2,072	1	2,072	9,873	,002	9,873	,872
	CCI	309,100	1	309,100	1,155	,286	1,155	,185
Error	Lateralidad	15,863	68	,233				
	Fractura previa	14,271	68	,210				
	CCI	18194,951	68	267,573				
Total	Lateralidad	38,000	70					
	Fractura previa	44,000	70					
	CCI	26022,304	70					
Total corregido	Lateralidad	17,371	69					
	Fractura previa	16,343	69					
	CCI	18504,052	69					

a. R al cuadrado = ,087 (R al cuadrado ajustada = ,073)

b. R al cuadrado = ,127 (R al cuadrado ajustada = ,114)

c. R al cuadrado = ,017 (R al cuadrado ajustada = ,002)

d. Se ha calculado utilizando $\alpha = .05$