



**UNIVERSIDAD DEL BÍO – BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR POSTOPERADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA H.C.H.M. 2008, CHILLÁN”.

Autores:

CASTRO FLORES, GABRIEL ENRIQUE
NAVARETE NAVARRETE, EVELYN ANDREA
PULGAR VARGAS, TAMARA SOLEDAD
SIERRA SALAZAR, LAURA ANDREA

Docente guía:

Molina Escalona, Carmen Gloria
Enfermera Universitaria

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA
CHILLÁN- CHILE
2008**

AGRADECIMIENTOS.

Queremos agradecer a cada una de las personas que contribuyeron en una u otra medida a la exitosa realización de esta investigación, en especial a:

- La Sta. Carmen Gloria Molina, nuestra docente guía de tesis, por su apoyo, comprensión, orientación, alegría y motivación.
- La Sra. Gloria Araneda, por ser nuestra guía en la primera etapa de esta investigación.
- A la Sra. Alejandra Rodríguez por su asesoría estadística.
- Al Sr. Francisco Novoa por su buena disposición y ayuda desinteresada.
- EL Sr. Rodrigo Avendaño, director del Hospital Herminda Martín, por su buena disposición.
- La Sra. Elsa Salazar, enfermera coordinadora del servicio de Cirugía, y al personal auxiliar de este servicio, a todos ellos por su buena disposición en la facilitación de las Hojas de Enfermería y Pautas de Categorización.
- El Sr. Luis Rivera, encargado de Estadísticas del Hospital Herminda Martín, por la buena disposición en cuanto a la facilitación de información.
- El personal del Servicio de Pabellones y de Recuperación, por brindarnos la información necesaria.

DEDICATORIAS.

A mis Padres y hermanos por el constante apoyo y perseverancia durante todo este tiempo, quienes vieron en mí a una persona capaz de demostrar que en la vida los deseos y sueños pueden ser realidad y a la vez sinónimo de felicidad.

Gabriel

Dedico esta tesis a todas aquellas personas que me brindaron su ayuda, apoyo y confianza en cada momento, a mi familia, amigos y a mis compañeros tesistas, también al personal del H.C.H.M. y a mi profesora guía de tesis, la Sra. Carmen Gloria Molina. Gracias a todos ellos por su valiosa colaboración y entrega.

Evelyn

Con cariño dedico este trabajo a mi familia, por su constante apoyo y preocupación, en especial a mi madre, quien ha hecho grandes esfuerzos por ayudarme en mi formación profesional. También a mis amigos, quienes con su alegría me daban fuerza para continuar. Finalmente a mis compañeros de tesis por su comprensión y amistad durante todos estos años, mucha suerte para ellos!!!!...

Tamara

Quiero dedicar esta tesis principalmente a mis padres, mis pilares fundamentales, que día a día me dan la fuerza y el apoyo necesario para salir adelante, sin ellos el desarrollo de esta tesis no habría sido el mismo. También agradecer a mi hermano por su comprensión y apoyo entregado, a mis amigos y compañeros tesistas por hacer que esta experiencia se convirtiera en algo inolvidable, y a quien no está presente, mi abuelito, que sé estaría muy orgulloso por lo que he logrado.

Laura

RESUMEN.

Estudio analítico de corte transversal, cuyo propósito fue conocer los factores que influyen en la categorización de la dependencia del usuario adulto mayor (A.M.), entre las 24 y 48 horas de postoperado en el servicio de Cirugía del Hospital Clínico Herminda Martín (H.C.H.M.). Se obtuvo el nivel de dependencia por medio del método de categorización de usuarios, analizando algunas variables sociodemográficas, relacionadas con la satisfacción de necesidades básicas y la salud.

El Universo estuvo compuesto por 84 A.M. del Servicio de Cirugía, quienes constituyeron en su totalidad la muestra utilizada. Los datos fueron recopilados a través de los registros de la Hoja de Enfermería y de Pabellón, durante los meses de Enero a Mayo del 2008.

Se procesaron los datos a través de los programas INFOSTAT y Microsoft Excel 2003 y los datos se analizaron mediante pruebas estadísticas de Chi cuadrado de Pearson, p-value y Test Exacto de Fisher, trabajando con $pV \geq 0.05$.

Los resultados mostraron que el mayor porcentaje de A.M. se encontró categorizado como C2 (mediano riesgo y dependencia parcial) con un 35.7% y las edades fluctuaron principalmente entre 60 y 69 años con un 63.1%.

Las variables que resultaron significativas fueron; sexo, capacidad para alimentarse, riesgo de caídas y nivel de conciencia, donde es posible apreciar que en el sexo masculino predominó un alto riesgo de dependencia y dependencia total y parcial (B1 y B2). La mayoría de los usuarios se alimentó sin ayuda con un 65.48%, entre las 24 y 48 horas de postoperado y un 55.95% de los A.M. presentó un alto riesgo de caídas. Un 51.19%, se encontró con un nivel de conciencia alerta, sin embargo, aquellos categorizados como alto riesgo y dependencia total (B1) presentaron mayores índices de inconsciencia (14.29%).

Debido a esto, es posible concluir que las variables de sexo y riesgo de caídas deberían incluirse en la Pauta de Categorización, puesto que influyen en el nivel de dependencia de los usuarios A.M.

Palabras Claves: Adulto mayor, Nivel de dependencia, postoperado.

ABSTRACT.

Analytical cross section research, which purpose was to know which factors affect in the category of the dependence of the elder user between the 24 and 48 hours postoperative in the Surgery Service of the HermindaMartin Hospital. The level of dependency it was obtained by the category method of users, analysing some sociodemographic variables, related to the essential needs and health.

The group was constituted by 84 users of the surgery service, who consisted the whole sample used. The data was collected through the nursing and surgical ward records during the months of January and May of 2008.

The data was processed through the INFOSTAT and Microsoft Excel 2003 programs and the data was analyzed by statistical tests Pearson's Chi square test, p-value and Fisher's exact test, working with $p > 0.05$.

The results showed that the larger percentage of elderly was found categorized as C2 (medium risk and partial dependency) with a 35.7% and the ages fluctuated mainly between 60 and 69 years with a 63.1%

The variables that proved to be significant are; Sex, ability feed, risk of falls and conscience's level, where it is possible to appreciate that in the male predominated a high risk of dependence and full and partial dependence (B1 and B2). The Most of the users was feed unaided with a 65,48 %, between postoperated 24 and 48 hours and a 55% -95 of the AM. A 51,19 %, you met with a level of alert conscience, however, those categorized as high risk and full dependence (B1) had higher rates of unconsciousness (14,29 %).

Because of this, it's possible to conclude that the sex variables and fall risk should be included in the categorical guiding, since they affect the level of elderly users dependency.

Keywords: Elderly, Level of dependency, Postoperated.

INDICE.

	Páginas.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Presentación y fundamentación del problema e importancia de la investigación para la profesión.....	2
1.2 Problema y problematización.....	3
1.3 Marco teórico - marco empírico.....	5
1.4 Propósito.....	23
1.5 Objetivos generales y específicos.....	24
1.6 Listado de Variables.....	27
II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
2.1 Tipo de diseño.....	28
2.2 Universo y muestra.....	28
2.2.1 <i>Universo</i>	28
2.2.2 <i>Criterios de inclusión</i>	28
2.2.3 <i>Criterios de exclusión</i>	28
2.3 Unidad de análisis.....	29
2.4 Aspectos éticos.....	29
2.5 Procedimiento para recolección de datos.....	29

2.6	Descripción del instrumento recolector.....	29
2.6.1	Hoja de Enfermería.....	29
2.6.2	Registros de Pabellón.....	30
2.6.3	Pauta de Categorización.....	30
2.6.4	Hoja Patrón.....	30
2.7	Prueba piloto.....	30
2.8	Procesamiento de los datos.....	31
III.	ANÁLISIS DE DATOS.....	32
3.1	Análisis de los resultados.....	33
3.2	Discusión de los resultados.....	48
IV.	CONCLUSIONES.....	53
V.	SUGERENCIAS.....	55
VI.	LIMITACIONES.....	56
VII.	BIBLIOGRAFÍA.....	57
VIII.	ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN.

La sociedad ha experimentado un fuerte cambio en las últimas décadas, debido al acelerado crecimiento de la población A.M. Este proceso ha tenido un gran impacto en la sociedad, tanto en educación y salud, como en economía y composición de la fuente de trabajo, los que han tenido que adecuarse a las nuevas demandas que la población A.M. requiere.

Se sabe, que nuestra población está sufriendo un importante cambio demográfico, ya que existe, un aumento considerable de las personas por sobre los 60 años en comparación con la población más joven, por lo tanto, los usuarios que recurren con mayor frecuencia a los centros hospitalarios en busca de cuidados para la satisfacción de sus necesidades deficientes, son los A.M. Es por esto, que la presente investigación se encuentra enfocada principalmente, en medir los factores que influyen dependencia de los A.M. postoperados, ya que el nivel de dependencia, es un marcador importante para la optimización de los recursos. Además, se debe considerar que los A.M., así como los otros usuarios, ya tienen un nivel de dependencia por el solo hecho de estar hospitalizados.

Actualmente, a nivel intrahospitalario, se cuenta con un instrumento para categorizar el nivel de dependencia de los usuarios y simultáneamente, evaluar el nivel de riesgo que presentan; con el objetivo de distribuir adecuadamente los recursos humanos y materiales, para lograr de esta manera, cubrir específicamente las necesidades de estos, de acuerdo a las limitaciones físicas que presentan durante su estancia hospitalaria.

El buen ejercicio profesional de la Enfermera (o) que comprende la gestión de los cuidados, se debe orientar al conocimiento completo de la mayor cantidad de factores de riesgo que puedan afectar la salud de los usuarios, además de estar al tanto de los cambios epidemiológicos que ocurren en el país; de las diversas líneas de trabajo que el Ministerio de Salud dicte, para promover estados de independencia máximos en los usuarios postoperados.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

La estancia hospitalaria, en la mayoría de los casos, es una etapa donde el usuario está expuesto a un alto estrés, debido a factores externos como: separación de los familiares, amigos, compañeros de trabajo etc. y factores internos relacionados con el ámbito hospitalario, como intervención quirúrgica, procedimientos invasivos, personas y entornos desconocidos, tratamiento farmacológico, entre otros; por lo tanto, esto puede influir directamente en la dependencia del usuario A.M. postoperado, provocando un deterioro acelerado de su estado de salud.

Por este motivo, es de vital importancia para la profesión que el profesional de enfermería categorice correctamente al A.M., principalmente a las pocas horas de postoperado, evaluando su nivel de riesgo y dependencia, reconociendo si esos cambios son propios del tipo de cirugía, de sus factores personales y en general del tipo de situación de salud propia del usuario. Además se debe pesquisar a tiempo algún tipo de deterioro orgánico y tomar las medidas necesarias para progresar a un mejor estado de salud.

1.2 PROBLEMA.

¿Qué factores influirán en la categorización de la dependencia funcional del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado en el Servicio de Cirugía del H.C.H.M., Chillán?

PROBLEMATIZACIÓN.

1. ¿Cual será la categorización de la dependencia predominante en el usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
2. ¿Influirá la edad en la categorización de la dependencia del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
3. ¿Influirá el sexo en la categorización de la dependencia del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
4. ¿Influirá la visita familiar en la categorización de la dependencia del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
5. ¿Existirá asociación entre la categorización de la dependencia y la capacidad para alimentarse del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
6. ¿Existe asociación entre la categorización de la dependencia y la percepción de dolor del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
7. ¿Existirá asociación entre la categorización de la dependencia y el riesgo de caídas del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
8. ¿Existirá asociación entre la categorización de la dependencia y la capacidad para orinar en el usuario A.M. entre las 24 y 48 horas postoperado?

9. ¿Existirá asociación entre la categorización de la dependencia y la presencia de deposiciones en el usuario A.M. entre las 24 y 48 horas postoperado?
10. ¿Existirá asociación entre la categorización de la dependencia y la capacidad para movilizarse del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
11. ¿Existe asociación entre la categorización de la dependencia y el estado conciencia del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
12. ¿Existe asociación entre la categorización de la dependencia y la existencia de ECNT del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
13. ¿Existe asociación entre la categorización de la dependencia y el tipo de cirugía realizada en el usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
14. ¿Existe asociación entre la categorización de la dependencia y el tipo de anestesia utilizada en el usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?
15. ¿Existe relación entre la categorización de la dependencia y la duración de la intervención quirúrgica del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado?

1.3 MARCO TEÓRICO.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal, constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyo para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

El Instituto Nacional de Estadísticas (I.N.E.), hace referencia a la situación de los A.M. a nivel mundial¹, planteando que; envejecimiento de la población, es el aumento de las personas que tienen entre 60 años o más. Este proceso tiene impacto en la sociedad, tanto en educación y salud, como en economía y composición de la fuente de trabajo. La proporción de A.M. en los países desarrollados es mayor que en los países en vías de desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)² en el año 2000, a nivel mundial había 600 millones de personas sobre 60 años; antes del 2025 se espera que existan 1.2 mil millones y para el año 2050 serán 2 mil millones. Hoy, cerca de dos tercios de la población mundial, son A.M. y antes del año 2025, serán aproximadamente el 75% de la población mundial.

En el mundo desarrollado, los A.M. sobre 80 años es el grupo de la población de más rápido crecimiento, y las mujeres generalmente en todas las sociedades, poseen una esperanza de vida mayor, por lo tanto la relación entre A.M. mujeres y A.M. hombres, es de 2: 1.

En un estudio realizado por Fundación Las Rosas³ y publicado el 20 de Julio de 2005, plantea que en **Chile**, según las cifras del Censo del año 2002, el grupo de 60 y más años, alcanzó al 11.4% del total del país, es decir, cerca de 1.7 millones de habitantes y se estima que para el año 2020, los A.M. serán cerca de 3 millones de personas.

La expectativa promedio de vida de la población chilena ha aumentado, desde los 45 años en 1930, hasta los 76 años en el año 2002, estimándose que el año 2025 alcanzará los 80 años.

Las siguientes cifras, reflejan el nivel de dependencia que poseen los A.M. residentes en Chile:

- A.M. autovalentes: 32%
- A.M. autovalentes con ayuda: 21%
- Dependencia parcial: 30%
- Dependencia total: 17%

El I.N.E., plantea que, Chile se encuentra viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de la población y que actualmente una de cada diez personas pertenece al grupo de A.M. y se espera que para el año 2025, esta proporción sea uno por cada cinco, sin embargo, Fundación Las Rosas, plantea que a pesar que Chile se encuentra en cuanto a demografía, a nivel de países desarrollados, su calidad de vida, es similar a los países en vías de desarrollo.

Es necesario, para la comprensión del tema, la definición de algunos conceptos de vital importancia, comenzando por **Salud**, que Milton Terris⁴ que la define como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La OMS⁵ clasifica al A.M. por la edad y por el grado de desarrollo del país; es así como propone, para los países desarrollados un límite de 65 años o más y para países en vías de desarrollo, 60 años o más, considerando este criterio para la investigación. El envejecimiento⁶ será fisiológico cuando cumpla parámetros biológicos aceptados para los distintos tramos de edad y mantenga la capacidad de relación con el medio social, y será patológico cuando la incidencia de enfermedad altere dichos parámetros biológicos y dificulte las relaciones sociales. Con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos en todos los sistemas del organismo, disminuyendo la reserva funcional y limitando la capacidad de

respuesta ante un aumento de la demanda o un estrés. También se produce un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas. Una consecuencia directa de todo lo anterior sería el concepto de “presentación atípica de las enfermedades”, ya que los A.M. tienden a manifestar síntomas inespecíficos y no necesariamente el cuadro típico de la enfermedad concreta. Esta diferencia en la presentación de las enfermedades se acentúa con la edad, por la frecuente coexistencia de pluripatología o comorbilidades, polifarmacia y mayor fragilidad que enmascaran cuadros concretos, entre otros motivos. Esta forma de presentación atípica de las enfermedades en los A.M. es la responsable de los denominados síndromes geriátricos, que son definidos por Kane (1989), en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* como: inmovilidad; inestabilidad y caídas; incontinencia urinaria y fecal; demencia y síndrome confusional agudo; infecciones; desnutrición; alteraciones en vista y oído; estreñimiento, impactación fecal; depresión/insomnio; iatrogenia; inmunodeficiencias; impotencia o alteraciones sexuales. Esto condiciona a los A.M. a mayor dependencia, entendiéndose este concepto, propuesto por la OMS (1980), como la “restricción o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal”, entre las actividades se encuentran, **las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**⁷, que corresponden a las tareas más elementales de la persona, permitiéndole desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. “La Clasificación Internacional del funcionamiento y la discapacidad (CIF)”, categoriza las actividades de la vida de un individuo en nueve grupos:

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
2. Tareas y demandas generales.
3. Comunicación.
4. Movilidad.
5. Autocuidado.

6. Vida doméstica.
7. Interacciones y relaciones personales.
8. Áreas principales de la vida (Educación /Trabajo /Economía).
9. Vida comunitaria, social y cívica.

El Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)⁸ planteada en la Ley 39/2006 de España, permite determinar las situaciones de dependencia, que son:

Grado I. Dependencia moderada, se entiende cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa, implica la necesidad de ayuda, para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia, corresponde a las personas que necesitan ayuda para realizar varias ABVD, muchas veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

El BVD es aplicable en cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años.

Virginia Henderson⁹, plantea que existen tres niveles en la relación enfermera-paciente, que van desde una relación muy dependiente a una independiente: 1) la enfermera como *sustituta* del paciente, 2) la enfermera como una *auxiliar* del paciente y 3) la enfermera como *compañera* del paciente.

En los casos de enfermedad grave, se contempla, la enfermera como un *sustituto de las carencias* del paciente para ser “completo, íntegro o independiente”, debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimientos. A su vez, en los estados de convalecencia, la enfermera *socorre al paciente* para que adquiera o recupere su independencia, aunque Henderson, postula que la independencia es un término relativo, puesto que, nadie es independiente de los demás, pero que nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana y no

una dependencia enferma. La tercera relación planteada, dice que la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia.

Independientemente del diagnóstico, existen necesidades básicas que pueden encontrarse matizadas por circunstancias tales como la edad, carácter, estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual, por lo tanto, enfoca la atención de enfermería, en las 14 necesidades del ser humano, siendo las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal, un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

Dentro de las 14 necesidades del ser humano, que se consideran significativas para esta investigación, son las siguientes:

Comer y beber⁸, que implica llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local. La convalecencia¹⁰ tras una

intervención quirúrgica puede acortarse si existe un aporte adecuado de proteínas, donde el mejor modo de administrarlos es por vía oral ya que suele producirse pérdida de peso después de la cirugía por catabolismo, debido a los nutrientes gastados en la cicatrización, y por la ingesta insuficiente de calorías mientras se reciben líquidos intravenosos. Puede ocurrir una pérdida gradual de 0.15 a 0.25 Kg. por día indicando una pérdida de tejidos. La disminución rápida de peso indica pérdida de líquidos mientras que la ganancia de peso puede indicar retención de líquidos.

Regulación de la micción / defecación⁸, se define como la capacidad para indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar / defecar, manipular la ropa antes y después de orinar / defecar, y limpiarse después de orinar / defecar.

Un paciente bien hidratado habitualmente orina¹⁰ cada 6 a 8 horas después de la intervención. El equilibrio Hidroelectrolítico vuelve a lo normal en unas 48 horas, a medida que las funciones corporales se estabilizan.

Puede producirse retención urinaria en el postoperatorio inmediato por diversas razones, como por ejemplo el efecto anestésico, también pueden producirse infecciones urinarias en pacientes que pasan muchos días en la cama después de la intervención.

En relación con la eliminación intestinal¹⁰ el peristaltismo estará disminuido durante al menos 24 horas después de una cirugía del aparato abdominal o pélvica. No puede haber defecación cuando el peristaltismo está ausente o muy disminuido. En el postoperatorio suele aparecer estreñimiento por diversos motivos como la anestesia, inactividad o ingesta disminuida de fibras.

Movilidad¹¹, La necesidad de movimiento incluye no solamente el caminar, sentarse, acostarse o mantener una postura, sino también los gestos y las expresiones faciales necesarias para la comunicación. La pérdida o disminución de la movilidad, aunque sea parcial o dure poco tiempo, es suficiente para que la persona deba modificar sus hábitos y modo de vida, lo cual va a suponerle un cierto grado de dependencia de las personas que le rodean.

Los factores que influyen en la movilidad pueden ser: biológicos, psicológicos o socioculturales. Dentro de los factores biológicos se encuentran la edad, nutrición, ejercicio físico y la enfermedad; en relación a esta última cabe destacar que cualquier enfermedad que padezca el individuo limitará en mayor o menor grado su actividad influyendo directamente en la capacidad del individuo para moverse, en algunos casos la alteración de la movilidad será debida al miedo a moverse por el dolor que provoca el movimiento, como sería el caso de un paciente intervenido quirúrgicamente. En otros casos, se puede deber a la reducción de la actividad por permanecer en reposo durante el transcurso de una enfermedad aguda. La deambulación precoz¹⁰ es un factor significativo para acelerar la recuperación y prevenir las complicaciones postoperatorias, ya que, aumenta la tensión, la ventilación, el tono muscular, facilita la cicatrización de la herida, disminuye el dolor, aumenta el peristaltismo, facilita la excreción y disminuye el éxtasis venoso.

La comunicación se sustenta principalmente por el apoyo familiar¹², y es importante para la sensación de bienestar físico, psicológico y espiritual del paciente, siendo muy importante incluir a la familia en los cuidados del A.M.

En el modelo de soporte familiar¹², el bienestar último del usuario está compuesto por su capacidad para realizar las actividades del autocuidado a través de sistemas de soporte, tanto formales como informales (familia, amigos). En este modelo, ninguna parte del sistema es un agente independiente.

Según esto, la enfermera/o⁹ debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del usuario, sino que también las condiciones y estados patológicos que la alteran, además, puede modificar el entorno, siempre que lo considere indispensable, ya que existen reacciones psicológicas y fisiológicas a los diversos factores del ambiente. El ambiente hospitalario¹³, implica una amenaza para la salud y funcionalidad de los usuarios A.M., por lo que existen ciertos riesgos asociados a las hospitalizaciones, como por ejemplo: los eventos de las reacciones adversas a medicamentos aumentan hasta en un 15 % en los A.M. Tanto en los usuarios con tratamiento médico o quirúrgico la incidencia de delirio aumenta de un 20 a 60 %. Dentro de estos usuarios la declinación funcional se

presenta en un 32 %. Aparecen las úlceras por presión hasta en un 5 % de los usuarios que no tenían ninguna. Las caídas se dan de 4 a 11 por cada 1000 días-pacientes. La deshidratación puede manifestarse en un 7% de los A.M. y la desnutrición puede estar presente entre un 41 a 61 % de los usuarios encamados de la tercera edad.

La cirugía¹⁰ es una amenaza potencial o real para la integridad de una persona, y puede producir reacciones de estrés tanto fisiológicas como psicológicas. La capacidad de los A.M. para tolerar la cirugía depende de la extensión de los cambios fisiológicos que se hayan producido con el proceso de envejecimiento, la **duración de la intervención** y la **presencia de alguna enfermedad crónica no transmisible (ECNT)**. La duración de la intervención quirúrgica puede afectar la respuesta de los A.M., tolerando más fácilmente la cirugía de corta duración. Las ECNT del adulto constituyen hoy día el principal problema de salud del país. Para delimitar el problema se ha recurrido a la definición del Center for Disease Control de Atlanta (CDC)¹⁴, que dice que son "enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódica; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo", de gran impacto en la población adulta. Alrededor de un 20% de A.M. son portadores de diabetes mellitus (D.M.) y casi un 40% tienen intolerancia a la glucosa¹⁵. El tipo de diabetes más frecuentemente presentada por el A.M. es la diabetes tipo 2 con un alto componente de insulino resistencia, acentuada por el proceso de envejecimiento y con una insulino deficiencia relativa. En nuestro país de acuerdo al censo de 1993 se ha calculado alrededor de un millón de personas portadoras de esta enfermedad, de las cuales alrededor de 300.000 son A.M. A su vez, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA)¹⁶ en la población chilena mayor de 64 años de edad alcanza niveles cercanos al 60% de acuerdo a estudios realizados en la VIII Región, existe además, una fuerte asociación de HTA con accidente vascular cerebral oclusivo no embólico (aterotrombótico).

En los A.M. hay muchos cambios que se dan con la edad¹⁷, debido a la pérdida progresiva de células. Esta pérdida es variable de un individuo a otro, pero infaliblemente resulta en un deterioro físico y mental. La reserva funcional de estas personas está a menudo reducida y se piensa que éste es uno de los factores más determinantes para aumentar la morbimortalidad. Esta baja reserva funcional es difícil de evaluar, y con frecuencia se manifiesta en situaciones de estrés, sobretudo en el periodo postoperatorio. Casi todos los cambios de los A.M. son importantes en la **anestesia**; el daño cognoscitivo se acelera con la edad, y los estados demenciales se presentan hasta en el 20% en los mayores de 80 años. Hay disminución del flujo sanguíneo cerebral, alteraciones en la autorregulación cerebral durante los periodos de HTA y la hipoxia no es bien tolerada. También hay alteraciones de la regulación de la temperatura y retardo en el vaciamiento gástrico. La sordera y ceguera afectan al 35% de los A.M. lo cual dificulta su evaluación peri anestésica integral; la función renal empieza a disminuir a los 30 años de edad, de tal forma que la eliminación de la creatinina se reduce 0.5% a 1% por año, y a los 90 años el funcionamiento renal será de un 40%, por lo que la eliminación renal de drogas se encuentra reducida significativamente; en cuanto al sistema endocrino, los A.M. de 80 años pueden cursar hasta un 25% con D.M., el cual se asocia con deterioro cardiovascular, renal, neurológico, visual, inmunológico; esto modifica la farmacocinética y farmacodinámica, de tal manera que las drogas eliminadas por el hígado y el riñón tienen una vida media plasmática y eliminación más prolongadas. La reducción del flujo esplácnico y de las proteínas plasmáticas, facilitan niveles sanguíneos elevados de las drogas utilizadas, con posibilidad de incrementar la toxicidad. Hay mayor sensibilidad del sistema nervioso central, y se disminuye la concentración alveolar mínima de los anestésicos.

La insensibilización del cuerpo al dolor quirúrgico se puede conseguir de muy variadas formas. Todas ellas pueden agruparse en tres categorías¹⁸:

Anestesia general, donde el paciente permanece inconsciente y no recibe ningún tipo de sensación. Se trata, en realidad, de una "intoxicación" controlada y

reversible, en la cual se emplean un número variable de fármacos. Una vez finalizada la intervención, el anestesiólogo revierte el efecto de la medicación anestésica y el paciente recobra la conciencia y el control de sus funciones vitales, en un plazo más o menos largo que varía según el paciente y la intervención. Se ha visto que la anestesia general altera el estado cognoscitivo de los A.M. que puede durar días, hasta algunos meses y variar desde cambios menores hasta alteraciones graves.

Anestesia regional, donde se entumece toda la zona del cuerpo que va a ser operada, inyectando una determinada solución de anestésico cerca de los nervios que reciben la sensibilidad de dicha zona. El paciente permanece despierto o con una sedación ligera, pero no recibe sensación dolorosa alguna. Hay diversas técnicas, dependiendo de la zona a operar, pero las más empleadas son la epidural y la espinal (también llamada raquídea), anulando la sensibilidad de la parte baja del cuerpo. Se debe considerar que los pacientes con una anestesia regional inadecuada pueden estar en un riesgo mayor que los que reciben anestesia general.

Anestesia local, donde el anestésico se aplica directamente sobre los tejidos de la zona que se va a intervenir. Se emplea para intervenciones menores sobre partes muy circunscritas, como la mano, el pie o el ojo y a veces la aplica el propio cirujano.

Una de las consecuencias que se presentan después de una cirugía es la presencia de **dolor**¹⁰ que se encuentra prácticamente en todos los tipos de cirugías. Puede producirse por estimulación de las terminaciones nerviosas, por sustancias liberadas durante la intervención o isquemia tisular, por presión, espasmos musculares en la zona que rodea la incisión y vendajes apretados. El dolor postoperatorio suele durar 24-48 horas, pero puede durar más según la extensión de la operación, el umbral para el dolor del paciente y respuesta al dolor. La presencia de dolor puede prolongar la convalecencia por que puede interferir con el inicio de la actividad. La forma de medir el dolor¹⁹ en los A.M. es fundamental para su evolución y control. Una de las formas mas comunes de

medir la intensidad del dolor es la escala visual análoga (EVA) que presenta las medidas de intensidad de dolor en una gráfica de 0 a 10, donde el 0 indica ausencia de dolor y el 10, el peor dolor posible.

La otra consecuencia son las **caídas** intrahospitalarias²⁰, que representan un problema de salud importante, ya que en muchos casos desencadenan trastornos funcionales y pérdida de autonomía del individuo. La OMS define el término de caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”. Muchas investigaciones coinciden que se trata de un problema relacionado con el envejecimiento y especialmente con la fragilidad física asociada, que corresponde a una alteración severa de la fuerza, la movilidad, el equilibrio y la resistencia, es por eso que se clasifica como un síndrome geriátrico.

La prevalencia de caídas en enfermos hospitalizados se asocian por lo general a transferencias de o hacia una silla (34.5%), deambulaci3n inestable (29.5%), trasferencias de o hacia la cama (28%) y otros (7%). Las causas que provocan las caídas²¹ son múltiples y pueden ser agrupadas en factores intrínsecos y extrínsecos. Entre los primeros se encuentran los cambios propios de la edad, alteraciones de la marcha y movilidad, trastornos del equilibrio, pobre estado de salud, trastornos emocionales y efectos de la medicaci3n. Entre los factores extrínsecos se encuentran, los ambientes desconocidos, calzado inadecuado y escasa iluminaci3n, estos son responsables del 22% de las caídas, especialmente cuando tienen lugar en un ambiente desconocido, como el caso de un ambiente hospitalario. Con la edad disminuye la influencia de los factores extrínsecos aumentando los intrínsecos. Con la intenci3n de reducir aquellos factores presentes en las caídas, se ha adoptado la Escala de Riesgo de Caídas²² de Huntintong que considera el estado de conciencia, movilidad o deambulaci3n, déficit sensorial, eliminaci3n y otros, con el fin de valorarlas adecuadamente y determinar sus causas, para corregirlas. Clasificando al usuario en bajo, moderado y alto riesgo.

Otra posible consecuencia de la operación, es el estado de choque²³, el cual puede describirse como la oxigenación tisular deficiente, acompañada también de excreción deficiente de los productos del metabolismo. Por esto, es de gran importancia que el **nivel de conciencia**¹⁰ sea valorado en el usuario postoperado, principalmente en el A.M. ya que, se pueden observar variaciones en el nivel de conciencia desde el estado de alerta al de obnubilación. Si el paciente no se despierta con facilidad, deben compararse estos datos con los del alta de la sala de recuperación.

Un descenso del nivel de conciencia puede indicar choque (por los movimientos durante la transferencia), debiendo comunicarse inmediatamente al cirujano, junto con cualquier otro dato pertinente.

Una forma de medir el estado de conciencia, es a través, de la “Escala de Glasgow”¹⁰, que mide parámetros tales como: respuesta ocular, motora y verbal. Esta escala clasifica el estado de conciencia en: alerta, sopor u obnubilación e inconsciencia.

Si se incrementan los cuidados diarios específicos para este tipo de pacientes durante el postoperatorio, se pueden incrementar las habilidades para realizar las ABVD, es decir, mejorar su estado funcional, así como el posponer por un mayor tiempo un reingreso al hospital. Por tal motivo se ha implementado a **nivel intrahospitalario**²⁴ un modelo de categorización de la dependencia, donde se analizan las demandas de cuidados directos, categorizándolos según **grado de dependencia y nivel de riesgo**. Para categorizarlos, se seleccionan los cuidados que implican riesgo y dependencia más útiles para la toma de decisiones de las enfermeras y se agrupan en universales o básicos y terapéuticos, de acuerdo a las necesidades que satisfacen. El valor de cada grupo de cuidados oscila entre cero y tres que está determinado por la complejidad de los cuidados a proporcionar, la diversidad y frecuencia con que se realizan, y la intensidad en la vigilancia de los cuidados. El grado de dependencia se identifica a través de la valoración de tres grupos de **cuidados universales: Prácticas de Confort, Alimentación y Eliminación**. El nivel de riesgo se identifica a través de la valoración de **cuidados**

terapéuticos preseleccionados, que se requieren en situación de desviación de salud. Se eligen tres grupos de cuidados terapéuticos, que permiten medir indirectamente el riesgo de los pacientes: Medición de parámetros, intervenciones profesionales multidisciplinarias y procedimientos de enfermería. Los cuidados universales y terapéuticos preseleccionados, se valorizan utilizando el plan de atención como índice de valor predictivo de las demandas de cuidados, junto al instrumento de categorización, que contiene la tabla con puntajes que identifica la dependencia y el riesgo de los usuarios.

Al cruzar las variables dependencia y riesgo se reconocen doce categorías de clientes:

A1	Máximo riesgo y dependencia total
A2	Máximo riesgo y dependencia parcial
A3	Máximo riesgo y autosuficiencia
B1	Alto riesgo y dependencia total
B2	Alto riesgo y dependencia parcial
B3	Alto riesgo y autosuficiencia

C1	Mediano riesgo y dependencia total
C2	Mediano riesgo y dependencia parcial
C3	Mediano riesgo y autosuficiencia
D1	Bajo riesgo y dependencia total
D2	Bajo riesgo y dependencia parcial
D3	Bajo riesgo y autosuficiencia

El supuesto de este criterio de clasificación de usuarios, enfoca los cuidados que se administran, los cuales están relacionados con la mayor cantidad de trabajo que demandan los pacientes de mayor riesgo o los más dependientes.

MARCO EMPÍRICO

En un estudio descriptivo transversal realizado con pacientes mayores de 65 años ingresados en las unidades de medicina, cirugía y tocoginecología en el Hospital de Mendaro por Laura Alonso *et al*²⁵, se observó que la edad media de la muestra fue de 78 años, oscilando entre 65 y 96 años. Los niveles de dependencia globales fueron: el 16% dependencia total, el 13% grave, el 10% moderada, el 29% leve y el 32% independiente. Se concluyó que la edad, es un factor predecible por sí mismo del nivel de dependencia de los usuarios que están hospitalizados.

En un estudio realizado por Pilar Gamarra²⁶ se evaluaron 201 pacientes internados en los servicios de medicina interna del Hospital Edgardo Reblagiati Martins, EsSalud de Lima, Perú, durante el periodo octubre-noviembre de 1999; donde se concluyó que, al alta el 34,8% tuvo un deterioro significativo en todas las actividades. Este deterioro se acentuó en los **mayores de 85 años** ($p < 0.05$), en los pacientes que permanecieron hospitalizados por más de doce días, y en los que tenían menor capacidad de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, antes de la hospitalización. El estudio agrega, que la presencia de complicaciones, se encuentra relacionada a factores similares a los anteriormente mencionados, los que ocasionan un deterioro funcional particularmente en las personas mayores, situación que se incrementa con el paso de la edad. Estos pacientes están en riesgo de presentar mayor deterioro durante la hospitalización.

En un estudio sobre la “evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada” realizado por Jean Castelo *et al*²⁷, durante el período de julio a setiembre del 2002 se evaluaron 60 pacientes mayores de 65 años que acudieron a consulta ambulatoria en los servicios médicos del Policlínico "Santa Rosa" de la OFIRSAN XR PNP – Cusco. Los pacientes evaluados estuvieron comprendidos entre los 65 y 85 años mayormente

(> 90%), con una edad promedio de 74,7 años. En la evaluación funcional se encontró un 50% de autonomía según el índice de Barthel, y entre el resto de pacientes ninguno tuvo una dependencia grave o mayor. Existe una distribución casi uniforme entre el sexo y el nivel de dependencia según el índice de Barthel; en la cual la mayoría de las mujeres se muestran dependientes en algún grado, mientras que los varones son mayormente autónomos ($p < 0,05$). Respecto al valor del APGAR familiar, se muestra que más del 60% de los pacientes vivían en un entorno muy funcional.

Un estudio realizado por Lena Ferrús, Directora de Enfermería del Consorci de l'Hospitalet de Llobregat en Barcelona, titulado "Intensidad de cuidados de Enfermería; diferencias según la edad, el sexo y la especialidad médico - quirúrgica"²⁸, se plantea que entre los 65 y 84 años, no hay mayor diferencia entre la cantidad de minutos que se requieren de cuidados enfermeros diariamente, correspondiendo a 140 minutos, sin embargo, sobre los 85 años, la cantidad de minutos y la intensidad de la atención aumenta considerablemente a 160 minutos. Se plantea además, que a mayor edad, mayor es la intensidad de la atención, involucrando un aumento en el tiempo utilizado para ello, principalmente en lo que se refiere a los cuidados de **movilización, alimentación y eliminación**.

En estudios realizados en la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España, Luna Morón ML y col²⁹ se realizó una investigación con una muestra total 30 pacientes, donde el 43% fueron mujeres y el 57% hombres. Se concluyó que los niveles de dependencia según necesidad humana fueron los siguientes: en la **alimentación** al egreso el 7% necesitaba ayuda y el 93% era independiente; en la **movilización** al alta el 7% necesitaba ayuda y el 93% era independiente y; en la **eliminación** al egreso el 93% era independiente y solo un 7% necesitaba ayuda.

En un estudio sobre “Valoración del estado funcional en ancianos hospitalizados: la escala Plutchik (EP)”, realizado en el Servicio de Geriátrica del Hospital San Jorge, Zaragoza, por Fernando Perlado *et al*³⁰. Se recogieron las características de los pacientes en relación con los apartados de la EP. Al considerar los ítems individualmente, se dieron los siguientes tantos por ciento de alta incapacidad: comer, 29%; lavarse/vestirse, 34%; deambular, 46%; riesgo de caer de la cama o sillón, 41%; incontinencia, 41%; visión pobre, 7,3%; confusión mental, 31,3%. La puntuación media más alta se observó en el ítem deambular y la menor en el ítem visión.

En el ítem riesgo de caer de la cama o sillón, casi la totalidad de estos casos (118 de 122) obtuvo una puntuación total superior a 4 en la EP, correspondiendo a moderada y alta dependencia, y la mayoría estuvo por encima de 8 puntos (108), esto indica que este ítem es en sí mismo predictivo de alta dependencia.

En un estudio sobre caídas denominado “Caídas en un hospital de agudos: característica del paciente” realizado por Mercedes Urruela Oliván, en la ciudad de Montevideo, Uruguay²¹; a una población que padecieron de caídas mientras se encontraban hospitalizados entre los años 1999 y 2000, se concluyó que: en relación al nivel de dependencia, en 85 casos (34%) eran independientes, 111 (45%) precisaban de ayuda parcial y 50 (20%) necesitaban de ayuda total, además en los 161 casos de caídas, aparecía algún grado de alteración de la dependencia. Según este estudio, los usuarios con mayores probabilidades de sufrir una caída son los mayores de 65 años, lo cual aumenta con la edad.

En un estudio realizado por Abel Barragán-Berlanga *et al*, titulado “Dolor en adultos de 50 años: prevalencia y factores asociados”, en México 2001³¹. Al analizar la relación entre disfuncionalidad y dolor, se encontró que el dolor es mayor en aquellos usuarios dependientes (62.1% dependiente / 38.7% independiente), tanto en ABVD como en actividades instrumentales de la vida

diaria (AIVD), con un nivel de significación de 0.001 para ambas, por lo que se concluye que el dolor influye en la funcionalidad.

En un estudio sobre “Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad” realizado por B. Valentín López *et al* en el Servicio de Medicina Preventiva y en el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario La Paz. Madrid³², se entrevistaron 158 pacientes, un 89% de Cirugía General y un 11% de Vascular. El 94,7% de los pacientes intervenidos afirmaron haber tenido dolor las últimas 24 horas. El tiempo medio con dolor que experimentaron los pacientes, fue de 19,5 horas. Las tres cuartas partes de los pacientes experimentaron dolor durante un tiempo inferior a 24 horas; con un máximo de 51 horas y un mínimo de ningún dolor a las 0 horas. Para medir el dolor se utilizó la escala numérica (EN) de 0 a 10, siendo 0 ningún dolor y 10 el máximo dolor. El dolor postoperatorio a las 24 horas mostró que un 18% de los pacientes estaba sin dolor, un 35% de los pacientes con dolor leve y un 47% de los mismos con dolor moderado-intenso.

En un estudio realizado por Berrante - Monge *et al* en el año 2004 en el Departamento de geriatría del Instituto Nacional Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán en México³³, en el cual se incluyeron un total de 4872 personas mayores de 65 años, se concluyó que la dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años. Los sujetos que tenían dependencia funcional en ABVD, el 6% presentaba un grado severo, el 4% un grado moderado y la mayoría con un 14%, un grado leve. De las actividades básicas, las más afectadas fueron la incontinencia urinaria y **capacidad para desplazarse**. Además este estudio demuestra cuales ECNTs están asociadas a la dependencia, resultando una de las más frecuentes la HTA, con una frecuencia de 43% y un nivel de significancia < 0.001 asociada a dependencia leve para las ABVD. La D.M. se asoció con dependencia funcional severa y moderada en ABVD con un nivel de significancia < a 0.001 y dependencia severa en AIVD. Estos autores citaron a Blaum y

colaboradores quienes encontraron que el 38% de los A.M. con esta patología presentaba deterioro funcional.

En un estudio realizado por Jesús Menéndez, denominado “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe”³⁴, publicado por la revista Panamericana de la Salud el año 2005, a través de una muestra de 10891 personas mayores de 60 años, que residían en ciudades de Barbados, Argentina, Cuba, México, Uruguay, Chile y Brasil, se concluyó que: existió una asociación entre ECNT y la dificultad para realizar AIVD y ABVD. Además se encontraron asociaciones directas entre la presencia de discapacidad y ECNT, principalmente la DM, depresión, artrosis, las ECV y el deterioro cognoscitivo.

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal por la Dra. Cristina Ruesca *et al*³⁵ para conocer el comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios y de corta hospitalización en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente “Julio M. Aristegui Villamil” de Cárdenas, el año 2002. Se concluyó en el estudio que de los 103 pacientes atendidos, la mayor proporción pertenecía a los grupos de edades de 30-49 años y el 32,1% (33) fueron pacientes geriátricos. Dentro de las afecciones quirúrgicas más frecuentes se encontró las hernias de la pared abdominal en 83 pacientes (80,6 %) cuya mayor representación estuvo dada por las hernias inguinales (57,3 %). Dentro de los pacientes operados el 54,4% presentó algún factor de riesgos asociados, siendo el de mayor frecuencia la hipertensión arterial. Y dentro de las anestias la más empleada fue la regional con un 58,3%.

1.4 PROPÓSITO.

Determinar que factores influyen en la categorización de la dependencia del usuario A.M., entre las 24 y 48 horas de postoperado en el servicio de Cirugía HCHM, Chillán.

1.5 OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL N° 1:

Conocer la categorización del nivel de dependencia predominante en los usuarios A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado en el servicio de Cirugía del H.C.H.M.

OBJETIVO GENERAL N° 2:

Determinar si existe asociación entre el tipo de categorización de la dependencia del usuario A.M. y los factores sociodemográficos entre las 24 y 48 horas de postoperado en el servicio de Cirugía del H.C.H.M.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.1 Distinguir la asociación entre la categorización de la dependencia y la edad del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 2.2 Detectar la asociación entre la categorización de la dependencia y el sexo del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 2.3 Identificar la asociación que existe entre la categorización de la dependencia y las visitas de familiares del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.

OBJETIVO GENERAL N° 3:

Detectar si la categorización de la dependencia del usuario A.M. esta asociada a la satisfacción de algunas necesidades humanas básicas entre las 24 y 48 horas de postoperado en el servicio de Cirugía del H.C.H.M.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.1 Conocer la asociación entre la categorización de la dependencia y la capacidad para alimentarse del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 3.2 Identificar la asociación entre la categorización de la dependencia y la percepción del dolor del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 3.3 Detectar la asociación entre la categorización de la dependencia y el riesgo de caídas del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 3.4 Reconocer la asociación entre la categorización de la dependencia y la capacidad de orinar en el usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 3.5 Determinar la asociación entre la categorización de la dependencia y presencia de deposiciones en el usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 3.6 Distinguir la asociación entre la categorización de la dependencia y la capacidad para movilizarse del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.

OBJETIVO GENERAL N° 4:

Identificar la asociación entre la categorización de la dependencia del usuario A.M. y los factores relacionados con salud entre las 24 y 48 horas de postoperado en el servicio de Cirugía del H.C.H.M.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 4.1 Detectar la asociación entre la categorización de la dependencia y el estado de conciencia del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.

- 4.2 Demostrar si existe asociación entre la categorización de la dependencia y la presencia de ECNT del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 4.3 Determinar la asociación entre la categorización de la dependencia y el tipo de cirugía realizada al usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 4.4 Identificar la asociación entre la categorización de la dependencia y el tipo de anestesia utilizada en el usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado.
- 4.5 Reconocer la asociación entre la categorización de la dependencia y la duración de la intervención quirúrgica del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas postoperado.

1.6 LISTADO DE VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Categorización del nivel de dependencia del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado en el servicio de Cirugía del H.C.H.M. Chillán.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

a) Variable sociodemográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Visita de familia.

b) Variables relacionadas con la satisfacción de necesidades básicas.

- Capacidad para alimentarse.
- Percepción del Dolor.
- Riesgo de caídas
- Capacidad para orinar.
- Presencia de deposiciones.
- Capacidad para movilizarse.

c) Variables relacionadas con la salud.

- Estado de conciencia.
- Enfermedad crónica no transmisible.
- Tipo de Cirugía.
- Tipo de Anestesia.
- Duración de la Intervención quirúrgica.

II. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1 TIPO DE DISEÑO:

Diseño de tipo analítico, retrospectivo de corte transversal, no experimental.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA:

2.2.1 Universo:

Estuvo constituido por 84 usuarios A.M. del servicio de Cirugía del H.C.H.M., Chillán. La **muestra** se conformó por la totalidad del universo.

2.2.2 Criterios de inclusión:

Usuarios A.M. de ambos sexos, es decir, de 60 años y más, que hayan sido operados y hospitalizados en el servicio de Cirugía del H.C.H.M. de Chillán. Además debieron estar categorizados y con un registro completo de las variables en estudio, en la hoja de Enfermería y registros de pabellón.

2.2.3 Criterios de exclusión:

- Usuarios A.M. que se encontraban en tratamiento con medicamentos que alteran el nivel de conciencia, tales como: Morfina, Benzodiazepinas, y en general medicamentos cuyas dosis provocan alteración del Sistema nervioso central.
- Usuarios que estaban hospitalizados por otra patología que no sea quirúrgica.
- Usuarios que no contaban con registros completos en la Hoja de Enfermería y en formularios de Pabellón.

2.3 UNIDAD DE ANALISIS:

Usuario A.M. postoperado entre los meses de Enero a Abril del año 2008 hospitalizado en el servicio de Cirugía del HCHM, Chillán.

2.4 ASPECTOS ETICOS:

La investigación se realizó guardando confidencialidad y anonimato de toda la información recolectada y de quienes la proporcionaron.

Se solicitó con anticipación las autorizaciones correspondientes a directivos del HCHM, tanto al director del Hospital, como a la Enfermera Supervisora del servicio de Cirugía, y al jefe del Servicio de Pabellón, por parte de la dirección de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS:

Los datos fueron recolectados entre los meses de Abril y Mayo del año 2008, donde se utilizaron los resultados de la pauta de categorización a las 24 y 48 horas de postoperado, de la hoja de enfermería de cada A.M. e información de los registros de pabellones quirúrgicos que lograron abarcar todas las variables en estudio, y que luego fueron registradas en una Hoja Patrón.

2.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR:

Para la recolección de datos, se utilizaron tres instrumentos:

2.6.1 Hoja de Enfermería: Esta hoja considera una serie de parámetros relacionados con el usuario y su patología, tales como: una sección dedicada a los antecedentes personales del usuario, donde se incluye el diagnóstico patológico del usuario, luego existe una sección para las indicaciones médicas, otra de

balance hídrico, existe además una zona para registrar los exámenes e interconsultas, y finalmente el registro y planificación de los cuidados de enfermería, de las evoluciones y observaciones correspondientes. Para la investigación se utilizó la zona de identificación del usuario, indicaciones médicas, planificación y registro de los cuidados de enfermería

2.6.2 Registros de Pabellón: Se registran todas las cirugías realizadas considerando datos como: nombre, edad, diagnóstico, cirugía, tiempo de cirugía, tipo de anestesia utilizada para la intervención. Para nuestro estudio se utilizó los registros de: nombre, edad, tipo de cirugía, duración de la intervención y tipo de anestesia utilizada.

2.6.3 Pauta de Categorización: Evalúa dos aspectos, uno enfocado en los cuidados terapéuticos del usuario y otro enfocado en los cuidados de aseo y confort. A través de estos aspectos se evaluó el nivel de riesgo y de dependencia del usuario (ver anexos).

2.6.4 Hoja Patrón: Se utilizó un cuestionario, confeccionado por los autores, donde se registraron los datos de la hoja de Enfermería, de pabellones quirúrgicos y de la Pauta de Categorización. (ver anexos)

2.7 PRUEBA PILOTO

Para evaluar la claridad y validez que otorga el instrumento, se realizó una prueba piloto la primera semana de abril del año 2008 a 10 usuarios A.M. hospitalizados en el Servicio de Cirugía del H.C.H.M, que cumplieron con los criterios de inclusión, señalados en la investigación. Esta prueba piloto se realizó resguardando el anonimato y confidencialidad de los datos e información recolectada.

2.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos fueron procesados a través de los programas INFOSTAT y Microsoft Excel 2003. Se analizaron los datos mediante las pruebas estadísticas de Chi cuadrado de Person, p-value y Test Exacto de Fisher, para obtener el grado de relación entre las variables. Trabajando con un nivel de confiabilidad mayor o igual a 0.05.

III. ANALISIS DE DATOS.

3.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Tabla Nº 1 CATEGORIZACION DE USUARIOS A.M. A LAS 24-48 HORAS POSTOPERADOS.

CATEGORIZACION	CASOS	
	FA	%
A1	0	0
A2	0	0
A3	0	0
B1	28	33,3
B2	12	14,3
B3	0	0
C1	14	16,7
C2	30	35,7
C3	0	0
D1	0	0
D2	0	0
D3	0	0
TOTAL	84	100

Fuente: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPENDENCIA DEL A.M. POSTOPERADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL H.C.H.M., 2008 CHILLÁN".

De los cruces existentes en la categorización, solo se observaron A.M. que presentaban los siguientes niveles de dependencia:

- Del universo en estudio se observa que la mayor cantidad de usuarios A.M. (30) fueron categorizados como C2 (mediano riesgo y dependencia parcial) correspondientes al 35.7%.
- 28 usuarios (33.3%) fueron categorizados como B1 (alto riesgo y dependencia total).
- 14 A.M. (16.7%) fueron categorizados como C1 (mediano riesgo y dependencia total).
- 12 A.M. (14.3%) fueron categorizados como B2 (alto riesgo y dependencia parcial).
- El resto de los cruces no se presentó en los A.M. a las 24-48 horas de postoperado.

Tabla N° 2

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y EDAD.

CATEGORIZACION	EDAD							
	60-69		70-79		80 O MAS		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
B1	21	75	5	17,86	2	7,14	28	100
B2	6	50	4	33,33	2	16,67	12	100
C1	7	50	4	28,57	3	21,43	14	100
C2	19	63,33	10	33,33	1	3,33	30	100
TOTAL	53	63,1	23	27,38	8	9,52	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1
N=84

p=0.3289

$\chi^2=6.91$

g.l.=6

Del universo en estudio, 53 usuarios A.M. correspondiente al 63.1% fluctuaba entre los 60-69 años, 23 usuarios entre 70-79 años representaron un 27.38% y la menor cantidad fueron 8 A.M. de 80 años y más, correspondiendo a un 9.52%.

Dentro de todas las categorizaciones estudiadas el mayor porcentaje de usuarios se encontró en el grupo etáreo de 60-69 años, lo cual demuestra según los parámetros estadísticos χ^2 y p-value, que el nivel de dependencia del A.M. postoperado a las 24–48 horas no se relaciona con la edad.

Tabla N° 3

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y SEXO.

CATEGORIZACION	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%
B1	14	50	14	50	28	100
B2	9	75	3	25	12	100
C1	4	28,57	10	71,43	14	100
C2	10	33,33	20	66,67	30	100
TOTAL	37	44,05	47	55,95	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

p=0,0498

N=84

$\chi^2 = 7,83$

g.l.=3

Se observa un total de 37 usuarios de sexo masculino (44,05%) y 47 de sexo femenino, el cual correspondió a un 55,95%.

Los usuarios categorizados como B1 (alto riesgo y dependencia total) se presentaron en igual cantidad en ambos sexos, y en la categoría B2 (alto riesgo y dependencia parcial) predominó el sexo masculino con un 75%.

Mediante un análisis estadístico con χ^2 y p-value se determina que las variables si están asociadas. Existe un predominio del sexo masculino de permanecer en un alto riesgo de dependencia tanto en dependientes totales y parciales (B1 y B2). Además se observa un predominio del sexo femenino de presentar un mediano riesgo de dependencia, tanto en dependencia total y parcial (C1 y C2).

Tabla N° 4

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y VISITA DE FAMILIARES.

CATEGORIZACION	VISITA DE FAMILIARES					
	SI		NO		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%
B1	22	78.57	6	21.43	28	100
B2	11	91.67	1	8.33	12	100
C1	12	85.71	2	14.29	14	100
C2	23	76.67	7	23.33	30	100
TOTAL	68	80.95	16	19.05	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

p=0,6686

N=84

$\chi^2 = 1.56$

g.l.=3

La presente tabla demuestra que en todas las categorizaciones, predominó la visita de familiares con un 80.95%, frente a los no visitados con un 19.05%. Se destaca que en todas las categorizaciones el mayor porcentaje recibió visitas.

A través de una análisis estadístico con χ^2 y p-value, se encontró que las variables no están asociadas, es decir el nivel de dependencia funcional del A.M. postoperado a las 24 – 48 horas no se relaciona con la visitas de familiares durante el periodo de postoperado.

Tabla N° 5

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y CAPACIDAD PARA ALIMENTARSE.

CATEGORIZACION	CAPACIDAD PARA ALIMENTARSE					
	SIN AYUDA		CON AYUDA		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%
B1	12	42,86	16	57,14	28	100
B2	7	58,33	5	41,67	12	100
C1	12	85,71	2	14,29	14	100
C2	24	80	6	20	30	100
TOTAL	55	65,48	29	34,52	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

p=0,0076

N=84

$\chi^2=11.94$

g.l.=3

En la tabla, es posible apreciar que del total de A.M. postoperados el 65.48% se alimentó sin ayuda y un 34.52% lo hizo con ayuda.

Es necesario destacar que en la categoría B1 (alto riesgo y dependencia total) el 57,14% de los usuarios requirieron de ayuda para alimentarse, al contrario de los usuarios categorizados como C1 (mediano riesgo y dependencia total) donde un 85,71% no necesitó ayuda para alimentarse.

El análisis estadístico con X^2 y p-value, revela que las variables si están asociadas. Se observó que al aumentar el riesgo en los A.M. con dependencia total (B1 y C1), éstos precisaron de ayuda para alimentarse.

Tabla N° 6

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y DOLOR.

CATEGORIZACION	DOLOR									
	AUSENTE		LEVE		MODERADO		INTENSO		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
B1	5	17,86	19	67,86	1	3,57	3	10,71	28	100
B2	2	16,67	9	75	1	8,33	0	0	12	100
C1	4	28,57	8	57,14	2	14,29	0	0	14	100
C2	11	36,67	13	43,33	5	16,67	1	3,33	30	100
TOTAL	22	26,19	49	58,33	9	10,71	4	4,76	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

N=84

$\chi^2=11.62$

g.l.=9

p= 0.3028

La tabla muestra que del total del universo, 49 A.M. postoperados correspondientes al 58.33% presentaron un dolor leve.

A través del análisis estadístico con X^2 y p-value, se encontró que el nivel de dependencia no se relaciona con el dolor, además se aprecia que los usuarios de todas las categorizaciones presentaron, en un mayor porcentaje, dolor leve.

Tabla N° 7

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y EL RIESGO DE CAIDAS.

CATEGORIZACION	RIESGO DE CAIDAS							
	BAJO		MODERADO		ALTO		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
B1	0	0	12	42,86	16	57,14	28	100
B2	0	0	4	33,33	8	66,67	12	100
C1	4	28,57	4	28,57	6	42,86	14	100
C2	2	6,67	11	36,67	17	56,67	30	100
TOTAL	6	7,14	31	36,9	47	55,95	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

p=0.0411

N=84

$\chi^2 = 11.62$

g.l.=6

Se observó que del total del universo 47 A.M. presentaron un alto riesgo de caídas con un 55,95% y un 7.14% presentó un bajo riesgo de caídas.

Mediante el análisis estadístico con X^2 y p-value, se encontró que las variables de dependencia y riesgo de caídas, si están asociadas; observándose que en todas las categorizaciones la mayoría de los A.M. presentó un porcentaje significativamente superior en el riesgo de caída alto.

Tabla N° 8

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y CAPACIDAD PARA ORINAR.

CATEGORIZACION	CAPACIDAD PARA ORINAR					
	SIN AYUDA		CON AYUDA		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%
B1	12	42,86	16	57,14	28	100
B2	7	58,33	5	41,67	12	100
C1	9	64,29	5	35,71	14	100
C2	16	53,33	14	46,67	30	100
TOTAL	44	52,38	40	47,62	84	100

Fuente: Idem Tabla N° 1

p=0.5734

N=84

$\chi^2=2.00$

g.l.=3

Un 52,38% de los A.M. orinaban sin ayuda a las 24-48 horas de postoperado, y un 47,62% requería de ayuda para hacerlo.

Se puede determinar a través de un análisis estadístico con χ^2 y p-value, que las variables de dependencia y capacidad para orinar no se encuentran asociadas, a su vez, se encontró que en la categoría B1 (Alto riesgo y dependencia total) el mayor porcentaje observado (57.14%) requerían de ayuda para orinar, mientras que en el resto de las categorizaciones de mejor funcionalidad, el mayor porcentaje no precisó ayuda.

Tabla N° 9

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y PRESENCIA DE DEPOSICIONES.

CATEGORIZACION	PRESENCIA DE DEPOSICIONES					
	SI		NO		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%
B1	10	35,71	18	64,29	28	100
B2	5	41,67	7	58,33	12	100
C1	5	35,71	9	64,29	14	100
C2	10	33,33	20	66,67	30	100
TOTAL	30	35,71	54	64,29	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

p=0,9675

N=84

$\chi^2 = 0.26$

g.l.=3

La tabla muestra que, un 64,29% de los todos los A.M. no presentaron deposiciones, y un 35.71% si las presentó. A su vez, se observó que en todas las categorizaciones del nivel de dependencia, existió un predominio de usuarios que no presentó deposiciones.

A través de la prueba estadística con χ^2 y p-value, se encontró que la variable de nivel de dependencia del A.M. postoperado a las 24 – 48 horas no se relaciona con la presencia de deposiciones.

Tabla N° 10

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y LA CAPACIDAD PARA MOVILIZARSE.

CATEGORIZACION	CAPACIDAD PARA MOVILIZARSE					
	SIN AYUDA		CON AYUDA		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%
B1	13	100	0	0	4	100
B2	3	100	0	0	0	100
C1	11	100	0	0	0	100
C2	16	96,67	1	3,33	1	100
TOTAL	83	98,81	1	1,19	5	100

Fuente: Idem tabla N° 1
 N=84
 Fisher=1.82
 g.l.=3

p=0.6102

A través de la tabla es posible observar que un 98.81% del total de los A.M. postoperados se movilizaba sin ayuda a las 24-48 horas, y un 1.19% requería de ayuda para hacerlo. Además se observó que en todas las categorizaciones el mayor porcentaje no requería de ayuda para moverse.

El análisis estadístico con Test exacto de Fisher y p-value, demuestra que las variables de nivel de dependencia y la capacidad para moverse no están asociadas.

Tabla N° 11

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION NIVEL DEL DEPENDENCIA Y ESTADO DE CONCIENCIA.

CATEGORIZACION	ESTADO DE CONCIENCIA							
	ALERTA		SOPOR		INCONCIENCIA		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
B1	13	46,43	11	39,29	4	14,29	28	100
B2	3	25	9	75	0	0	12	100
C1	11	78,57	3	21,43	0	0	14	100
C2	16	53,33	13	43,33	1	3,33	30	100
TOTAL	43	51,19	36	42,86	5	5,95	84	100

Fuente: Idem tabla N° 1

p=0.0365

N=84

Fisher=13.45

g.l.=6

La tabla muestra que un 51,19% del total de los A.M. evaluados se encontró en estado de alerta, un 42,86% en estado de sopor y un 5.95% en estado de inconciencia.

Es necesario destacar que en aquellos usuarios con un riesgo mediano y dependencia total o parcial (C1 y C2), la mayor cantidad presentó un estado de alerta, con un 78,57% para C1 y un 53,33% para C2. Además en aquellos usuarios categorizados como B1 (riesgo alto y dependencia total), un 14,29% de ellos se encontraron inconscientes.

Mediante un estudio con Test exacto de Fisher y p-value, se determina que la variable de nivel de dependencia del A.M. postoperado a las 24 – 48 horas se relaciona con el estado de conciencia.

Tabla N° 12

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA.

CATEGORIZACION	PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA									
	HTA		DM		AMBAS		NINGUNA		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
B1	12	42,86	0	0	6	21,43	10	35,71	28	100
B2	5	41,67	2	16,67	1	8,33	4	33,33	12	100
C1	6	42,86	1	7,14	1	7,14	6	42,86	14	100
C2	15	50	3	10	5	16,67	7	23,33	30	100
TOTAL	38	45,24	6	7,14	13	15,48	27	32,14	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

p=0.6229

N=84

$\chi^2=7$

g.l.=9

A través de la presente tabla, se muestra que un 45,24% de los A.M. en estudio presentaban HTA, un 32,14% no padecían enfermedades crónicas y un 7,14% presentaron D.M.

En todas las categorizaciones del nivel de dependencia se observó que la mayoría de A.M. padecía de HTA.

Se encontró mediante una prueba con χ^2 y p-value que las variables de dependencia y enfermedades crónicas no se encuentran asociadas.

Tabla N° 13

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y TIPO DE CIRUGIA.

CATEGORIZACION	TIPO DE CIRUGIA													
	Colecistectomía		Hernioplastía		Apendicectomía		Amputación		Injerto		Otras		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
B1	7	25	3	10,71	3	10,71	1	3,57	2	7,14	12	42,86	28	100
B2	5	41,67	0	0	0	0	2	16,67	0	0	5	41,67	12	100
C1	8	57,14	0	0	1	7,14	0	0	1	7,14	4	28,57	14	100
C2	6	20	4	13,33	2	6,67	2	6,67	1	3,33	15	50	30	100
TOTAL	26	30,95	7	8,33	6	7,14	5	5,95	4	4,76	36	42,86	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

N=84

$\chi^2=11.94$

g.l.=3

p=0,0076

Es posible observar en la tabla que del total de los usuarios postoperados, un 42.86 % fue operado de cirugías de “otro tipo”, constituidas por procedimientos quirúrgicos que presentaban una baja frecuencia, seguidos por un 30.95% que comprendieron a Colecistectomía.

Mediante análisis estadísticos con X^2 y p-value, se determinó que las variables de nivel de dependencia y el tipo de cirugía no están asociadas.

Tabla N° 14

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y TIPO DE ANESTESIA.

CATEGORIZACION	TIPO DE ANESTESIA							
	GENERAL		RAQUIDEA		LOCAL		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
B1	19	67,86	8	28,57	1	3,57	28	100
B2	10	83,33	2	16,67	0	0	12	100
C1	12	85,71	2	14,29	0	0	14	100
C2	18	60	10	33,33	2	6,67	30	100
TOTAL	59	70,24	22	26,19	3	3,57	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

p=0,5707

N=84

$\chi^2=4.79$

g.l.=6

Se observa en la tabla que la gran mayoría de los A.M., con un 70,24% fueron sometidos a Anestesia General y un porcentaje mínimo (3,57%) fue sometido a Anestesia Local. En todas las categorizaciones existió un predominio de anestesia general.

A través de una prueba estadística con X^2 y p-value, se encontró que el nivel de dependencia no se relaciona con el tipo de anestesia utilizada durante la intervención quirúrgica.

Tabla N° 15

RELACION ENTRE LA CATEGORIZACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA Y DURACION DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

CATEGORIZACION	DURACION INTERVENCION QUIRURGICA									
	< 30 MIN.		30-59 MIN.		60-120 MIN.		> 120 MIN		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
B1	4	14,29	11	39,29	10	35,71	3	10,71	28	100
B2	2	16,67	4	33,33	5	41,67	1	8,33	12	100
C1	1	7,14	8	57,14	5	35,71	0	0	14	100
C2	10	33,33	10	33,33	10	33,33	0	0	30	100
TOTAL	17	20,24	33	39,29	30	35,71	4	4,76	84	100

Fuente: Ídem tabla N° 1

p=0,3133

N=84

Fisher=10.48

g.l.=9

La tabla muestra que del total de A.M. operados, el 39,29% de las cirugías, duró entre 30 y 59 minutos y un menor porcentaje, con un 4,76% fueron sometidos a cirugías de más de 120 minutos.

Se observó que los A.M. con dependencia total, ya sea con riesgo alto o mediano (B1 y C1), presentaron un mayor porcentaje en cirugías de 30-59 minutos de duración, con un 39.29% para B1 y un 57.14% para C1.

Un análisis estadístico con Test exacto de Fisher y p-value demuestra que el nivel de dependencia no se relaciona con la duración de la intervención quirúrgica.

3.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En lo referente a la Categorización del nivel de dependencia de los A.M. en estudio, éstos se agruparon principalmente en dos categorías. La primera correspondió a aquellos usuarios con mediano riesgo y nivel de dependencia parcial, es decir C2 y la segunda categoría es B1, refiriéndose a aquellos que poseen alto riesgo y dependencia total, ambas con porcentajes similares. La categoría de alto riesgo y dependencia parcial (B2), junto con la de mediano riesgo y dependencia total (C1), también poseen porcentajes similares, abarcando una parte pequeña de la población. No se presentaron usuarios dentro de las categorías de bajo riesgo y dependencia total, parcial o autosuficiencia parcial, es decir D1, D2 y D3. Esto se puede deber, a que el ambiente hospitalario por sí solo ya implica una amenaza para la salud y funcionalidad de los usuarios A.M.

Según la distribución por edad se observó que la población de A.M. en estudio era mayoritariamente del grupo entre 60 a 69 años de edad y la menor cantidad, que se operan menos, correspondió a los A.M. de 80 o más años, en todas las categorizaciones del nivel de dependencia. Esto se contradice con el estudio realizado por Pilar Gamarra *et al* realizado en pacientes internados en los servicios de medicina interna del Hospital Edgardo Reblagiati Martins, EsSalud de Lima, Perú, en 1999; donde se concluyó que el deterioro del nivel de dependencia se acentúa en los mayores de 85 años, considerando que estos permanecieron mas de 12 días hospitalizados y a la vez presentaron mayor riesgo de deterioro durante la hospitalización.

Con respecto al sexo, se apreció que el género femenino predominó por sobre el masculino. En este último se encontró que el mayor porcentaje fue categorizado como alto riesgo de dependencia, tanto en dependencia total y parcial (B1 y C1), en cambio las mujeres presentaron mayores porcentajes de mediano riesgo de dependencia, tanto en dependencia total y parcial (C1 y C2).

Los resultados de esta investigación no son coincidentes con los obtenidos en un estudio sobre la “evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada” realizado por Jean Castelo *et al*, en el que se observó que existe una distribución casi uniforme entre el sexo y el nivel de dependencia según el índice de Barthel; en el cual la mayoría de las mujeres se mostraron dependientes en algún grado, mientras que los varones fueron mayormente autónomos.

De acuerdo a la presencia de visitas por parte de los familiares en los A.M. a las 24 a 48 horas de postoperado, se observó que en todas las categorizaciones la mayoría tuvo visitas y según el análisis estadístico no resultó un factor de influencia significativo en el nivel de dependencia, lo que se asemeja a un estudio realizado por Jean Castelo *et al* en el 2002 realizado en Cusco, donde la evaluación funcional se realizó según el índice de Barthel y se mostró que la mayoría de los pacientes respecto al valor del APGAR familiar vivían en un entorno muy funcional.

En cuanto a la capacidad para alimentarse, más de la mitad de los usuarios categorizados como Alto riesgo de dependencia, tanto dependientes totales como parciales (B1 y B2) requirieron de ayuda para alimentarse, necesidad que va declinando a medida que disminuye el riesgo, independiente del nivel de dependencia que tengan. Esto se contrapone en cierta medida, con un estudio realizado en la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España, por Luna Morón, quien planteó que al egreso de la estancia hospitalaria sólo un 7% de los A.M. requerían de algún tipo de ayuda para alimentarse. En el presente estudio, el nivel funcional del A.M. se relacionó con la capacidad de alimentarse.

Según el nivel de dolor que presentaron los A.M. a las 24 a 48 horas de postoperado evaluado mediante el EVA, se observó que en todas las categorizaciones del nivel de dependencia la mayoría de éstos presentó dolor leve y según el análisis estadístico el nivel de dependencia no se relaciona con el dolor, lo que se contradice con el estudio realizado por Abel Barragán-Berlanga *et al*, en el 2001, en México; donde se concluyó que el dolor influye en la funcionalidad, encontrándose que la proporción de sujetos con dolor es mayor entre aquellos que son dependientes tanto en ABVD como en AIVD, con un nivel de significación de 0.001 para ambas.

En cuanto al Riesgo de Caídas, se observó que en todas las categorizaciones el mayor porcentaje correspondió a un alto riesgo de caídas. Esto se puede deber a los diversos factores que trae consigo una intervención quirúrgica y que van en desmedro de la autonomía de la persona. Por otra parte los resultados de un estudio sobre “Valoración del estado funcional en ancianos hospitalizados: la escala Plutchik (EP)”, realizado por Fernando Perlado *et al* del Servicio de Geriátría del Hospital San Jorge, Zaragoza, donde el ítem de caer de la cama o sillón, mostró que casi la totalidad de los casos presentó una moderada y alta dependencia, indicando que las caídas predicen una alta dependencia, coincidiendo con nuestros resultados.

De acuerdo a la capacidad para orinar, en los A.M. a las 24 a 48 horas de postoperado, categorizados con un mejor nivel de funcionalidad tanto de riesgo como nivel de dependencia, se observó que la mayoría no precisaba de ayuda para orinar. Según lo mencionado en el marco teórico la mayoría de los A.M. presentaron regulación de la micción, ya que fueron capaces de indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada y acudir a un lugar adecuado para orinar, aunque en los A.M. con alto riesgo y dependencia total (B1) se observó que mayoritariamente precisaban de ayuda, sin embargo se obtuvo que el nivel de dependencia no se ve influenciado por la capacidad para orinar.

En Cuanto a la presencia de deposiciones, se destaca que en todas las categorizaciones más de la mitad de A.M. no presentaron deposiciones, posiblemente por la disminución del peristaltismo durante al menos 24 horas después de una cirugía del aparato abdominal o pélvica. Sin embargo la dependencia funcional del A.M. no se ve afectada por la presencia o ausencia de deposiciones.

En relación a la movilidad del A.M. se observó que dentro de todas las categorizaciones evaluadas, los usuarios no requirieron de ayuda para movilizarse, por lo que esta variable actuó de manera independiente con la funcionalidad. Al realizar la comparación con una investigación realizada en la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España, por Luna Morón, se determinó que coincide con el presente estudio, ya que se observó que al egreso hospitalario, sólo un pequeño porcentaje presentó dificultad para movilizarse.

Con respecto al estado de conciencia, se observó que más de la mitad de los A.M. se clasificó en estado de alerta, y de éstos la mayoría fue categorizado como mediano riesgo con dependencia total y/o parcial (C1 y C2). A su vez un alto porcentaje de usuarios categorizados como de alto riesgo y dependientes totales (B1) se encontraba en estado de sopor. Por esto, es de gran importancia, según lo mencionado en el marco teórico, que el nivel de conciencia sea valorado en el usuario postoperado, principalmente en el A.M. ya que, se pueden observar variaciones en el nivel de conciencia desde el estado de alerta al de obnubilación. Esta variable tuvo asociación con el nivel de dependencia de los usuarios A.M.

De acuerdo a la presencia de ECNT en los A.M. postoperados, se observó que la mayoría de éstos presentaban HTA en todas las categorizaciones del nivel de dependencia, esto se asemeja con el estudio realizado por Berrante - Monge *et*

al en el año 2004 en México, donde se demostró cuales enfermedades crónicas estaban asociadas a la dependencia, resultando una de las más frecuentes la HTA sistémica. Este estudio presentó asociación entre el nivel de dependencia y la presencia de HTA y D.M.

En relación al tipo de cirugía efectuada en los A.M. no se encontró asociada con el nivel de dependencia y se observó que la mayoría correspondieron al “rango otros”, que consideraban cirugías de baja frecuencia y en segundo lugar, la Colectomía y en un bajo porcentaje fueron la Hernioplastía (8,33%), Apendicectomía (7,14%), Amputación (5,95%) e Injerto (4,76%). No se encontró referencia empírica que relacionara esta variable con el nivel de dependencia.

En lo que respecta al tipo de anestesia utilizada, en todas las categorizaciones, fue posible observar un predominio de usuarios sometidos a anestesia general (70,24%), observándose que el tipo de anestesia no influye en el nivel de dependencia, no se encontró referencia empírica que relacionara el nivel de dependencia con el tipo de anestesia.

En cuanto a la duración de la intervención quirúrgica en los A.M. estudiados, se observó que la mayoría de éstos fueron sometidos a cirugías con una duración entre el rango de 30 a 59 minutos (30,29%), de igual manera que en los que presentaban una dependencia total, ya fuese con riesgo alto o moderado, por lo que se detectó que el nivel de dependencia no se ve influenciado por la duración de la intervención quirúrgica. Esto se asemeja con lo revelado en el marco teórico donde se hace referencia que los A.M. toleran de mejor forma cirugías de corta duración.

IV. CONCLUSIONES.

A través del estudio “Factores que influyen en la dependencia del usuario A.M. entre las 24 y 48 horas de postoperado en el Servicio de Cirugía del HCHM, Chillán” se pudo concluir lo siguiente:

- La mayor cantidad de usuarios A.M. operados entre las 24-48 horas fueron categorizados como **C2** (moderado riesgo y dependencia parcial) con un 35,7%, mientras que 28 A.M. (33.3%) fueron categorizados como **B1** (alto riesgo y dependencia total), 14 A.M. con un 16.7% como **C1** (mediano riesgo y dependencia total) y solo 12 A.M. como **B2** (alto riesgo y dependencia parcial) con un 14,3%.
- Para la categoría B2 (alto riesgo y dependencia parcial) predominó el **sexo** masculino (75%), determinándose a través del análisis estadístico que las variables se relacionan.
- Se observó que la mayoría de los A.M. postoperados entre las 24-48 horas se alimentó sin ayuda (65.48%) y solo un 34.52% lo realizó con ayuda. Hubo asociación entre estas variables, y se encontró que al aumentar el riesgo en aquellos usuarios con dependencia total, se incrementó la necesidad de **ayuda para alimentarse**.
- Del total del universo en estudio, el mayor porcentaje de usuarios presentó un riesgo alto de caídas (55.95%), y solo un 7.14% presentó un bajo riesgo de caídas. Mediante el análisis estadístico se encontró que las variables si están asociadas; observándose que en todas las categorías la mayoría de los A.M. presentó un porcentaje significativamente superior en alto riesgo de caídas.
- Un 51.19% del total de A.M. postoperados a las 24-48 horas fueron evaluados en estado de alerta y solo un 5.95% en estado de inconciencia, la mayoría de los A.M. en alerta presentaron un riesgo mediano y dependencia total o parcial (C1 y C2), en cambio los inconscientes

obtuvieron un alto riesgo de dependencia total (B1). Se demostró que el nivel de dependencia se encuentra asociado al estado de conciencia.

- Con respecto a las variables que no resultaron significativas para el nivel de dependencia de los A.M., se observó que la **edad** fluctuaba entre 60-69 años (63.1%). En todas las categorizaciones predominaron las **visitas de familiares** (80.95%) en relación con aquellos usuarios no visitados (19.05%). Respecto al **dolor**, en todas las categorizaciones, se presentó una tendencia al dolor leve. Un alto porcentaje de los A.M. **orinaban** por sí solos (52.38%) y un 47.62% orinaba con ayuda. Más de la mitad no presentó **deposiciones** (64.29%). Un alto porcentaje se **movilizó** sin ayuda (98.81%) y solo un 1.19% requería de ayuda. La mayoría de los A.M. presentaron HTA (45.24%), patología crónica que estaba presente en todas las categorizaciones del nivel de dependencia. Un 42.86% fue intervenido por **cirugías** catalogadas como “otro tipo”, seguidos por un 30.95% de Colectectomía. Un 70.24% fue sometido a **anestesia** general y en cuanto a la **duración de la intervención**, el 39.29% fue intervenido durante 30-59 minutos, y se observó un pequeño porcentaje en las cirugías de más de 120 minutos (4.76%).
- Se concluye además, que la Pauta de Categorización se relaciona con la teoría de Virginia Henderson, puesto que, varias de las necesidades básicas determinadas por esta son consideradas en los cuidados universales valoradas por dicha pauta, a su vez, la teoría hace referencia a las diferentes relaciones que se pueden dar entre la enfermera y el usuario, con el fin de satisfacer las 14 necesidades planteadas por esta teorista.
- Finalmente se concluye que las variables significativas, tales como sexo y riesgo de caídas deberían incluirse en la Pauta de Categorización, puesto que influyen en la dependencia de los usuarios A.M. y no se encuentran consideradas.

V. SUGERENCIAS.

- Adjuntar la Pauta de Categorización en la Hoja de Enfermería.
- Realización de cursos de refuerzo a los Profesionales de Enfermería del H.C.H.M., para unificar criterios en cuanto a la Categorización de usuarios y fomentar un buen registro en las Hojas de Enfermería.
- Que se cumpla el objetivo de la Pauta de Categorización: Dar una atención adecuada a los usuarios según su nivel de dependencia, optimizando a su vez el trabajo del equipo de enfermería.
- Realización de futuras investigaciones asociando el nivel de dependencia y patologías quirúrgicas específicas en el A.M. considerando aumentar el tiempo de hospitalización y ampliar el rango de estudio considerando un periodo postoperatorio mas extenso.
- Ampliar el estudio sobre la dependencia funcional del A.M. en otros servicios hospitalarios.
- Creación de una escala de dependencia exclusiva para el A.M. hospitalizado, considerando las variables significativas encontradas en esta investigación.

VI. LIMITACIONES.

- Escasa información disponible sobre investigaciones relacionadas con el nivel de dependencia postoperatorio, para poder sustentar las variables.
- Registro incompleto de las variables en estudio en la Hoja de Enfermería, reduciendo la población a estudiar.
- Inexistencia de un manual de categorización en el H.C.H.M., que permitan estandarizar los conceptos necesarios para aplicar la Pauta de Categorización.
- Dificultad para acceder a los registros de los tipos de cirugías, la duración de éstas y el tipo de anestesia utilizada, en el Servicio de pabellón Quirúrgico, del H.C.H.M.
- Existencia de una gran cantidad de escalas para medir la dependencia del A.M., lo cual dificulta la comparación de estudios.
- Tiempo reducido de asesoría estadística, provocando retraso en el avance de la investigación.
- Inexistencia de fechas en algunas paginas de creación de artículos en Internet.

VII. BIBLIOGRAFÍA.

1. ENFOQUE ESTADÍSTICO ADULTO MAYOR EN CHILE 2007. [en línea]. <http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ineadulto_mayor.pdf> [Fecha de consulta: 25 de Septiembre 2007].
2. World Health Organization. The world is fast ageing - have we noticed? [en línea] 2008 <<http://www.who.int/ageing/en/index.html>> [Fecha de consulta: 12 de Marzo de 2008]
3. TERCERA EDAD EN CHILE 2005. [en línea]. Fundación Las Rosas. <<http://www.globalaging.org/elderrights/world/2005/edad.htm>> [Fecha de consulta: 25 de Septiembre 2007].
4. CONCEPTOS BÁSICOS: Concepto de Salud [en línea]. <<http://mural.uv.es/safu/preventiva/Tema1.htm>> [Fecha de consulta: 27 septiembre 2007].
5. ZEA, M.Y TORRES, B. 2007. Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidador. Revista Investigación y Educación en Enfermería. [en línea]. Medellín, Vol. 25, N°1, p. 40-49. <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2333870>> [Fecha de consulta: 10 Abril 2008].
6. LUENGO, Carmen y cols. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. Tratado de geriatría para residentes [en línea] Cap. 13 p.143-150 <www.segg.es/segg/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2013_II.pdf> [Fecha de consulta: 10 Abril 2008].

7. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia [en línea]. España, 2006. <carm.es/newweb2/servlet/integra.servlets.controlPublico?IDCONTENIDO=1&IDTIP O=180> [Fecha de consulta: 26 septiembre 2007].
8. REAL DECRETO 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia [en línea]. España, 2007. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3437.pdf>> [Fecha de consulta: 26 septiembre 2007].
9. ALEXANDER, Judith et al. 1999. Definición de Enfermería. EN: MARRINER, ANN; RAILE, MARTHA. (Editores). Modelos y teorías en Enfermería. 4^a ed. Harcourt Brace: España. pp 99-111.
10. LONG, Barbara. 1992. Cuidados Postoperatorios. EN: La enfermería médico-quirúrgica. 2^aed. Editorial McGraw- Hill: España. pp:392-417.
11. UNIVERSIDAD DE ALICANTE. Necesidad de actividad y de ejercicio [en línea] <http://cv1.cpd.ua.es/EstudiosXXI/0TCEN0/SFHU2PPESII1EEE2/UU8/CT865/index.html> [Fecha de consulta: 14 de Diciembre de 2007].
12. GRABER, PATRICIA. 2004. Educación sanitaria al paciente y su familia. EN: LEWIS, M., S., HEITKEMBER., M., M., DIRKSEN., R., S (Eds.). Enfermería Médicoquirúrgica. 6^o ed. Editorial Mosby: España. pp 44-58.
13. ALBRECHT, R. Repercusión clínica del Proceso de Envejecimiento: Los cuidados hospitalarios en el Adulto Mayor. [en línea]. México.

<<http://www.prodigyweb.net.mx/rolfi/page7.html>> [Fecha de consulta: 10 Abril 2008].

14. BERRIOS, Ximena; 1994, La prevención de las Enfermedades Crónicas no transmisibles del adulto. Conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria (en línea). Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. N°23. pp53-60. http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_13.html

15. SECLÉN, Segundo. 2003. Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor. (en línea). Diagnóstico. Vol: 42. N° 4. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/julago03/165-169.html>.

16. FASCE, Eduardo et al. Isradipino en la Hipertensión Arterial del senescente asociada a enfermedad cerebrovascular oclusiva [en línea]. <<http://www2.udec.cl/~ofem/remedica/VOL1/isradipi/isradipi.htm>> [Fecha de consulta: 10 de abril de 2008].

17. WHIZAR-LUGO, V Y SANTOS-MORENO, F. 2004. Anestesia General vs. Anestesia Regional en el Anciano. [en línea]. México. Vol.16, No.1, (Enero-Marzo).<http://www.anestesiaenmexico.org/RAM1/Art/Especiales/Controversias/RAM.11.GENERAL%20VS%20REGIONAL%20EN%20EL%20ANCIANO.pdf> [Fecha de consulta: 10 de Mayo de 2008].

18. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y TERAPEUTICA DEL DOLOR [en línea] <<http://demo1.sedar.es/index.php?option=content&task=view&id=108> > [Fecha de consulta: 27 Mayo de 2008].

19. MAESTRE, Mercedes. El dolor en el adulto mayor. [en línea]. Revista Colombiana Médica. Vol. 32. N° 4, 2001, Pág. 184-188.
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO4/dolor.htm>. [Fecha de consulta 5 de Mayo de 2008].
20. Juve, M. et al. 1999. Riesgo de caídas en adultos hospitalizados. Revista Enfermería Clínica 9(6):257-263.
21. URRUELA, Mercedes et al, 2002, Caídas en un hospital de agudos: características del paciente [en línea]. España. Vol12. N° 1 <http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2002_1/g-12-1-002.pdf>. [Fecha de consulta 12 abril 2008]
22. ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE HUNTINTONG, protocolo H.C.H.M.2008, Chillán.
23. Enfermería medico-quirúrgica. BRUNNER, Lillian; Suddarth, Doris (editores). 7ªed. Editorial Interamericana: México, 1994. 1023p.
24. GARCÍA, M Y CASTILLO, L. 2000. Categorización de usuarios una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. Revista medica de Chile. . [en línea]. Santiago.Vol. 128 – N°2. <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000000200007&script=sci_arttext> [Fecha de consulta: 24 septiembre 2007].
25. PÉREZ, Laura et al, 2005. Nivel de dependencia de los pacientes ingresados. Metas de Enfermería, Vol. 9 – N° 8 <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2100763>> [Fecha de consulta: 14 de Octubre de 2007].

26. GAMARRA SAMANIEGO, 2001, Consecuencias de la hospitalización en el anciano [en línea]. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna-Vol.14.Nº2.

<<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v14n2/consecuencias.htm>> [Fecha de consulta: 25 Septiembre 2007].

27. CASTELO, J; OLIVARA, R; VIVANCO, A, 2002. Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada. Revista Situa. [en línea] Vol. 11- N° 21 <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003_n21/Eval_funcio.htm [Fecha de consulta 15 mayo de 2008]

28. FERRUS, L; PINTADO, D. Intensidad de cuidados de enfermería. Diferencias según la edad, el sexo y la especialidad médico-quirúrgica. EN: Enfermería Clínica. V9: N° 1 (1999: Enero - Febrero). Pág. 1-6.

29. MORÓN, LUNA Y COLS, 2006. Evolución del nivel de dependencia de pacientes quemados durante su estancia hospitalaria. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Unidad de Cirugía Plástica y Quemados, Málaga. <www.orzancongres.com/seeqcp/comunicaciones/42.doc> [Fecha de consulta: 20 de Septiembre 2007].

30. PERLADO, F. et al, 1996. Valoración del estado funcional en ancianos hospitalizados: la escala Plutchik. Revista Medicina Clinica. [en line] Vol. 107- N° 2 < <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/educina/artikulu/vol107/m1070202.pdf>> [fecha de consulta: 24 abril 2008]

31. Abel Barragán-Berlanga et al. Dolor en adultos de 50 años: prevalencia y factores asociados. Salud pública de México [en línea]. Vol. 49, N°. 4, 2007, pags.

488-494. < <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2483449>> [Fecha de consulta: 10 de Junio de 2008].

32. LOPÉZ, V. et al, 2006. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa calidad. Revista Esp. Anesthesiol. Reanim. [en línea] Vol. 53- Nº 7 <http://www.sedar.es/restringido/2006/n7_2006/3.pdf > [fecha de consulta: 5 junio 2008]

33. BERRANTE – MONGE, MELBA y col. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud pública de México [en línea]. Vol. 49, Nº. 4,2007, p.p. 459-466 <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2483418>> [fecha consulta: 15 de abril de 2008].

34. MENÉNDEZ, Jesús et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. EN: Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 17: Nº 5/6 (2005: mayo/jun). p 353- 351.

35. RUESCA, C; TRENZADO, N; GONZÁLES, A, 2004. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización. Revista medica [en línea] Vol. 5 <
<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol5%202004/tema04.htm>> [Fecha de consulta: 2 mayo del 2008]

VIII. ANEXOS.

ANEXO 1: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES				
N°	VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	REGISTRO
1	Edad	Periodo en años transcurridos desde el nacimiento hasta el día actual.	Rangos de edad: 1. 60-69 años. 2. 70-79 años. 3. 80 y más años.	Edad. Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.
2	Sexo	Definición física y constitutiva del hombre y la mujer, determinado cromosómicamente	1. Masculino. 2. Femenino.	Sexo. Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.
3	Visita de familia y/o amigos	Acción de realizar una visita al usuario en el lugar de hospitalización por parte de los familiares y amigos cercanos entre las 24 y 48 horas de postoperado.	1. SI. 2. NO.	Recibe visitas familiares durante la hospitalización. Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.

4	Capacidad para alimentarse	Capacidad del usuario para alimentarse a través de sus medios entre las 24 y 48 horas de postoperado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda (se alimenta solo). 2. Con ayuda (Por familiares, personal, parenteral o enteral). 	<p>Capacidad para alimentarse por si mismo.</p> <p>Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.</p>
5	EVA	Dolor sentido por el paciente, y expresado por él mismo entre las 24 y 48 horas de postoperado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausente (0 pto). 2. Leve (1-4 pts). 3. Moderado (5-6 pts). 4. Intenso (7-10pts). 	<p>A través de la valoración del puntaje obtenido con la escala de EVA.</p> <p>0: Muy Feliz, sin dolor.</p> <p>1-2: Duele sólo un poco.</p> <p>3-4: Duele un poco más</p> <p>5-6: Duele aún más</p> <p>7-8: Duele bastante.</p> <p>9-10: Duele tanto como puedas imaginar.</p> <p>Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.</p>

6	Riesgo de caídas	<p>Probabilidad que tiene el usuario de padecer una caída dentro del recinto hospitalario producto de la fragilidad orgánica durante el proceso patológico. Será evaluado entre las 24 y 48 horas de postoperado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo riesgo. 2. Riesgo moderado. 3. Alto Riesgo 	<p>Riesgo de caídas.</p> <p>Se obtendrá la información de la Hoja de Enfermería, mediante el puntaje de la Escala de Huntintong.</p> <p>Estado de conciencia:</p> <p>Alerta.</p> <p>Desorientado- Coma.</p> <p>Confuso- Agitado.</p> <p>Movilidad o deambulación:</p> <p>Normal.</p> <p>Con ayuda, con bastón, burrito, otro.</p> <p>Insegura con o sin ayuda.</p> <p>Déficit sensorial:</p> <p>Ninguno.</p> <p>Disminución de la capacidad visual y auditiva.</p> <p>Marcada alteración visual y auditiva.</p>
---	------------------	---	--	---

				<p>Eliminación: Normal. Incontinencia ocasional. Aumento de frecuencia de eliminación.</p> <p>Otros: Mayor de 7 años. Postoperatorio inmediato edad 3 a 7 años. Edad menor de 3 años y mayor de 70 años. Caídas anteriores.</p>
7	Capacidad para orinar	Capacidad del usuario para eliminar sus desechos vesicales por si mismo, entre las 24 y 48 horas de postoperado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda (en baño) 2. Con ayuda (sonda, chata o pato) 	<p>Capacidad de eliminación de desechos vesicales. Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.</p>
8	Presencia de deposiciones	Presencia de deposiciones en el usuario, entre las 24 y 48 horas de postoperado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No. 	<p>Presencia de deposiciones. Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.</p>

9	Movilización.	Capacidad del usuario para deambular entre las 24 y 48 horas de postoperado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ayuda 2. Con ayuda 	<p>Capacidad del usuario para deambular.</p> <p>Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.</p>
10	Estado de conciencia	<p>Nivel de respuesta de la mente a los estímulos que varía desde una respuesta vaga, a la atención plena.</p> <p>Será evaluado entre las 24 y 48 horas de postoperado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alerta (13-15 puntos). 2. Sopor u obnubilación (9-12 puntos). 3. Inconciente (3-8 puntos). 	<p>Estado de conciencia que tiene el usuario a las 24-48 hrs de postoperado, a través de la escala de Glasgow:</p> <p>Respuesta ocular</p> <p>Abre los ojos espontáneamente</p> <p>Abre los ojos cuando se le habla.</p> <p>Abre los ojos a estímulos dolorosos.</p> <p>No abre los ojos ni siquiera a estímulos dolorosos.</p> <p>Respuesta motora</p> <p>Obedece a una orden sencilla.</p>

				<p>Localiza estímulos dolorosos e intenta retirarse del origen.</p> <p>Se mueve intencionadamente como respuesta al dolor.</p> <p>Flexiona los codos y muñecas y extiende la parte inferior de la pierna como respuesta al dolor.</p> <p>Extiende las extremidades inferiores y superiores con el dolor.</p> <p>No presenta respuesta motora frente al dolor.</p> <p>Respuesta verbal</p> <p>Esta orientado al tiempo y espacio.</p> <p>Habla aunque en forma confusa.</p> <p>Habla palabras o frases que tienen poco o ningún sentido.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Responde con sonidos incomprensibles.</p> <p>No hay respuesta verbal.</p> <p>Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.</p>
11	Patologías agregadas	Enfermedad preexistente que sufría el usuario antes de su hospitalización.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión Arterial. 2. Diabetes Mellitus tipo I ó II. 3. Ambas. 4. Ninguna. 	<p>Presencia de alguna enfermedad crónica.</p> <p>Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería.</p>
12	Tipo de cirugía	Cirugía a la que fue sometida el usuario en pabellón.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amputación. 2. Colecistectomía. 3. Hernioplastía. 4. Apendicectomía. 5. Injerto. 6. Otras 	<p>Tipo de Cirugía a la que se sometió el usuario.</p> <p>Dato obtenido a través de la Hoja de Enfermería y registros de pabellón.</p>

13	<p>Tipo de Anestesia utilizada en la Intervención quirúrgica</p>	<p>Tipo de anestesia operatoria que se aplica al usuario para realizar la cirugía, evitándole el dolor al usuario.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anestesia General 2. Anestesia Raquídea. 3. Anestesia local. 	<p>Tipo de Anestesia utilizada para realizar la cirugía. Dato obtenido a través de registros de pabellón.</p>
14	<p>Duración de la intervención quirúrgica</p>	<p>Tiempo en minutos, que se demora el cirujano en realizar la intervención quirúrgica al usuario.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 30 min. 2. Entre 30 y 59 min. 3. Entre 60 y 120 min. 4. Más de 120 min. 	<p>Tiempo de duración de la cirugía realizada. Dato obtenido a través de registros de pabellón.</p>

ANEXO 2
CARTA DE AUTORIZACIÓN.

CHILLAN.....2008

SEÑOR:

RODRIGO AVENDAÑO BRANDEIS

DIRECTOR

HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN

CHILLAN

PRESENTE

De mi consideración:

Me permito dirigirme a usted, para informarle que los alumnos de la carrera de enfermería, mención Licenciatura, de la Universidad del Bio-Bio deben efectuar una tesis para optar al grado de licenciados en Enfermería. Uno de los proyectos aprobados es "Factores que influyen en la dependencia del adulto mayor postoperado del servicio de cirugía H.C.H.M. 2008, Chillán" Por lo antes expuesto solicito a usted autorizar a los alumnos para aplicar el Instrumento recolector de datos (Hoja patrón adjunta) a los usuarios adultos mayores hospitalizados en el respectivo servicio del H.C.H.M. Dicha aplicación se realizará entre los meses de marzo a mayo del año 2008.

Nombre y RUT de estudiantes:

Gabriel Castro Flores 16.220.810-1

Evelyn Navarrete Navarrete 15.878.263-4

Tamara Pulgar Vargas 16.394.219-4

Laura Sierra Salazar 15.868.891-3

Propósito de la investigación:

Determinar que factores influyen en la categorización de la dependencia del usuario adulto mayor entre las 24 y 48 horas de postoperado en el servicio cirugía del H.C.H.M.

Profesor guía: Carmen Gloria Escalona Molina.

Información que se solicita:

Antecedentes sobre factores sociodemográficos, satisfacción de necesidades humanas básicas y relacionadas con la salud, asociados al nivel de dependencia del usuario adulto mayor entre las 24-48 horas de postoperado en el servicio de cirugía.

ELENA ESPINOZA LAVOZ
DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERIA

c.c: Archivo

- E.U. Carmen Gloria Molina

- Docente guía de tesis.

- E.U. Elena Espinoza Lavoz

- Directora de Escuela de enfermería.

ANEXO 3

PAUTA DE CATEGORIZACIÓN CUIDADOS TERAPÉUTICOS

Dependencia.

Control de Signos Vitales PA, tº, FC, FR, Peso, talla, Diuresis, HGT, Glasgow.	3	10 o más intervenciones al día o paciente monitorizado.
	2	4 a 8 veces al día
	1	2 a 3 intervenciones al día.
	0	1 vez al día o no se hace.
Intervenciones Profesionales. Procedimientos invasivos como punciones, toma de muestras, IQ, aspiraciones traqueales, instalación, VV, sondas o tubos.	3	1 o más procedimientos realizados por medico.
	2	1 o más procedimientos realizados por enfermera o matrona.
	1	2 o más procedimientos realizados por otro profesional.
	0	No se realizaron procedimientos.
Cuidados de la piel y curaciones, independiente de la técnica realizada.	3	Curación 3 o mas veces al día.
	2	Curación 1 o mas veces al día.
	1	Uso de colchón antiescara.
	0	Prevención de úlceras, lubricación y protección. No requiere.
Tratamiento Farmacológico. Vía EV, IM, Oral, Intratecal, Rectal, vaginal, etc.	3	EV por fleboclisis, directo o intratecal.
	3	5 o más fármacos administrados por otra vía no EV.
	2	1 o más fármacos no EV.
	2	2 o más fármacos por vía no inyectable.
	1	1 fármaco oral o por otra vía.
0	Sin tratamiento farmacológico.	
Elementos invasivos. Drenajes, catéteres, sondas, vías vasculares.	3	2 o más drenajes, sondas, catéteres o VV.
	3	2 o más vías centrales o arteriales.
	2	Con 1 sonda, vía o catéter.
	1	Con una mariposa o teflón.
0	No requiere.	
Oxigenoterapia.	3	Oxígeno por tubo o cánula endotraqueal.
	2	Oxígeno por máscara, bigotera o halo.
	0	No requiere.
Balance Hídrico.	3	6 o mas veces en 24 horas.
	2	2 a 5 veces en 24 horas.
	1	1 vez en 24 horas.
	0	No requiere.

Aislamiento.	3 3 2 0	Contacto respiratorio gotitas. Incubadora o cuna radiate. Radioactivo. No requiere.
Puntajes	A B C D	18 a 24 Riesgo máximo. 12 a 17 Riesgo Alto. 6 a 11 Riesgo mediano. 5 o menos Riesgo bajo.
Prácticas de confort.	3 2 1 0	Recibe ayuda de tres o más veces al día. Recibe ayuda dos veces al día. Participa en sus cuidados con ayuda o supervisión. Usuario realiza solo su cuidado.
Alimentación, Oral, Enteral, Parenteral.	3 2 2 1 0	Recibe alimentación y/o hidratación en forma parcial o total vía parenteral. Recibe alimentación permanente o discontinua por vía enteral. Recibe alimentación por vía oral administrada. Se autoalimenta por vía enteral o parenteral con ayuda o supervisión. Se alimenta sin ayuda.
Eliminación, Orina, deposiciones, vómitos, secreciones.	3 2 1 0	Egresos se eliminan por sonda, prótesis, colectores o pañal. Elimina egresos por vía natural instalándose chata y/o pato (familia y/o funcionario). Elimina egresos con ayuda o supervisión por vía natural- otra. Elimina egresos sin ayuda.
Puntajes	1 2 3	7 a 9 Dependencia total. 3 a 6 Dependencia Parcial. Hasta 2 Autosuficiencia parcial.

ANEXO 4

HOJA PATRÓN DE LA INVESTIGACION SOBRE: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR POSTOPERADO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HCHM, 2008 CHILLÁN”.

CATEGORIZACIÓN: _____

1. Edad:

1. 60-69 años.
2. 70-79 años.
3. 80 y más.

2. Sexo:

1. Masculino
2. Femenino

3. Recibe visitas familiares entre las 24 a 48 hrs. de post operado.

1. SI
2. NO

4. Capacidad para alimentarse entre las 24 a 48 hrs. de post operado.

1. Sin ayuda (se alimenta solo)
2. Con ayuda (Por familiares, personal , parenteral o enteral)

5. EVA entre las 24 a 48 hrs. de post operado.

1. Ausente (0 pto)
2. Leve (1-4 ptos)
3. Moderado (5-6 ptos)
4. Intenso (7-10 pts)

6. Riesgo de caídas entre las 24 a 48 hrs. de post operado.

1. Bajo riesgo.
2. Riesgo Moderado.
3. Alto riesgo.

7. Capacidad para orinar entre las 24 a 48 hrs. de post operado.

1. Sin ayuda. (en baño)
2. Con ayuda.(sonda y chata o pato)

8. Presencia de deposiciones entre las 24 a 48 hrs. de post operado.

1. Si
2. No

9. Movilización entre las 24 a 48 hrs. de post operado.

1. Sin ayuda.
2. Con ayuda

10. Estado de conciencia entre las 24 a 48 hrs. de post operado.

1. Alerta (13-15 puntos).
2. Sopor u obnubilación (9-12 puntos).
3. Inconciente (3-8 puntos).

11. Presencia de alguna de las siguientes enfermedades crónicas.

1. Hipertensión.
2. Diabetes tipo I o II.
3. Ambas.
4. Ninguna

12. Tipo de cirugía.

1. Amputación.
2. Colectomía.
3. Hernioplastía.
4. Apendicectomía.
5. Injerto.
6. Otras

13. Tipo de Anestesia utilizada en intervención quirúrgica.

1. Anestesia General.
2. Anestesia Raquídea.
3. Anestesia Local.

14. Duración de la intervención quirúrgica.

1. < de 30 min.
2. Entre 30 y 59 min.
3. Entre 60 y 120 min.
4. > de 120 min

