

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA HUMANA



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA**

**Factores de riesgo de mortalidad en pacientes adultos mayores en el
servicio de medicina interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga
Asenjo**

Área de Investigación:
Medicina Humana

Autor:
Torres Galvez, Fredy Michel

Asesor:
Mondoñedo Chávez, Juan Nicolas
Código Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-5445-5606>

TRUJILLO – PERÚ
2024

Factores de riesgo de mortalidad en pacientes adultos mayores en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

INFORME DE ORIGINALIDAD

	15%	16%	4%	10%
	INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
FUENTES PRIMARIAS				
1	docs.bvsalud.org Fuente de Internet			3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet			2%
3	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante			2%
4	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet			1%
5	www.fihu-diagnostico.org.pe Fuente de Internet			1%
6	www.redalyc.org Fuente de Internet			1%
7	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet			1%
8	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet			1%
9	1library.co Fuente de Internet			1%
10	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante			1%
11	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante			1%
12	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet			1%
13	www.researchgate.net Fuente de Internet			1%
14	www.slideshare.net Fuente de Internet			1%

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

YO, JUAN NICOLAS MONDOÑEDO CHAVEZ, docente del Programa de Estudio Segunda Especialidad de Medicina la Escuela de Medicina, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor del Proyecto de investigación: "FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO"; autor M.C. TORRES GALVEZ FREDY MICHEL, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 15 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 15 de agosto del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y el proyecto de investigación, "FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO"; y no se advierte indicios de plagios.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Trujillo, 26 de agosto de 2024



Juan N. Mondoñedo Ch.
CMP: 34440 RNE: 30406
MEDICINA INTERNA
H.N.A.A. EsSalud

JUAN NICOLAS MONDOÑEDO CHAVEZ

DNI: 25707510

CODIGO ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5445-5606>



FREDY MICHEL TORRES GALVEZ

DNI: 42292152

I. DATOS GENERALES

1. TITULO Y NOMBRE DEL PROYECTO

Factores de riesgo de mortalidad en paciente adultos mayores en el servicio de medicina interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo julio 2023 - junio 2024.

2. LINEA DE INVESTIGACION

Enfermedades infecciosas y tropicales

3. TIPO DE INVESTIGACION

- 3.1. De acuerdo a la orientación o finalidad:** Analítico
- 3.2. De acuerdo a la técnica de contrastación:** Básica

4. ESCUELA PROFESIONAL Y DEPARTAMENTO ACADEMICO

Unidad de Segunda Especialidad de la Facultad de Medicina Humana.

5. EQUIPO INVESTIGADOR

- 5.1. Autor:** Fredy Michel Torres Gálvez
- 5.2. Asesor:** Juan Nicolas Mondoñedo Chávez

6. INSTITUCION Y/O LUGAR DONDE SE EJECUTA EL PROYECTO

Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

7. DURACION

Inicio: 20/07/2023

Termino: 20/06/2024

II. PLAN DE INVESTIGACION

1. RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO DE TESIS

Introducción: La población está envejeciendo y múltiples factores conllevan a presentar mayor número de hospitalizaciones y mayor riesgo de mortalidad, siendo la pregunta inevitable: ¿Cuáles son los factores de riesgo para mortalidad en adultos mayores del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo? Objetivo: Analizar los factores de riesgo para mortalidad en adultos mayores del servicio de medicina interna del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (H.N.A.A.A) 2023-2024. Metodología: Estudio Descriptivo, Analítico Cohorte Dinámica retro prospectiva. La población estará conformada por pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna del H.N.A.A.A, siendo excluidos los pacientes que soliciten su retiro voluntario del Hospital. El análisis de los datos será mediante el software estadístico SPSS v24.0. Para estadística descriptiva se realizarán medias y desviación estándar para variables cuantitativas, además de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, en la estadística bivariado, se realizarán medidas de asociación mediante chi-cuadrado y T-student, y se realizarán cálculos de Riesgo Relativo Crudo y ajustado para las demás variables con su intervalo de confianza al 95%, considerándose estadísticamente significativo el cual sea menor de 0,05 ($p < 0,05$). Se realizarán los permisos respectivos al H.N.A.A.A y se realizará la firma del consentimiento informado a fin de mantener la confidencialidad de los datos. El proyecto se autofinanciará por el investigador.

Palabras Clave: Adulto Mayor, Factores de Riesgo y Mortalidad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante la presente situación nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo de mortalidad en pacientes adultos mayores en el servicio de medicina interna en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo?

3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La principal característica demográfica del siglo XXI es la longevidad poblacional. Tal fenómeno ha evolucionado de manera creciente en países desarrollados; en tanto que en los países subdesarrollados se realiza a una alta velocidad. La longevidad poblacional es efecto del mejor condicionamiento de la salud, la baja de la tasa de mortalidad y aumento de la esperanza de vida. Así hay un aumento de adultos mayores, siendo a su vez, más longevos (1).

Este proceso de senectud demográfica se correlaciona con la figura epidemiológica de la población, que cambia de un grupo de enfermedades infecciosas a un grupo de enfermedades crónicas no transmisibles en edades de decadencia (cambio epidemiológico). Hay asimismo un tiempo en que las dos clases de enfermedades existen a la misma vez, donde se espera una sobrecarga de enfermedad en este grupo estacional (2-4).

La mayor esperanza de vida hace que se incremente la incidencia de enfermedades crónicas e invalidez en especial en los ancianos de 75 años. A causa de su deficiente salud, son las personas más utilizan las atenciones médicas, lo cual se evidencia en las visitas médicas hospitalarias donde los pacientes longevos de 65 años llenan cada año el 31% al 51% del total de las habitaciones del hospital, logrando ser palpable en algunas consultas por ejemplo las de medicina interna donde los adultos longevos forman el 55 a 60% de los pacientes hospitalizados (1-3).

Las particularidades del paciente adulto mayor enfermo agudo son: descenso de reserva funcional y descenso de la capacidad de adaptación a un ambiente extraño. Estos rasgos logran que las personas seniles estén en riesgo de complicarse y perder funcionalidad sucesivamente, solicitando cuidados específicos (3).

Warshaw (1982) en una investigación con 279 adultos longevos estudiados en un centro de salud encontró que más del 50% de pacientes requerían asistencia en la ejecución de las ABVD, sobre todo en mayores de 85 años (4). Otras publicaciones existen donde se demostró una alta prevalencia (>60%) de discapacidad en los longevos internados en un hospital (5).

Lo siguiente es calcular la proporción de vinculación se establece como resultado de la enfermedad de ingreso y del mismo internamiento al hospital, es decir determinar la incidencia del desgaste funcional secundario a la institucionalización; en ese campo también hay varios estudios. McVey (1989) reporto una prevalencia de desgaste de la funcionalidad a la salida de la hospitalización de 29 a 37% (9), Hirsh (1990) de 56% (5), Inouye (1993) de 31% (5), y Sager (1996) de 31% (5). Sager aumento una búsqueda prolongada y consecutiva al alta y se logró demostrar que el desgaste funcional permanece a los 3 meses en 17%. Otro trabajo muestra que las 3/4 partes de los pacientes mayores de 75 años hospitalizados, no lograron ser más independientes después a su salida del hospital, y también el 15% que fueron cambiados a centros de mucha permanencia (6).

La más temible complicación de un adulto mayor es el riesgo de morir durante la hospitalización, esto es mediado por una serie de factores que muchas veces para el médico no geriatra es difícil dilucidar y menos aún, la actitud terapéutica es desconocida en casos de descompensación aguda que tiene riesgo mortal en este tipo tan atípico de pacientes (7).

En conformidad con los resultados poblacionales del registro de hogar y personas notificados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) las personas longevas un 9 % del global de los pobladores (7 % menores de 75 años y 1.5% de 75 años o más) (8). De acorde a representaciones logradas, la cantidad aproximada de longevos para el 2030 representará el 12 % (9). Las personas longevas del Perú (similar a todos los países latinoamericanos), están aumentando y aumentaran de forma rápida en los siguientes 30 años; la desigualdad de los países industrializados radica en que en nosotros el cambio poblacional se ejecutó en un periodo largo de tiempo (10).

Una investigación realizada en nuestra realidad muestra que el 34% de las habitaciones en medicina interna están ocupadas por personas longevas, también se objetivaban semejanza entre las enfermedades y causas de muerte entre personas jóvenes y geriátricos (5,6). En el Departamento de Medicina interna y el Instituto de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Cayetano Heredia 36% de

personas en camas hospitalarias son geriátricos y las personas mayores de 80 años son al rededor del 15% de la totalidad (7).

Se han estudiado en previas investigaciones, superiores incidencias de muerte y estancia hospitalaria en personas geriátricas en semejanza con equipos etarios de menor edad (5,6,8,9,10). Determinando una frecuencia poco conocida y más todavía sobreestimada este parámetro varía entre 3 a 6 e inclusive ocho muertes por mes; también se asocian a comorbilidad de enfermedad permanente no transmisibles de personas geriátricos logrando involucrar en ello un aumento de estancia hospitalaria, y también superiores problemas de malos resultados y más aún de muerte (5,6,11).

4. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

Esta investigación es de real importancia porque ejecuta una inicial aproximación a la enfermedad y muerte de las personas geriátricas, que es una agrupación etaria del que se obtiene mínima información en nuestra realidad.

También, es significativo examinar que conforme aproximaciones esta agrupación de esta edad aumentara con los años y por consecuencia la solicitud de atenciones médicas integrales, holísticas y pertinentes aumentaran, aquella solicitud dependiendo del perfil epidemiológico característico (muerte y enfermedad) de esta agrupación etaria.

Es de suma importancia conocer los principales factores y sus respectivos pesos según paciente y según morbilidad, en cada grupo etario, para poder discernir acerca del pronóstico de nuestros adultos mayores, y así poder implementar las estrategias a intervenir en cada caso según la escala a proponer para nuestros pacientes. Ayudando así a una intervención más completa e interdisciplinaria.

5. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar los factores de riesgo para mortalidad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina interna del H.N.A.A.A.

Objetivos Específicos:

- Determinar los factores clínicos asociados a mortalidad en pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna del H.N.A.A.A.
- Definir los factores epidemiológicos asociados a mortalidad en pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna del H.N.A.A.A.
- Caracterizar los factores laboratoriales asociados a mortalidad en pacientes internados en el Servicio de Medicina Interna del H.N.A.A.A.

6. MARCO TEORICO

García (2003) estudio prospectivamente 344 pacientes hallando: Se halló conexión de la superior cantidad de enfermedades, y el descenso de albúmina sérica y desarrollo de síntomas inapropiados. Con más años se encuentra hipoalbuminemia aún si no hay muchas patologías. Encontrándose grados de albúmina de 3 g/dl o superiores, se obtuvieron desarrollo satisfactorio; con 3 a 2.51 g/dl, el 26.3 % de las personas murieron; con 2.5 a 2.0 g/dl el 61 %; con 1.99 a 1.5 g/dl, el 80 %; con 1.49 a 1.0, el 92 % y de 0.99 g/dl o inferiores, el 99.9 % murieron.

Rojas (2010) en una investigación transversal en 1011 personas demostró que las muertes en el conjunto de geriátricos de 61 a 80 años habían estado compuestas por el ACV (6.8%), bronconeumonía (5.7%), sepsis (5.7%) e ITU (6%). El fallecimiento en el conjunto de geriátricos de 81 años estuvo compuesto por bronconeumonía (10.1%), ACV (8.8%), sepsis (6.9%) e ITU (5.5%). Bronconeumonía, insuficiencia respiratoria aguda, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las crisis hipertensivas resultaron más comunes en los geriátricos de 81 años a mayores ($p < 0.05$).

Varela (2011) por medio de una investigación retrospectivo estudió 27 152 personas, el 53,66% resultaron ser varones. El 38,61% fue de la clase etaria >60 años. La permanencia en un hospital en >60 años 13,63 días ($p<0.05$). La muerte en el hospital fue 14,2%, en la subclase de 61 a 80 años fue 13%, mientras que en la clase >81 años la muerte fue del 17%. Las personas de sexo masculino tuvieron superior mortalidad que las personas de sexo femenino, (58,53 % vs 41,47%) ($p<0.05$).

- **BASES CONCEPTUALES**

Un hecho que ha propiciado extrañeza en la actual década ha resultado el aumento de las personas de 70 años o más, anotados en los últimos años, con semejanza a las demás agrupaciones etarias (12). No obstante, el hecho no se siente en total plenitud en las naciones en vías de desarrollo por la parsimonia de los ciclos poblacionales.

El proceso de vejez depende de muchos factores, es causado a nivel celular, de órganos y del cuerpo en general. Agradeciendo los avances medicinales y la tecnología actual una parte superior de personas se encuentra sobreviviendo y llegando a años más avanzados, con la posibilidad partiendo desde la teoría su presencia alcance a 110 años (13).

Trueques en la organización poblacional de estados en vías de desarrollo por efecto del descenso del porcentaje de fertilidad y de muerte, con incremento racional de la expectativa de vida, concluirán que el siguiente milenio la agrupación de seres humanos longevos alcance un 12.1% del total de personas, no obstante, en sólo 60 años, aumentarán en aproximadamente 500%, logrando a un total de 800 millones de geriátricos de aproximadamente 70 años (14). Las personas del Perú, semejante a los países subdesarrollados, se identifica su juventud, observándose en las representaciones para el 2000 logrando aproximadamente el 40% de la población tiene menos de 16 años y solo 5% es superior de 70 años (15,16), conservando una organización demográfica de aspecto de una pirámide.

Aquella posición ha iniciado a cambiarse causando interés dos circunstancias: a) La bajada relativa de las personas menores de 16 años

a comienzos de la década del 90, descenso que al año 2030 terminará en el 22% y b) El incremento escalonado de las personas mayores o iguales a 70 años, por tal motivo dicho tramo significará el 15% de las personas en su totalidad (16,17); de aquella estructura piramidal antigua poblacional cambiará tomando forma igual a la de los países industrializados. Esta situación se le reconoce como forma rectangular de la curva de supervivencia de las personas.

El pedido de cama en un hospital de los geriátricos llega hasta 30-35% en nuestros hospitales y los índices de muerte alcanza a ser hasta 2 a 3 veces superior que en los <60 años (17).

En los anteriores 30 años se ha colocado singular importancia en la investigación del curso de vejez y su efecto en la salud. En nuestro entorno, aquello es más reciente y salvo el empeño de cada persona de ciertos profesionales de la salud atentos a la problemática, se afirma que no se encuentran lineamientos concluyentes y sólidos en lo que se compete a la atención de adultos mayores. Aquello es tan veraz que Murrieta en 1981 mencionó la creación de servicios de atención en adultos mayores en nuestro sistema hospitalario (15).

La causa de lo antes dicho está en que, la esperanza de vida se ha incrementado considerablemente en el actual siglo, en parte al incremento de la ciencia y tecnología médicas, logrando que las personas adultas mayores aumenten en los países desarrollados.

En los países en vías de desarrollo la esperanza de vida se incrementará solo si mejoran las condiciones de vida. Los análisis demográficos demuestran que la población mayor de 70 años aumentará de 3.6% de las personas en general en 1980, al 4.3% en el año 2000 (10).

Algunos estudios locales han puesto su atención en la problemática de los adultos mayores hospitalizados. Benamú logró una investigación retrospectiva, añadiendo unos datos de diagnóstico, de causas de muerte y de la estancia hospitalaria (13), pero sobre el aspecto de la nutrición de los pacientes geriátricos que se encuentran en una cama de hospital actualmente no existen estudios.

En nuestro entorno se encuentran realizando estudios en distintos establecimientos formadores de personal de salud tomando atención en

la problemática de la población > 60 años, tanto a nivel de pregrado y posgrado. Con tal motivo se realizó la presente investigación, cuyo principal objetivo es realizar una cercana presentación de la problemática anteriormente dicha, y concluir precisamente si el historial médico actual utilizado en el servicio de Medicina interna tiene en su estructura los aspectos más resaltantes de las múltiples patologías inherentes a la población adulta mayor, de tal modo que después se consideren las formas para lograr obtener una buena organización de Atención Médica razonable y sistematizado que solicite lograr el inicio de Entidades o Servicios de Medicina en nuestros centros de salud que tomen participación activa para construir y analizar sistemas de consultas seguidas con la consecuencia de mejorar las actuales situaciones de salud de los adultos mayores (física, psicológica y social) relacionando el aspecto clínico-epidemiológico-laboratorial.

7. HIPOTESIS

Ho:

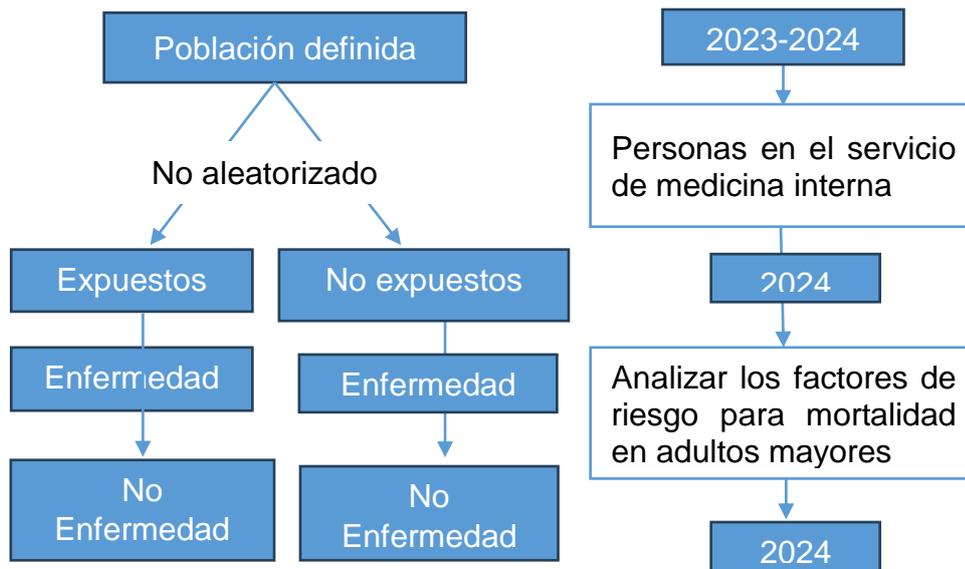
No son factores de riesgo de mortalidad las características clínico-epidemiológicos-laboratoriales estudiados en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del H.N.A.A.A.

Ha:

Son factores de riesgo de mortalidad las características clínico-epidemiológicos-laboratoriales estudiados en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del H.N.A.A.A.

8. MATERIAL Y METODOLOGIA

a. Diseño de estudio: Cuantitativo, No Experimental, Analítico, Cohortes Dinámica, Longitudinal retro prospectivo, Aplicado.



b. Población, muestra y muestreo:

Población de estudio:

La población estará constituida por los pacientes del Servicio de Medicina Interna del H.N.A.A.A.

Diseño muestral y selección de muestra:

Muestra: Con el programa Epidat v3.1, se seleccionará de forma probabilística, con un tamaño de muestra indeterminado. García (2003) estudio prospectivamente 344 pacientes (18)

Riesgo en expuestos:	80%
Riesgo en no expuestos:	26%
Riesgo relativo esperado:	3.077
Razón no expuestos/expuestos:	1
Nivel de confianza:	95.0%

	Tamaño de muestra	
Potencia (%)	Expuestos	No expuestos
-----	-----	-----
80.0	150*	150*

**Muestra incluida los pacientes y valores de pérdidas*

Criterios de Elegibilidad

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del H.N.A.A.A.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que soliciten su retiro voluntario del H.N.A.A.A.

c. Definición operacional de variables:

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES DE MEDIDA
Edad	Cuantitativa Discreta	Tiempo transcurrido en años	Demográfica	Años	Intervalo	Años
Sexo	Cualitativa dicotómica		Demográfica	Masculino Femenino	Nominal	----
Grado de Instrucción	Cualitativa		Demográfica	Iletrada Primaria Secundaria Superior	Ordinal	-----
Procedencia	Cualitativa		Demográfica	Rural Urbano- Marginal Urbano	Nominal	-----
Infección vías Urinarias	Cualitativa dicotómica	Infección sintomática de vías urinarias con identificación del germen	Clínica	Positivo Negativo	Nominal	

Neumonía	Cualitativa dicotómica	Infección sintomática del parénquima pulmonar con aislamiento del germen causante o traducción radiológica de la patología	Clínica	Positivo Negativo	Nominal
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Cualitativa dicotómica	Falla cardíaca evidenciada por Ecocardiografía	Clínica	Positivo Negativo	Nominal
Enfermedad Cerebrovascular	Cualitativa dicotómica	Estado patológico caracterizado por hemorragia o isquemia del parénquima cerebral evidenciado mediante Tomografía Espiral Multicorte	Clínica	Positivo Negativo	Nominal
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Cualitativa dicotómica	Estado de daño en la vía aérea irreversible caracterizado mediante evaluación neumológica y Tomografía Espiral Multicorte	Clínica	Positivo Negativo	Nominal
Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa	Cualitativa dicotómica	Aumento del grosos del intersticio pulmonar evaluado por un neumólogo y evidenciado mediante Tomografía Espiral Multicorte	Clínica	Positivo Negativo	Nominal

Enfermedad Úlcero-Péptica	Cualitativa dicotómica	Injuria gástrica evaluada por gastroenterólogo y evidenciado por Endoscopia digestiva alta	Clínica	Positivo Negativo	Nominal
Cirrosis Hepática	Cualitativa dicotómica	Disfunción hepática irreversible evaluado por gastroenterólogo y evidenciado mediante pruebas de función hepática	Clínica	Positivo Negativo	Nominal
Diabetes Mellitus 2	Cualitativa dicotómica	Estado metabólico de niveles sostenidamente altos de glucosa evaluado por endocrinólogo y evidenciado mediante pruebas de laboratorio	Clínica	DM2 Compensada Estado Hiperosmolar	Nominal
ERCT	Cualitativa dicotómica	Disfunción renal evaluado por Nefrólogo y evidenciado por depuración de creatinina <15mil/min	Clínica	Positivo Negativo	Nominal
Cáncer	Cualitativa dicotómica	Proliferación celular anormal en un tejido que condiciona eventos de disfunción orgánica	Clínica	Cáncer Primario Cáncer Metastásico	Nominal

Albúmina	Cuantitativa Discreta	Proteína que está en su mayoría en el plasma de la sangre, logrando ser la proteína de la sangre principal, y de las mayores en el ser humano	Laboratorial	Dosaje de Proteínas	Intervalo	g/dl
Lactato	Cuantitativa Discreta	Compuesto químico que tiene como rol ser parte de varios procesos bioquímicos, como la fermentación láctica	Laboratorial	Análisis de Gases Arteriales	Intervalo	
Colesterol	Cuantitativa Discreta	Esterol que es componente de varios de los tejidos corporales y del plasma	Laboratorial	Dosaje de Colesterol	Intervalo	mg/dl

d. Procedimientos y Técnicas:

Se tomará la relación de personas ingresados como pacientes del Servicio de Medicina Interna en el H.N.A.A.A, donde se procederá a informar tanto al familiar como al paciente quienes darán su conformidad y aceptación de ingreso al presente estudio donde se realizara la anamnesis y examen físico y se redactara la respectiva Historia Clínica hospitalaria y se redactara los datos que corresponden al estudio en la ficha de recolección de datos y se solicitará exámenes auxiliares de laboratorio, para luego iniciar el seguimiento diario del paciente tanto clínico como laboratorial, hasta que se desencadene el evento que será el alta del paciente o el fallecimiento del mismo.

e. Plan de análisis de datos:

Los datos encontrados del análisis a la población serán puestos en una base de datos utilizando el software Microsoft Excel XP en su versión 2007. Al estudiar y analizar los datos se logrará mediante el programa estadístico SPSS (por sus siglas en inglés: Statistical Package of the Social Sciences), en su versión 17.0 para Windows. Logrando un nivel de significancia estadístico del 5%. Se logrará trabajar analizando y concluyendo si las variables cumplían con una distribución normal. Mediante la prueba estadística Kolmogórov-Smirnov

Estadística descriptiva: con valores de tendencia central (media con IC, mediana con frecuencias y porcentajes), de dispersión (desviación estándar)

Estadística Inferencial: Riesgo Relativo, Análisis Multivariado (Análisis de Regresión logística múltiple, Análisis de sobrevida Regresión de Cox).

f. Aspectos éticos:

Se mantendrán los criterios de pilares éticos de toda investigación de acuerdo a la declaración de Helsinki y al reporte de Belmont.

Se mantendrá la autonomía del paciente ; logrando el requisito de explicación y aceptación del consentimiento informado y se lograra mantener la confidencialidad de los datos a investigar de las personas según a lo dispuesto en la pauta 18 del CIOMS; así mismo se logrará

cumplir con las estipulaciones de buenas Prácticas y la Ley General de Salud, respetando la anonimidad de la persona a estudiar, se otorgó un código para su identificación, de esta manera será reconocida tan solo por el investigador, y se restringirá la entrada a los datos.

También, se mantendrá la verdad de la información. Se trasladará una copia del respectivo proyecto al comité de ética del H.N.A.A para su respectiva aprobación y verificación de cumplimiento.

9. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades Etapas	2023	2024				
	Jul Dic	Ene	Feb	Mar	Abr May	Jun Jul
I. PLANIFICACIÓN 1. Revisión bibliográfica 2. Planteamiento del problema 3. Elaborar marco teórico 4. Elaborar Diseño metodológico 5. Elaborar Proyecto de investigación 6. Revisión del proyecto						
II. EJECUCIÓN 1. Recolección de datos 2. Elaborar Matriz de análisis 3. Tabulación y análisis estad.						
III. COMUNICACIÓN 1. Elaborar Conclusiones, recomendaciones 2. Elaborar de informe 3. Sustentación						

10. PRESUPUESTO DETALLADO

CODIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO (Unidad) (S/.)	COSTO TOTAL (S/.)
5.3.11.30	Bienes de Consumo			
	▪ Copias bibliográficas	1000	0.040	40.00
	▪ Hojas bond 83 gr A4	0.5 millar	30	30.00
	▪ Tinta	2 cartuchos	70	70.00
	• Material para procesamiento de datos	1 programa	30.00	30.00
5.3.11.32	Pasajes y Gastos de Transporte	250	1.00	250
5.3.11.33	Servicio de Consultoría • Asesoría de Estadista	1 servicio	750.30	750.30
5.3.11.58	Otros Servicios de Terceros ▪ SPSS v17	1	230.00	230.00
TOTAL				1400.00

FINANCIAMIENTO

El presente proyecto de investigación será costado con recursos propios del autor. La inversión monetaria destinada para lograr este estudio se describe con mayor detalle en el presupuesto.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Gamarra P, Villarán R. Estudio epidemiológico de los pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en 1990. Trabajo presentado en el III Congreso de Geriatria y Gerontología (Nov 1992).
2. Sager M, Rudberg M. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clin in Geriat Med* 1998; 14: 669-78.
3. Hoenig HM, Rubenstein LZ. Hospital associated deconditioning and dysfunction [Editorial]. *J Am Geriatric Soc* 1991; 39: 220-2.
4. Guillick MR, Serrel NA. Adverse consequences of hospitalization in the elderly. *Soc Sci Med* 1982; 16: 1037-8.
5. Lamont CT, Sampson S, Matthias R, Kane R. The outcome of hospitalization for acute illness in the elderly. *J Am Geriatric Soc* 1983; 31: 282.
6. Brocklehurst JC. Problems of hospitalization and outcome in the elderly. *Textbook of Geriatric Medicine*. Pag. 1008-10.
7. Hirsh CH, Sommers L, Olsen A. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 1990; 38: 1296-303.
8. INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). Perfil sociodemográfico de la tercera edad. 2007. Lima-Perú.
9. Varela L, Chávez H, Herrera A, et al. Valoración Geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a Nivel Nacional. *Diagnóstico (Perú)* 2004; 42(2):57-63.
10. Varela L, Chávez H, Herrera A, et al. En: Perfil del adulto mayor Perú- INTRA II, Desarrollando Respuestas Integradas de Sistemas de Cuidados de Salud para una población en rápido envejecimiento, Lima-Perú, OMS/OPS; 2004.
11. Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. UPCH. 1° edición. Centro Editorial UPCH Lima; 2003:75-79
12. Delgado A. Epidemiología del envejecimiento. *Diagnóstico* 1991; 15(1-2): 5-9
13. Salgado A. Tratado de geriatria y asistencia geriátrica. 1986

14. Naciones Unidas: Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Plan de Acción Internacional. Viena, Julio-agosto, 1982
15. Manrique de Lara G. Centro Geriátrico Naval. 1982.
16. Scott M. Hipotensión ortostática. En: Bradley B. Clínicas Médicas de Norteamérica; 1989.
17. Instituto Nacional de Estadística –Centro Latinoamericano de Demografía- Dirección Técnica de Demografía. Perú: Proyecciones Revisadas de Población, 1980-2025. Boletín de Análisis Demográficos. N.º 31. Lima: INE, octubre 1990.
18. García-Salcedo, José Javier; Batarse-Bandak, José; Serrano-Gallardo, Luis Benjamín; Rivera-Guillén,
19. Mario Alberto, Albúmina sérica y mortalidad en ancianos hospitalizados, Bioquímica, vol. 28, núm. 1, enero-marzo, 2003, pp. 8-12.

12. ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD: años **SEXO:** Masculino____ Femenino____

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Iletrada____ primaria____ secundaria____ superior____

PROCEDENCIA:

Rural____ Marginal____ Urbano____

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS: Positivo____ Negativo____

NEUMONÍA: Positivo____ Negativo____

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: Positivo____ Negativo____

ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR: Positivo____ Negativo____

EPOC: Positivo____ Negativo____

ENFERMEDAD ULCERO PEPTICA: Positivo____ Negativo____

CIRROSIS HEPATICA: Positivo____ Negativo____

DIABETES MELLITUS TIPO 2: Compensada____ Estado
hiperosmolar____

ERCT: Positivo____ Negativo____

CANCER: Primario____ Metastásico____

ALBUMINA: <2____ 2-2.4____ 2.5-2.9____ >3____

LACTATO: <0.5 mmol/L____ 0.5-2.2____ >2.2____

COLESTEROL: <159____ 160-189____ >190____

ALTA____ **FALLECCIMIENTO**____