



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO**

**LAS MODIFICACIONES DE LAS
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
EN USUARIOS COLECISTECTOMIZADOS
POR LAPARASCOPIA**

Autoras:

Andrea Blanco
María Noel Dutra
Erika Loyarte
María Inés Méndez
Camila Rodríguez

Tutor:

Prof. Adj. Llic. Enf. Esp. Diana Rundie

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017

HOJA DE APROBACIÓN

Autores:

Br. Blanco, Andrea

Br. Dutra, María Noel

Br. Loyarte, Erika

Br. Méndez, María Inés

Br. Rodríguez, Camila

Título:

Las modificaciones de las Actividades Básicas de la Vida Diaria en el preoperatorio y posoperatorio inmediato en usuarios colecistectomizados. Sanatorio privado. Montevideo- Uruguay, Diciembre de 2016 a Enero de 2017.

Trabajo Final de Investigación para la obtención del título de grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay.

Fecha de aprobación:**Tribunal:****Firma de tutor:**

Profesor Adjunto Lic. Enf. Espec. Diana Rundie

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a Facultad de Enfermería, Universidad de la República UDELAR por brindarnos la formación académica que nos va a permitir desarrollarnos como profesionales de la salud.

El presente Trabajo de Investigación fue realizado bajo la supervisión de la Tutora Lic. Diana Rundie, aquí nos gustaría expresar nuestro agradecimiento, por hacer posible la realización de este estudio.

Además de agradecer su tiempo, dedicación y orientación para que todo saliera de manera exitosa.

No podemos dejar de mencionar a la Dirección del sanatorio privado quien nos permitió realizar parte de la investigación.

Dedico en especial a nuestros padres fueron el principal cimiento para la construcción de nuestra vida profesional, que sentó en nosotras las bases de la responsabilidad y deseos de superación.

LISTADO DE SIGLAS

ABVD Actividades básicas de la vida diaria

CAL Colecistitis agua litíásica

CL Colectectomía Laparoscópica

IB Índice de Barthel

LB Litiasis biliar

Resumen

La litiasis biliar es una causa importante de morbilidad en el mundo entero.

El sexo es el factor de riesgo que aumenta la incidencia en cuanto al desarrollo de cálculos biliares y se hace más frecuente con el aumento de la edad.

La cirugía laparoscópica de la patología litiásica ha significado un cambio sin precedentes en la cirugía general, implicando una mínima agresión, corta internación, poco dolor y rápida reinserción laboral.

El objetivo del estudio es conocer como se ven afectadas las Actividades Básicas de la Vida Diaria en el posoperatorio inmediato en usuarios colecistectomizados en un sanatorio privado de Montevideo, identificando los cambios en las actividades básicas de la vida diaria, durante el pre y postoperatorio inmediato , y relacionándolo con las variables sociodemográficas.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal. Se midió las AVBD en tres momentos: en el preoperatorio inmediato, segundo dentro de las primeras 6 horas del posoperatorio y el tercero entre las 6 a 12 horas del posoperatorio. La muestra estuvo conformada por 30 usuarios de ambos sexos mayores de 18 años, intervenidos de colecistectomía laparoscópica, que ingresaron al servicio de entre el 1º de diciembre de 2016 y el 22 de enero de 2017. Se comparó mediante el test de Wilcoxon las diferencias encontradas en las AVBD entre los tres momentos del corte, siendo significativa para la muestra con un nivel de confianza de 0,01.

Resultados y Conclusiones:

Se estudió un total de 30 pacientes de ambos sexos con una edad media de 54.13 años, el 66.7% son de sexo femenino y el 33.3 % de sexo masculino. El grupo etario predominante fue entre 65 y 85 años con un 43.3 % seguido del grupo de 25 a 49 años con un 40 %. La frecuencia encontrada de colecistectomizados en mujeres fue del 66.7 % y del 33.3 % en hombres.

Las actividades que se vieron mayormente afectadas en el postoperatorio inmediato, en las primeras 6 horas, fueron la vestimenta y la deambulaci3n.

El principal hallazgo de nuestro estudio es que la mayoría de los usuarios presentaron un alto índice de independencia para todos los ítems de la Escala de Barthel en el preoperatorio , capacidad que se pierde en el posoperatorio durante las 6 primeras horas; permaneciendo aún pero con menos frecuencia en el posoperatorio hasta las 12 horas. Este hecho es de interés para la planificación de la atención de enfermería porque estas incapacidades deben ser suplidas por enfermería o su familiar.

PALABRAS CLAVES

Colecistectomía Laparoscópica

Actividades básicas de la vida diaria

Índice de Barthel

Posoperatorio inmediato

Hospitalización

ÍNDICE TEMÁTICO

Introducción	Página 8
Problema y Objetivos	Página 10
Marco Teórico	Página 11
Marco Referencial	Página 17
Metodología	Página 19
Resultados y Análisis	Página 23
Discusión	Página 36
Conclusión	Página 37
Referencia Bibliográfica	Página 39
Anexos	Página 41

INTRODUCCIÓN

Este estudio descriptivo longitudinal sobre las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en relación al usuario colecistectomizado, fue tutoriado por el Departamento de Salud del Adulto y del Anciano siguiendo una de sus líneas de investigación. Este Trabajo de Investigación Final (TFI) es un requisito para la obtención de grado de Licenciatura en Enfermería del Plan de Estudio 1993, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Fue realizado en un sanatorio privado de Montevideo en el periodo comprendido entre el 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017. Se realizó una entrevista en tres momentos al usuario sometido a cirugía de vesícula por vía laparoscópica, que previamente había dado su consentimiento de participación firmado: en el preoperatorio inmediato, segundo dentro de las primeras 6 horas del posoperatorio y el tercero entre las 6 a 12 horas del posoperatorio. La muestra estuvo conformada por 30 usuarios de ambos sexos mayores de 18 años, intervenidos de colecistectomía laparoscópica no complicada. Se diseñó un formulario que contenía las variables sociodemográficas y el test de Barthel para medir las ABVD.

La litiasis biliar es una causa importante de morbilidad en el mundo entero, siendo más prevalente en las sociedades occidentales. Diferentes estudios realizados en sociedades occidentales informaron la prevalencia de cálculos en el 5 a 20% de la población general ⁽¹⁾.

La prevalencia de esta enfermedad también varía de acuerdo a factores étnicos, genéticos y socioeconómicos. En lo que respecta al sexo y edad, hay una prevalencia en mujeres del 5 al 20 % entre 20 y 55 años de edad y del 25 al 30% después de los 50 años. La prevalencia en los hombres es de aproximadamente la mitad de la existente en las mujeres del mismo grupo etario ⁽²⁾.

El tratamiento quirúrgico de la patología litiásica biliar ocupa el primer lugar de frecuencia dentro de las cirugías abdominales del aparato digestivo y un lugar central en la cirugía general debido fundamentalmente a dos hechos: el primero por la elevada incidencia y prevalencia en países occidentales como Uruguay y el segundo se debe a la historia natural de la enfermedad, en la que el tratamiento quirúrgico debe realizarse por la aparición de síntomas y/o complicaciones ⁽³⁾.

La Colecistectomía Laparoscópica (CL) cambió el abordaje de la patología biliar desde las dos últimas décadas y se convirtió en el procedimiento de elección para los casos de colecistectomía electiva. Tras ensayos controlados y aleatorizados se confirmó que el procedimiento laparoscópico temprano es una

opción segura y posible para el tratamiento de Colecistitis Aguda Litiásica (CAL) ⁽⁴⁾.

La cirugía laparoscópica ha significado un cambio sin precedentes en la cirugía general, implicando una mínima agresión, corta internación, poco dolor y rápida reinserción laboral. ⁽⁵⁾

Las actividades básicas de la vida diaria (AVBD) abarcan las actividades más frecuentes que realiza un sujeto y están relacionadas con lo familiar, diario, cotidiano, con las necesidades humanas, con la independencia y con el uso del tiempo.

Estas actividades son muy importantes al momento de la planificación del cuidado de Enfermería, ya que determinan el nivel de dependencia que tienen los usuarios respecto a las mismas. La aplicación de instrumentos de medición de las AVBD con el Índice de Barthel durante la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), contribuye a la gestión del cuidado, contemplando una atención individualizada, una mejor distribución del recurso humano, logrando así una mejor calidad en el cuidado.

Prácticamente no existen investigaciones de las modificaciones de las ABVD en relación a la cirugía biliar; conocer cuáles son las más afectadas y en qué tiempo se recuperan, sería un aporte importante para la planificación de los cuidados de Enfermería; razón por la cual se justifica su importancia de estudio.

PROBLEMA Y OBJETIVOS

Problema de Investigación

¿Existen cambios en las Actividades Básicas de la Vida diaria en los usuarios internados en un Sanatorio privado que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica entre el preoperatorio y el posoperatorio inmediato?
Montevideo Diciembre 2016 – Enero 2017 Uruguay.

Objetivo General

Identificar los cambios en las Actividades Básicas de la Vida Diaria en usuarios colecistectomizados hospitalizados en un sanatorio privado, ocurridas entre el preoperatorio y posoperatorio inmediato en el período del 1 de Diciembre de 2016 y el 22 de Enero de 2017. Montevideo Uruguay

Objetivos Específicos

- 1 Caracterizar la población según variables sociodemográficas.
- 2 Identificar la variación de las actividades de vida diaria entre el preoperatorio, el posoperatorio en las 6 primeras horas y el posoperatorio entre 6 y 12 horas.
- 3 Determinar si existen diferencias significativas en la muestra de las Actividades Básicas de la Vida diaria en los períodos de corte seleccionados del preoperatorio y los posoperatorios.

MARCO TEORICO

Colecistectomía

La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae la vesícula biliar, es la cirugía de mayor frecuencia de un servicio de cirugía general, considerado por su prevalencia y elevada viabilidad clínica y sustancial representando la calidad global de un servicio de cirugía. La mayoría de las colecistectomías se realizan por una colelitiasis sintomática o por complicaciones de los cálculos (p. ej., colecistitis aguda, pancreatitis aguda, ictericia obstructiva) ⁽⁶⁾.

De acuerdo a la modalidad se clasifica en laparoscópica y abierta o convencional.

Colecistectomía Laparoscópica

Más del 90% de las Colecistectomías se efectúan mediante laparoscopia, que consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trocares a través de pequeñas incisiones en el abdomen. La cavidad abdominal se insufla con dióxido de carbono (neumoperitoneo) que permite la inserción del endoscopio de fibra óptica para visualizar la estructura abdominal. El cirujano ve el campo intraabdominal a través a un monitor de televisión. La vesícula biliar se separa del lecho hepático y se elimina de la cavidad abdominal después que se aspira la bilis y los cálculos pequeños. Con el procedimiento laparoscópico, el paciente no experimenta el íleo paralítico que ocurre con la cirugía abdominal abierta y tiene menos dolor en el posoperatorio. A menudo el paciente se da de alta del hospital el mismo día de la operación o dentro de los siguientes 1 o 2 días y se reanuda la actividad total dentro de la semana siguiente después de la operación. La complicación mas graves después de la colecistectomía por laparoscopia es la lesión de vía biliar, que se puede identificar y corregir al momento del procedimiento, otras pueden no desarrollar síntomas hasta varios días después del procedimiento; la complicación más grave que puede ocurrir es la peritonitis biliar. ⁽⁶⁾

Debido a la corta estadía hospitalaria con las colecistectomías no complicadas, es importante el manejo del dolor postoperatorio y el reporte de signos y

síntomas intra abdominales como pérdida de apetito, vómitos, dolor, distensión abdominal, fiebre ⁽⁶⁾.

Posoperatorio

Este período comienza, al transferir al paciente quirúrgico a la sala de recuperación, y culmina con la valoración clínica y de enfermería en el hogar.

El tiempo en que transcurre el posoperatorio está en dependencia de la recuperación y de que no aparezcan complicaciones en el paciente.

El período postquirúrgico abarca desde que el paciente sale de la sala de Block Quirúrgico hasta su recuperación total. Se divide en postoperatorio inmediato y mediato.

Posoperatorio inmediato es el que generalmente abarca las primeras 24 hs., durante este periodo el paciente es trasladado desde la sala de recuperación pos anestésica a sala convencional de internación hasta su alta sanatorial, una vez que se observe franca recuperación ⁽⁷⁾.

Posoperatorio mediato es el período de tiempo que ocurre después de las primeras 24 hs del postoperatorio hasta la recuperación total del paciente.

En cualquiera de estas etapas, enfermería tiene una trascendental participación en su proceso de cuidar, que abarca acciones generales y específicas desde el preoperatorio al alta, incluso en el seguimiento a domicilio cuando es derivado.

Valoración Preoperatoria

El objetivo en el período preoperatorio es que el paciente este lo más saludable posible. Se hacen los intentos necesarios para corregir factores de riesgo que de otra manera causarían complicaciones posoperatorias y dificultarían la recuperación. Antes de iniciar cualquier tratamiento quirúrgico, se obtienen los antecedentes vitales y se establece una base de datos para comparaciones futuras. Durante la exploración física se consideran muchos factores que pueden afectar al paciente que se somete a una operación ⁽⁷⁾.

Atención de Enfermería después de la operación

Durante las 24 horas siguientes a la intervención quirúrgica la atención de enfermería al paciente hospitalizado en la unidad médico-quirúrgica general incluye continuación de la ayuda del paciente para recuperarse del efecto de la anestesia, valoración frecuente del estado fisiológico, vigilancia para detectar complicaciones, tratamiento del dolor e implementación de medidas diseñadas para lograr los objetivos de independencia para el cuidado personal, control exitoso del régimen terapéutico, salida a casa y recuperación total⁽⁷⁾.

En las primeras horas después del ingreso a la unidad clínica, las principales preocupaciones son ventilación adecuada, estabilidad hemodinámica, dolor en la incisión, integridad del sitio quirúrgico, náuseas, vómitos, estado neurológico y evacuación espontánea. La frecuencia del pulso, la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria al menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos durante las dos horas siguientes. Después se miden con menor frecuencia si se encuentran estables⁽⁷⁾.

La temperatura se vigila cada cuatro horas durante las primeras 24 horas.

Por lo general los pacientes regresan a su estado actual de salud varias horas después de la intervención. Aunque es factible que el dolor sea intenso, muchos se sienten con menos náuseas y menos vómitos. Ya comenzaron los ejercicios respiratorios y de piernas al borde de la cama, se pusieron de pie y caminaron unos metros o recibieron ayuda para levantarse de la cama y sentarse en una silla al menos una vez. Muchos toleraron una comida ligera y ya se les retiraron las soluciones intravenosas⁽⁷⁾.

El centro de atención cambia del manejo fisiológico intenso y el alivio sintomático de los efectos adversos de la anestesia a la recuperación de la independencia para el cuidado personal y la preparación para el egreso⁽⁷⁾.

Actividades Básicas de la Vida Diaria

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), constituyen un tema de interés especialmente para los profesionales de la salud vinculados al ámbito

de la rehabilitación. A pesar de su relevancia tanto social como académica son escasas las publicaciones específicas sobre este tópico ⁽⁸⁾.

A lo largo del siglo pasado, especialmente después de 1917, distintos profesionales afines al ámbito de las ciencias de la salud y del trabajo social comenzaron a considerar la importancia que tenía para las personas las diferentes actividades que realizaban cotidianamente y que por algún acontecimiento inesperado, ya desde la gestación o a lo largo del desarrollo, suponían un reto difícilmente salvable sin la ayuda profesional y del entorno social más próximo ⁽⁸⁾.

Los diferentes avances en el ámbito de la biomedicina, el aumento de la esperanza de vida y el estado del bienestar también han contribuido a que en el mundo occidental uno de los valores más preciados sea la independencia y autonomía personal. Los conceptos de independencia y autonomía personal inexorablemente están unidos al de actividades de la vida diaria. El origen del término de las actividades de la vida diaria es relativamente reciente y surge dentro del ámbito de la salud ⁽⁸⁾.

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A) elaboró la primera definición de actividades de la vida diaria (Moruno, 2003). En ella se indica que los componentes de las actividades diarias incluyen el cuidado personal, el trabajo y el juego o actividades lúdicas (Reed y Sanderson, 1999). Más tarde, se definirían las actividades de la vida diaria como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento (Reed y Sanderson, 1980) ⁽⁸⁾.

De acuerdo con las definiciones de distintos autores se entiende que las AVD pueden ser definidas como “la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales” (Fernández-Ballesteros, 1992, p.80) ⁽⁸⁾.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo

esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso ⁽⁸⁾.

Índice de Barthel (IB)

El IB publicado por primera vez en 1958, mide independencia funcional en cuanto a movilidad y cuidado personal. Fue desarrollado por Dorotea Barthel y Florence Mahoney (Mahoney y Barthel, 1965), con el objetivo de monitorizar la evolución de tratamientos en pacientes crónicos hospitalizados y determinar la necesidad de cuidados de enfermería. Se ha utilizado en pacientes con enfermedades que condicionan a una larga estadía, en rehabilitación, y para predecir la duración de la hospitalización o efectuar un pronóstico y como instrumento de evolución ⁽⁹⁾.

El IB es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades consideradas como básicas en la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizarla. El IB de cada paciente se evalúa al principio y durante el tratamiento de rehabilitación, así como al momento del alta (máximo avance). De esta manera, es posible determinar cuál es el estado funcional del paciente y cómo ha progresado hacia la independencia. La carencia de mejoría de acuerdo al IB después de un periodo de tiempo razonable en el tratamiento indica generalmente un potencial pobre para la rehabilitación. ⁽¹⁰⁾

Las actividades exploradas en las ABVD incluyen:

1. Comer
2. Lavarse o Higienizarse
3. Vestirse
4. Arreglarse
5. Deposición
6. Micción
7. Ir al retrete o wáter

8. Trasladarse del sillón a la cama
9. Deambulaci3n
10. Subir y bajar escaleras

Se mide en una escala ordinal con intervalos de 5 puntos; la interpretaci3n del rango de posibles valores m1s usado del IB est1 entre 0 y 100. A menor puntuaci3n, m1s dependencia; y a mayor puntuaci3n, m1s independencia. Existen otras escalas asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categor1as – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, 3 6 3 puntos – resultando el IB en un rango global entre 0 y 20.

Los puntos de corte sugeridos por Shah et al. para facilitar la interpretaci3n son:

- 0 a 20 puntos dependencia total
- 21 a 60 puntos dependencia severa
- 61 a 90 puntos dependencia moderada
- 91 a 99 puntos dependencia escasa
- 100 puntos independencia

Validez del 1ndice de Barthel

La validez de constructo o de concepto es el grado en que una medida es compatible con otras con las que hipot3ticamente tiene que estar relacionada. Por ejemplo el IB es un buen predictor de la mortalidad pues mide la discapacidad y esta 1ltima est1 asociada fuertemente con la mortalidad. Tambi3n est1 relacionada con la respuesta a los tratamientos de rehabilitaci3n, aquellos pacientes con mayores puntuaciones (menor grado de discapacidad), presentan mejor respuesta a la rehabilitaci3n.

Sensibilidad

El IB es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional, aunque su capacidad para detectar cambios en situaciones extremas es limitada, esto es, si un paciente consciente obtiene una puntuaci3n de 0 en el IB, y espont1neamente cae en un estado inconsciente, (por tanto en un mayor nivel de dependencia), el IB no cambia.

Granger et. al. Indican que comer es la actividad en la que se observa con mayor frecuencia la independencia. Mientras Wade y Hewer, concluyeron que el control ocasional de heces fue la primera actividad en recuperarse y bañarse fue la actividad que se recuperaba más tarde ⁽¹⁰⁾.

Marco Referencial

El trabajo de investigación se llevará a cabo en una Institución de salud privada ubicada en el barrio Unión, ciudad de Montevideo.

Es una de las mutualistas más grandes del Uruguay aunque su masa social se concentra en Montevideo. Se considera una Institución líder, reconocida por sus valores éticos y por su calidad en los servicios de salud, adaptándose en forma continúa a los cambios del entorno.

Su misión es brindar atención integral y continua de salud a sus afiliados, en forma eficaz y eficiente, priorizando las necesidades concretas de los mismos y sus familias, el respeto por sus derechos y la necesaria labor preventiva, a través de la acción de funcionarios altamente calificados en lo humano y en lo técnico.⁽¹²⁾

En Montevideo cuenta con 3 Sanatorios y una red de policlínicas muy extensas (Portones, Malvin Norte, Malvin Sur, Piedras Blancas, Colón, Paso de la Arena, Cerro, Pocitos, La Teja. Parque Batlle, Cordón entre otras).

También tiene algunos centros de atención médica en el Interior, como en la región Sur del país (Canelones y Maldonado).

Descripción de la Planta Física

Se tomará el sanatorio donde se encuentran los usuarios intervenidos de Colectectomía ubicados en las salas de internación denominadas de corta estadía, y salas comunes. Este Sanatorio cuenta con 148 camas destinadas para servicios de internación convencional (no incluye cuidados especializados como CTI). Las Salas de internación son habitaciones con dos camas, mobiliario (sillón, mesa de luz, placar, televisión), baño, iluminación artificial y natural. El área de Enfermería comprende el de Enfermería limpia y de

limpieza. En general están dotadas con Licenciadas en Enfermería y Auxiliares de Enfermería en los cuatro turnos (0 a 6; 6 a 12; 12 a 18 y 18 a 24 hs.)

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Descriptivo longitudinal. Se realizó un seguimiento individual de las AVBD en tres momentos, el primero referido al preoperatorio inmediato, el segundo dentro de las primeras 6 horas del posoperatorio y el tercero entre las 6 a 12 horas del posoperatorio.

Universo de estudio

Usuarios colecistectomizados por vía laparoscópica de ambos sexos mayores de 18 años, que ingresaron al servicio de entre el 1º de Diciembre de 2016 y el 22 de enero de 2017. Dicha población fue derivada desde atención primaria con el motivo de intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica.

Selección de muestra

Se tomaron todos los usuarios colecistectomizados por laparoscópica en el período el 1º de Diciembre de 2016 y el 22 de enero de 2017 que cumplieran con los criterios de inclusión. Fue un muestreo no probabilístico de 30 usuarios en total.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron usuarios de ambos sexos desde 18 o más años de edad sometidos a colecistectomía laparoscópica que cursaban un posoperatorio no complicado, internado en área convencional y que hubieran firmado el consentimiento informado de participación de la investigación.

Se excluyeron todos los usuarios menores de 18 años, provenientes de urgencia, y aquellos que cursaron el postoperatorio en unidad de cuidados intermedios o intensivos.

VARIABLES ESTUDIADAS.

1- Sociodemográficas

VARIABLE	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Categorías	Escala
SEXO	conjunto de características, y órganos reproductores por las que un individuo se distingue en masculino y femenino	Sexo expresado por el entrevistado	Cualitativa	Femenino Masculino	Nominal
EDAD	Tiempo cronológico medido en años desde el nacimiento al momento de la entrevista.	Edad expresada por el entrevistado al momento de la entrevista	Cuantitativa	Edad en años	Continua
BARRIO donde reside	Secciones geográficas barriales según delimitación de la Intendencia Municipal de Montevideo	Nombre de los Barrios declarado como residencia por los entrevistados.	Cualitativa	Aguada Barrio sur Buceo Carrasco Centro, etc Otros especificar	Nominal
OCUPACION	Situación de la persona relacionado a la actividad laboral, si está ocupado, en busca de trabajo (desocupado) o si no lo tiene pero tampoco busca trabajo (inactivo)	Situación que declara el entrevistado según su relación con la actividad laboral	Cualitativa	Ocupado Desocupado Inactivo	Nominal
ENFERMEDADES CRÓNICAS	Enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en el país.	Declaración del entrevistado de antecedentes de Enfermedades crónicas no transmisibles	Cualitativa	Hipertensión arterial Diabetes Epoc Otras	Nominal

2- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Las actividades exploradas en las ABVD incluyen: Comer; Lavarse o Higienizarse; Vestirse; Arreglarse; Deposición; Micción; Ir al retrete o wáter; Trasladarse del sillón a la cama; Deambulación y Subir y bajar escaleras. Se mide con la Escala de Barthel (Ver Anexo)

Es una escala ordinal con intervalos de 5 puntos; la interpretación del rango de posibles valores más usado es el Índice de Barthel (IB) cuyo valor está entre 0 y 100. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia.¹²

Los puntos de corte sugeridos por Shah et al. para facilitar la interpretación del Índice de Barthel son:

- 0 a 20 puntos dependencia total
- 21 a 60 puntos dependencia severa
- 61 a 90 puntos dependencia moderado

- 91 a 99 puntos dependencia escasa
- 100 puntos independencia

3. Tiempo de corte

Preoperatorio: Se exploró la Escala de Barthel sobre el momento antes de la intervención para determinar el valor de cada una de las dimensiones que lo componen.

Posoperatorio antes de las 6 hs.: Se entrevistó al usuario en el posoperatorio inmediato dentro de las 6 hs primeras horas posterior al acto quirúrgico. Se exploró la Escala de Barthel sobre el momento antes de la intervención para determinar el valor de cada una de las dimensiones que lo componen.

Posoperatorio inmediato entre las 6 hs y 12 horas: Se entrevistó al usuario en el posoperatorio inmediato desde las 6 hs a las 12 hs posterior al acto quirúrgico. Se exploró la Escala de Barthel sobre el momento antes de la intervención para determinar el valor de cada una de las dimensiones que lo componen.

Instrumento

Se diseñó un Instrumento donde se incluyeron todas las variables de interés.
(Ver Anexo)

Procedimiento Recolección de Datos

Se gestionó la autorización mediante una nota de la Profesora Mg M. Costabel directora del Departamento de Salud del Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería- UDELAR anexándole el protocolo de investigación a la Comisión de Investigación y de Ética de la Institución privada. Una vez obtenido la autorización, se gestionó la recolección de datos con el Departamento de Enfermería de dicha Institución.

Se concurrió al sanatorio privado de Montevideo en el periodo 1 de Diciembre de 2016 al 22 de enero de 2017, Se pidió la coordinación quirúrgica del día siguiente, pudiendo así organizarnos para realizar el pre y el postoperatorio.

Una vez que el usuario dio su consentimiento firmado, se aplicó el cuestionario, entrevistándolos algunos en los 3 momentos (preoperatorio, post operatorio menor a las 6horas, postoperatorio de 6 a 12hs) y en otros se realizó dos entrevistas donde en la primera se recolectaba la información del preoperatorio y del posoperatorio antes a las 6 horas de realizada la cirugía; y luego íbamos nuevamente antes de las 12 horas.

Aspectos Éticos

Los usuarios fueron entrevistados e informados sobre la naturaleza del estudio y se solicitó su firma del consentimiento previo a la aplicación del cuestionario.

Análisis de los datos

La introducción de datos y el análisis de los mismos se realizó en el programa SPSS software libre

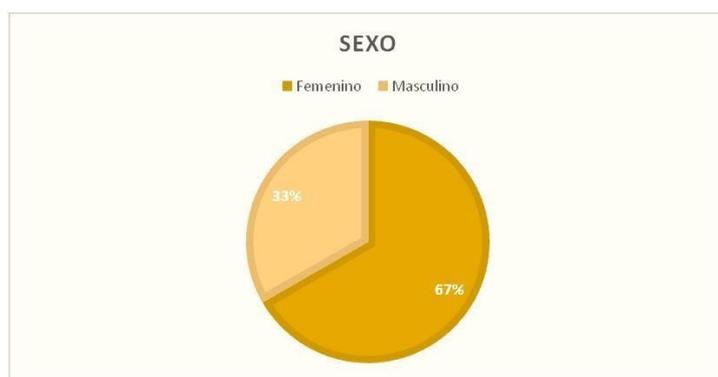
Se realizó un análisis descriptivo de las variables utilizando medidas de resumen de tendencia central y de dispersión acordes a la escala de medición de las mismas. Se presentan los datos en gráficas y tablas de frecuencias absolutas y de frecuencias relativas porcentual.

Para el análisis de hipótesis sobre si existen diferencias significativas en la muestra de las AVBD entre los tres momentos de corte considerado se aplicó el test de Wilcoxon basado en la distribución de medianas para un valor crítico de $p < 0,05$ ya que la variable dependiente AVBD no tenía una distribución normal y su escala de medición es una escala ordinal y en estos casos se trabaja con test de hipótesis no paramétricos.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados encontrados en relación a las variables sociodemográficas de los 30 usuarios entrevistados encontramos que según el sexo el 66.7% son de sexo femenino y el 33.3 % de sexo masculino. (Gráfica 1)

Gráfica 1: Distribución por Sexo de los usuarios Colecistectomizados.



* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

La mayoría de los usuarios provienen de otros barrios en un 53.3 % del Cerro en un 13.3 % y de Cordón y Pocitos 6.7 % (Tabla 1)

Tabla 1: Distribución de colecistectomizados según Barrio donde reside.

BARRIO DONDE RESIDE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL
Aguada	1	3,3
Buceo	1	3,3
Carrasco	1	3,3
Centro	1	3,3
Cerro	4	13,3
Cordón	2	6,7
La Unión	1	3,3
Maroñas	1	3,3
Pocitos	2	6,7
Otros	16	53,3

Total	30	100,0
--------------	-----------	--------------

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

El 50 % de los usuarios presenta alguna ocupación y el 43.3 % se encuentra inactivo (jubilados y pensionistas) (Tabla2).

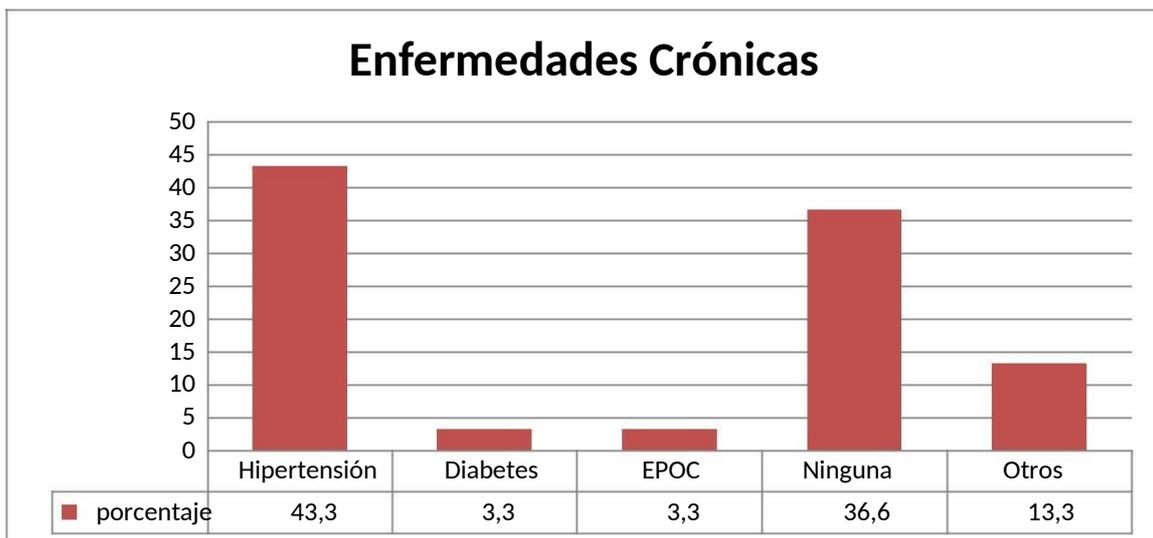
Tabla 2: Distribución de colecistectomizados según Ocupación.

OCUPACION	FRECUENCIA ABSOLUTA	RECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL
Ocupado	15	50
Desocupado	2	6,7
Inactivo	13	43,3
TOTAL	30	100

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

En lo referente a presencia de enfermedades crónicas tenemos que el 43.3 % era hipertenso y el 36.6 % no presentaba ningún antecedente (Gráfica 2)

Gráfica 2: Enfermedades Crónicas de los usuarios colecistectomizados



* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

Respecto a la edad el promedio fue de 54 años con un DS (+-19), con una edad mínima de 22 y máxima de 84 años. En cuanto a los rangos etarios el

grupo predominante fue entre 65 y 85 años con un 43.3 % seguido del grupo de 25 a 49 años con un 40 % (Tabla 3 y 4).

Tabla 3: Estadísticos de la edad de los usuarios colecistectomizados.

Estadísticos descriptivos					
	Total	Edad	Edad	Edad	Desvío estándar
		Mínima	Máxima	Media	
EDAD	30	22	84	54,13	18,957

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

Tabla 4 Distribución por grupos de edad de los usuarios colecistectomizados

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL
18 a 24 años	1	3,3
25 a 49 años	12	40,0
50 a 64 años	4	13,3
65 a 85 años	13	43,3
Total	30	100,0

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

Relacionando los grupos etarios con la variable sexo, observamos que en el grupo de 25 a 49 años prevalece la colecistectomía en el sexo femenino y entre edades de 65 a 85 años prevalece en el sexo masculino (Tabla 5).

Tabla 5 Distribución porcentual de grupos de edad según sexo

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL SEXO FEMENINO %	FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL SEXO MASCULINO %
18 a 24 años	5	0
25 a 49 años	50	20
50 a 64 años	20	0
65 a 85 años	25	80
Total	100	100

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

Con respecto a la ocupación relacionada al sexo se hallan mayor índice de ocupación en el sexo femenino, asimismo el número de inactivos es más alto en el sexo masculino (Tabla6).

Tabla 6 Distribución porcentual de Ocupación según sexo

OCUPACION	FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL SEXO FEMENINO %	FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL SEXO MASCULINO %
	Ocupado	60
Desocupado	10	0
Inactivo	30	43,3
Total	100	100

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

En lo referente a las enfermedades crónicas con respecto al sexo se destaca que la HTA predominó en el sexo femenino, y se halló un mayor número de usuarios de sexo masculino sin ningún antecedente de enfermedad crónica (Tabla 7).

Tabla 7 Distribución porcentual de Enfermedades crónicas según sexo

ENFERMEDADES CRONICAS	FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL SEXO FEMENINO %	FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL SEXO MASCULINO %
	Hipertensión	45
Diabetes	5	0
Ninguna	25	60
Otras	25	0
Total	100	100

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

En cuanto a la comparación de edad con enfermedades crónicas se observó que el grupo etario de 50 a 64 años presento mayor índice de HTA (Tabla8).

Tabla 8 Distribución porcentual de Enfermedades crónicas según grupos de edades

ENFERMEDADES CRONICAS	18 a 24 años %	25 a 49 años %	50 a 64 años %	65 a 85 años %
Hipertensión	0	41,7	50	46,2
Diabetes	0	0	0	7,7
Ninguna	0	33,3	25	46,2
Otras	1	25	25	0
Total	100	100	100	100

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 a 2 de Enero de 2017 Montevideo

Actividades Básicas de la Vida Diaria

Sobre las actividades básicas de la vida diaria (AVBD) del preoperatorio, el posoperatorio en las 6 primeras horas y el posoperatorio entre 6 y 12 horas, hemos encontrado los siguientes resultados; primero se presentan los datos para el Índice de Barthel Global para los tres momentos de corte considerados y luego se exponen lo de los diferentes ítems que componen esta escala.

El Índice de Barthel Global en el *preoperatorio* el 100% es Independiente para las AVBD.

Situación que varía en el *posoperatorio menor a 6 horas*, el 10 % de los usuarios son independientes, el 56.7 % presenta una dependencia moderada, seguido por el 19.9 % que presenta una dependencia severa, mientras que el 13.3 % restante presenta dependencia escasa; ninguno de los usuarios presentaron dependencia total.

Para el corte *entre las 6 y 12 hrs de posoperatorio* se destaca que el 50 % de los usuarios son independientes, seguido por 26.7 % presentan una dependencia moderada, un 20 % dependencia escasa y tan solo un 3.3 % presentan dependencia severa y ningún usuario presenta una dependencia total (Tabla 19).

Tabla 19 INDICE DE BARTHEL según los momentos operatorios considerados

INDICE DE BARTHEL	Preoperatorio	Menor a 6 hs Posoperatorio	Entre las 6 y 12 hs del Posoperatorio
	%	%	%
Dependencia total 0 - 20	0	0	0
Dependencia severa 21 - 60	0	19.9	3.3
Dependencia moderada 61 - 90	0	56.7	26.7
Dependencia escasa 91 - 99	0	13.3	20
Independiente 100	100	10	50

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

Tabla 20 Distribución porcentual según momento de cortes en relación a los ítems del Test de Barthel

ESCALA DE BARTHEL		Preoperatorio	A las 6 horas preoperatorio	Entre las 6 y 12 horas preoperatorio
COMER	10 Independiente	100	63,3	90
	5 Necesita ayuda	0	36,7	10
	0 Dependiente	0	0	0
HIGIENE	5 Independiente	100	60	90
	0 Dependiente	0	40	10
VESTIRSE	10 Independiente	96.7	26.7	76.7
	5 Necesita ayuda	3.3	73.3	23.3
	0 Dependiente	0	0	0
ARREGLARSE	5 Independiente	100	50	90
	0 Dependiente	0	50	10
DEPOSICION	10 Continente	96.7	93.3	96.7
	5 Accidente ocasional	3.3	3.3	3.3
	0 Dependiente	0	3.3	0
MICCION	10 Continente	100	96.7	100
	5 Accidente ocasional	0	3.3	0
	0 Dependiente	0	0	0
USO DEL RETRETE	10 Independiente	100	53.3	86.7
	5 Necesita ayuda	0	43.3	13.3
	0 Dependiente	0	3.3	0
TRASLADO SILLON-CAMA	15 Independiente	93.3	33.3	60
	10 Mínima ayuda	6.7	63.3	40
	5 Gran ayuda	0	0	0

	0 Dependiente	0	3.3	0
DEAMBULACIÓN	15 Independiente	96.7	33.3	76.7
	10 Mínima ayuda	3.3	63.3	23.3
	5 Independiente en silla de ruedas	0	0	0
	0 Dependiente	0	3.3	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	10 Independiente	100	36.7	63.3
	5 Necesita ayuda	0	60	36.7
	0 Dependiente	0	3.3	0

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 a 2 de Enero de 2017 Montevideo

Los resultados encontrados en la discriminación por ítems de la Escala de Barthel según los tres momentos de corte se visualizan en la Tabla 20.

Necesidad de comer en el preoperatorio el 100% de los usuarios son independientes, en el periodo de 6 horas postoperatorias el 63.3 % son independientes, mientras que en las 6 a 12 horas postoperatorias el 90 % presentaba independencia a la hora de alimentarse.

Necesidad de higiene los usuarios presentaban independencia, total de usuarios en la etapa pre operatoria, mientras que en el postoperatorio un 60 % mostraban independencia a las 6 horas y entre las 6 y 12 horas el 90 % eran independientes

En lo referente a la *vestimenta* dicha necesidad mostró mayor porcentaje de independencia en el pre operatorio con un 96.7 %, en el postoperatorio mostró una independencia de 26.7 % en las primeras 6 horas y en el período de 6 a 12 horas el 76.7 % eran independientes

La necesidad de *arreglarse* mostró una independencia del 100% en la etapa pre operatorio, mientras que en la etapa postoperatoria el 50 % se mostró independiente a las 6 horas y el 90% a las 12 hora.

En cuanto a la necesidad de *deposición* en la etapa pre operatoria el 96.7 % se mostró continente, en la etapa postoperatoria, en las primeras 6 horas el 93.3 % mostró continencia, mientras que entre las 6 y 12 horas fue el 96.7 %.

En lo referente a la *micción* el 100% de los usuarios mostraron continencia en la etapa pre y pos operatoria 6 a 12 horas, mientras que en el postoperatorio menor a 6 horas el 96.7 % se mostró continente.

Con respecto a la *capacidad de usar el retrete* el 100% se mostró independiente en el periodo preoperatorio, dicha capacidad se vio satisfecha en un 53.3 % en las 6 horas postoperatorias, mientras que entre las 6 y 12 horas postoperatorias el 86.7 % se mostraron independientes.

En cuanto al *traslado sillón-cama* el 93.3 % se mostraron independientes a la hora de hacerlo en el pre operatorio, mientras que en el postoperatorio de 6 horas el 63.3 % requirió mínima ayuda para realizarlo y en el postoperatorio de 12 horas el 60 % se mostró independiente.

Referente a la *capacidad de deambulación* antes de la intervención quirúrgica el 96.7 % se mostraron independientes, en las 6 horas postoperatorias el 63.3 % precisaron ayuda y entre las 6 y 12 hrs post operatorias el 76.7% se mostraron independientes.

Para *subir y bajar escaleras* en la etapa pre operatorio el 100 % se mostraba independiente, mientras que en el periodo postoperatorio el 60 % requirió ayuda en las 6 horas y el 63.3 % se mostró independiente a las 12 horas.

Es evidente que en el preoperatorio la mayoría de los usuarios son independientes, habiendo un solo uno que presenta alguna dependencia mínima en ciertas actividades básicas de la vida diaria (Tabla 21).

La intervención quirúrgica sin duda afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria y sobre todo dentro de las 6 primeras horas, tal como se ve en la Tabla 21, en este corte se aprecia el mayor porcentaje de afectación en 8 de 10 AVBD, siendo la capacidad para vestirse, trasladarse, deambular, subir y bajar escaleras, arreglarse, usar el wáter, higienizarse y comer las más afectadas en orden decreciente. Las mismas se recuperan notablemente entre las 6 a 12 horas de realizada la cirugía pero aún no hubo una recuperación total de las mismas; determinando que la asistencia en estas actividades aún son necesarias (Tabla 21).

Tabla 21 ORDEN Decreciente de dependencia de los ítems del test de Barthel según los tres momentos del corte

	Preoperatorio	A las 6 horas posoperatorio	Entre las 6 y 12 horas del posoperatorio
Mayor dependencia 	Traslado sillón cama, mínima dependencia. 6,7%	Vestirse, necesita ayuda 73,3%	Traslado sillón-cama 40%
	Vestirse necesita ayuda 3,3%	Traslado sillón-cama, mínima ayuda 63,3%	Subir y bajar escaleras, dependiente 36,7%
	Deambulación mínima ayuda 3,3%	Deambulación mínima ayuda 63,3%	Deambulación, mínima ayuda 23,3%
	Deposición accidente ocasional 3,3%	Subir y bajar escaleras, dependiente 60%	Vestirse, necesita ayuda 23,3%
		Arreglarse, dependiente 50%	Uso del retrete, necesita ayuda 13,3 %
		Uso del retrete, necesita ayuda 43,3%	Arreglarse, dependiente 10%
		Higiene, dependiente 40%	Higiene, dependiente 10%
		Comer, necesita ayuda 36,7 %	Comer, necesita ayuda 10%

* Fuente de Datos: Elaboración propia en base a las Entrevistas del 1 de Diciembre de 2016 al 22 de Enero de 2017 Montevideo

Para determinar si existen diferencias significativas en la muestra de las Actividades Básicas de la Vida diaria en los períodos de corte seleccionados del preoperatorio y los posoperatorios nos planteamos realizar una prueba de

hipótesis. En este caso se realizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon ya que la variable dependiente (ABVD) no tiene una distribución normal.

Prueba de hipótesis para saber si las ABVD se ven afectadas entre el preoperatorio y el posoperatorio menor a 6 horas

Hipótesis nula

Ho: No existen diferencias entre la capacidad de realizar las AVBD en el preoperatorio con el posoperatorio menor a 6 horas.

Hipótesis de alternativa

Ha: Existen diferencias entre la capacidad de realizar las AVBD en el preoperatorio con el posoperatorio menor a 6 horas.

Para un nivel de $p < 0,05$ Rechazamos la Hipótesis nula

Se realiza la prueba de hipótesis y nos da una significación $p < 0.000$ (que es menor a 0,05) por lo tanto rechazamos la Hipótesis nula, eso significa que la capacidad de realizar las ABVD se ven afectadas en el posoperatorio menor a 6 horas.

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Barthel en Preoperatorio y Barthel menor 6 hs posop es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Prueba de hipótesis para saber si las ABVD se ven afectadas entre el preoperatorio y el posoperatorio entre 6 y 12 horas.

Hipótesis nula

Ho: No existen diferencias entre la capacidad de realizar las AVBD en el preoperatorio y el posoperatorio entre 6 y 12 horas

Hipótesis de alternativa

Ha: Existen diferencias entre la capacidad de realizar las AVBD en el preoperatorio y el posoperatorio entre 6 y 12 horas

Para un nivel de $p < 0,05$ Rechazamos la Hipótesis nula

Se realiza la prueba de hipótesis y nos da una significación $p < 0.001$ (que es menor a 0,05) por lo tanto rechazamos la Hipótesis nula, eso significa que la capacidad de realizar las ABVD continúan siendo afectadas aún en el posoperatorio más alejado de las 6 horas.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Barthel en Preoperatorio y Barthel de 6 a 12 hs posop es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,001	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Prueba de hipótesis para saber si las ABVD se ven afectadas entre el posoperatorio antes de las 6 horas y el posoperatorio entre 6 y 12 horas.

Hipótesis nula

H₀: No existen diferencias entre la capacidad de realizar las ABVD en el posoperatorio antes de las 6 horas y el posoperatorio entre 6 y 12 horas

Hipótesis de alternativa

H_A: Existen diferencias entre la capacidad de realizar las AVBD en el posoperatorio antes de las 6 horas y el posoperatorio entre 6 y 12 horas

Para un nivel de $p < 0,05$ Rechazamos la Hipótesis nula

Se realiza la prueba de hipótesis y nos da una significación $p < 0.000$ (que es menor a 0,05) por lo tanto rechazamos la Hipótesis nula, eso significa que la capacidad de realizar las ABVD continúan siendo afectadas aún en el posoperatorio más alejado de las 6 horas.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Barthel de 6 a 12 hs posop y Barthel menor 6 hs posop es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asíntóticas. El nivel de significancia es ,05.

DISCUSION

En nuestro estudio la prevalencia de colecistectomía laparoscópica se da mayoritariamente en mujeres en un 66.7 % y en un 33.3 % en hombres.

La prevalencia de la litiasis biliar también varía de acuerdo a factores étnicos genéticos y socio económicos, en nuestro estudio se destaca que a diferencia del (Dr. Piazzè) en lo que respecta al sexo y edad se destaca que la franja etaria entre 25 y 49 años se presenta en un 50 % en el sexo femenino.

Estos datos validan lo expuesto en lo citado (2) y (3).

En la institución donde se realizó el estudio no se observó ninguna intervención de colecistectomía por método convencional o abierto, ni tampoco conversión en el acto quirúrgico, de acuerdo a lo citado en (6) más del 90 % de las colecistectomías se efectúan mediante laparoscopia.

Se destaca que la primera actividad en recuperarse es micción, deposición, comer y último higiene, siendo el traslado sillón cama la actividad que más demora en recuperarse; en lo citado en (10) Granger et al. Indico que comer es la actividad que se observa con mayor independencia, mientras que Wade y Hower indicaron que el control de heces fue a primera actividad en recuperarse lo último que se recupera más tarde.

Las actividades se vieron mayormente afectadas en el postoperatorio inmediato, antes de las 6 horas. La necesidad que mostró más necesidad de ayuda fueron la vestimenta y la deambulacion, lo cual se corresponde con las limitaciones que implica el postoperatorio de la cirugía biliar. Las necesidades se vieron mayormente afectadas en usuarios de mayor edad.

El principal hallazgo de nuestro estudio es que la mayoría de los usuarios presentaron un alto índice de dependencia según la escala de Barthel

Al realizar la prueba de hipótesis pudimos encontrar que la capacidad de realizar el ABVD se ven afectadas en todas las etapas del postoperatorio.

CONCLUSIONES

La LB es una causa importante de morbilidad en el mundo entero.

El sexo es el factor de riesgo que tiene más incidencia en cuanto al desarrollo de cálculos biliares (sexo femenino) y aumenta de frecuencia en forma lineal, con la edad. El rango etario predominante fue de 65 a 85 años.

Según las enfermedades crónicas según sexo las mujeres presentaron mayor porcentaje de HTA y en cuanto a la edad el rango 50 a 64 presento mayor HTA y de 65 a 85 diabetes.

El tratamiento quirúrgico de la patología litiásica de la vía biliar ocupa el primer lugar en frecuencia dentro de las cirugías abdominales debido a la elevada incidencia y prevalencia de esta patología en nuestro país.

Al momento del planteamiento de una intervención quirúrgica es importante conocer como se verá afectada la ABVD para así poder planificar los cuidados de enfermería desde el preoperatorio hasta la recuperación total.

El IB es uno de los instrumentos más utilizados para medir la independencia funcional y aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

En definitiva, pensamos que el Índice de Barthel es adecuado no sólo para planificar necesidades al alta, sino también al ingreso, donde puede ofrecer datos objetivos sobre carga de trabajo (fundamentalmente de las/os Auxiliares de Enfermería), en hospitalización. Para cuantificar los cuidados de enfermería que se necesitan

El principal hallazgo de nuestro estudio, y de manera global, es que el porcentaje de personas independientes para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria es mayor que el porcentaje de personas dependientes.

Mayor nivel de independencia en el pre operatorio, con mayor nivel de dependencia moderada en posoperatorio de 6 horas.

La actividad que presunto mas dependencia fue vestimenta en preoperatorio traslado de sillón cama, en el posoperatorio 6hs vestirse, y en 6 a 12hs posoperatorio traslado sillón cama.

La actividad de presento menor nivel de dependencia fue comer en el

posoperatorio a las 6hs al igual que a las 6 a 12hs de posoperatorio.

Al realizar la prueba de hipótesis pudimos encontrar que la capacidad de realizar al ABVD se ven afectadas en todas las etapas del postoperatorio.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- Yusoff IF, Barkun JS, Barkun AN. Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis y la colangitis. *Gastroenterology Clinics of North America* [Internet] 2003; 32: 1145-68. p. 1146. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/gastroweb229.htm> [consulta: 19 feb 2017].
- 2- Salom A, Piazze A. Tratamiento mínimamente invasivo de la enfermedad litiasica de la vía biliar. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.scu.org.uy/publicaciones/articulos/relato_oficial-CUC-2012.pdf [consulta: 19 feb 2017].
- 3-Ibid. p. 17.
- 4- Yusoff IF, Barkun JS, Barkun AN. Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis y la colangitis. *Gastroenterology Clinics of North America*. Op cit. p.1150.
- 5 - Brito N, Chaparro I, Sarutte S. Colecistectomía laparoscópica realizada por residentes en un servicio universitario. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Trabajo_COLE_LPSC.pdf [consulta: 19 feb 2017].
- 6- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner y Suddarth: enfermería medicoquirúrgica*. 12da. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- 7- Rincón Sánchez SR, García Flores M. *Manual de enfermería quirúrgica*. Mexico: Mc Graw Hill; 2012.
- 8 - Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología* [Internet] 2007; 23(2): 264-71. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf [Consulta: 19 feb 2017].
- 9 – Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez> [consulta: 18 mar 2017].
- 10- Barrero Solís CL, García Arrijoja S, Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Nuevos Horizontes* 2005; 4 (1-2): 81-5.
- 11-Fuertes E, Mateo M. Lanza I. *Manual de formación: la atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia*. [Internet]. 2011. Disponible en: [http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/LA%20ATENCION%20Y%20EL%20CUIDADO%20DE%20LAS%20PERSONAS%20EN%20SITUACION%20DE%20DEPENDENCIA%20\(MANUAL%20DE%20FORMACION\).pdf](http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/LA%20ATENCION%20Y%20EL%20CUIDADO%20DE%20LAS%20PERSONAS%20EN%20SITUACION%20DE%20DEPENDENCIA%20(MANUAL%20DE%20FORMACION).pdf) [consulta: 18 mar 2017].
- 12 – Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. *Misión, visión y valores*. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.casmu.com.uy/mision-vision-y-valores> [consulta: 26 ene 2016].
- 13- Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta nacional de hogares ampliada: principales resultados 2006*. [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-nacional-de-hogares-ampliada-2006/-/asset_publisher/8nW0ZKdgKuqR/content/encuesta-nacional-de-hogares-ampliada-ano-2006-principales-resultados-

/maximized?_101_INSTANCE_8nW0ZKdgKuqR_redirect=%2Fencuesta-nacional-de-hogares-ampliada-2006 [consulta: 26 ene 2016].

14- Berro G. Consentimiento informado. Artículo de revisión. Rev Urug Cardiol [Internet] 2013; 28: 17-31. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v28n1/v28n1a07.pdf> [consulta: 26 ene 2016].

ANEXO



Consentimiento Informado entregado en la entrevista al informante clave:



Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Cátedra Adulto y Anciano, Trabajo de Investigación, "Las Actividades de la Vida Diaria en el posoperatorio inmediato de colecistectomizados".

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN:

Somos un grupo de 5 estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería. Actualmente nos encontramos cursando el último año de la carrera Licenciatura en Enfermería y estamos realizando nuestro trabajo de investigación final. El mismo tiene como objetivo Identificar los cambios en las actividades básica de la vida diaria en el posoperatorio inmediato en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica y/o convencional no complicados. Por dicho motivo solicitamos su autorización para realizarle una entrevista en la cual se le aplicara un cuestionario. Los datos obtenidos serán de suma importancia para la elaboración de nuestro trabajo de investigación y serán utilizados únicamente con fines académicos. La entrevista consistirá en una serie de preguntas sobre aspectos relacionados a las actividades básicas de la vida diaria. La entrevista le demandará aproximadamente un tiempo de 30 minutos. El colaborar con este proceso formativo no le dará beneficios directos para usted. Por su participación usted no recibirá ninguna remuneración. Usted podrá retirarse cuando lo desee de dicha entrevista, sin que ello vea afectada la relación con los miembros del equipo asistencial o estudiantes de la Facultad de Enfermería. Los datos aportados por usted, serán estrictamente protegidos, se mantendrá la debida confidencialidad de los mismos, sólo accederán a sus datos los docentes tutores de la tesis. Si se publicaran resultados de las entrevistas o se incorporaran al informe de trabajo de campo, sus datos se protegerán.

Desde ya se agradece su participación.

Nº DE CONTACTO DE LOS INVESTIGADORES

Blanco, Andrea _____

Dutra , María Noel _____

Loyarte , Erika _____

Méndez , María Inés _____

Rodríguez ,Camila _____

1. NOMBRE Y CI

2. SEXO

1. Femenino

2. Masculino

3. EDAD

4. BARRIO DONDE RESIDE

1. Aguada

6. Cerro

11. Pque Rodó

2. Barrio Sur

7. Ciudad Vieja

12. Peñarol

3. Buceo

8. Cordón

13. Pocitos

4. Carrasco

9. La Unión

14. Punta Gorda

5. Centro

10. Maroñas

15. Otro (especifique)

5. OCUPACIÓN

1. OCUPADO

2. DESOCUPADO

3. INACTIVO

6. ENFERMEDADES CRÓNICAS

1- Hipertensión Arterial

2- Diabetes

3- EPOC

Otro (especifique)

7. FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA

Fecha / Hora DD MM AAAA hh mm A. M./P. M.
 / / : -

1. ESCALA DE BARTHEL Pacientes colecistectomizados

1. COMER

	Preoperatorio	Hora: < 6 hs posoperatorio	Hora: de 6 a 12 hs del posoperatorio
10- Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. HIGIENE

5- Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. VESTIRSE

10-Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-Dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ARREGLARSE

5- Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. DEPOSICION

10- Continente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Accidente ocasional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. MICCIÓN			
	Preoperatorio	Hora : < 6 hs posoperatorio	Hora: 6 a 12 hs posoperatorio
10- Continente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Accidente ocasional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Incontinente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. USO DEL RETRETE			
10- Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. TRASLADARSE SILLÓN/CAMA			
15- Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Mínima ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Gran ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. DEAMBULACIÓN			
15- Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Independiente en silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			
10- Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Variable Sexo:

Definición conceptual: conjunto de características, y órganos reproductores por las que un individuo se distingue en masculino y femenino.

Tipo: Cualitativa, Nominal

Definición operacional: Categorías: Masculino, Femenino

Variable Barrió:

Definición conceptual: Secciones geográficas barriales según delimitación de la Intendencia Municipal de Montevideo.

Naturaleza: Cualitativa, Nominal

Definición operacional: Ciudad Vieja

Centro ,Barrio Sur, Cordón, Palermo, Parque Rodó, Punta Carretas, Pocitos, Buceo, Parque Battle, Villa Dolores, Malvín, Malvín Norte, Punta Gorda, Carrasco, Carrasco Norte, Bañados de Carrasco, Maroñas, Parque Guaraní, Flor de Maroñas, Las Canteras, Punta Rieles, Bella Italia, Jardines del Hipódromo, Ituzaingó, Unión, Villa Española, Mercado Modelo, Bolívar, Castro, P. Castellanos, Cerrito, Las Acacias, Aires Puros, Casa valle, Piedras Blancas, Manga, Toledo Chico, Paso de la Arena, Peñarol, Lavalleja, Cerro, Casabó, Pajas Blancas, La Paloma, Tomkinson, La Teja, Prado, Nueva Savona, Capurro, Bella Vista, Aguada, Reducto, Atahualpa, Jacinto Vera, La Figurita, Larrañaga, La Blanqueada, Villa Muñoz, Retiro, La Comercial, Tres Cruces, Brazo Oriental, Sayago, Conciliación, Belvedere, Nuevo París, Tres Ombúes, Victoria, Paso de la Arena, Colón Sureste, Abayubá, Colón Centro y Noroeste, Lezica, Melilla Villa García, Manga Rural, Manga

Variable Ocupación:

Definición Conceptual: Conjunto de personas tiene al menos una ocupación puede ser remunerada o no.

Naturaleza: Cuantitativa, Nominal

Definición operacional: Categorías: Ocupado, Desocupado, Inactivo

Variable Enfermedades Crónicas:

Definición conceptual: Enfermedad de larga duración y de progresión lenta.

Naturaleza: Cualitativa, Nominal

Definición operacional: Categorías: Hipertensión, Diabetes, EPOC Otros

Variable Edad:

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Naturaleza: Cuantitativa, Continúa

TABULACION 2

B) Análisis Bivariado:

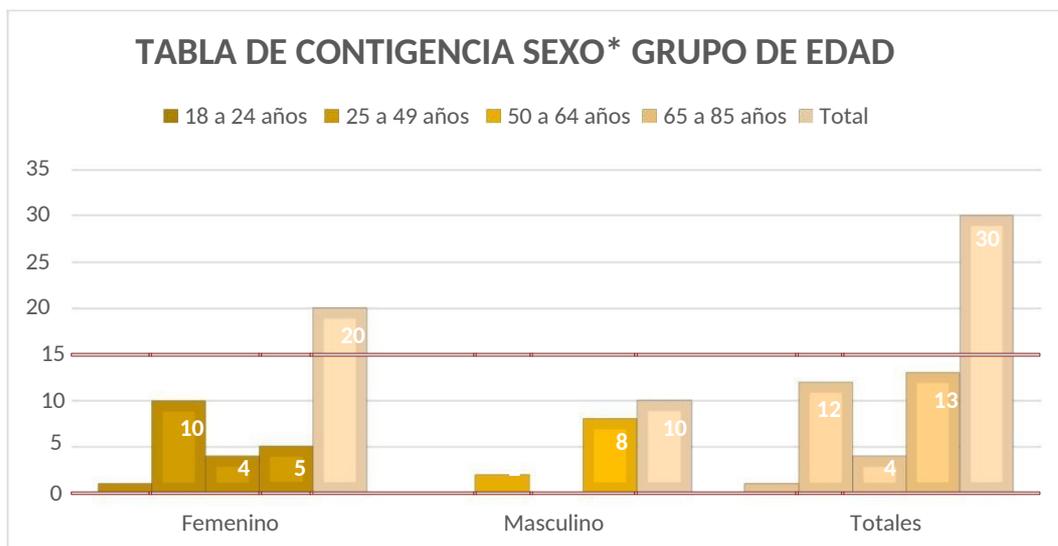
Variable Sexo * Grupo de Edad:

Tabla 1: Tabla de contingencia de sexo* grupo de edad de los usuarios, de trabajo de Investigación, período comprendido entre el 1 de Diciembre al 30 de Febrero del 2017. Montevideo.

Sexo	18 a 24 años	25 a 49 años	50 a 64 años	65 a 85 años	Total
Femenino	1	10	4	5	20
Masculino	0	2	0	8	10
Total	1	12	4	13	30

* Fuente: Entrevistas, de Sanatorio, período comprendido del 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017.

Gráfica 1: Grafica de Contingencia de Sexo * Grupo de Edad de los usuarios, de Sanatorio, período comprendido entre el 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017. Montevideo.



* Fuente: Entrevistas, de Sanatorio, período comprendido del 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017.

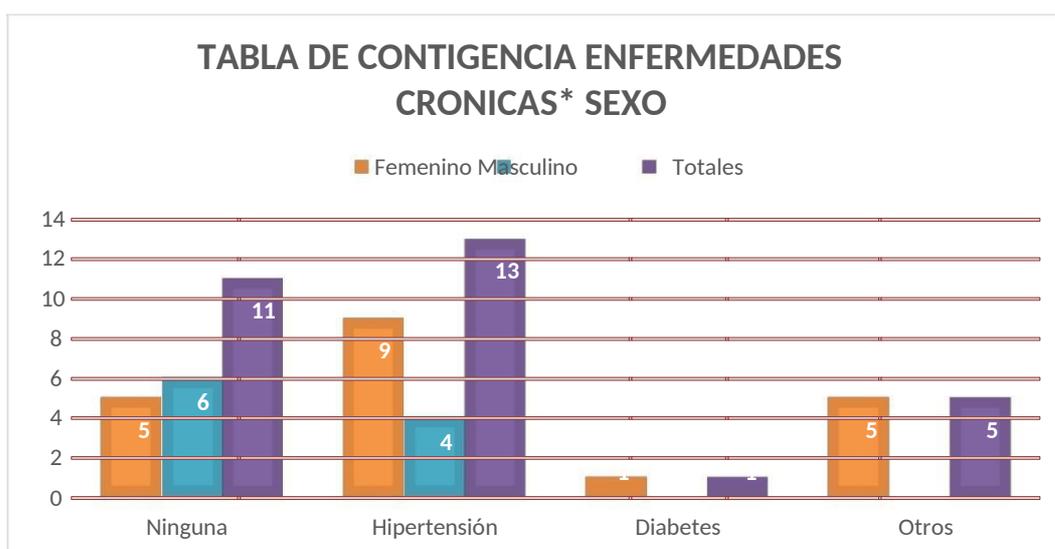
Variable Enfermedades Crónicas * Sexo:

Tabla 1: Tabla de contingencia de Enfermedades Crónicas* sexo de los usuarios, de trabajo de Investigación, período comprendido entre el 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017. Montevideo.

Enfermedades Crónicas	Femenino	Masculino	Total
Ninguna	5	6	11
Hipertensión	9	4	13
Diabetes	1	0	1
Otros	5	0	5
Total	20	10	30

* Fuente: Entrevistas, de Sanatorio, período comprendido del 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017.

Gráfica 1: Grafica de Contingencia de Enfermedades Crónicas * Sexo de los usuarios, de Sanatorio, período comprendido entre el 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017. Montevideo.



* Fuente: Entrevistas, de Sanatorio, período comprendido del 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017.

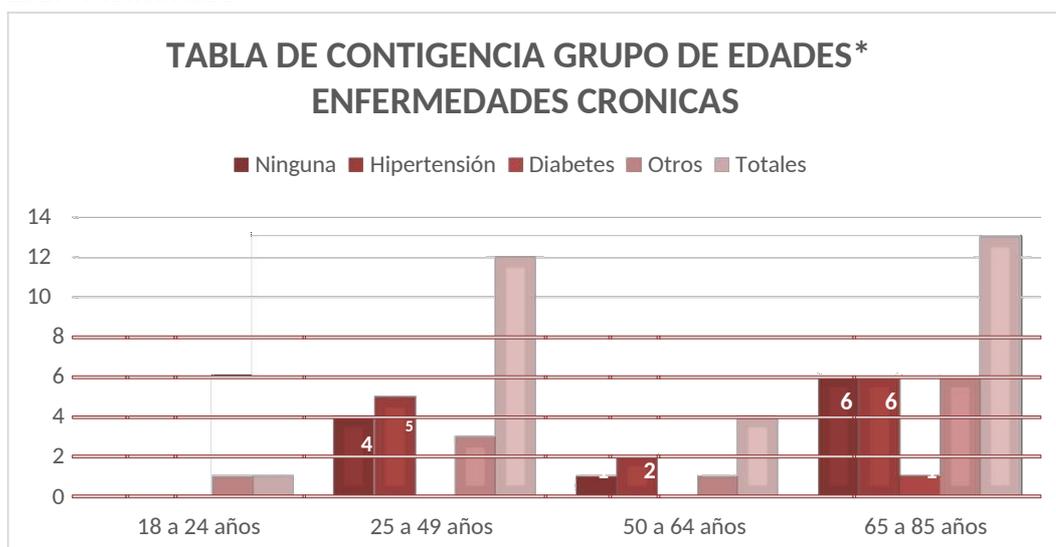
Variable Grupo de Edades * Enfermedades Crónicas:

Tabla 1: Tabla de contingencia de Grupo de Edades* Enfermedades Crónicas de los usuarios, de trabajo de Investigación, período comprendido entre el 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017. Montevideo.

Grupos de Edades Enfermedades Crónicas	Ninguna	Hipertensión	Diabetes	Otros	Total
18 a 24 años	0	0	0	1	1
25 a 49 años	4	5	0	3	12
50 a 64 años	1	2	0	1	4
65 a 85 años	6	6	1	6	13
Total	11	13	1	5	30

* Fuente: Entrevistas, de Sanatorio, período comprendido del 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017.

Gráfica 1: Grafica de Contingencia de Grupo de edades * Enfermedades Crónicas, de Sanatorio, período comprendido entre el 1 de Diciembre al 22 de enero del 2017. Montevideo.



* Fuente: Entrevistas, de Sanatorio, período comprendido del 1 de Diciembre al 22 de Enero del 2017.

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 19 de Abril de 2017.

Protocolo de Investigación No.2016/006

Título: "Como afectan las actividades de la vida diaria (AVD) en pacientes colecistectomizados hospitalizados en un sanatorio de Montevideo en el 2016.

I.P.: Br. Andrea Bianco

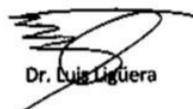
Habiéndose presentado aval de la Licenciada Laura Batista, Jefe del Dpto de Enfermería y requiriéndose al Dr. Gustavo Arroyo informe al respecto, este comité, considerando el protocolo presentado y tratándose de un trabajo de Investigación final para graduación como Licenciado en Enfermería de los integrantes del estudio, este Comité resuelve **aprobar** el presente protocolo.

Los Investigadores deberán presentar copia de informe final a este Comité.

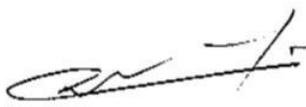
Notifíquese al responsable del Protocolo de Investigación a los efectos que correspondan.



Dra. María Sica



Dr. Luis Uguiera



Dr. Osvaldo Martinez



Q.F. Susana Pertuso



Lic. María Miotti