

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**PERFIL DEL PACIENTE POSTRADO ATENDIDO POR EL EQUIPO DE SALUD
DEL CESFAM GIL DE CASTRO DE VALDIVIA.**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

**JOHANNA RAMIREZ LAFUENTE
VALDIVIA-CHILE
2006**

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sra. Gema Santander M.
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster en Salud Pública con mención en Epidemiología

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Profesores Informantes:

Nombre : Sra. Adela Sanguinetti V.
Profesión : Enfermera
Grados : Especialista en Oftalmología

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Nombre : Sra. Ana Reckmann
Profesión : Enfermera
Grados : Magíster en Salud Pública con énfasis en Nutrición

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

INDICE

	Pág.
RESUMEN	
SUMARY	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEORICO	3
3. OBJETIVOS	11
4. MATERIAL Y METODOS	12
5. RESULTADOS	21
6. DISCUSION	29
7. CONCLUSIONES	31
8. BIBLIOGRAFIA	33
ANEXOS	35

RESUMEN

La postración constituye un complejo problema de salud por la diversidad de procesos que intervienen en el individuo afectando su integridad física, psicológica, social y, por consiguiente, su calidad de vida. Esta investigación tiene como objetivo determinar el perfil del paciente postrado que es atendido por el equipo de salud del CESFAM Gil de Castro de Valdivia. El estudio es de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, de corte transversal. Se incluye a 75 pacientes de un tamaño muestral inicial de 93, que corresponde a personas que se encuentran postrados durante el primer semestre del año 2005 y que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria del CESFAM Gil de Castro de Valdivia, son excluidos del estudio 18 pacientes, de los cuales 10 fallecieron, 6 fueron derivados a su sector de origen y 2 en que no fue posible ubicar su domicilio. Se analizan variables biodemográficas, socioeconómicas y características relacionadas a la condición de postrado.

El perfil del paciente postrado corresponde a adulto mayor, de sexo femenino o masculino, del sector Petrohué, viudo, con un ingreso económico menor a \$ 100.000 mensual, que cuenta con una red de apoyo y que identifica como tal a familiares, algún grupo de la iglesia a la que pertenece, amigos u otras instituciones. En cuanto al estado de postración, éste corresponde a etapa 4 según Escala ECOG, lo que implica que permanecen la mayor parte del día en cama y necesitan asistencia de enfermería, es causada por enfermedades cardiovasculares, tiene problemas gastrointestinales y de eliminación como complicación asociada a la postración, es hipertenso y/o diabético, pero que no ha tenido hospitalizaciones recurrentes en el último período. Está conforme con la atención recibida por el equipo de salud del CESFAM.

Para mejorar la calidad de vida de la población y lograr evitar la postración o atenuar sus complicaciones, los usuarios del programa sugieren: Visitas más frecuentes (por lo menos una vez al mes), Asistencia médica oportuna, Entrega de medicamentos al domicilio del paciente cuando éste no pueda concurrir personalmente o no cuente con alguien de confianza para el retiro de éstos, Consejería en cuanto a su enfermedad y apoyo psicológico al paciente y su familia, entre otras.

Se sugiere, además, la realización de sesiones educativas, contactar grupos de voluntariado que sirvan de red de apoyo, evaluación del estado nutricional de los pacientes, terapias de apoyo psicológico, evaluación por Asistente Social en los casos sociales justificados, libro de felicitaciones, reclamos y sugerencias, capacitación del equipo que brinda la atención, donde se traten temas de geriatría y otros.

SUMMARY

The prostration constitutes a complex problem of health due to the diversity of processes that take part in the persons affecting their physical integrity, psychological, social and therefore their life's quality. This investigation has the objective to determine the profile of the prostrated patient who is taken care by the staff of health CESFAM (family health center) Gil de Castro of Valdivia. The study is of quantitative type, of descriptive design, comparative and of transversal cut. It includes 75 patients initial size of the sample of 93 people, that's corresponds to patients who are prostrated during the first semester 20005, 18 patients are excluded from the study, of which 10 have passed away, 6 were sended to their origin sector and 2 weren't located.

The profile of prostrated patient corresponds to a greater adult, with minimum difference between of the genus, of the Petrohue s area, widower, with a smaller economic entrance to monthly \$ 100.000, that count with a support net. The state of prostration is caused mainly cardiovascular diseases, as associate complication gastrointestinal problems and of elimination are pronounced, he or she is hypertense and/or diabetic, but he or she has not presented hospitalizations in the last period and he or she is agree with the attention received by the staff of health of the CESFAM.

In order to improve the life's quality of our population and try to avoid the prostration or attenuate its complications, the users of the program suggest: more frequent visits (at least once to the month), oportune medical aid, delivery of medicine to the patient's house when the physical conditions don't permit to them. Advice about their disease and psychological support to the patient and its family, among others.

At the end of this investigation it propose to do educative's sessions programmed to the patient and their familiar group in relation to the disease and the handling of this, wich could be important grouped by common cares. Also it would be important to count with voluntary that serve as support net for they and this patient who don't have it and also like generators of manual activities and recreative and even activities that contributes economics income for the caretakers of these patients, to count with nutritional and psychological consulting and with a periodic social assistant for the patient and their family. Of the view point of the health service it would be important count with the support of professionals who increase the capacity, of the CESFAM staff, for resolve any problem and keep them updated in sanitary subjects, legal and psycho-social related to the cares that require these patients. Other suggestion is to count with a book that allows to express the congratulations, claims and suggestions of the usuary population.

1. INTRODUCCIÓN

A raíz de los cambios sociodemográficos, epidemiológicos, económicos, el siglo XXI ha sufrido grandes modificaciones en todos sus ámbitos, uno de ellos es la estructura poblacional. Así, en Chile, se estima que el 11,36% de la población supera los 60 años de edad (Censo Nacional de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística 2002), donde del 3 al 7% de los ancianos se encuentra en estado de postración; si la esperanza de vida va en aumento y las enfermedades crónico-degenerativas, que hoy día ocupan los primeros puestos en la mortalidad general de nuestro país especialmente en la población mayor de 65 años, de acuerdo a los indicadores de mortalidad general por grandes grupos de causas del ministerio de salud, podríamos pensar que el número de pacientes postrados e imposibilitados de realizar sus actividades de la vida diaria aumente también.

Este panorama hace necesario organizar los Centros de Atención Primaria, donde la Atención Domiciliaria al Paciente Postrado es un gran desafío para la Enfermería emergente, ya que ésta cumple un rol fundamental de asistencia y apoyo hacia los pacientes en tal estado, muchas veces incapacitados para realizar sus actividades de rutina.

Pero, para que la atención que otorga Enfermería sea realmente efectiva, es esencial pesquisar antecedentes e identificar condiciones físicas, emocionales y sociales, presentes en la postración y discapacidad; es por ello que se hace necesaria una investigación que describa el perfil del paciente postrado, para así identificar a la población vulnerable y dirigir todos los esfuerzos hacia ese grupo en particular, ya que, si bien, en ciertas ocasiones no es posible evitarlo, al menos podemos atenuar los efectos de una mala evolución y prevenir complicaciones a futuro, donde el objetivo primordial no es prolongar la vida, sino, asegurar una mejor calidad de vida para el paciente postrado y su familia.

Entre las muchas razones que me han motivado para realizar esta investigación, resalta una especialmente importante para mí, soy hija de un adulto mayor impedido, en cierta medida, de desplazarse y realizar sus actividades cotidianas; yo, como pronta profesional de enfermería, haría todo lo que estuviera a mi alcance para evitar el dolor de una persona y que llegue a un estado de incapacidad total.

Ponerse en el lugar del otro es la esencia de la enfermería, en la experiencia clínica se encuentra muchas veces a personas postradas que necesitan de nuestra asistencia y ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, cómo no pensar en su dolor, en sus familias, y por qué no en un morir más digno.

2. MARCO TEORICO

Según el kinesiólogo Sr. Segundo Salas M., la inmovilización o postración puede definirse como “una restricción o limitación física de los miembros y del cuerpo para realizar giros, sementar y deambular, lo que obedece a múltiples causas. La inmovilización conduce a una reducción de la actividad metabólica y una disfunción multisistémica”. Afirma que las consecuencias de ésta son independientes de su causa, pero que, en un adulto mayor, con déficit neurológico o músculoesquelético, los efectos repercuten mayormente en su capacidad funcional. **(4)**

Para Martínez GS, Calzada NLA, la postración es uno de los signos más comunes en pacientes en estado crítico debido a la diversidad de procesos músculoesqueléticos, neurológicos, metabólicos, endocrinos, y cardiovasculares, que ocasionan este problema. Entre las principales complicaciones derivadas de este estado menciona: presencia de úlceras por decúbito, disfunción respiratoria, urinaria, gastrointestinal y autotraumatismo. **(8)**

Por otra parte, el Consejo de Europa de Enfermería, en un estudio sobre el adulto mayor realizado en España, define dependencia como: “Estado en el que se encuentra una persona que por razones ligadas a la falta o pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual tiene necesidad de asistencia y/o ayuda importante, a fin de realizar actos corrientes de la vida”. **(13)**

Este problema de salud afecta, en su mayoría, a los adultos mayores, es frecuente que presenten enfermedades transitorias o permanentes, que los obligan a permanecer en cama, pues hay una serie de condiciones propias del envejecimiento que los hace más vulnerables:

- mayor fragilidad biológica, psicológica y social
- menor capacidad de respuesta a las modificaciones del medio
- pérdida de masa ósea
- aumento de la presión arterial
- alteración del sistema inmune

Sin embargo, esto no significa que los pacientes postrados sean sólo adultos mayores, también viven este problema personas de diferentes edades, aunque en un porcentaje mucho menor en relación a la tercera edad. Las causas que provocan el estado de postración en las personas no son iguales en todas las edades siendo las más frecuentes en el adulto mayor:

Enfermedades crónicas:

- Cardiovasculares: trombosis venosa, accidente vascular, infartos, úlceras varicosas, etc.
- Musculoesqueléticas: artrosis, osteoporosis, fractura de extremidades inferiores.
- Neurológicas: alzheimer, parkinson, demencia
- Pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Enfermedades degenerativas:

- Cáncer
- Alzheimer

En las edades más tempranas las causas más frecuentes son: traumáticas (accidentes), de origen mental; dentro de las complicaciones para todas las edades destacan, entre las sociales: pérdidas del empleo, actividades de esparcimiento, de relaciones sociales, de la capacidad de autocuidado; en el área psicológicas: depresión, temor a las caídas, pérdida del control e incapacidad aprendida y en la parte física: caídas, incontinencia fecal y urinaria, úlceras por decúbito, trombosis venosa profunda, pérdida de fuerza, embolia pulmonar. (3)

La actividad, tanto física como psíquica, es indispensable para mantener o aumentar la capacidad de cualquier órgano o sistema, ya sea el cerebro, los músculos o el sistema circulatorio, cuando una persona permanece postrada esta capacidad funcional se ve disminuida y más aún en el adulto mayor, por el deterioro progresivo que éste sufre y que lo hace especialmente vulnerable de perderla.

Dependiendo de la condición del paciente, la capacidad funcional se puede recuperar completamente o sólo parte de ella, para ello es necesario evaluar periódicamente los cambios en su estado, así se han creado varias escalas relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), que han sido validadas y que miden el grado de dependencia del paciente postrado.

1. Índice de Katz: escala jerarquizada que abarca seis áreas: baño, vestido, higiene, alimentación, eliminación y movilidad.
2. Índice de Barthel: escala mucho más completa que la de Katz, valora 10 esferas y da un resultado numérico, la movilidad la desglosa en: transferencias sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras.

Resultados:

- Menos de 20: dependencia total.
- 20-35: dependencia grave
- 40-55: dependencia moderada.
- Más de 60: dependencia leve
- 100: totalmente independiente.

3. Índice de Lawton: valora actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), aplicable a ancianos que viven solos y sin apoyos institucionales, mide la capacidad del anciano para vivir con total autonomía en su domicilio. La escala mide 8 ítems:

- Usa el teléfono
- Comprar solo
- Lavar ropa
- Uso de medios de transporte
- Manejo de su economía
- Toma medicación
- Hacer la comida
- Cuida la casa

4. Enfermería tiene una escala de valoración de los niveles de dependencia, según el Modelo de Virginia Henderson:

Independencia: consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados o que realiza por sí misma algunas acciones sin ayuda ajena.

Dependencia: incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, acciones que le permitirían, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

Nivel 0: la persona satisface por sí misma las necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su equilibrio, sigue un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o prótesis sin ayuda.

Nivel 1: la persona necesita a alguien para que lo enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su equilibrio, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.

Nivel 2: la persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o prótesis.

Nivel 3: la persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.

Nivel 4: la persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.

Nivel 5: la persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento y no puede de ningún modo participar en ello. (13)

5. Existe, además, una escala para medir el grado de dependencia de los adultos mayores, llamada Performance Status o escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), que es la que se utiliza actualmente en el CESFAM Gil de Castro y que se aplicará en el estudio para determinar el grado de postración de los individuos que participen en éste.

Performance Status

Etapas 0: Actividad Normal

Etapas 1: Síntomas de enfermedad, ambulatorio y capaz de desarrollar las actividades del diario vivir.

Etapas 2: Ambulatorio más del 50% del tiempo. Necesita asistencia sólo ocasionalmente.

Etapas 3: En cama más del 50% del tiempo. Necesita cuidados de enfermería.

Etapas 4: Postrado. Debe permanecer en cama o sentado permanentemente. Necesita cuidados de enfermería.

También existen escalas validadas que miden la función mental del anciano a través de entrevistas que valoran si el anciano vive sólo, si tiene hijos cerca, cómo es la relación con su familia, por ejemplo. **(6-11)**

El envejecimiento de la población ha generado grandes desafíos en salud a nivel mundial, conforme aumentan los años, aumentan las enfermedades invalidantes. El deterioro funcional aparece como “destino común al que confluyen las consecuencias de las enfermedades y la condición de fragilidad de los adultos mayores (AM).” Por ello, el objetivo final no radica tanto en aumentar la expectativa de vida sino en aumentar los años libres de discapacidad o vida activa en el anciano.

Las estadísticas muestran que hasta un 20% de los AM de países en vías de desarrollo tienen importantes dificultades en su desplazamiento y la mitad de ellos se encuentran en estado de postración. **(3)**

Según datos publicados en el texto “El Buen Envejecer”, en América Latina el envejecimiento de la población ha tenido un rápido crecimiento en menos de 30 años y junto con el proceso de envejecer la población se va haciendo cada vez más pobre, por lo que también aumentan las enfermedades crónicas, degenerativas e invalidantes y las demandas en salud, donde los recursos sanitarios se hacen insuficientes para hacer frente a esta situación.

Se espera que para el año 2030, China tenga más del 40% de la población sobre los 65 años de edad y en Japón, la mitad de los adultos mayores tendrá sobre 75 años de edad, por lo pronto hay una gran necesidad de prolongar la vida útil de los mayores contribuyendo a una mejor calidad de vida para que sigan trabajando y reasuman responsabilidades como ciudadanos sanos y activos. (7)

Combatir la inmovilidad no sólo es importante para los ancianos, también lo es para el país, la sociedad y los sistemas de salud. En Chile, la esperanza de vida llega a los 75 años para los hombres y 80 para las mujeres, y se estima que, del total de los AM, entre un 3 a 7% permanece inválido o postrado (datos publicados en el año 2000 por el doctor Homero Gac Espinola del Programa de Geriátría y Gerontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile). Según el doctor Blacutt, internista de Clínica Alemana, los principales problemas que presentan estas personas son: desplazamiento, nutrición, riesgo de caídas, confusión de remedios, conflictos interpersonales y la monotonía diaria (depresión, soledad, etc.)(2)

El índice de vejez en la región de Los Lagos es de un 30,8% con un índice de dependencia de un 53,7%. En Valdivia la proporción de la población de 60 y más años en el año 2002 fue de un 11,17%. (9). Así, el número de pacientes adultos mayores en estado de postración atendidos en el CESFAM Gil de Castro para el año 2004, según sector era el siguiente: Lafquen Mapu: 42, Petrohue: 49, Antumalal: 3, lo que daba un total de 94 adultos mayores postrados. A la fecha, dicho establecimiento atiende alrededor de 124 pacientes postrados en su domicilio, de los cuales 49 son hombres y 79 son mujeres. A su vez, de los 124 pacientes, de acuerdo al Performance Status, el 41% se encuentra en un grado de postración con puntuación 3 y 4, lo que significa que estos pacientes están en cama más del 50% del tiempo y necesitan asistencia de enfermería, y el 59% se encuentra semipostrado y necesita asistencia sólo ocasionalmente. (Datos obtenidos del centro de estadística del CESFAM Gil de Castro y de las hojas de registro de pacientes que utiliza el programa)

Por otra parte, en un estudio realizado por el doctor Jaime Vallejos en la localidad de Río Bueno en el año 2002, específicamente en el sector de La Cantera se pudo constatar que un 10% de las personas mayores de 65 años estaban en estado de postración y que, entre las causas que la provocaban, se encontraban enfermedades crónicas no transmisibles, el cáncer y enfermedades degenerativas, siendo las patologías de mayor prevalencia la hipertensión arterial crónica (50% de los casos), la desnutrición (33% de los casos) y el alcoholismo crónico en un porcentaje similar. El 50% eran mujeres y un 50% eran hombres. Del total de pacientes postrados, un 67% de los sujetos tenía un nivel socioeconómico medio y el 33% restante correspondían a un nivel medio-bajo y bajo. El analfabetismo fue mayor en los hombres y alcanzó a un 66%.

Entre las causas de postración el Dr. Jaime Vallejos destaca las siguientes: de índole corporal (minusvalías diversas, claudicación al caminar, ceguera), emocional (el deseo de morir, el temor a vivir el proceso de morir, el temor mismo a la muerte), económicos (pérdida del trabajo, disminución de ingresos), familiares (conflicto con los integrantes por el tratamiento, codependencia, readecuación de roles) y social (el abandono). **(12)**

Esta situación ha hecho que la demanda de servicios sanitarios aumente considerablemente a lo largo de todo el país y no sólo en Chile, sino que también en el resto del mundo, sobre todo en el Nivel Primario de Atención, donde la asistencia domiciliaria es fundamental para el bienestar del paciente postrado y su familia.

Enfermería se vuelve esencial en el cuidado de pacientes postrados que requieren asistencia domiciliaria, ya que es quien debe identificar las necesidades del paciente y actuar como agente satisfactor de ellas, involucrándose en la toma de decisiones que apunta directamente hacia su bienestar.

Considerando tal situación, el Ministerio de Salud aprobó un proyecto en el año 1999, el cual sigue vigente a la fecha, presentado por una profesional de enfermería del CESFAM Gil de Castro de Valdivia, la Sra. Ariela Bórquez, la que actualmente es supervisora del programa, el que nace por una parte, de las demandas de los propios usuarios y, por otra, de la visión de una población envejecida con necesidades de atención en salud en el domicilio.

Ya desde el año 1995 las enfermeras del CESFAM Gil de Castro atendían a pacientes en su domicilio en el marco del Programa del Adulto, pero todavía no existía un programa específico para tales fines. En julio de 1998 comienza, a nivel de Ministerio de Salud, el Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a pacientes con cáncer terminal, pero que aún no consideraba a los pacientes postrados por otras causas, y en el año 1999 se puso en marcha el Programa de Atención Domiciliaria y parte como piloto en la ciudad de Valdivia a nivel de Servicio de Salud, particularmente en el Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV) a cargo de la química-farmacéutica Claudia Schramm y el médico internista Francisco Saldías, donde los pacientes con diagnóstico de cáncer, en su etapa terminal, son derivados desde el Policlínico del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del HCRV al programa para recibir atención paliativa en su domicilio, habiendo nexo entre la atención primaria y secundaria para el ingreso y tratamiento del paciente; los pacientes postrados que no tienen diagnóstico de cáncer terminal y que presentan otras causas ingresan directamente desde el CESFAM previa evaluación de la enfermera encargada del programa. En enero del año 2002 se recibe la primera implementación e insumos y, a partir de diciembre del mismo año comienza a operar el Programa de Atención Domiciliaria Integral al paciente postrado y Cuidados Paliativos en el CESFAM Gil de Castro, con recursos propios a cargo de dos enfermeras y dos técnicos paramédicos.

Objetivo del Programa: Brindar atención integral de salud en el domicilio de los pacientes postrados y terminales con el fin de que su calidad de vida sea placentera y digna, especialmente en su sentir físico y espiritual durante su última etapa de vida, ayudando a un mejor morir junto a su familia y sus seres queridos en un ambiente cálido y armonioso.

Objetivos específicos:

- Realizar atención directa integral al paciente y familia de acuerdo a diagnóstico y necesidades.
- Integrar y capacitar continuamente al grupo familiar para estar en condiciones de atender al paciente en su domicilio.
- Prevenir y tratar toda alteración de las necesidades biosicosociales y de la unidad del paciente y familia, coordinando redes de apoyo con instituciones de beneficencia y voluntariado y grupos organizados de la comunidad.
- Controlar y aliviar el dolor en todos los pacientes oncológicos adheridos al programa y consolar a las familias durante el duelo.

Quiénes pueden ser beneficiados con el programa:

- Personas con alto nivel de discapacidad por deterioro crónico de su estado de salud (postrados permanentes) o con alto nivel de incapacidad por enfermedades debilitantes de evolución rápida (postrados temporales) o con supervisión especializada.
- Personas en estado terminal.

Sistema de registro

Cada establecimiento debe registrar esta actividad en la hoja diaria de registro de atención domiciliaria correspondiente, sin embargo, para fines de monitoreo deberá contar de manera indispensable con la siguiente información: edad del paciente, sexo, diagnóstico médico, clasificación por motivo de la atención.

Recursos con que cuenta el programa:

-Recurso Humano: equipos de salud sectoriales de cada Centro de Salud y recursos contratados específicamente para el programa, entre ellos:

- 2 enfermeras con 6 horas diarias cada una
- 2 técnicos paramédicos con 6 horas diarias cada uno
- equipo de salud existente en cada establecimiento o sector.

-Recursos de apoyo: vehículos de los centros de salud, equipamiento para entregar en comodato (sillas de ruedas, bastones, burritos, colchones antiescaras, mesas de alimentación, etc), equipamiento para atención directa e implementación administrativa (máquina de aspiración, maletines de terreno equipados, caja de transporte de insumos y muestras, kardex, vitrinas clínicas, etc.).

Actividades que incluye el programa:

- Visita domiciliaria integral
- EFAM (Examen Funcional del Adulto Mayor)
- Procedimiento de apoyo diagnóstico y terapéutico.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el perfil del paciente postrado atendido por el equipo salud del CESFAM Gil de Castro, primer semestre año 2005 y percepciones y/o sugerencias de los usuarios en relación al Programa de Atención Domiciliaria.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el grupo estudio según sector de atención, sexo, grupo etario, estado civil, ingresos económicos presencia de redes de apoyo y tipos de ésta.
2. Identificar en el grupo estudio el grado de postración según escala ECOG, los años de postración y la relación entre estas variables.
3. Determinar las causas más frecuentes de postración en dichos pacientes.
4. Identificar las principales complicaciones que afectan a estos pacientes.
5. Establecer el número de hospitalizaciones en el paciente postrado en los últimos tres meses.
6. Determinar la existencia de enfermedades concomitantes en los pacientes postrados y cuáles de ellas son las más frecuentes
7. Enunciar percepciones y sugerencias aportadas por el grupo estudio que beneficien aún más el Programa de Atención Domiciliaria del paciente postrado.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Investigación de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, de corte transversal.

4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población a estudiada correspondió a una muestra de 93 de un universo de 124 personas, pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Paciente Postrado y Cuidados Paliativos del CESFAM Gil de Castro de Valdivia, al 30 de junio de 2005. La muestra presentó variaciones según criterios de exclusión preestablecidos.

La determinación del tamaño de la muestra se realizó sobre la base de un muestreo aleatorio simple en una población infinita con corrección para población finita, mediante una fórmula para dicho fin.

Debido a que el universo de la población fue un número relativamente bajo, la muestra corresponde a un 75% de éste, según la fórmula utilizada. La selección de los pacientes para participar en el estudio se obtuvo del cuadro XXXIII de Fisher y Yates, publicado en Londres por Longman Group Ltd. (3), el cual está compuesto por una secuencia de 1000 números distribuidos al azar; los pacientes que conforman el universo de la muestra fueron enumerados consecutivamente, el paciente seleccionado corresponde al número con el cual ha sido identificado y que se ha tomado del cuadro, completamente al azar. Este procedimiento se repitió hasta completar el tamaño de la muestra dado por la fórmula. Se solicita consentimiento para la aplicación del instrumento.

4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. No consentir para el estudio.
2. Cuestionario incompleto.

3. Fallecimiento del paciente durante el período de estudio.
4. No encontrar el domicilio del paciente o que éste sea de difícil acceso.

4.4 LUGAR DE DESARROLLO

CESFAM Gil de Castro Valdivia. Valdivia Chile

4.5 TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS.

Los datos obtenidos en el instrumento aplicado se cuantificaron por cada pregunta, luego se realizó el análisis y comparación de los resultados a través de tablas y gráficos, que determinaron el perfil del paciente postrado, para ello se utilizó el programa computacional Excel XP creando una matriz de datos, luego se utilizó el programa SPSS, el cual da la combinación de las variables que se desea, graficándolas posteriormente.

Para determinar la relación entre los años de postración y el grado de ésta, se realizó una prueba estadística llamada χ^2 (chi- cuadrada), la cual se utiliza para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables. Para ello se utilizó un paquete estadístico para computadora y se calculó a través de una Tabla de Contingencia o Tabulación Cruzada, cuyo valor debe estar entre 0,01 y 0,05; cuando el p valor es superior al valor esperado se dice que no es estadísticamente significativo.

4.6 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó un instrumento de elaboración propia para la recopilación de la información requerida para el estudio aplicado por la investigadora en la mayoría de los casos, ya que las condiciones físicas y psíquicas de los pacientes lo requerían, éste consiste en un cuestionario con tres ítems, uno con datos generales del paciente, el segundo relativo a su condición de postrado, cabe destacar aquí, que en lo que se refiere al grado de postración se incluye en el instrumento la escala utilizada actualmente en el CESFAM Gil de Castro llamada Escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) o Performance Status la cual se aplicó para determinar el grado de postración de los pacientes en estudio; y el tercero que guarda relación con la atención recibida y sugerencias posibles para mayor beneficio del Programa, el cual será aplicado por la investigadora previo consentimiento informado de los pacientes.

4.7 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Sector: Distribución en relación a sectorización que utiliza el CESFAM para la atención de las personas.

Edad: Número de años que ha vivido una persona a contar del momento en que nace.

Sexo: Género al cual pertena persona y que permite distinguir entre:

Femenino
Masculino

Estado Civil: Situación de las personas dada por determinados aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del Registro Civil y conyugal. La enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente:

Soltero/a
Casado/a
Separado/a-Divorciado/a
Viudo/a
Conviviente

Ingresos económicos: cantidad de dinero que una persona percibe mensualmente.

No percibe ingresos:
Menos de 100.000
Entre 100.000 y 250.000
Mas de 250.000

Años de postración: Número de años que permanece una persona en tal estado.

5 o menos:
Entre 5 y 10:
Más de 10

Grado de postración: escala (Performance Status) que mide el nivel de dependencia de un paciente postrado.

Performance Status – Escala ECOG.

Etapa 0: Actividad Normal

Etapa 1: Síntomas de enfermedad, ambulatorio y capaz de desarrollar las actividades del diario vivir.

Etapa 2: Ambulatorio más del 50% del tiempo. Necesita asistencia sólo ocasionalmente.

Etapa 3: En cama más del 50% del tiempo. Necesita cuidados de Enfermería.

Etapa 4: Postrado. Debe permanecer en cama o sentado todo el tiempo. Necesita cuidados de Enfermería

Causas de postración: factores y/o características extrínsecas e intrínsecas que determinan el estado de postración del paciente.

- Músculoesqueléticas
- Neurológicas
- Cardiovasculares
- Pulmonares
- Factores psicológicos
- Causas ambientales y iatrogénicas
- Tumores y procesos malignos
- Otras

Complicaciones de la postración: Consecuencias físicas, psicológicas y/o sociales derivadas del estado de postración de un paciente.

- Trombosis Venosa Profunda
- Ulceras por presión
- Respiratorias
- Gastrointestinales y de eliminación
- Psicológicas (depresión, enfermedad mental, ansiedad, angustia)
- Sociales (Aislamiento, pérdida del trabajo)
- Otras
- Ninguna

Presencia de enfermedades concomitantes: enfermedades de tipo crónicas y/o agudas que presenta un paciente paralelamente a su estado de postración y que son independientes de ella.

Frecuencia de hospitalizaciones: Número de veces que un paciente ha estado hospitalizado en un período determinado de tiempo.

Presencia de redes de apoyo: Personas o instituciones a las cuales pertenece una persona y que le otorgan ayuda para su bienestar físico, psicológico o social.

Percepción de la atención recibida: grado de calidad con que califica una persona, usuaria de una institución cualquiera, la atención recibida por la misma y que permite diferenciar entre:

Buena: la atención recibida es suficiente para satisfacer todas las necesidades del individuo.

Regular: la atención recibida satisface sólo las necesidades mínimas del individuo para subsistir.

Mala: la atención recibida no satisface en absoluto las necesidades del individuo

.

4.8 INSTRUMENTO

Nº DE FOLIO

Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Instituto de Enfermería

PROYECTO DE INVESTIGACION
“PERFIL DEL PACIENTE POSTRADO ATENDIDO POR EL EQUIPO DE SALUD DEL
CESFAM GIL DE CASTRO VALDIVIA”

Especificaciones:

1. Utilice lápiz pasta
2. Encierre en un círculo la alternativa que corresponda, evitando marcar fuera de ésta
3. Si desea anular una respuesta, remarque completamente el círculo y seleccione su nueva respuesta

I) Características del paciente:

1.- Sector:

Uso interno

- 1) Petrohue 2) Antumalal 3) Lafquen Mapu

2.- Sexo:

Uso interno

- 1) Femenino 2) Masculino

3.- Edad: _____ años

Uso interno

4.- Estado Civil:

- 1) Casado/a
- 2) Soltero/a
- 3) Separado-Divorciado/a
- 4) Viudo/a
- 5) Conviviente

5.- Ingresos Económicos:

Uso interno

- 1) No percibe ingresos:
- 2) Menos de 100.000
- 3) Entre 100.000 y 250.000
- 4) Más de 250.000

Página 1

II) Características de la enfermedad

1.- Grado de Postración:

Uso interno

Performance Status – Escala ECOG.

- 1) Etapa 0 2) Etapa 1 3) Etapa 2 4) Etapa 3 5) Etapa 4

2.- Años de Postración:

Uso interno

- 1) 5 o menos 2) Entre 5 y 10 3) Más de 10

3.- Causas de la postración:

Uso interno

- 1) Musculoesqueléticas
2) Neurológicas
4) Cardiovasculares
8) Pulmonares
16) Factores psicológicos
32) Causas ambientales y iatrogénicas
64) Tumores y Procesos Malignos
128) Otras

4.-Complicaciones derivadas de la postración:

Uso interno

- 1) Trombosis Venosa Profunda
2) Ulceras por presión
4) Respiratorias
8) Gastrointestinales y de eliminación
16) Psicológicas: a) depresión b) enf. Mental c) ansiedad, angustia
32) Sociales: a) Aislamiento b) Pérdida del trabajo
64) Otras
128) Ninguna

5.- Número de hospitalizaciones en los tres últimos meses:

Uso interno

- 1) Ninguna
2) 2 o menos
3) 3 o más

6.- Enfermedades concomitantes

Uso interno

1) Sí

2) No

Si su respuesta es sí indique cuál/es:

- 1. Diabetes Mellitas
- 2. Hipertensión Arterial
- 4. Cardiovascular
- 8. Músculoesqueleticas
- 16. Cáncer
- 32. Respiratoria
- 64. Neurológica
- 128. Otra

Uso interno

--	--	--

7.- Presencia de redes de apoyo:

Uso interno

1) Sí

2) No

Si su respuesta es sí indique cuál/es:

Uso interno

--	--

- 1. Familia
- 2. Amigos
- 4. Religioso
- 8. Otra

III) Respecto al Programa de Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos:

1.- ¿Cuál es su percepción en relación a la atención recibida?

Uso interno

1) Buena:

2) Regular

3) Mala

2.- De las actividades y procedimientos que se realizan en el Programa de Atención Domiciliaria, ¿qué cambiaría Ud.? Fundamente.

Uso interno

1) Frecuencia de las visitas

16) Curaciones

--	--	--

2) Duración de las visitas

32) Control de signos vitales

4) Toma de exámenes

64) Asistencia médica

8) Entrega de medicamentos

128) Consejería

512) Otras

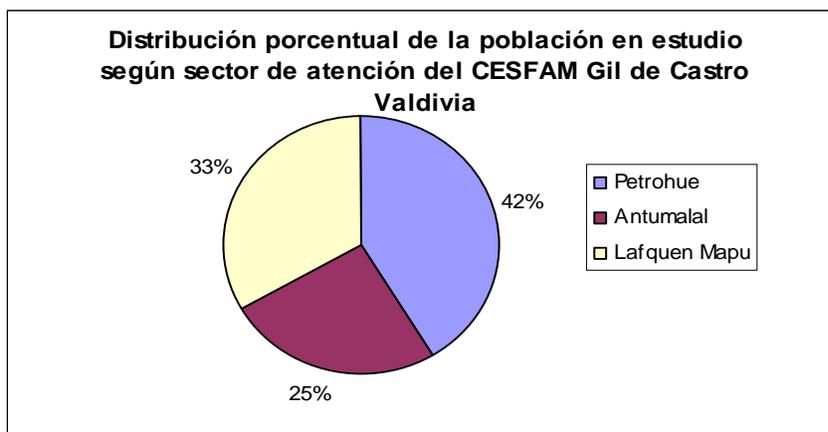
256) Ninguna

Fundamento: _____

MUCHAS GRACIAS

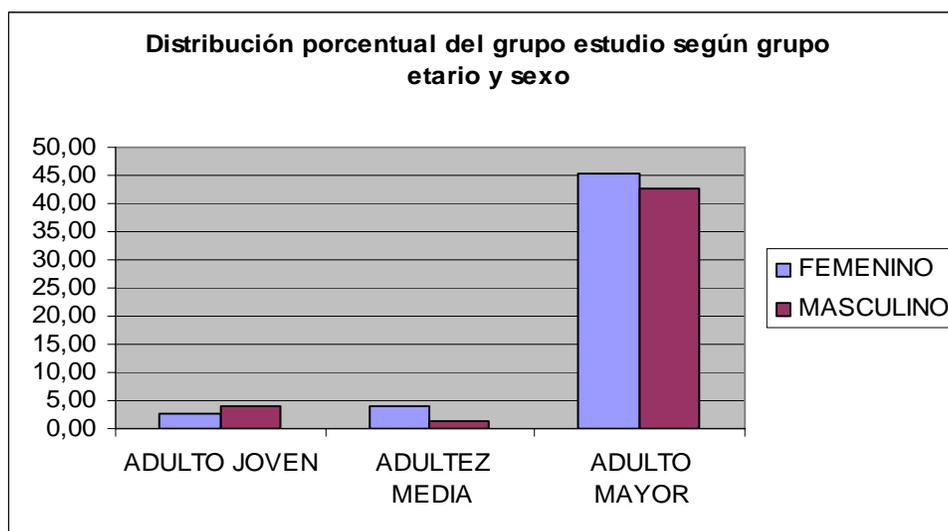
5. RESULTADOS

GRÁFICO 1



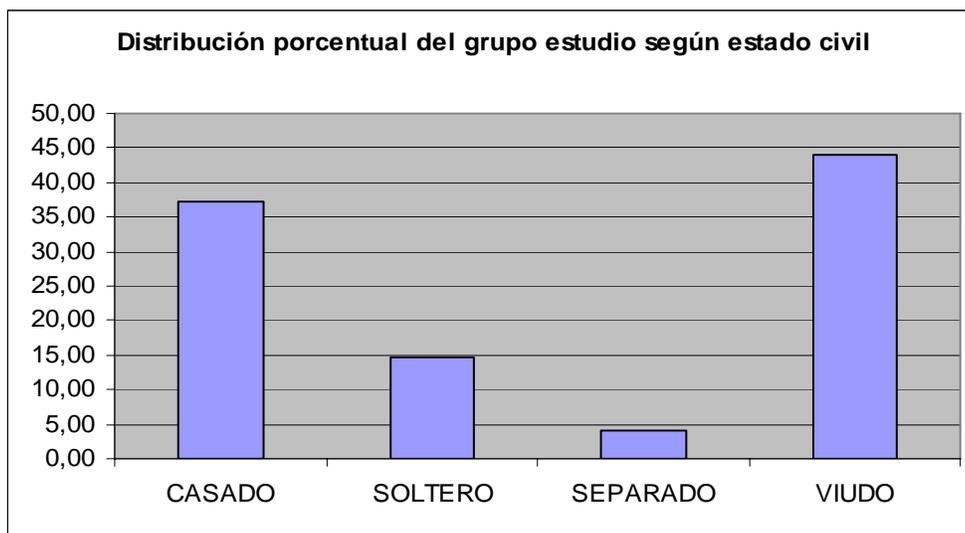
El gráfico muestra la distribución de los pacientes estudiados según sector de atención del CESFAM, donde la mayor parte de éstos pertenece al sector Petrohué, luego Lafquen Mapu y en menor proporción al sector Antumalal.

GRÁFICO 2



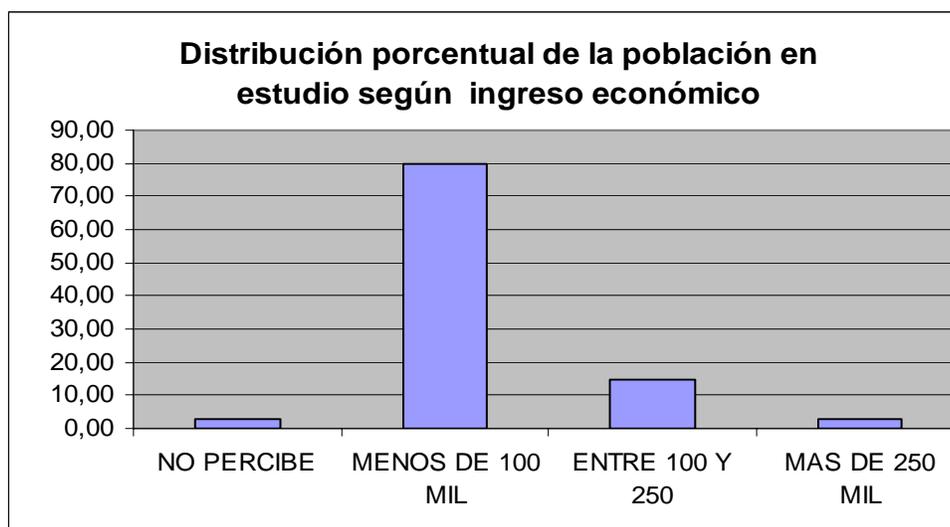
El gráfico N° 2 muestra que, del total de los pacientes estudiados, la mayoría (88%) pertenece al grupo de los adultos mayores no predominando de manera importante un sexo en particular, excepto en la etapa de la adultez joven donde el sexo masculino supera levemente sobre el femenino

GRÁFICO 3



En el gráfico N° 3 se aprecia que gran parte de los pacientes estudiados son viudos (44%) o están casados (37,33%) y que menos de un 20% se encuentra soltero o separado.

GRÁFICO 4



Este gráfico revela que la gran mayoría (80%) de los pacientes estudiados cuenta con un ingreso económico menor de \$ 100.000 mensual, el 14,67% tiene un ingreso entre \$100.000 y \$ 250.000 y que sólo un 2,67% supera estas cifras.

GRÁFICO 5

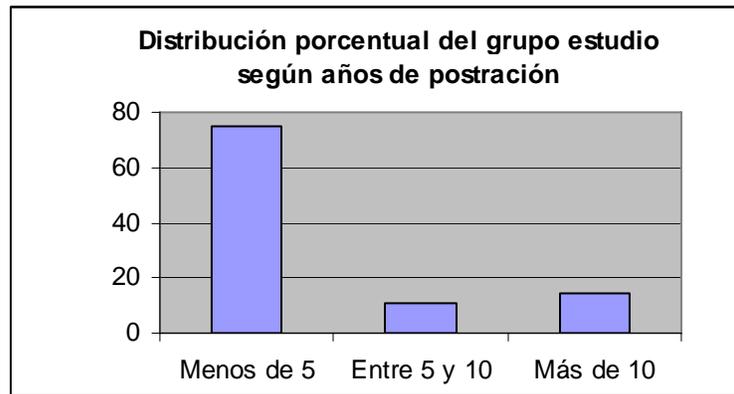
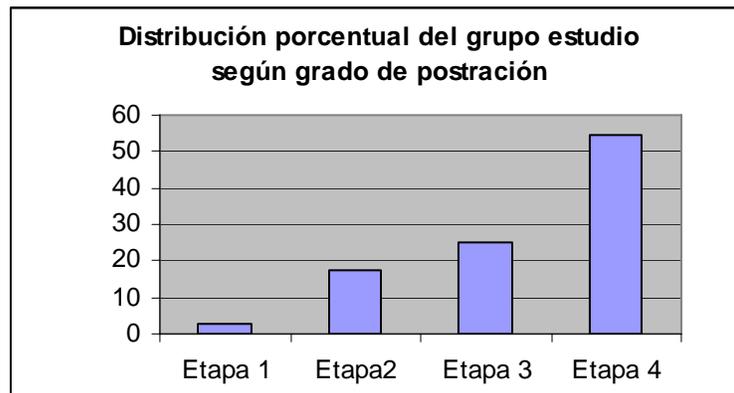


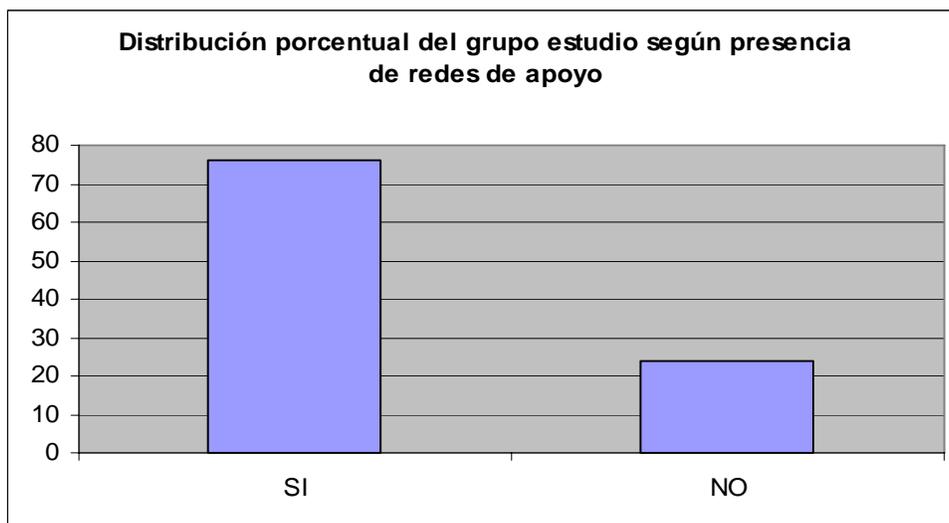
GRÁFICO 6



RELACIÓN ENTRE LOS AÑOS DE POSTRACIÓN Y EL GRADO DE ÉSTA

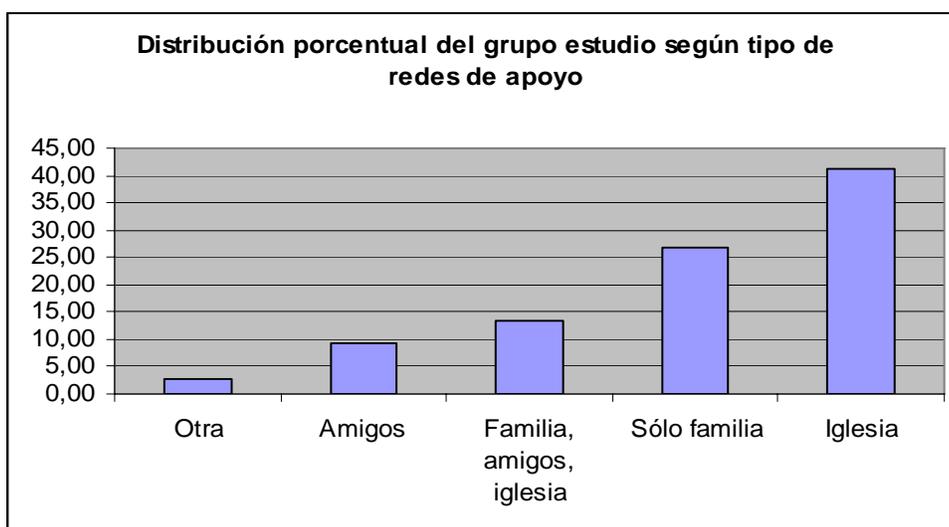
La Tabla de Contingencia o Tabulación Cruzada arrojó un p valor = 0,66 que es superior al nivel de significancia esperado, cuyo valor debe estar entre 0,01 y 0,05; cuando el p valor es superior al valor esperado se dice que no es estadísticamente significativo, por lo tanto las variables son independientes, es decir, no hay relación entre los años de postración y el grado de ésta.

GRÁFICO 7



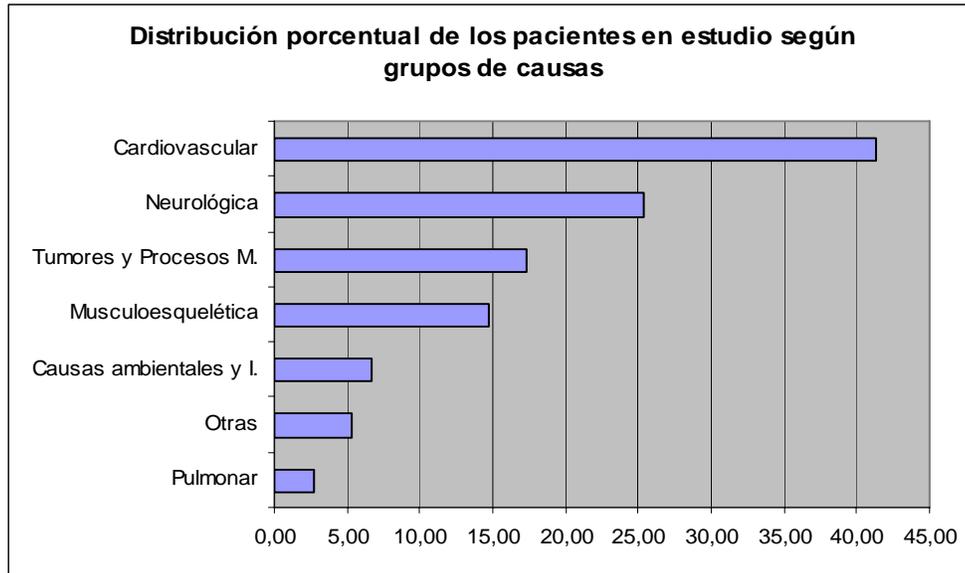
El gráfico N° 7 muestra que, del total de los pacientes en estudio, el 76% cuenta con al menos una red de apoyo, mientras que el 18% no la tiene.

GRÁFICO 8



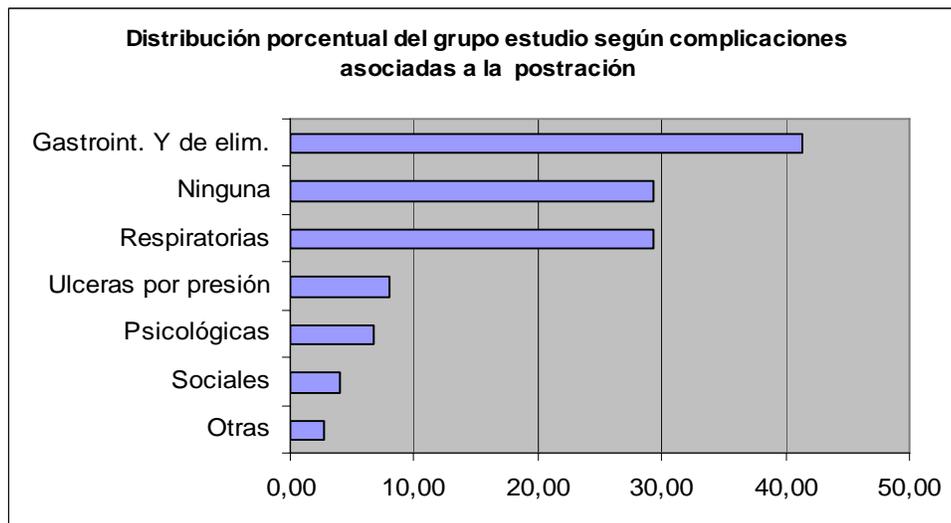
Este gráfico revela que los pacientes que cuentan con una red de apoyo identifican: algún grupo de la iglesia a la que pertenecen, sea ésta católica o evangélica (41,33%), un 26,67% identifica sólo a la familia, el 13,33% a la familia, amigos y/o grupos de la iglesia, el 9,33% a sus amigos y un 2,66% recibe apoyo de otras instituciones, tales como: grupos del adulto mayor, de pacientes diabéticos, etc.

GRÁFICO 9



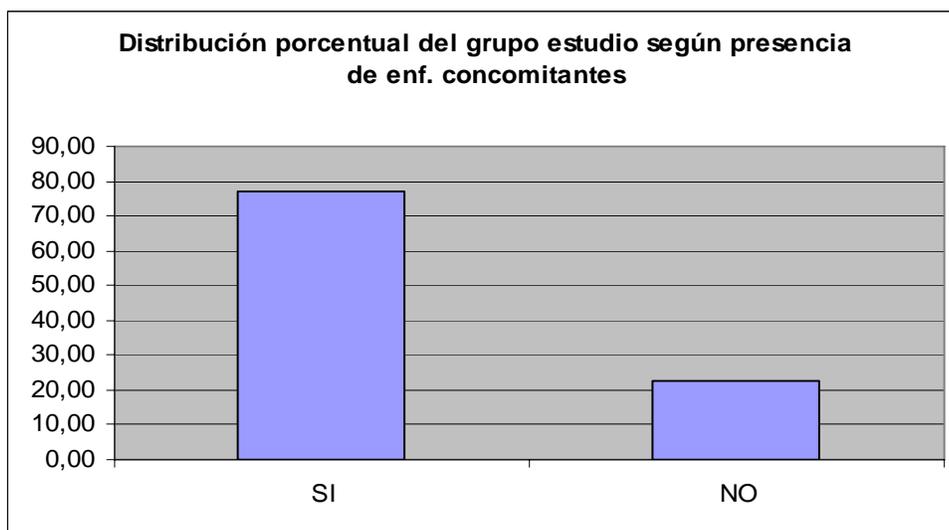
El gráfico muestra las causas de postración, siendo las más frecuentes en orden decreciente: Cardiovascular (41,33%), Neurológica (25,33%), Tumores y Procesos Malignos (17,33%), Musculoesquelética (14,66%), Causas ambientales y iatrogénicas (6,66%), Pulmonares (2,66%) y otras (5,33%).

GRÁFICO 10



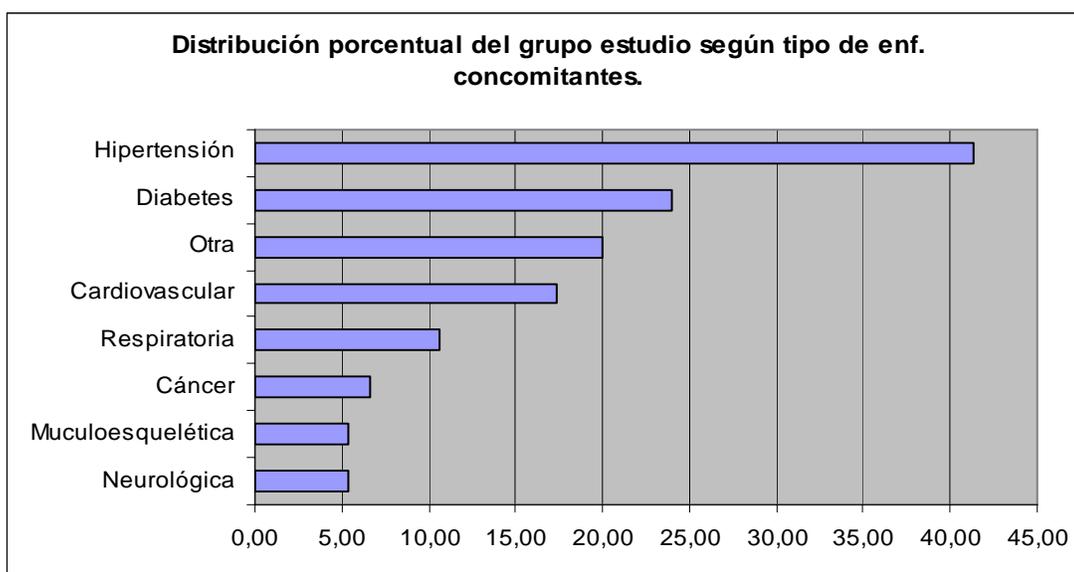
Este gráfico muestra las complicaciones asociadas a la postración, donde las más frecuentes fueron: Gastrointestinales y de eliminación (41,33%), Respiratorias (29,33%), Ulceras por presión (8%), Psicológicas (depresión: 6,66%), Sociales (pérdida del trabajo: 4%) y otras (2,66%).

GRÁFICO 11



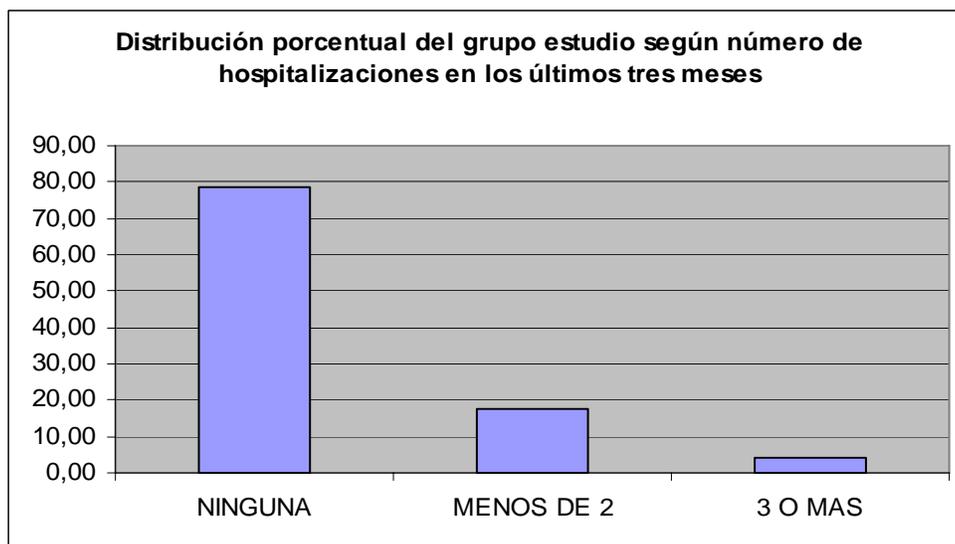
Aquí se muestra que, del total de los pacientes estudiados, el 77,33% presenta una o más enfermedades en forma paralela a su condición de postrado, sea ésta de tipo aguda o crónica.

GRÁFICO 12



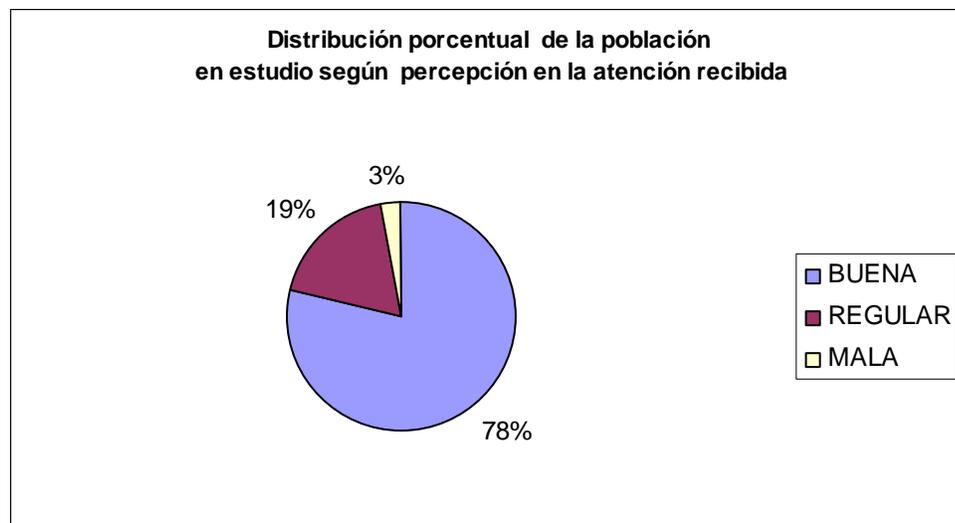
Las enfermedades concomitantes que estaban presentes con mayor frecuencia fueron: Hipertensión (41,33%), Diabetes Mellitus (24%), enf. Cardiovasculares (17,33%), Respiratorias (10,66%), Cáncer (6,66%), Musculoesquelética (5,33), Neurológica (5,33%) y Otras (20%)

GRÁFICO 13



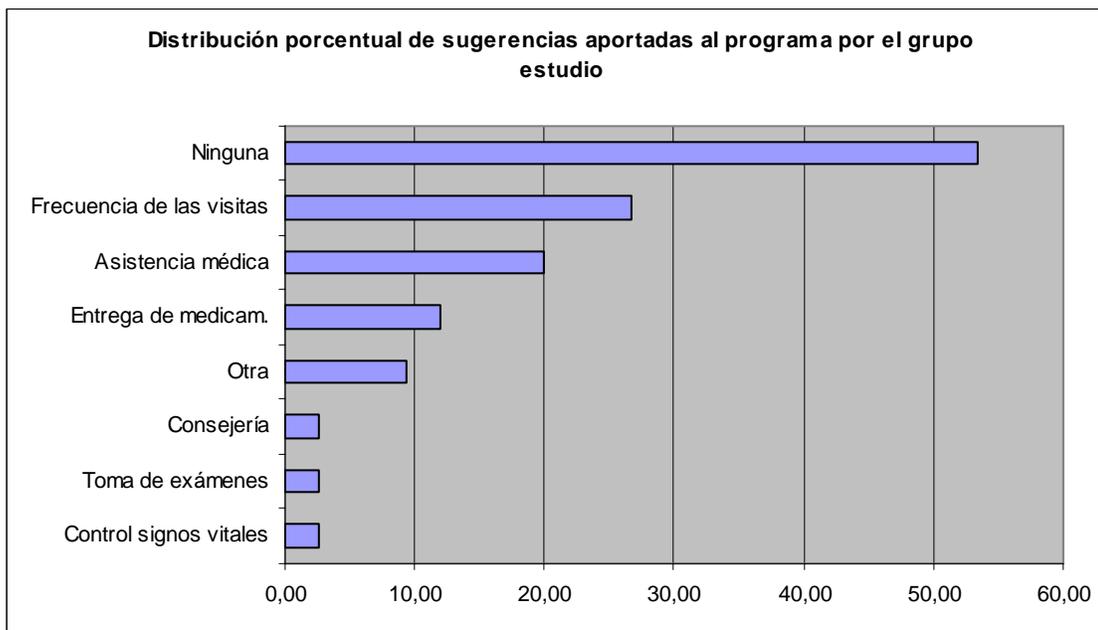
Este gráfico muestra que el 78,67% de los pacientes encuestados no presentó hospitalizaciones en los últimos 3 meses, mientras que un 17,33% presentó al menos 2 y solo un 4% más de 3.

GRÁFICO 14



En este gráfico se aprecia la percepción de los pacientes estudiados en relación a la atención recibida por el equipo de salud del CESFAM, donde el 78% califica la atención como buena, el 19% como regular y sólo un 3% la califica como mala.

GRÁFICO 15



Este gráfico da a conocer los aportes y sugerencias del grupo estudio en relación al programa para mayor beneficio de éste, destaca que la mayoría de los pacientes no realizaría modificaciones ya que se encuentran conformes con su funcionamiento actual, el porcentaje restante, en orden decreciente a sus demandas sugieren: aumento de la frecuencia de las visitas por lo menos una vez por mes, asistencia médica oportuna, entrega de medicamentos al domicilio del paciente, consejería en relación a su estado, tratamiento y/o cuidados de este mismo; toma de exámenes y control de signos vitales periódicos, además de otras sugerencias según sus casos particulares.

6. DISCUSIÓN

Si bien la postración no es un problema aún muy frecuente, pese al aumento de enfermedades crónicas, degenerativas e invalidantes en la actualidad, sí es un problema complejo de abordar debido a los múltiples procesos que determinan su aparición y las complicaciones asociadas que presenta, ya que repercute directamente en la calidad de vida de las personas que permanecen en este estado y les impide llevar una vida placentera.

Gran parte de la bibliografía citada menciona la postración asumiéndola como un problema de salud propio del adulto mayor, ya que de éste grupo el 3 al 7% está postrado en nuestro país. Esto coincide con las cifras arrojadas en la investigación, pues del total de pacientes estudiados el 80% son adultos mayores. En cuanto al estado civil de los pacientes, la bibliografía no menciona a qué grupo afecta más, sin embargo se habla como un problema más frecuente en el adulto mayor, por lo que también la mayoría deberían ser viudos o casados, que son los resultados obtenidos en este estudio.

En el año 2004 la postración afectaba mayormente a las mujeres, según los datos aportados por el Centro de Estadística del CESFAM Gil de Castro, por otra parte en el estudio realizado por el Dr. Jaime Vallejos en la localidad de Río Bueno, el 50% eran hombres y el 50% eran mujeres lo que coincide con los resultados de la investigación, ya que del total de pacientes estudiados no predominó un sexo en particular, excepto en la etapa del adulto joven, donde el sexo masculino supera levemente al femenino.

En el estudio realizado por el Dr. Jaime Vallejos, el 67% de la población tenía un nivel socioeconómico medio y el 33% restante correspondían a un nivel medio-bajo y bajo, sin embargo en el estudio realizado la mayoría (80%) de los pacientes cuenta con un ingreso mensual menor a los \$ 100.000, lo que corresponde a un nivel más bien bajo.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, degenerativas y el cáncer son las principales causas de la postración, como menciona el Dr. Jaime Vallejos en su estudio, lo que coincide con los resultados de la investigación. Por su parte las complicaciones asociadas a la postración con mayor frecuencia según Martínez GS Calzada son: úlceras por decúbito, disfunción respiratoria, urinaria, gastrointestinal y autotraumatismo, además se mencionan la trombosis venosa profunda, pérdida de fuerza, complicaciones psicológicas y sociales. El Dr. Blacutt, internista de la clínica alemana, identifica problemas de desplazamiento, nutricionales, riesgo de caídas, etc. lo que coincide solo parcialmente con los resultados obtenidos, donde las complicaciones encontradas con mayor frecuencia fueron:

gastrointestinales y de eliminación, respiratorias, úlceras por presión y otras de índole psicológico y social.

No existe relación entre los años de postración y el grado de ésta de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, por lo que las variables son totalmente independientes una de otra. Del total de la muestra estudiada, el 54,67% se encuentra en un grado 4 de postración de acuerdo a la escala Performance Status; según datos aportados por el CESFAM Gil de Castro en el año 2004 el 41% de los pacientes postrados tenía un Performance Status con puntuación 3 y 4, lo que significa que estos pacientes están en cama la mayor parte del tiempo y necesitan asistencia de enfermería.

La mayoría de los pacientes presenta enfermedades concomitantes, paralelo a su condición de postrado, la bibliografía menciona como las más frecuentes: hipertensión arterial crónica, desnutrición, alcoholismo crónico; esto difiere un poco con los resultados obtenidos, ya que las enfermedades concomitantes encontradas con mayor frecuencia fueron: hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, etc., pero pese a la fragilidad que presentan estos pacientes por su condición de postrados y cronicidad, la mayoría no ha presentado hospitalizaciones en los últimos tres meses y sólo alrededor de un 17% presentó menos de dos en ese período.

La presencia de redes de apoyo es importante para el paciente postrado por las múltiples limitaciones físicas y sociales a las que se ve enfrentado, gran parte de los pacientes estudiados cuenta con al menos una red de apoyo, dentro de las cuales identifica a la familia, amigos, grupos de la iglesia y otras instituciones, sin embargo la mayoría identifica sólo a su grupo familiar, por ello es esencial incorporar a toda la familia en el tratamiento y cuidados que demandan estos pacientes, como se describe en la bibliografía.

Los pacientes que pertenecen al programa de atención domiciliaria del CESFAM Gil de Castro de Valdivia se sienten satisfechos con la atención recibida, y, pese al buen funcionamiento del programa calificado por ellos mismos, han aportado sugerencias para mayor beneficio de éste, para ello los pacientes sugieren: visitas domiciliarias por lo menos una vez al mes, Asistencia Médica oportuna, Entrega de medicamentos al domicilio del paciente cuando éste no se encuentre en condiciones de hacerlo, Consejería en cuanto a su enfermedad y apoyo psicológico al paciente y su familia, entre otras.

7. CONCLUSIONES

Calidad de vida no solo significa ausencia de enfermedad, implica también la búsqueda de un estado permanente de bienestar físico, psicológico y social. Los profesionales de la salud deben contribuir a lograr este estado, lo que ha motivado el estudio de ciertas condiciones y características que impiden, de alguna manera a los pacientes postrados llevar una vida armoniosa y placentera, focalizando la atención de una manera equitativa, dirigiéndola hacia los grupos que son particularmente vulnerables en nuestra sociedad.

El perfil del paciente postrado corresponde a un adulto mayor, con mínima diferencia entre los géneros, del sector Petrohue, viudo, con un ingreso menor a \$ 100.000 mensual, que cuenta con una red de apoyo, pero a veces sólo se limita al grupo familiar como tal. Su estado de postración corresponde a etapa 4 según escala ECOG, causado principalmente por enfermedades cardiovasculares, como complicación asociada se manifiestan problemas gastrointestinales y de eliminación, es hipertenso y/o diabético, pero no ha presentado hospitalizaciones en los últimos tres meses y se encuentra conforme con la atención recibida por el equipo de salud del CESFAM.

Dentro de las características encontradas destaca el que el paciente postrado sea un adulto mayor, donde la causa que determina su estado corresponde a enfermedades cardiovasculares, esto lo convierte en un grupo especialmente vulnerable en la población, el cual necesita diversos cuidados en salud, por lo tanto, para evitar este problema, sería importante pensar en la continuidad del tratamiento y controles del programa de crónicos que existe en el CESFAM evitando al máximo las complicaciones de las enfermedades de carácter crónico, que terminan en dependencia, discapacidad y postración, prolongando así la esperanza de vida y los años libres de discapacidad, por esto es nuestro deber contribuir a estas metas en salud, para que los adultos mayores sean sanos y activos, con verdadera calidad de vida.

Pero también están aquellos que no se pueden recuperar fácilmente y su tratamiento involucra un largo proceso, para ello se propone: la realización de sesiones educativas al paciente y su grupo familiar en relación a su enfermedad y su manejo, contactar grupos de voluntariado que sirvan de red de apoyo para aquellos que no la tienen, evaluación del estado nutricional de los pacientes asesorado por un nutricionista, terapias de apoyo psicológico tanto al paciente y familiares como al equipo que brinda la atención, evaluación por Asistente Social en los casos sociales justificados, libro de felicitaciones, reclamos y sugerencias, solicitar la colaboración al Hospital Regional Valdivia y Servicio de Salud para la capacitación del equipo que brinda la atención donde se traten temas de geriatría y otros,

contactar con grupos de voluntariado para la realización de talleres de pintura, costura, manualidades, etc para los cuidadores/as que no tienen un oficio y puedan generar ingresos desde su hogar. Este enfoque permite que el paciente se sienta valorado y acogido, por consiguiente, importante, donde él y su familia logren comprometerse y colaborar en sus cuidados y tratamiento, convirtiéndose en un ser útil para la sociedad.

Enfermería tiene un rol esencial y enfático en la pesquisa y satisfacción de las necesidades de la población, más aún en la prevención del daño en salud; en los resultados de este estudio se ve que la gran mayoría de los pacientes postrados que hoy existen son adultos mayores, un grupo que sabemos es uno de los más vulnerables de la sociedad, por lo tanto, es imprescindible para la profesión conocer este problema, las demandas y necesidades de los adultos mayores, para así poder dirigir los cuidados, considerando las características propias de este grupo, trabajando en conjunto con ellos y sus familiares, mejorando la calidad de vida de estas personas.

De acuerdo con la teoría de las necesidades humanas de Virginia Henderson, en la cual introduce y/o desarrolla el criterio de independencia, definiendo la calidad de la salud como un margen de vigor físico y mental que le permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida, un individuo para mantener su equilibrio y estado de salud óptimo debe tener satisfechas todas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, desde las más básicas que permiten la supervivencia hasta las de convivencia y afecto, cuando no se satisfacen estas necesidades en su totalidad el individuo pierde este equilibrio, por lo tanto, no está en un nivel óptimo de salud, menos aún podremos hablar de calidad de vida. En el estado de postración el paciente se ve impedido de hacer muchas de las actividades que la vida diaria le exige, por lo tanto la enfermera debe ser crítica para identificar las limitaciones de los usuarios actuando como sustituta, como ayuda o como compañera en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Finalmente, Dorotea Orem en su teoría del déficit del autocuidado explica que los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado, lo que determina cuándo y por qué se necesita de la intervención y asistencia de la enfermera.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Chou Y. 1977. **Análisis Estadístico**. Interamericana. Segunda Edición. México
- 2) Especial Adulto Mayor. Octubre 2002. **Desafíos del Cuidado de la Cuarta Edad**. www.alemana.cl/not/not/not021007.html 21 de marzo de 2004
- 3) Espinola H. Nov. 2000. **Inmovilidad en el Adulto Mayor**. Vol. 29. Departamento Medicina Interna. Programa de Geriatria y Gerontología. Pontificia Universidad Católica de Chile. <http://www.escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Geriatria/InmovilidadAdulto.html> 21 de marzo de 2004
- 4) González Y. 2004. Taller: **Manejo del Paciente Postrado**. Servicio de Salud Osorno.
- 5) Instituto Nacional de Estadística de Chile. **Censo Nacional de Población y Vivienda 2002**. CELADE División de Población de la CEPAL. http://www.ine.cl/redatam/i_redatam.htm 28 de mayo de 2005
- 6) **Instrumentos para la valoración de la capacidad física y las actividades de la vida diaria**. 2000. Universidad Autónoma de Madrid http://www.biopsicologia.net/fichas/page_5288.html 19 de abril de 2005
- 7) Kornfeld R., Orellana V. **El Buen Envejecer**. Texto 1. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vicerrectoría de Comunicaciones Y Extensión. Programa para el Adulto Mayor. Centro de Geriatria y Gerontología.
- 8) Martínez GS, Calzada NLA. 2000. **Manejo del Paciente Postrado**. Rev. AMMVEPE. www.imbiomed.com/Ammvepe/Vev11n3/resumen/Wve003_13r.html 21 de marzo de 2004
- 9) Ministerio de Salud. **Indicadores demográficos**. Chile. http://deis.minsal.cl/indicadores_comuna/index.asp 15 de abril de 2005
- 10) Ministerio de Salud. **Tasas de Mortalidad General** <http://deis.minsal.cl/Indicadores/ind2004.pdf> 28 de mayo de 2005
- 11) Programa anual 2001-2002 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria. **Principios básicos en la atención al paciente geriátrico. Valoración del paciente geriátrico** <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema19/pbgeriatrico6.htm> 19 de abril de 2005

12) Vallejos J. 2002. Tesis: **La Experiencia del Padecimiento de la Persona Postrada “Una luz en el Ocaso”**. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina. Medicina Familiar y Comunitaria. Valdivia..

13) Vallejo R. **Geriatría**.

http://www.enfermeria21.com/listametas/apuntes_2004_2005/Apuntes_GERIATRIA_Rocio.doc
11 de abril de 20

ANEXOS

ANEXO 1

RESULTADOS Y TABLAS

Tabla N° 1: Distribución numérica y porcentual de la población en estudio según sector de atención del CESFAM Gil de Castro Valdivia.

Sector	Frecuencia	Porcentaje
Petrohue	31	41,33
Antumalal	19	25,33
Lafquen Mapu	25	33,33
Total	75	100

Tabla N° 2: Distribución porcentual del grupo estudio según grupo etario y sexo.

GRUPO ETARIO	SEXO		Total
	Femenino	Masculino	
Adulto joven	2,67	4,00	6,67
Adultez Media	4,00	1,33	5,33
Adulto Mayor	45,33	42,67	88,00
Total	52,00	48,00	100,00

Tabla N° 3: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
CASADO	28	37,33
SOLTERO	11	14,67
SEPARADO	3	4,00
VIUDO	33	44,00
Total	75	100,00

Tabla N° 4: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según ingreso económico.

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
NO PERCIBE	2	2,67
MENOS DE 100 MIL	60	80,00
ENTRE 100 Y 250	11	14,67
MAS DE 250 MIL	2	2,67
Total	75	100,00

Tabla N° 5: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según años de postración.

Años postración	Número	Porcentaje
Menos de 5	56	74,67
Entre 5 y 10	8	10,67
Más de 10	11	14,67
Total	75	100

Tabla N° 6: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según grado de postración.

Grado de postración	Número	Porcentaje
Etapa 1	2	2,67
Etapa 2	13	17,33
Etapa 3	19	25,33
Etapa 4	41	54,67
Total	75	100

Tabla N° 7: Tabla de Contingencia para calcular relación entre años y grado de postración y prueba de chi-cuadrado.

Años postración	Grado Postración				Total
	ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	
MEÑOS DE 5 AÑOS	1,33	13,33	18,67	41,33	74,67
ENTRE 5 Y 10 AÑOS	0,00	2,67	1,33	6,67	10,67
MAS DE 10 AÑOS	1,33	1,33	5,33	6,67	14,67
Total	2,67	17,33	25,33	54,67	100,00

Prueba chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,106	6	0,66
Razón de verosimilitud	3,800	6	0,70
Asociación lineal por lineal	0,230	1	0,63
N de casos válidos	75		

Tabla N° 8: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según presencia de redes de apoyo.

Redes apoyo	Frecuencia	Porcentaje
SI	57	76
NO	18	24
Total	75	100

Tabla N° 9: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según tipo de redes de apoyo.

Redes apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Otra	2	2,66
Amigos	7	9,33
Familia, amigos, iglesia	10	13,33
Sólo familia	20	26,67
Iglesia	31	41,33

Tabla N° 10: Distribución numérica y porcentual de los pacientes en estudio según grupos de causas de postración.

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Pulmonar	2	2,66
Otras	4	5,33
Causas ambientales y I.	5	6,66
Musculoesquelética	11	14,66
Tumores y Procesos M.	13	17,33
Neurológica	19	25,33
Cardiovascular	31	41,33
Total	75	113,30

Tabla N° 11: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según complicaciones asociadas a la postración.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Otras	2	2,66
Sociales	3	4,00
Psicológicas	5	6,66
Ulceras por presión	6	8,00
Respiratorias	22	29,33
Ninguna	22	29,33
Gastroint. Y de elim.	31	41,33

Tabla N° 12: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según presencia de enfermedades concomitantes.

Enf. Concomitantes	Frecuencia	Porcentaje
SI	58	77,33
NO	17	22,67
Total	75	100,00

Tabla N° 13: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según tipo de enfermedades concomitantes.

Enf. Concomitantes	Frecuencia	Porcentaje
Neurológica	4	5,33
Muculoesquelética	4	5,33
Cáncer	5	6,66
Respiratoria	8	10,66
Cardiovascular	13	17,33
Otra	15	20,00
Diabetes	18	24,00
Hipertensión	31	41,33

Tabla N° 14: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según número de hospitalizaciones en los últimos tres meses.

N° hospitalizaciones	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	59	78,67
MENOS DE 2	13	17,33
3 O MAS	3	4,00
Total	75	100,00

Tabla N° 15: Distribución numérica y porcentual del grupo estudio según percepción en la atención recibida del Programa de Atención Domiciliaria.

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
BUENA	59	78,67
REGULAR	14	18,67
MALA	2	2,67
Total	75	100

Tabla N° 16: Distribución numérica y porcentual de sugerencias aportadas al programa por el grupo estudio.

Sugerencia	Frecuencia	Porcentaje
Control signos vitales	2	2,66
Toma de exámenes	2	2,66
Consejería	2	2,66
Otra	7	9,33
Entrega de medicam.	9	12,00
Asistencia médica	15	20,00
Frecuencia de las visitas	20	26,66
Ninguna	40	53,33

ANEXO 2

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Estudio descriptivo del perfil del paciente postrado atendido por profesionales de enfermería del CESFAM Gil de Castro de Valdivia.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realiza Johanna Ramírez, alumna de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, para la realización de su tesis para optar al grado de Licenciada de Enfermería.

Al participar en el estudio, yo estoy de acuerdo en responder un cuestionario de preguntas cerradas, en forma anónima y confidencial.

- Yo entiendo que el estudio no implica riesgos de salud para mí y mi familia, y puedo negarme a contestar ciertas preguntas.
- He podido hacer las preguntas necesarias acerca de las razones de este estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.
- La información que yo otorgue será de carácter confidencial y se podrán publicar los resultados finales del estudio.

Yo _____
Nombre Apellidos

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio

Dirección _____
Calle/ avenida N° Ciudad

Teléfono _____

Firma _____ Fecha: / /

Persona con que se conversó el consentimiento

Nombre _____ Apellidos _____

Profesión _____ Fecha: / /

Firma _____