

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, EN PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON FRACTURAS INTRACAPSULARES
INESTABLES TRATADOS CON PROTESIS TOTAL DE CADERA
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL PERIODO
DEL 2023 – 2024**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGÍA**

PRESENTADO POR

JESUS EFRAIN LOPEZ HUALPA

ASESOR

ELY MARCIAL ROMERO LUNA

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, EN PACIENTES
ADULTOS MAYORES CON FRACTURAS INTRACAPSULARES
INESTABLES TRATADOS CON PROTESIS TOTAL DE CADERA
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL PERIODO
DEL 2023 – 2024**

**PROYECTO DE INVESTIGACION
PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGÍA**

**PRESENTADO POR
JESUS EFRAIN LOPEZ HUALPA**

**ASESOR
MG. ELY MARCIAL ROMERO LUNA**

**LIMA, PERÚ
2024**

ÍNDICE

	Págs
Portada	
Índice	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la situación problemática	4
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	4
1.4.1 Importancia	4
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	5
1.5 Limitaciones	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definición de términos básicos	14
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	15
3.1 Formulación	15
3.2 Variables y su definición operacional	15
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	16
4.1 Diseño metodológico	16
4.2 Diseño muestral	16
4.3 Técnicas de recolección de datos	17
4.4 Procesamiento y análisis de datos	18
4.5 Aspectos éticos	18
CRONOGRAMA	19
PRESUPUESTO	20
FUENTES DE INFORMACIÓN	21
ANEXOS	24
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

NOMBRE DEL TRABAJO

NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FRACTURAS INTRACAPSULARES INESTABLE

AUTOR

JESUS EFRAIN LOPEZ HUALPA

RECUENTO DE PALABRAS

5716 Words

RECUENTO DE CARACTERES

31288 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

26 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.5MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 10, 2024 2:46 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 10, 2024 2:47 PM GMT-5**● 15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

En el panorama internacional, como por ejemplo en Suiza las fracturas intracapsulares del cuello femoral representan hasta la mitad de todas las fracturas de cadera y aproximadamente el 20% de todas las fracturas de cuello femoral no están desplazadas ni impactadas y se pueden clasificar en fracturas estables e inestables según la clasificación del Garden. Para fracturas inestables, Garden III o IV, el tratamiento preferido es el uso de prótesis de cadera; en cambio para las fracturas estables, clasificadas como Garden I o II, el tratamiento más usado es la fijación interna con tornillos capulados o con otro tipo de implantes de cadera. (1)

El incremento de casos de fracturas de cuello femoral se considera una de las lesiones más frecuentes y perjudiciales para las personas mayores de 65 años de sexo femenino, que tienen como mecanismo de lesión en general caídas de baja altura por traumas de baja energía. (2) Este aumento de la incidencia está causando una problemática en la atención asistencial, así como socio sanitario, a nivel mundial. (3)

En el país, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de 79 pacientes con fractura de cadera, la mediana de edad fue de 66 años (y el 71% fueron mujeres. Según la clasificación de AO Müller, el 78,7% de fracturas fue de tipo extracapsular (31-A) y el 21,3% fue de tipo intracapsular (31-B) de los cuales todos fueron tratados quirúrgicamente. (4)

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, y aunque existe una alta incidencia de este tipo de fracturas, y cumpliendo con las recomendaciones de indicaciones quirúrgicas, no existe un seguimiento continuo de los pacientes postoperados de este tipo de fracturas tratados con prótesis de cadera total, por lo cual se hace necesario el seguimiento para ver las repercusiones en la dependencia de dichos pacientes debido al tratamiento quirúrgico mencionado.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de dependencia en pacientes mayores con fracturas intracapsulares inestables tratados con prótesis de cadera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2023-2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de dependencia en pacientes mayores con fracturas intracapsulares inestables tratados con prótesis de cadera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2023-2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la cantidad de pacientes mayores de 60 años con fracturas intracapsulares operados con prótesis total de cadera
- Realizar una lista con datos de afiliación de cada paciente adulto mayor postoperado
- Identificar los niveles de dependencia con el test y cuestionarios que se usaran para los pacientes adultos mayores.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

La presente investigación es necesaria debido a que a la fecha, en el Hospital Arzobispo Loayza no se cuenta con la estadística de cirugías de prótesis total de cadera siendo este un nosocomio de referencia a Nivel Nacional, realizándose como cirugía frecuente artroplastias totales de cadera en el servicio de ortopedia y traumatología, no se cuenta con un seguimiento continuo de pacientes postoperados a largo plazo de dicha cirugía.

Este proyecto de investigación nos permitirá evaluar tanto el grado de dependencia con la cual los pacientes se encuentran a 12 meses de operados, como la evolución de alguna complicación que haya retrasado la reincorporación de los pacientes a la actividad cotidiana.

También nos permitirá evaluar el apoyo familiar con el que cuentan dichos pacientes por ser adultos mayores.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El estudio es viable, porque cuenta con la autorización de la dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el jefe del servicio de ortopedia y traumatología y se cuenta con la base de datos en las historias clínicas físicas. Asimismo, este trabajo es factible, ya que se cuenta con los recursos humanos, económicos y materiales adecuados para este estudio. Se cuenta con el acceso a las historias clínicas de los pacientes postoperados en el servicio y hospital mencionados anteriormente, en el periodo 2021-2022, respetando la confidencialidad de cada paciente. Se contará con el apoyo de la asesora de la Universidad San Martín de Porres.

1.5 Limitaciones

Dado que es estudio será observacional y se realizará la búsqueda de historias clínicas existe riesgo de sesgo de selección. También la poca colaboración de cada paciente de responder el cuestionario del test planteado y la falta de tiempo para la recolección de datos en los tiempos planteados debido a que el investigador cumple funciones de atención hospitalarias continuas.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

En 2019, Tuba Güler et. al., desarrolló una investigación, este estudio tipo cohorte prospectivo fue realizado en el Ankara Numune Training and research Hospital entre el periodo 2014 y 2015. Con un total de 50 pacientes el cual tuvo como objetivo evaluar los cambios tempranos en la actividad física y la función después de la artroplastia total de cadera, con un rango de edad de 35 a 75 años. Dicha investigación tuvo como resultado que los pacientes se beneficiaran de la cirugía y tuvieron una actividad física y una capacidad similares a las de los controles emparejados por edad y sexo en la sexta semana y el mes postoperatorio. Y se concluyó que la función/capacidad física y varios otros factores sociodemográficos serian beneficiosos como resultado de la ATC. (5)

Jason R. Falvey et. al., en 2019, realizó en Estados Unidos un estudio tipo cohorte retrospectivo que tuvo como muestra 6270 pacientes adultos mayores de 65 años, que recibieron atención medica en sus hogares después de ser dados de alta a la comunidad después una ATC en Centros de Servicios de Medicare, el objetivo de este estudio fue el de evaluar que tanto afectaba la dependencia preoperatoria en el pronóstico de los pacientes postoperados de ATC. Encontrándose que la dependencia grave preoperatoria de actividades de la vida diaria no se asoció con reingresos a los 90 días. Sin embargo, la dicha dependencia se asoció con mayores probabilidades de reingreso hospitalario a los 30 días postoperados de ATC. Este trabajo concluye que puede ser importante aplicar una evaluación simple de la dependencia de actividades antes de la operación para que los cirujanos puedan guiar los cambios en la planificación de la atención para los adultos mayores que se someten a ATC, aunque se necesita más investigación para determinar si la dependencia grave de las actividades de la vida diaria se pueden modificar antes de la cirugía y si estos cambios en la dependencia pueden reducir el riesgo de reingreso después de la ATC. (6)

Jun-Yeon Choi et. al, publico el 2017 un estudio de cohorte retrospectivo que se realizó en el Hospital Bundang de la Universidad Nacional de Seúl. Tomando el periodo marzo de 2009 hasta mayo 2014, 1075 pacientes ancianos con fractura

de cadera que se sometieron a cirugía y posterior a los criterios de inclusión y exclusión tuvo una muestra final de 481 pacientes con edad media de pacientes de 80,4 (75,3-85,3) años. El objetivo principal de valoración fue la mortalidad por todas las causas a los 6 meses después de la cirugía. Los desenlaces secundarios fueron mortalidad por todas las causas al año, complicaciones posoperatorias, institucionalización y estancia hospitalaria total o posoperatoria prolongada. Teniendo como hallazgos que la duración media de la estancia hospitalaria total y la estancia hospitalaria posoperatoria fueron 18 (1-28) días y 14 (8-23) días, respectivamente. Un total de 183 pacientes (38,0%) experimentaron al menos 1 complicación posoperatoria, incluida neumonía (21 pacientes), infección del tracto urinario (20 pacientes), tromboembolismo pulmonar (4 pacientes), trombosis venosa profunda (5 pacientes), delirio (162 pacientes), accidente cerebrovascular (3 pacientes) e ingreso no planificado en la UCI (18 pacientes), 282 pacientes (58,6%) fueron dados de alta a centros de cuidado de transición o residencias de ancianos. Diecinueve pacientes experimentaron 2 complicaciones, 12 pacientes tuvieron 3 complicaciones y 1 paciente tuvo cada uno 4 y 5 complicaciones, respectivamente. La mediana del periodo de seguimiento fue de 34,6 (19,7 – 52,4) meses. La mortalidad global fue del 1,2% al mes. (7)

MF Bravo-Bardaji et. al, hizo en España el 2011, un estudio de cohortes sobre 333 fracturas de cadera en pacientes mayores de 65 años, que ingresaron en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya entre febrero 2004 y febrero del 2005, con el objetivo de conocer la funcionalidad que se presenta antes de la fractura y en el seguimiento posterior, mediante entrevistas telefónicas a los 6 meses tras la misma. Teniendo como resultado la posibilidad de determinar el pronóstico de un paciente con fractura de cadera al ingreso, que el uso de sistemas de fijación extramedular no mostró buenos resultados en comparación con la artroplastia. Se concluyó que la osteosíntesis intramedular (utilizada solo en 5 pacientes) y el inicio temprano de la rehabilitación podrían mejorar los resultados funcionales de estos pacientes. (8)

RiLiGe Su et. al., presento un ensayo clínico aleatorizado que se llevó a cabo en el año 2017. Un total de 22 pacientes seleccionados con osteonecrosis avanzada

de la cabeza femoral que se sometieron a ATC unilateral primaria se aleatorizaron en un grupo de alto nivel de actividad y un segundo grupo de bajo nivel de actividad. El primer grupo incluyó 11 personas, con edades de $53,18 \pm 13,29$ años. El segundo grupo incluyó 11 personas, con edades $55,73 \pm 11,73$ años. La intervención con caminatas diarias postoperatorias guiada por investigadores: para el primer grupo $4272,73 \pm 904,53$ metros y para el segundo grupo $2409,09 \pm 1068,13$ metros de caminata. Para los resultados primarios se usaron la evaluación radiográfica y la densidad mineral ósea con una prótesis femoral a los 6 meses después de la operación. El primer grupo tuvo una mayor incidencia de protección contra el estrés que el segundo grupo. No se encontraron diferencias en la densitometría ósea al comparar entre grupos. Radiográficamente las prótesis fueron evaluadas como estables. Las conclusiones fueron que los altos niveles de actividad durante la rehabilitación temprana después de la ATC primaria aceleran el proceso de remodelación ósea y agravan la protección contra el estrés, sin beneficios significativos para la recuperación funcional. (9)

Florin Mihai Marcu et. al., en un estudio de cohortes, realizado en el periodo 2019 y 2012, uso una muestra de 50 pacientes con ATC fueron divididos en dos grupos: grupo A (25 sujetos cumplidores de la terapia de rehabilitación individualizada) y grupo control B (25 sujetos, incumplimiento de terapia de rehabilitación individualizada). Los dos grupos de estudio fueron monitorizados según la evolución del puntaje de cadera de Harris modificado durante cuatro meses. Teniendo como resultado diferencias significativas en los valores del puntaje de cadera de Harris modificado a los 90 días y a los 4 meses después de la cirugía, a favor de los sujetos del grupo A vs grupo B. Se tuvieron como resultados claras ventajas de la ATC en ambas caderas, tanto en sujetos que cumplían con la terapia de rehabilitación individualizada como en los que no la cumplían; pero los mayores beneficios terapéuticos de la terapia de rehabilitación individualizada se observó que los parámetros de puntaje de cadera de Harris modificado que habían mejorado son el dolor, la inclinación y las actividades de zapatos y calcetines. (10)

Artabán Jeldi et. al., en un estudio observacional el año 2017 con una muestra de 30 pacientes con ATC edad avanzada (67 ± 7 años) midió objetivamente la actividad física antes de la operación, a los 3 meses y a los 2 meses con los scores: de puntuación de cadera de Harris (HHS), la puntuación de cadera de Oxford (OHS) y la prueba de marcha de 6 minutos (6MWT). Los resultados fueron en particular, que el IMC inicial fue un predictor significativo del tiempo en posición vertical, los pasos, el mayor número de pasos en una sesión erguida, HHS y 6MWT. La HHS de referencia ayudó a predecir el periodo de mayor duración en posición vertical, la cadencia de los periodos de caminata de más de 60 segundos y la OHS. La actividad física empezó de manera habitual en la pre cirugía hasta la poscirugía. Las conclusiones fueron las medidas de volumen de actividad física no cambiaron desde antes de la cirugía hasta 12 meses después de la cirugía a pesar de la mejora en HHS, OHS y 6MWT. El IMC inicial fue un predictor más importante de la actividad erguida y de los pasos que el tiempo. La promoción de la actividad física preoperatoria y postoperatoria podría utilizarse para modificar los niveles bajos aparentemente habituales de actividad física para permitir que se obtengan todos los beneficios para la salud de la ATC.

(11)

Kristi Elisabeth Heiberga et. al., publico el 2013 un estudio de tipo diseño longitudinal prospectivo, con el objetivo de investigar la recuperación del funcionamiento físico en pacientes durante el primer año después de la artroplastia total de cadera (ATC) y predecir los resultados de la distancia recorrida posoperatoria a partir de medidas preoperatorias, con un total de 88 participantes adultos mayores (64-68 años). Se uso como evaluación de funcionamiento físico mediante medidas objetivas: la prueba de caminata de 6 minutos (6MWT), la prueba de subir escaleras, el índice de función muscular, la figura de ocho y el rango de movimiento activo de la cadera, y las medidas subjetivas de Harris. Hip Score y Disfunción de cadera y Osteoarthritis Outcome Score. Como resultados tuvo que, en las medidas objetivas, se encontraron mejoras desde el preoperatorio hasta los 3 meses en las puntuaciones de 6MWT y la prueba de subir escaleras, mientras que todas las medidas habían mejorado de 3 a 12 meses. Por el contrario, todas las medidas subjetivas mostraron mejoras sustanciales a los 3 meses, pero pequeñas mejoras

adicionales entre los 3 y 12 meses. La edad, el sexo, la distancia preoperatoria de la 6MWT a los 3 y 12 meses. Las conclusiones fueron que las medidas objetivas del funcionamiento físico mejoraron gradualmente durante el primer año posoperatorio, mientras que las medidas subjetivas mostraron grandes mejoras tempranas, pero pocas mejoras posteriores. La edad más joven, el sexo masculino y mejores puntajes de distancia recorrida y flexibilidad de la cadera antes de la cirugía predijeron una mejor puntuación en la distancia recorrida tanto a los 3 como a los 12 meses después de la cirugía. (12)

Danielle y Ponzio et. al., usando un registro institucional de pacientes que se sometieron a ATC entre 2007 y 2012, identificó retrospectivamente a los pacientes que se sometieron a ATC primaria unilateral por osteoartritis y completaron una escala de actividad preoperatoria de las extremidades inferiores, una encuesta de expectativas de reemplazo de cadera del Hospital para cirugía especial y una puntuación de resultado de discapacidad. Se tomó como muestra 2106 pacientes activos (n=1053) se emparejaron con los pacientes inactivos (n=1053) se emparejaron con los pacientes inactivos (n=1053) por edad, sexo, índice de masa corporal y comorbilidades. Las cohortes se compararon con respecto a la asociación de las expectativas con la discapacidad de la cadera y la puntuación de resultado de la osteoartritis y la satisfacción, el cambio en el nivel de la escala de actividad de las extremidades inferiores desde el inicio hasta los 2 años, las complicaciones y los procedimientos quirúrgicos de revisión. Los resultados: la satisfacción general fue similar. Las expectativas más altas con respecto al ejercicio y los deportes se asociaron con puntajes más altos en los subdominios de deportes y recreación HOOS (Osteoarthritis Outcome Score) en pacientes activos concluyendo que 2 años después de la ATC, los pacientes activos e inactivos estaban igualmente satisfechos y lograron resultados comparables. Los pacientes inactivos mostraron una mayor mejora en el nivel de actividad física desde el inicio preoperatorio que los pacientes activos. Las complicaciones y las tasas de revisión fueron similares. (13)

Philip D. Wilson Jr. et. al., 2019 revisando retrospectivamente los resultados de los pacientes del autor principal entre 1968 y 1993. De 1207 pacientes,

identificamos 167 pacientes, que tenían al menos 65 años y tenían al menos 20 años de seguimiento. La edad media en el momento de la cirugía fue de 55 años; el tiempo medio de seguimiento fue de 27 años. Se realizaron ATC bilaterales en 109 pacientes (65%) y revisiones en 81 (48,5%). Los resultados clínicos, incluidos el nivel de dolor, la capacidad para caminar, el rango de movimiento y la función general, se determinaron mediante el sistema de puntuación de cadera del Hospital for Special Surgery (HSS). Se identificó un modelo de cuatro clases de esta población de pacientes: (1) la clase de ancianos, que tenía una edad media de 62 años en el momento de la ATC primaria; (2) la Clase Bilateral, que se sometió a ATC bilateral simultánea por etapas; (3) la Clase de revisión, que requirió al menos una revisión y (4) la clase más joven, que tenía una edad media de 49 años. Después de un periodo inicial de mejoría en todos los grupos, la trayectoria funcional divergió según las clasificaciones. La edad fue el determinante más fuerte del resultado a largo plazo, con puntuaciones de cadera HSS en la clase de ancianos que disminuyeron después de aproximadamente 20 años. La clase más joven mantuvo una función de cadera entre buena y excelente durante más de 30 años. Las conclusiones fueron que todas las clases en la población de estudio disfrutaron de buenos a excelentes resultados después de la ATC durante aproximadamente 20 años. A partir de entonces, el deterioro funcional se atribuyó más al envejecimiento que a la necesidad de revisión. Una o más ATC de revisión no influyeron negativamente en los resultados clínicos a largo plazo, lo que sugiere que, incluso para los pacientes más jóvenes, los síntomas, en lugar de evitar una posible revisión, deberían ser el principal factor determinante al indicar la ATC. (14) Este estudio prospectivo incluyó a 153 pacientes programados para someterse a una ATC. (14)

Yuriko Matsunaga-Myoji et. al., en un estudio prospectivo publicado el 2019 que incluyó a 153 pacientes programados para someterse a una ATC entre octubre de 2010 y noviembre 2011 en el Hospital Universitario de la región de Kyushu con una edad de 61,4 años se usaron un acelerómetro durante 10 días consecutivos y completaron el Oxford Hip Score (OHS) y el Short Form 8 en el seguimiento de 5 años después de la ATC. La actividad física (AF) se evaluó en función de la media de pasos por día y el tiempo dedicado a realizar AF de moderada a vigorosa (MVPA) por semana. En los resultados 5 indicadores

aumentaron significativamente al 1 año después de la ATC, aunque solo la MVPA y la OHS aumentaron significativamente en el seguimiento de 3 años. El predictor de mejora en el número de pasos desde el inicio hasta 1 año después de la ATC fue una edad más joven, mientras que los de mejora en la MVPA desde el inicio hasta 3 años después de la ATC fueron una edad más joven. No se observaron cambios significativos para estos resultados en la cohorte restante más allá de los 3 años después de la ATC. Este estudio concluye que en pacientes post-ATC, la MVPA continuó aumentando durante 3 años después de la operación y la PA debe medirse a medio o largo plazo después de la ATC. (15)

Uyen-Sa DT Nguyen et. al., publicó el 2019 un estudio prospectivo que incluyó 610 pacientes inscritos en un registro THA de 2010 a 2014 con un promedio de 68,5 años de edad, en el cual se examinaron la puntuación del componente mental (MCS) antes y 1 año después de la cirugía, y el cambio de 1 año, en asociación con el dolor y puntajes de función. Todas las puntuaciones se normalizaron, con un rango de 0 a 100 (una puntuación mayor indica un mejor resultado). Los resultados mostraron que una mejora de 10 puntos en el cambio de 1 año en la puntuación del dolor resultó en un aumento de 0,78 puntos (95%: IC 0,40, 1,26) en el cambio de 1 año en MCS. Teniendo como conclusiones que la salud mental mejoró significativamente desde el inicio hasta 1 año después de la THA. Con mayor mejora en el dolor y la función que se asoció con una mayor mejora en la salud mental 1 año después de la ATC. (16)

2.2 Bases teóricas

Fracturas de cadera

Según Haidukewych y colaboradores las fracturas de la cadera son clasificadas de acuerdo con su tipo en extracapsulares e intracapsulares, las primeras con una mayor frecuencia, debidas a diversos mecanismos, que en su mayoría se presentan en adultos mayores. (17)

Clasificación

Las fracturas de cadera intracapsulares se pueden clasificar utilizando dos sistemas: 1) Garden 2) Pauwels. La clasificación de Garden se publicó en 1961 y se basa en el patrón de las trabéculas de la cabeza femoral en las radiografías simples anteroposteriores (Garden, 1961). Se divide fracturas intracapsulares en cuatro categorías, cada una de ellas progresión de la anterior.

Etapa 1: Consiste en una fractura incompleta, con la línea de fractura que comienza en la parte superior cérvico-capital unión, pero no pasa completamente a través de la inferior corteza del cuello, que permanece intacta pero deformada como en una fractura en tallo verde. Esto da una posición en valgo de las trabéculas de la cabeza femoral.

Etapa 2: Con mas fuerza se rompe la corteza inferior ,resultado en una fractura completa que no esta desplazada.

Etapa 3: la fractura completa sufre un desplazamiento parcial. Los fragmentos proximal y distal conservan su inserción retinacular posterior, así como el distal fragmento rota externamente, obliga al fragmento proximal a rotación interna y abducción.

Etapa 4: a medida que continua la rotación externa, el retináculo se desprende del cuello hasta que se separa por completo. A este punto, ambos fragmentos están separados entre si dejando el fragmento proximal libre para volver a una forma más posición normal en el acetábulo. Las trabéculas del fragmento proximal se encuentran alineados con las trabéculas en la pelvis (Garden, 1961).

La clasificación de Pauwels se describió por primera vez en 1935 y define el ángulo de Pauwels como el ángulo creado por la línea de fractura del fragmento distal y la horizontal (Pauwels, 1935). La clasificación de Pauwels se divide en tres tipos según el ángulo de Pauwels: Tipo 1: ángulo $<30^\circ$, tipo 2: ángulo entre 30 y riesgo de no unión (Pauwels, 1935) 50° , tipo 3: ángulo $>50^\circ$. El ángulo se relaciona con el ángulo de corte de la fractura superficie y cuanto mayor es el ángulo de Pauwels, mayor es el riesgo de no unión (Pauwels, 1935). (18)

Tratamiento

La mayoría de las fracturas de cadera intracapsulares son desplazadas, como que los fragmentos óseos ya no están en continuidad. Las fracturas intracapsulares desplazadas se tratan con hemiartroplastia de cadera, donde la cabeza femoral es la única parte que se reemplaza o también que se puede tratar con artroplastia total de cadera, donde se reemplaza tanto la cabeza femoral como el acetábulo aunque la artroplastia parcial se realiza con más frecuencia, una serie de organizaciones como la Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopedicos AAOS y el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido NICE recomiendan ofrecer artroplastia total de cadera en pacientes seleccionados con fractura de cadera debido a los beneficios funcionales percibidos, varios ensayos controlados aleatorios pequeños han sugerido que la ATC se asocia con mejores resultados funcionales, menos heridas, infecciones y reducción de la necesidad de procedimientos secundarios. Sin embargo, la hemiartroplastia de cadera también es un procedimiento mas complejo, que requiere mayor tiempo quirúrgico , se asocia con mayor pérdida de sangre, y tiene un mayor riesgo de dislocación. (19)

2.3 Definición de términos básicos

Adulto mayor: entiéndase por persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o mas años de edad. (20)

Fractura: Rotura de un hueso. (21)

Funcional: perteneciente o relativo a la función o a las funciones. Competencia, procedimiento funcional. Dependencia, enlace funcional. (22)

Artroplastia total de cadera (ATC): Procedimiento quirúrgico en el cual se realiza reemplazo de la cabeza femoral y el acetábulo. (17)

Hemiartroplastia o artroplastia parcial de cadera (HA): Procedimiento quirúrgico en el cual solo se reemplaza la cabeza femoral del fémur. (17)

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

Los pacientes adultos mayores con fracturas intracapsulares inestables tratados con prótesis de cadera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2021-2022, presentan nivel de dependencia leve en su mayoría.

3.2 Variables y su definición operacional

Variables	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Medio de verificación
Tipo de fractura de cadera	Dada en el marco teórico	Independiente Cualitativa	Estable inestable	Ordinal	Garden: <u>I,II,III,IV</u> Pawles: <u>I,II,III</u>	Historia clínica Ficha de recolección
<u>Técnica quirúrgica a usar</u>	Tipo de técnica quirúrgica empleada	Independiente cuantitativa	Prótesis total colocada	Nominal		Historia clínica Ficha de recolección
Edad	Tiempo de vida desde su nacimiento	Independiente Cuantitativa	Años	Razón	Adulto mayor: mayores de 65 años.	DNI
Nivel de dependencia funcional	Capacidad de realizar AVD de manera independiente posterior a la fractura de cadera	Dependiente Cualitativa	Escala WOMAC y escala de cadera de Harris (ANEXO I Y III)	Ordinal	WOMAC -EXCELENTE -BUENO -ACEPTABLE -MALO HARRIS -EXCELENTE -BUENO -REGULAR -MALO	Ficha de recolección

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 Diseño metodológico

El enfoque de este estudio será observacional ya que no se tendrá ninguna influencia en las variables, descriptivo porque según la base de datos de los registros se describirá y clasificará el nivel de dependencia de cada paciente post-operado y será de tipo transversal ya que se realizará solo una medición en el tiempo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Estará constituido por todos los pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2023-2024.

Población de estudio

Pacientes adultos mayores de 60 años con diagnóstico fractura intracapsular tratados con artroplastia total de cadera, atendidos en el servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo de julio 2023 – junio 2024.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

- Pacientes con diagnóstico radiográfico de fractura intracapsular unilateral
- Pacientes operados de artroplastia total por fractura intracapsular unilateral
- Pacientes que den su aceptación para participar del estudio firmando el consentimiento informado

- Pacientes adultos mayores de 60 años de edad a más

De exclusión

- Pacientes con cualquier patología ortopédica y/o traumatológica en pie y tobillo que necesiten cirugía
- Pacientes con escoliosis de columna lumbar que impida la deambulación
- Diagnósticos de fractura patológica
- Negación del paciente, familiares, o representante legal a participar en el estudio.

Tamaño de la muestra

En cuanto a la muestra, según fórmula es de un número total de 84 pacientes

Muestreo

El tipo será muestreo probabilístico aleatorio simple.

4.3 Técnicas de recolección de dato

Se solicitará la aprobación del proyecto por parte del Comité de investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se entrevistará a todos los pacientes que hayan cumplido los criterios de inclusión y exclusión que fueron sometido a artroplastia total de cadera, que serán realizadas por el investigador usando una ficha con los datos personales y cuestionarios de las escalas funcionales de WOMAC y ESCALA DE CADERA DE HARRIS (ANEXO I, II) estos serán aplicados a los 12 meses posteriores de dicha cirugía, estos serán captados en las citas de consultorio externo del servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Posteriormente estos datos serán plasmados en una tabla con las medias aritméticas y desviaciones estándar de las diferencias de todas las puntuaciones post funcionales a los 12 meses entre los grupos de pacientes, utilizando el programa Microsoft Excel 2010 y el programa estadístico SPSS versión 25.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Los instrumentos que se usarán en este tipo de estudios serán de tipo cuestionario usan para eso las escalas de WOMAC y ESCALA DE CADERA DE HARRIS (ANEXOS I, II). Se citará al consultorio externo del servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Y se repartirá dichos cuestionarios impresos a los participantes para su posterior llenado coordinando previa llamada telefónica. Dicho procedimiento será llevado a cabo por el investigador en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2023-2024.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Estos datos se tabularán en el programa Microsoft Excel 2010 y posteriormente serán analizados con el programa SPSS versión 24. Serán descritas frecuencias absolutas y también relativas (%) para las variables tipo cualitativas, mientras que para las variables cuantitativas se calcularan las medidas de tendencia central y dispersión; con esto se determinará las diferencias de las puntuaciones de los test de escalas funcionales post intervención quirúrgica de artroplastia a los 12 meses. El análisis inferencial se realizará con la prueba T student que llegara hasta un nivel de significancia del 5%. Asimismo se menciona que se considerará como significativo un p-valor inferior a 0.05.

4.5 Aspectos éticos

El estudio será aprobado por el comité de ética de la Universidad San Martin de Porres y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El investigador menciona no tener ningún lucro con los resultados obtenidos. El investigador también da la manifestación de no tener ningún tipo de vinculo con las empresas proveedoras de material metálico. Previamente al incluir a los pacientes en el estudio, se les dará la información detallada de todo en cuanto implica su participación, para que se pueda dar la aceptación y firma del consentimiento informado, para que con esto proceder con la realización de la recolección e inclusión de datos con lo que se hará un posterior seguimiento. La confidencialidad estará asegurada cifrando los datos de cada paciente asignándoles un alias o ID.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2023									2024								
	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	
Elaboracion del proyecto	X	X																
Presentacion del proyecto		X																
Elaboracion de la tesis introduccion		X																
Elaboracion de marco teorico		X																
Elaboracion de metodologia		X	X															
Recoleccion de datos		X	X	X														
Elaboracion de resultados				X	X	X												
Elaboracion de la discusion							X	X										
Elaboracion de fuentes de informacion									X	X	X							
Elaboracion de anexos				X							X	X						
Correccion de la tesis													X					
Presentacion de la tesis														X				
Levantameinto de las observaciones															X			
Sustentacion																X		

ETAPAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	DEDICACIÓN SEMANAL (Hrs)
A. RECOLECCIÓN DE DATOS	01/07/ 23	30/06/24	20
B. ANÁLISIS DE RESULTADOS	01/07/23	20/08/ 24	10
C. REDACCIÓN DEL INFORME	20/08/23	30/09/ 24	10
TOTAL		60 Semanas	40 hrs/sem

PRESUPUESTO

Recursos	Materiales	Cantidad	Costo unitario (S/.)	Costo total (S/.)
Bienes	Lapiceros	25	1	25
	Folders	2	5	10
	USB	2	30	60
	Archivador	2	14	28
	Tablero	2	7	14
	Hojas bond A4	1000	0.05	50
Servicios	Transporte	-	300	300
	Telefonía celular	-	150	150
	Anillado	10	20	200
	Fotocopias	500	0.1	50
	Impresiones		300	300
Honorario del personal	Estadístico	-	800	800
Total				1987

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Internal fixation of intracapsular femoral neck fractures in elderly patients: mortality and reoperation rate - Marco Bigoni, Marco Turati, Iulio Leone, Agostino Dario Caminita, Fabio D'Angelo Jun;32(6):1173-1178. doi: 10.1007/s40520-019-01237-z. Epub 2019 Jun 8.
2. Marks R, Allegrante JP, Ronald Mackenzie C, Lane JM. Hip fractures among the elderly: causes, consequences and control.
3. Navarrete Faubel, FE. El tratamiento conservador en las fracturas de cadera del anciano [tesis doctoral]. Valencia: Serv.
4. Palomino L, Ramírez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Acta Médica Peruana. 2016.
5. Turk J Phys Med Rehabilitación. 2019 diciembre; 65(4): 379–388. Early improvement in physical activity and function after total hip arthroplasty: Predictors of outcomes, Tuba Güler, corresponding author, 1 Filiz Sivas, 1 Fatma Gül Yurdakul, 1 Ersin Çelen, 2 Ali Utkan, 2 Bedriye Başkan, 1 Hatice Bodur, 1 and Bülent Özkurt² Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6935724/>
6. Preoperative Activities of Daily Living Dependency is Associated With Higher 30-Day Readmission Risk for Older Adults After Total Joint Arthroplasty . Jason R. Falvey, PT, PhD, corresponding author Michael J. Bade, PT, PhD, Craig Hogan, MD, Jeri E. Forster, PhD, and Jennifer E. Stevens-Lapsley, PT, PhD ,2019 Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7438147/>
7. Prediction of Mortality and Postoperative Complications using the Hip-Multidimensional Frailty Score in Elderly Patients with Hip Fracture. , Jung-Yeon Choi, Kwan-Jae Cho, Sun-wook Kim, Sol-Ji Yoon, Min-gu Kang, Kwang-il Kim, Young-Kyun Lee, Kyung-Hoi Koo & Cheol-Ho Kim 2017. Disponible en : <https://www.nature.com/articles/srep42966>
8. Factores pronósticos de incapacidad funcional en pacientes con fractura de cadera , Factores pronósticos de deterioro funcional en pacientes con fractura de cadera. MF Bravo-Bardají a.L.I. Méndez-

- Pérez aE. Cuellar-Obispo bF. Collado-Torres aC.M. Jódar bF. Villanueva-Pareja c , 2011 Disponible en : <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-factores-pronosticos-incapacidad-funcional-pacientes-S188844151100172X>
9. Early Rehabilitation and Periprosthetic Bone Environment after Primary Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial , RiLiGe Su, MD, 1 Wei Feng, MD, 1 Xu Liu, MD, 1 Ya Song, MD, 1 Zhe Xu, MD, 1 and Jian-guo Liu, MDcorresponding author ,2021. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8313161/>
 10. Benefits of Combining Physical Therapy with Occupational Therapy in Hip Arthroplasty , 2021 Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8622613/>
 11. Total Hip Arthroplasty Improves Pain and Function but Not Physical Activity - Artabán Jeldi 1, Ángela H. Deakin 2, david j allen 2, Malcolm H Granat 3, margaret beca 4, Ben W. Stansfield 4 2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28285898/>
 12. Recovery and prediction of physical functioning outcomes during the first year after total hip arthroplasty - Kristi Elisabeth Heiberg 1, Arne Ekeland, Vigdis Bruun-Olsen, Anne Marit Mengshoel , 2013.Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23385111/>
 13. Does Physical Activity Level Influence Total Hip Arthroplasty Expectations, Satisfaction, and Outcomes?- danielle y ponzio 1, Shane D. Rothermel 1, Yu-Fen Chiu 1, Alexandra I Stavrakis 1, Esteban Lyman 1, russell e windsor 1 . 2021 Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33875289/>
 14. Total Hip Arthroplasty Performed for Coxarthrosis Preserves Long-Term Physical Function: A 40-Year Experience Philip D Wilson Jr 1 2, Leslee Wong 1, Yuo-Yu Lee 1, Stephen Lyman 1, Charles N Cornell 1 2. 2019 Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31327942/>
 15. Three-Year Follow-Up Study of Physical Activity, Physical Function, and Health-Related Quality of Life After Total Hip Arthroplasty Yuriko Matsunaga-Myoji 1, Kimie Fujita 2, Kiyoko Makimoto 3, Yasuko Tabuchi 4, Masaaki Mawatari 5 2019 Disponible en:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31481288/>
16. Improvement in mental health following total hip arthroplasty: the role of pain and function Uyen-Sa D. T. Nguyen, Thomas Perneger, Patricia D. Franklin, Christophe Barea, Pierre Hoffmeyer & Anne Lübbecke 2019. Disponible en : <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-019-2669-y>
 17. Dr. Alejandro Álvarez López I; Dra. Yenima García Lorenzo I; Dr. Antonio Puentes Álvarez - III Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.- II Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos. Camagüey, Cuba. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000100015
 18. Anatomy, classification and treatment of intracapsular hip fractures Faiz S Shivji 1, Victoria L Green, Daren P Forward. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25959941/>
 19. Total hip arthroplasty versus hemiarthroplasty for independently mobile older adults with intracapsular hip fractures .David Metcalfe 1, Andrew Judge 2 3, Daniel C Perry 2, Belinda Gabbe 4, Cheryl K Zogg 5, atthew L Costa 2. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31101041/>
 20. Diario el peruano ley 30490 Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>
 21. Real Academia Española Disponible en : <https://dle.rae.es/fractura>
 22. Real Academia Española Disponible en <https://dle.rae.es/funcional>

ANEXOS

ANEXO I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FECHA:

1. DATOS GENERALES

- SEXO
- EDAD
- OPERACIONES PREVIAS
- CADERA QUE SE OPERO: DERECHO/IZQUIERDO
- FECHA DE OPERACIÓN
- CÓDIGO
- HCL
- LUGAR DE PROCEDENCIA

ANEXO II. ESCALA WOMAC

CUESTIONARIO WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index)

Ítem	¿Cuánto dolor tiene...	Ninguno	Peso	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-1	...al andar por un terreno llano?	0	1	2	3	4
W-2	...al subir o bajar escaleras...	0	1	2	3	4
W-3	...por la noche en la cama?	0	1	2	3	4
W-4	...al estar sentado o tumbado?	0	1	2	3	4
W-5	...al estar de pie?	0	1	2	3	4
Ítem	¿Cuánta rigidez nota.....	Ninguno	Peso	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-6	...después de despertarse por la mañana?	0	1	2	3	4
W-7	...durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansando?	0	1	2	3	4
Ítem	¿Qué grado de dificultad tiene al...	Ninguno	Peso	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-8	...bajar escaleras?	0	1	2	3	4
W-9	...subir escaleras?	0	1	2	3	4
W-10	...levantarse después de estar sentado?	0	1	2	3	4
W-11	...estar de pie?	0	1	2	3	4
W-12	...agacharse para coger algo del suelo?	0	1	2	3	4
W-13	...andar por un terreno llano?	0	1	2	3	4
W-14	...entrar y salir de un coche?	0	1	2	3	4
W-15	...ir de compras?	0	1	2	3	4
W-16	...ponerse las medias o los calcetines?	0	1	2	3	4
W-17	...levantarse de la cama?	0	1	2	3	4
W-18	...quitarse las medias a los calcetines?	0	1	2	3	4
W-19	...estar tumbado en la cama?	0	1	2	3	4
W-20	...entrar y salir de la ducha/bañera?	0	1	2	3	4
W-21	...estar sentado?	0	1	2	3	4
W-22	...Sentarse y levantarse del retrete?	0	1	2	3	4
W-23	...hacer tareas domesticas pesadas?	0	1	2	3	4
W-24	...hacer tareas domesticas ligeras?	0	1	2	3	4

Propiedades métricas del cuestionario WOMAC y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física. Atención Primaria Volume 41, Issue 11, November 2009, Pages 613-620

ESCALA WOMAC	12 MESES POST REEMPLAZO TOTAL DE CADERA
EXCELENTE (0-14)	
BUENO (15-18)	
ACEPTABLE (29-38)	
MALO (MAYOR A 38)	

ANEXO III. ESCALA DE HIP HARRIS

Evaluación cadera de Harris (HHS)				
Dolor: Ninguno (44) Ligero, ocasional, no compromete actividades (40) Leve y no afecta actividades diarias; moderado con actividades inusuales, cede con aspirina (30) Moderado (tolerable) y limita actividad diaria o de trabajo (20) Severo, limita seriamente toda actividad (10) Incapacitante, incluso en cama, silla de ruedas (0)				
Cojera: Ninguna (11); Ligera (8); Moderada (5); Severa (0)				
Ayudas: Ninguno (11); Bastón larga distancia (7); Bastón casi siempre (5) Una muleta permanente (3); Dos bastones permanentes (2) Dos muletas permanentes, no puede caminar (0)				
Distancia recorrida: Ilimitada (11); 6 bloques de 100 m (8); 2-3 bloques (5) Solo anda dentro de casa (2); Solo silla o cama (0)				
Escaleras: Normalmente (4); Puede con pasamanos (2) Con dificultad (1); Imposibilidad (0)				
Zapatos o calcetines: Con facilidad (4); Con dificultad (2); Incapacidad (0)				
Estar sentado: En cualquier asiento una hora (5); En silla alta media hora (3) No posible por discomfort (0)				
Utilizar transporte público: Puede utilizarlo (1); No puede utilizarlo (0)				
Movilidad: (máximo 5 puntos)* Flexión: 0°-45° (x 1); 45°-90° (x0.6); 90°-110° (x 0.3); 110°-130° (x 0) Abducción: 0°-15° (x0.8); 15°-20° (x 0.3); >20° (x 0) Aducción: 0°-15° (x 0.2) Rotación externa en extensión: 0°-15° (x 0.4); >15° (0) Rotación interna en extensión: 0°-15° (x 0.2) Total suma rango movilidad (x 0.05)				
Ausencia de deformidad: 4 puntos si se cumple simultáneamente: a) Menos 30° contractura en flexión fija b) Menos 10° aducción fija c) Menos 10° rotación interna fija en extensión d) Dismetría menor de 3.2 cm				
TOTAL (máx. 100):				

* En cada movimiento, la movilidad se multiplica por el coeficiente en cuyo rango esté.
Por ejemplo, contractura en flexión de 30° y llega a 100° de flexión: flexo 30° = en el rango de 0°-45°, tiene 45-30=15; 15 x 1 = 15 puntos. En el rango 45°-90°, tiene los 45 x 0.6 = 27. En el rango 90°-110°, tiene 110-100 = 10 x 0.3 = 3.
Si esto fuera el total (no tiene movilidad en abd-add ni rotaciones, con lo que serían 0 puntos), la puntuación total de movilidad sería: 15+27+3= 45; 45 x 0.05 = 2.3 puntos totales.

ESCALA DE HIP HARRIS	12 POST CIRUGIA
EXCELENTE (90-100)	
BUENO (90-100)	
REGULAR (70-79)	
MALO (MENOS DE 70)	

ANEXO IV

1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
¿Cuál es el nivel de dependencia en pacientes mayores con fracturas intracapsulares inestables tratados con prótesis de cadera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2023 - 2024?	<p>General</p> <p>Determinar el nivel de dependencia en pacientes mayores con fracturas intracapsulares inestables tratados con prótesis de cadera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2023-2024.</p> <p>Específicos</p> <p>- Determinar la cantidad de pacientes mayores de 60 años con fracturas</p>	Los pacientes adultos mayores con fracturas intracapsulares inestables tratados con prótesis de cadera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2023-2024, presentan nivel de dependencia leve en su mayoría.	El enfoque de este estudio será observacional ya que no se tendrá ninguna influencia en las variables, descriptivo porque según la base de datos de los registros se describirá y clasificará el nivel de dependencia de cada paciente post-operado y será de tipo transversal ya que se realizará solo una medición en el tiempo.	<p>La población de estudio son pacientes Mayores de 60 años con diagnóstico fractura intracapsular tratados con reemplazo total de cadera, atendidos en el servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de julio 2023-junio 2024</p> <p>Estos datos serán tabulados en el programa Microsoft Excel 2010 para luego analizarlos bajo el programa SPSS versión</p>	Ficha de recolección de datos

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
	<p>intracapsulares operados con prótesis total de cadera.</p> <p>- Realizar una lista con datos de afiliación de cada paciente adulto mayor postoperado</p> <p>- Identificar los niveles de dependencia con el test y cuestionarios que se usarán para los pacientes adultos mayores.</p>			<p>25. Se describirán frecuencias absolutas y relativas (%) para las variables cualitativas, mientras que para las variables cuantitativas se estimarán las medidas de tendencia central y dispersión; estas determinarán las diferencias de las puntuaciones de las escalas funcionales post intervención quirúrgica a los 12 meses. Para el análisis inferencial se utilizará la prueba T student con un nivel de significancia del 5%. Así mismo es necesario mencionar que se considerará como significativo un p-valor menor a 0.05.</p>	