



Universidad de Valparaíso

Escuela de Enfermería y Obstetricia

Carrera de Enfermería

**Cuidados Prioritarios que refieren realizar las
Enfermeras en la primera visita domiciliaria a personas
postradas y Factores Institucionales presentes, en
Centros de Atención Primaria de la Comuna de
Valparaíso.**

Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería

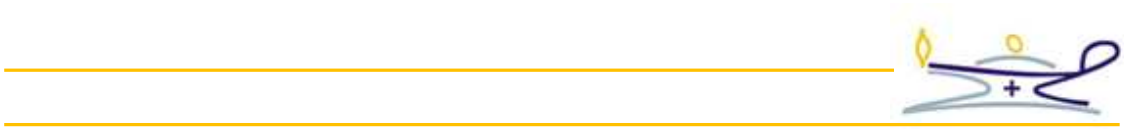
Tesistas

Javier Cabrera Vidal
Claudio Canales González
Roberto Escobar Briceño
Luis Rivera Valdivia
Daniela Rojas Aguilar
Michael Sanhueza Roa
Tamara Valencia Zelada

Docente Guía

Sra. Rosalba Orellana López
Sra. Yolanda León Rodríguez

Valparaíso, Enero de 2009





Agradecimientos

Hay momentos para avanzar y trabajar.

Hay momentos en que debemos buscar y alcanzar nuestras metas.

Hay momentos para concretar nuestros sueños.

Y hay momentos para finalizar lo que hemos comenzado.

No debemos olvidar, por cierto,

que en cada uno de estos momentos hay personas a nuestro alrededor que han entregado parte de su vida para apoyarnos.

Personas que se han preocupado y desvelado por nosotros.

Personas a las que debemos nuestros logros al igual que nosotros mismos.

Queremos agradecer, por tanto,

A todas aquellas personas que han estado a nuestro lado física o espiritualmente y que han puesto su mano en nuestra espalda para llegar a este lugar.

Especialmente...

A Dios

Nuestras familias

Nuestras parejas y amigos

Profesoras Asesoras Sra. Yolanda León y Sra. Rosalba Orellana

Corporación Municipal de Valparaíso, Área Salud

Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio

Profesionales Asesores: Sra. Patricia de la Fuente, Sra. Victoria Oporto,

Sra. Sylvia Arriagada, Sra. Soledad Jorquera, Sra. Danila Leiva, Sr. Alejandro

Rivero, Sr. Omar Gárate y Sr. Luis Barahona.

Docentes, Administrativos y Auxiliares de la Escuela de Enfermería y Obstetricia

Universidad de Valparaíso



ÍNDICE

Capítulo 1: Introducción	1
1.1 Introducción	2
1.2 Delimitación del problema	5
1.2.1 Definición de términos	5
1.3 Fundamentación	7
1.4 Limitantes del estudio	10
Capítulo 2: Marco Teórico	11
2.1 Marco Teórico	12
2.1.1 Situación demográfica del adulto postrado en Chile	12
2.1.2 Características y proceso fisiopatológico de la postración	14
2.1.2.1 Efectos sistémicos de la postración	16
2.1.3 Aspectos Psicosociales	21
2.1.4 Atención domiciliaria a personas postradas en Chile	24
2.1.5 Rol del Profesional de Enfermería	30
2.2 Objetivos	42
2.2.1 Objetivo General	42
2.2.2 Objetivos Específicos	42
2.3 Operacionalización de Variables	44
Capítulo 3: Metodología	52
3.1 Diseño de la investigación	53
3.2 Tipo de diseño de Investigación	54
3.3 Definición del Universo y Muestra	54
3.3.1 Población en estudio y definición del Universo	54
3.4 Metodología de recolección de datos	57
3.4.1 Descripción del Instrumento de recolección de datos	57
3.4.2 Estudio de validez del instrumento de recolección de datos	57
3.4.3 Estudio de confiabilidad del instrumento de recolección de datos	58
3.5 Criterios de Análisis y procesamiento de datos	60
3.6 Organización del trabajo en terreno	60



Capítulo 4: Resultados	61
4.1 Presentación y análisis de tablas y gráficos	62
4.1.1 Factores Institucionales	62
Capítulo 5: Conclusiones	86
5.1 Conclusión y Discusión	87
5.2 Recomendaciones	90
5.3 Resumen	91
5.4 Abstract	92
Bibliografía	93
ANEXOS	
Anexo 1: Cuestionario Juicio Experto	
Anexo 2: Consentimiento Informado	
Anexo 3: Cuestionario	
Anexo 4: Instructivo Instrumento de Valoración	
Anexo 5: Instrumento de Valoración	



Índice de tablas:

	Página.
Tabla N°1: Cantidad de enfermeras encuestadas que realizan visitas domiciliarias a personas postradas en los centros de atención primaria de la Corporación municipal de Valparaíso y servicio de salud Valparaíso San Antonio en la comuna de Valparaíso:	56.
Tabla N°2: Cantidad de pacientes postrados asignados por enfermera:	62.
Tabla N°3: Distribución porcentual del tiempo transcurrido entre la información de la existencia de una persona postrada y la realización de la primera visita domiciliaria por la enfermera:	63.
Tabla N°4: Tiempo que dedica la enfermera a la primera visita domiciliaria a la persona postrada:	63.
Tabla N°5: Horas enfermera definidas para el programa de atención domiciliaria a personas postradas:	64.
Tabla N°6: Horas semanales que refiere utilizar la enfermera para la atención domiciliaria en la primera visita a personas postradas:	64.
Tabla N°7: Criterio de priorización para la realización de la primera visita domiciliaria:	67.
Tabla N°8: Método de movilización utilizado por la enfermera para realizar las visitas domiciliarias:	67.
Tabla N°9: Métodos de registro utilizados por la enfermera para dejar constancia del cuidado domiciliario realizado:	68.
Tabla N°10: Necesidad de circulación y oxigenación: circulación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados:	69.

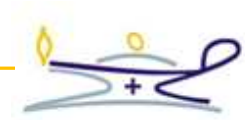


Tabla N°11: Necesidad de circulación y oxigenación: oxigenación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados:	71.
Tabla N°12: Necesidad de alimentación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados:	73.
Tabla N°13: Necesidad de movimiento: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados:	74.
Tabla N°14: Necesidad de higiene y protección de la piel: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados:	76.
Tabla N°15: Necesidad de reposo y sueño: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados:	77.
Tabla N°16: Necesidad de eliminación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados:	79.
Tabla N°17: Necesidad de aprender: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados:	80.
Tabla N°18: Necesidad de comunicación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados:	82.



Índice de Gráficos:

	Página.
Gráfico N°1: Distribución porcentual de la opinión de las enfermeras sobre horas asignadas para la realización de las visitas domiciliarias a personas postradas:	65.
Gráfico N°2: Cantidad de enfermeras que considera suficientes los recursos materiales asignados de acuerdo a la población en control:	66.
Gráfico N°3: Cantidad de enfermeras que considera suficientes los recursos humanos asignados de acuerdo a la población en control:	66.
Gráfico N°4: Valoración relacionada con la necesidad de circulación y oxigenación: Circulación – Palpa pulsos periféricos:	70.
Gráfico N°5: Valoración relacionada con la necesidad de circulación y oxigenación: Respiración – Auscultación ruidos respiratorios:	72.
Gráfico N°6: Valoración relacionada con la necesidad de movimiento – Valora tono muscular:	75.
Gráfico N°7: Valoración relacionada con la necesidad de reposo y sueño – Valora horas de sueño diurno y nocturno:	78.
Gráfico N°8: Valoración relacionada con la necesidad de aprender: Valora nivel educacional de la persona postrada, familiar y/o cuidador:	81.
Gráfico N°9: Clasificación de las necesidades según suficiencia o insuficiencia en el cumplimiento de los aspectos valorados por la enfermera durante la primera visita domiciliaria:	83.
Gráfico N°10: Distribución porcentual de la cantidad de enfermeras que refieren brindar cuidado directo en la primera visita domiciliaria:	84.
Gráfico N°11: Necesidades en las cuales las enfermeras brindan cuidados directos en la primera visita domiciliaria integral:	85.



Capítulo 1

Introducción



1.1 Introducción

“La historia de la Enfermería es la historia de la humanidad”¹

El arte del cuidado propio de nuestra disciplina es inherente a la vida, puesto que tiene una amplia gama de actividades que abarcan todas las necesidades del ser humano a través de su ciclo vital en una variedad de formas de atención, que incluye la visita domiciliaria, la que desde su origen tuvo una connotación biopsicosocial; según relatos egipcios, de más de 2.500 años de antigüedad, describen la consulta de los dioses y médicos en el domicilio de las personas para examinarlas y observar el entorno, negociando con sus familiares la forma de atención.

Hacia el año 60 DC destaca Febe, diaconisa considerada la primera Enfermera Domiciliaria. En la Edad Media, se forma un gran movimiento de personas de estrato social elevado e intelectuales que populariza la atención a personas enfermas, pues el desarrollo de Feudos amurallados favorece la proliferación de enfermedades infectocontagiosas y problemas sociales como violencia y hambre que llegan a provocar la muerte. Estas personas brindan las primeras, aunque rudimentarias, bases teóricas de la disciplina, ejerciendo también funciones de “partera” y “ama de cría” solicitando sólo en casos especiales la participación del Barbero/Cirujano². Posteriormente, aparece la figura de Florence Nightingale, en el siglo XIX, quien plantea formalmente la necesidad de los cuidados domiciliarios como una tarea propia de enfermería enfocada a personas que requerían cuidados y que no podían acudir a centros de salud, formando enfermeras en prácticas hospitalarias y domiciliarias en 1860.³

En Chile, la visita domiciliaria se comienza a realizar en 1930 por un grupo de mujeres beneficiadas por la expansión educacional del Gobierno, las que fueron reconociendo la miseria de las familias pobres chilenas a través de incipientes

¹ Quintero, M (2001). *Enfermería en el mundo cristiano*. Disponible 7 de septiembre de 2007 de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/105/3508>

¹ Cubillos, X (2007). *Visita Domiciliaria Integral para Actuar en Salud Familiar*. Disponible 7 de septiembre de 2007 de http://www.medwave.cl/congresos/medfamiliar2006/6/1.act?tpl=im_ficha_congresos.tpl

² *Revista de enfermería*. (s.f.). Disponible 7 de septiembre de 2007 de <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5402-aproximacion2.htm>

³ Sancho Martín, L. Sancho Téllez, L. (2004). Historia de la Enfermería. En *Patología quirúrgica*. 1º ed. (pp. 9-16) España: Elsevier.



profesiones universitarias, tales como enfermera, profesora y visitadora social, demostrando el beneficio que ejercía en las familias al entregarles participación en el cuidado mediante aspectos educativos, higiénicos y epidemiológicos.

La privatización de este servicio se concreta en 1989 con la empresa ADP Servicios, que lleva al hogar el cuidado adaptando el sistema a las necesidades de las personas, trasladando el material y equipos necesarios para éste alcanzando una óptima atención en enfermería.

Actualmente, el Gobierno de Chile plantea como prioridad dentro de sus programas de salud la atención de personas en sus domicilios a través de la aplicación del Programa de atención domiciliaria integral, que incluye la atención de personas postradas y con cuidados paliativos, que son consideradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES) e integrada en la medida 6B para los primeros 100 días de Gobierno de la actual Presidenta de la República SE Señora Michelle Bachelet Jeria, planteándose primero en un plan piloto para 10 comunas de Chile: Coquimbo, Coronel, Chillán, Hualpén, Temuco, Puerto Montt, Lampa, El Bosque, San Ramón y Pudahuel, para llegar a diciembre del año 2006 con el 100% de los Consultorios del país⁴, cumpliendo así no sólo con las políticas nacionales, sino que también con el sueño de Florence Nightingale plasmado en la siguiente cita: *“Sueño que algún día las enfermeras del mundo irán a los domicilios a cuidar y a curar a las personas que sufren y no tienen suficiente atención. Pero eso tal vez sea para el año 2000”*.⁵

Hoy en día, la visita domiciliaria se considera una estrategia prioritaria de intervención familiar en atención primaria de salud, actividad que le permite a la enfermera, en base a sus conocimientos teóricos, realizar un plan de cuidado de acuerdo a la valoración previa que se haga de la persona y familia.

En cuanto a las teorías que sustentan la planificación del cuidado de enfermería, en la visita domiciliaria destaca el modelo de necesidades de Virginia Henderson, modelo en el cual se basa nuestro estudio, ya que identifica y prioriza los problemas de las personas a través de sus manifestaciones de dependencia e independencia, por medio de la valoración.

⁴ Gobierno de Chile (2006, Junio 06). Visita comuna de Pudahuel. Disponible 3 de Noviembre de 2007 desde <http://www.prensapresidencia.cl>

⁵ Antón, M^a V. (1998). La enfermera domiciliaria. En *Las enfermeras entre el desafío y la rutina*. 1^o ed. (pp. 35-41). España: Díaz de santos.



Gran parte de las visitas domiciliarias realizadas por la enfermera en los consultorios de la ciudad de Valparaíso, corresponden a personas con postración, ya que según estadísticas de la Corporación Municipal de Valparaíso y Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, del total de la población que abarca, 906 personas padecen de esta situación.⁶

De acuerdo a lo anterior, se observa que las políticas públicas sanitarias tienen como objetivo actuar frente a estos cambios demográficos y epidemiológicos, por lo que la creación del programa de atención domiciliaria a personas postradas es un método efectivo para intervenir, a pesar de que la realidad de la salud pública chilena ha dificultado su implementación debido a una serie de factores institucionales relacionados con los recursos humanos y materiales disponibles para la realización de dicha actividad.

Al encontrarnos con esta situación, nos hemos sentido motivados a investigar con más detalle los cuidados prioritarios que realiza la enfermera en la primera visita domiciliaria desde una esfera biopsicosocial, a una persona postrada y algunos factores que podrían interferir en el normal funcionamiento del programa ministerial creado para intervenir en estas personas.

Por medio de un análisis descriptivo, este estudio tiene como propósito buscar respuestas a estas interrogantes y plantear sugerencias según el análisis de datos.

⁶ Corporación Municipal de Valparaíso, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (2008), *Estadísticas consultorios*. Valparaíso: Autores



1.2 Delimitación Del Problema

Cuidados prioritarios de enfermería que las enfermeras refieren realizar en la primera visita domiciliaria integral a las personas postradas y factores institucionales presentes, en los Centros de Salud de atención primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso y al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en la Comuna de Valparaíso.

1.2.1 Definición de términos

Enfermera/o

Profesional que realiza la visita domiciliaria integral a pacientes pertenecientes al programa de atención domiciliaria del centro de salud de atención primaria en el cual se desempeña.

Persona Postrada

Persona mayor de 18 años que enfrenta barreras de tipo geográfico o dificultades en su autovalencia que lo imposibilite tanto física como funcionalmente de acceder al Centro de Salud de atención primaria y presente riesgo de progresión en su condición patológica.

Cuidados Prioritarios

Cuidados que el profesional de enfermería realiza en domicilio a la persona postrada, familia y/o cuidador, teniendo como referente la teoría de Enfermería de Virginia Henderson y las etapas del proceso de enfermería.

Visita Domiciliaria Integral

Relación que se establece, en el lugar de residencia de la familia, entre la enfermera y uno o más integrantes, para otorgar cuidados de salud integrales en base al modelo de Virginia Henderson, hacia la persona postrada y su familia y/o cuidadores, mediante la planificación e implementación de planes de cuidado. Requiere consulta y el consentimiento familiar.



Centro de Salud de Atención Primaria.

Establecimientos del primer nivel de atención en salud de la comuna de Valparaíso pertenecientes a la Corporación Municipal y al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, que otorgan una atención integral al paciente y su familia y que dentro de sus actividades se encuentra el programa de postrados.

Corporación Municipal

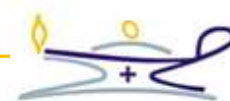
Institución de derecho privado sin fines de lucro, responsable de administrar, desarrollar y gestionar los servicios traspasados desde los ministerios de educación y de salud que haya tomado a su cargo la Ilustre Municipalidad.

Servicio de Salud Valparaíso -San Antonio

Organismo encargado de gestionar y liderar la articulación y desarrollo de la Red Asistencial que constituye, y las macro redes que integra, para responder las demandas de los usuarios, a través de acciones integrales de salud en la comuna de Valparaíso.

Factores institucionales

Son los recursos humanos y materiales, tales como número de horas asignadas para la ejecución de las actividades del programa, movilización, remuneración, presupuesto asignado al programa, insumos, experiencia en el tema por parte de la enfermera o cualquier otro factor no relacionado directamente con la persona postrada que condicionan y afectan inherentemente el desarrollo de la atención domiciliaria y que juegan un rol fundamental en la motivación e iniciativa de los profesionales involucrados en dicha atención.



1.3 Fundamentación.

En Chile, la visita domiciliaria es un método de trabajo importante en los programas de salud. En el año 2004 la Reforma de Salud, produjo una serie de cambios, tales como la separación de las funciones en gestión y la inclusión de patologías en las Garantías Explícitas en Salud (GES); destacando el mayor énfasis otorgado a la atención primaria como ente coordinador de la promoción, prevención y atención en salud para la población, transformando de esta manera el enfoque biomédico en uno integral.

Con este sistema y basado principalmente en Compromisos de Gestión, es que se han desarrollado diversas áreas según las necesidades de la población: la Red de Urgencia, la Red Asistencial, el Modelo de Salud Familiar (concretado en los Centros de Salud Familiar CESFAM), la Gestión Hospitalaria y la Red Electiva Ambulatoria. Es en estos puntos en que la Enfermera toma un rol prioritario dado por la reforma al artículo 113 del Código Sanitario en diciembre de 1997 (DFL N°226, 15 de mayo de 1931) en donde se le entrega “la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico” para así mejorar la administración de los recursos de asistencia.

La Red Electiva Ambulatoria, eje importante de la reforma de Salud, es la base del estudio a realizar, pues la ambulatorización de los pacientes ha incrementado el crecimiento, tanto en planta física como en gestión, de los Hospitales de Día, cirugías ambulatorias (en especial las pediátricas), los cuidados paliativos y la atención de personas postradas en domicilio, reflejándose en los programas de cuidados domiciliarios a postrados y hospitalización domiciliaria.

La metodología con enfoque integral de la atención ambulatoria, es desarrollada de manera importante en la formación de pregrado de la Carrera de Enfermería; transformando de esta manera, a la enfermera en el profesional idóneo para entregar una atención biopsicosocial permanente, con grandes herramientas de gestión, que permiten desarrollar la multidisciplinariedad en la visita, fundamentos de investigación que apoya la evaluación y el mejoramiento de la atención en el domicilio y una capacidad educativa que promueve cambios de conducta al ser la forma más importante que tiene este profesional para poder llegar a la comunidad y en especial a la unidad paciente familia,



ya que es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad. Esto queda de manifiesto en el discurso de su Excelencia Presidenta de la República Sra. Michelle Bachelet Jeria el día 16 de julio del año 2006, donde se propone el cumplimiento del Plan de los 100 días y las 36 Medidas, siendo una de éstas, el responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial y organizativas que ello lleva consigo, tanto para el usuario y su familia como para el equipo de atención de salud.

La medida planteada contempla atender a un total de 104.875 personas, de las cuales 61.966 son adultos mayores postrados y 42.909 personas postradas y con discapacidad, para quienes se desarrollará un Programa de Capacitación para sus familias. Además, de este total, 14.078 son postrados pobres e indigentes (6.011 son adultos mayores postrados y 8.067 tienen postrados con discapacidad) a quienes junto con la formación para sus familias se les entregará un estipendio⁷ de \$20.000 mensuales⁸.

Dentro de los factores condicionantes para la implementación del Programa de Postrados en Chile debemos considerar:

- Envejecimiento progresivo de la población siendo un 11% de población Adulto Mayor en el País. Esta cifra aumenta a un 14% en la Región de Valparaíso.
- Aumento de la esperanza de vida de la población.
- Un cambio de hábitos del uso del sistema de atención de salud.
- Importante déficit de camas hospitalarias.
- Sobrecarga de la Unidad de Emergencia con técnicas y procedimientos.
- Un replanteamiento en las estrategias de atención de los enfermos crónicos institucionalizados.
- Avances tecnológicos en insumos e implementación para la atención en domicilio.

⁷ Remuneración, salario

⁸ Gobierno de Chile (2006, Junio 06). Visita comuna de Pudahuel. Disponible 3 de Noviembre de 2007 desde <http://www.prensapresidencia.cl>



- Disminución de infecciones intrahospitalarias y complicaciones.
- Calidad de vida, bienestar y alta satisfacción del paciente postrado y familia.

De esta manera, a finales del año 2006 en la Comuna de Valparaíso encontramos 906 personas en el Programa de Postrados de los Consultorios y Centros de Salud Familiar de la Corporación Municipal, destacándose el sexo femenino en el total con 616 personas⁹. Sin embargo, actualmente en el nivel primario la atención domiciliaria es una actividad francamente deprimida, con un bajo cumplimiento de cobertura, y centrada principalmente en el binomio madre-hijo. Por otra parte el paradigma de los cuidados centrados en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica, lleva a la persona postrada y al equipo de salud a priorizar la consulta de morbilidad en un Centro de Salud, por sobre la visita domiciliaria.

Es por esto que se torna prioritario contar con una base de datos que brinde información relevante sobre el trabajo realizado y priorizado por la enfermera basado en los programas de salud vigentes para atención domiciliaria y la realidad vivida en los diferentes centros de atención primaria de la comuna de Valparaíso, para así finalmente apoyar en el desarrollo de un modelo de cuidados domiciliarios con una visión biopsicosocial del ser humano y además tomando en cuenta el medio ambiente en que se desarrolla, en el cual familia y/o cuidadores tengan un rol importante.

⁹ Corporación Municipal de Valparaíso, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (2008), *Estadísticas consultorios*. Valparaíso: Autores.



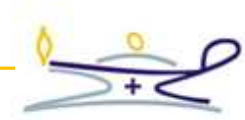
1.4 Limitantes del Estudio.

Etapa de Diseño:

- Escasas investigaciones nacionales e internacionales sobre atención de enfermería en domicilio a personas postradas.
- Implementación reciente (Febrero 2006) del programa de atención domiciliaria a personas con discapacidad severa por parte del Ministerio de Salud a nivel nacional.
- Dificultad en el proceso de validación del cuestionario elaborado, debido a déficit de enfermeras que cuenten con conocimientos específicos y experiencia en la atención a personas postradas en domicilio.

Etapa de Ejecución:

- Dificultad para compatibilizar el tiempo disponible de los alumnos para la recolección de datos y el de las enfermeras que realizan la atención domiciliaria a personas postradas.
- Sobrecarga académica y horaria de los estudiantes para la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Negación por parte de una enfermera en la participación del estudio.



Capítulo 2

Marco Teórico



2.1 Marco Teórico

2.1.1 Situación demográfica del adulto postrado en Chile.

Si hacemos un rápido balance de la evolución de los adultos mayores en Chile, nos podemos dar cuenta que han aumentado considerablemente, pues a comienzos del siglo XX eran algo más de 200.000.- personas, en 1950 eran 417.000.-, en el año 2000, 1.550.000.- y en el 2021 se espera que sean alrededor de 3.100.000.- En los países desarrollados ha aumentado la esperanza de vida debido a una baja en la mortalidad y a una disminución de la natalidad, gracias a las mejoras en las condiciones sanitarias, al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y al desarrollo socioeconómico, condicionando de esta forma un progresivo envejecimiento en la población. Este envejecimiento trae consigo la necesidad de dar respuestas eficientes desde la atención primaria a los principales problemas de salud de la población envejeciente, como por ejemplo: el deterioro progresivo de las actividades de la vida diaria hasta la total dependencia de dichas actividades.

El envejecimiento de la población es hoy día un hecho indiscutible. Chile no es una excepción en las tendencias de envejecimiento poblacional, observándose un proceso avanzado de transición demográfica, destacando el grupo etáreo de mayores de 60 años, el que tiene cada vez un peso relativo mayor en el total de la población chilena, alcanzando un 11,4% ¹⁰ con 1.717.478.- personas. De este total, destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzan el 14.7% con 250.840.- personas. Asimismo, se espera que el grupo mayor de 60 años constituirá para el año 2025 el 16.20% del total de la población con más de tres millones de personas. ¹¹

Actualmente, la Esperanza de Vida al nacer en Chile es de 77,36 años (74,42 años para los hombres y 80,41 años para las mujeres). Para el año 2020, después de los 65 años será en promedio de 18,9 años de sobrevida (16,7 en hombres y 20,5 en mujeres); años en los cuales la discapacidad tiene una alta probabilidad de aparecer, debido a un

¹⁰ Instituto Nacional de Estadísticas (2002), *Censo de Población*. Santiago: Autor.

¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía(2006), *Chile, proyecciones de población por sexo y edad. Total país, 1950-2025*. Santiago: Autores.



deterioro tanto físico como psíquico, característico de esta etapa. Se destaca en este sentido la región de Valparaíso con mayor porcentaje de adultos mayores del país al año 2005, seguido por la Región de Magallanes.¹²

El índice de vejez, parámetro que indica la cantidad de adultos mayores de 60 años por cada cien menores de 15 años, establece que en el año 2010 habrá cinco regiones con al menos 50 Adultos Mayores por cada cien menores de 15 años: Magallanes, Valparaíso, Del Maule, Región Metropolitana y la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins. El mayor índice de vejez lo tendría la región de Magallanes con 63 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años.¹³

En Chile, existe un total de 104.875 personas postradas, de los cuales 42.909 personas se encuentran en el rango entre 0 y 59 años¹⁴, y en población mayor de 60 años, existen 61.966 personas¹⁵ en esta condición.

La tendencia sostenida al envejecimiento de la población chilena, sumado a la escasa preocupación de las autoridades sobre este grupo etario, hace necesaria la formulación e implementación de planes y estrategias de intervención que se enfoquen en la prevención, promoción y diagnóstico precoz de patologías que aumenten la probabilidad de sufrir algún nivel de postración, síndrome que alcanza relevancia en base a datos nacionales de 2006, que indican que de un total de 547.624 adultos mayores que están bajo control, 18.391 se encuentra en situación de postración¹⁶. En la comuna de Valparaíso a Noviembre de 2008, existe un total de 906 personas postradas, correspondientes al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y a la Corporación Municipal de Valparaíso¹⁷.

¹² Departamento de estadísticas e información en salud (2006), *Indicadores de salud*. Santiago: Autor

¹³ Departamento de estadísticas e información en salud (2006), *Indicadores de salud*. Santiago: Autor

¹⁴ Instituto Nacional de Estadísticas (2002), *Censo 2002, proyección 2006*. Santiago: Autor

¹⁵ Instituto Nacional de Estadísticas (2002), *Censo 2002, proyección 2006*. Santiago: Autor

¹⁶ Departamento de estadísticas e información en salud(2006), *Pacientes postrados según grupo de edad y sexo*. Santiago: Autor.

¹⁷ Corporación Municipal de Valparaíso, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (2008), *Estadísticas consultorios*. Valparaíso: Autores



2.1.2 Características y proceso fisiopatológico de la postración.

Se puede definir movilidad como la capacidad para desplazarse de forma independiente en el espacio vital, y la inmovilidad como el deterioro de la capacidad para moverse de forma independiente en dicho espacio, dando lugar a la reducción del mismo. Ésta depende de la interacción entre la habilidad y destreza motora, capacidad cognitiva, sensorial y perceptiva, el grado de salud y de autoconfianza, y de los recursos ambientales y personales externos, los que corresponden a aspectos meramente físicos o arquitectónicos y derivados de actitudes de familiares y cuidadores.

Por postrado se entiende aquella persona que presenta una disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de sus funciones motoras, existiendo diferentes grados de inmovilización, desde las limitaciones para deambulación hasta la dependencia, síndrome que cuenta con factores de riesgo propios que aumentan con la edad, dificultan la realización de tareas y tienen una gran trascendencia en el pronóstico vital de la persona que lo padece. A su vez, se relaciona con muchas enfermedades y trastornos que producen una mayor discapacidad.

Existen 2 tipos de postración; la primera se relaciona con el tiempo de evolución; pudiendo ser transitoria, producida por enfermedades, cuyo tratamiento o corrección elimina la inmovilidad; o prolongada, o bien relacionada con enfermedades en las que la resolución o el cese de la causa que la originó no elimina la postración o las secuelas de determinados procesos de la evolución de los mismos. El segundo tipo se relaciona con el grado o intensidad, definido como leve, moderado o severo según índice de Katz. Estos tipos se encuentran comúnmente agravados por la progresión del estado de postración por incumplimiento de los programas rehabilitadores de la postración debido a la falta de motivación por expectativas inadecuadas, trastornos psiquiátricos, falta de ayuda por los familiares, desconocimiento de la utilización de los sistemas de ayuda, concomitancia de enfermedades debilitantes y abandono social.

Dentro de los trastornos que llevan a postración, se encuentran los musculoesqueléticos entre los que destacan la osteoporosis y osteoartrosis a través del dolor, la rigidez e impotencia funcional y las fracturas, sobre todo la de cadera. También se puede mencionar la osteoartritis, contribuyendo a ella enfermedades como la artritis reumatoide, la gota y la pseudogota.



Cabe destacar que una causa importante de disminución de la movilidad son los problemas podológicos, que a través del dolor, las deformidades y las alteraciones dérmicas y ungueales, producen hasta en un 90% de las personas mayores, alteraciones de la deambulaci3n.

Por lo que respecta a las enfermedades cerebrovasculares, aproximadamente un 30% - 40% de las personas tienen incapacidad importante.

Las enfermedades cardiorrespiratorias severas ocasionan limitaci3n de las actividades e inmovilismo. Las enfermedades vasculares perif3ricas pueden ocasionar claudicaci3n, limitar la deambulaci3n y en 3ltima instancia derivar en amputaciones de las extremidades inferiores, lo cual limita la movilidad.

La enfermedad de Parkinson, dado su curso progresivo, en estado avanzado ocasiona una dependencia total, quedando las personas confinados a una cama o silla de ruedas. Las demencias en general, por su parte, ocasionan rigidez, espasticidad y finalmente cuadraplejia en flexi3n, motivando la postraci3n definitiva con todas sus complicaciones.

Los d3ficit sensoriales, originan inseguridad y los trastornos psicol3gicos como la depresi3n producen apat3a y retraimiento originando postraci3n como manifestaci3n cl3nica de la misma. El desequilibrio y el miedo a caerse son consideradas una de las causas principales de postraci3n en adultos mayores, resultado de debilidad general y causas neurol3gicas. Esto se relaciona con la inactividad, la sedestaci3n y en especial en aquellas personas con antecedentes de inestabilidad, ca3das previas y d3ficit visual.

Numerosos f3rmacos pueden causar postraci3n a trav3s de confusi3n, sedaci3n, hipotensi3n, rigidez y restricci3n f3sica.

Por 3ltimo el sobrepeso, la falta de implementos para la movilizaci3n, falta de motivaci3n, apoyo familiar y social, el cambio frecuente de domicilio o la falta de una adecuada rehabilitaci3n e informaci3n sobre posibles t3cnicas de ayuda, son factores que repercuten sobre la movilidad.



2.1.2.1 Efectos sistémicos de la postración ¹⁸

Todos los sistemas del organismo trabajan con mayor eficacia con cierto grado de movimiento. Por tanto, cuando se produce un deterioro de la movilidad todos los sistemas corporales están sometidos a un riesgo de deterioro, dependiendo su gravedad de la salud global de la persona, del grado de duración de la postración y de la edad. Por ejemplo, los adultos de edad avanzada con una enfermedad crónica desarrollan efectos más marcados debidos a la inmovilidad con mayor rapidez que las personas más jóvenes con el mismo tipo de problema de movilidad.

Cambios metabólicos

Los cambios en la movilidad influyen sobre el sistema endocrino, la reabsorción de calcio y el funcionamiento del aparato gastrointestinal.

El sistema endocrino, formado por glándulas secretoras de hormonas, contribuye a mantener y regular funciones vitales como: la respuesta al estrés y a las lesiones; el crecimiento y el desarrollo; la reproducción; la homeostasis iónica y el metabolismo energético. Cuando se produce una lesión o estrés, el sistema endocrino dispara una serie de respuestas dirigidas a mantener la tensión arterial y a preservar la vida. Además, este sistema participa en la regulación del medio interno a través del mantenimiento del balance entre sodio, potasio, agua y el equilibrio ácido-base, y actúa como regulador del metabolismo energético. La tasa metabólica basal aumenta mediante la acción de las hormonas tiroideas y se proporciona energía a las células gracias a la acción integrada de las hormonas gastrointestinales y pancreáticas.

La inmovilidad interrumpe las funciones metabólicas normales, incluyendo el descenso de la tasa metabólica; altera el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas; produce desequilibrios en la composición de líquidos, electrolitos y calcio, y genera trastornos gastrointestinales como la disminución del apetito y de la peristalsis. Sin embargo, en presencia de un proceso infeccioso, las personas postradas pueden tener un aumento de la tasa metabólica basal como resultado de la fiebre o de la curación de una herida. La fiebre y la reparación de las heridas aumentan los requerimientos celulares de oxígeno.

¹⁸ Potter, P. Griffin, A. (2002). Movilidad e inmovilidad, En *Fundamentos de enfermería*. 5ª ed. (pp. 1518-1522). Madrid: Elsevier.



El déficit calórico-proteico es característico de las personas con disminución de apetito secundario a la postración. En el organismo, las proteínas son constantemente sintetizadas y degradadas en aminoácidos, que se reutilizan para formar otras proteínas. El organismo puede sintetizar ciertos aminoácidos no esenciales, pero dependen de la ingesta proteica para obtener los 8 aminoácidos esenciales. Cuando se excreta más nitrógeno (el producto final del metabolismo de los aminoácidos) del que se ingiere con las proteínas, se dice que el balance nitrogenado del organismo es negativo, y el resultado del catabolismo tisular es la pérdida de peso, la disminución de la masa muscular y la debilidad. La pérdida de proteínas lleva por tanto a la pérdida de músculo.

Otro cambio metabólico es la resorción (pérdida) del calcio de los huesos. Como resultado, aumenta la excreción urinaria de calcio porque la inmovilidad produce su liberación a la circulación. Normalmente los riñones pueden eliminar el exceso de calcio, sin embargo, si los riñones no pueden responder de la manera adecuada, se produce una hipercalcemia.

Cambios respiratorios.

Es conocido que el ejercicio aeróbico regular aumenta la función respiratoria, por lo tanto la falta de movimiento y de ejercicio coloca a la persona en una situación de riesgo elevado de sufrir complicaciones respiratorias: disminución del volumen corriente, de la capacidad vital y de la capacidad pulmonar total; una distribución desigual de las secreciones respiratorias y una dificultad para eliminarlas, debido al deterioro del mecanismo de la tos y a la actividad ciliar reducida lo que favorece infecciones; las atelectasias (colapso de los alvéolos) y la neumonía hipostática (inflamación pulmonar por estasis o retención de secreciones). Las últimas dos circunstancias nombradas disminuyen la oxigenación, prologan la recuperación y añaden una incomodidad más a la persona.

En la atelectasia, las secreciones bloquean un bronquio o un bronquiolo y el tejido pulmonar distal (alvéolos) se colapsa ya que el aire de su interior se reabsorbe, produciendo hipoventilación, pudiendo incluso llegar a colapsarse un lóbulo o un pulmón entero. En algún momento del desarrollo de estas complicaciones, la capacidad de la persona de generar una tos productiva disminuye. Finalmente, aumenta la cantidad de moco en el interior de los bronquios, sobre todo cuando la persona está en decúbito supino, prono o lateral el que se acumula en las partes declive de las vías aéreas. El moco



es un excelente medio de crecimiento para las bacterias, por lo que el resultado puede ser la neumonía hipostática.

Cambios cardiovasculares

La falta prolongada de movimiento deriva en un descondicionamiento cardiovascular, una postración prolongada mayor de 5 días es un factor predisponente de trombosis venosa profunda relacionada con el tromboembolismo pulmonar. Los 3 cambios principales son la hipotensión ortostática, definida como un descenso de 25 mm/Hg de la tensión arterial sistólica y de 10 mm/Hg de la diastólica cuando la persona pasa de una posición estirada o sentada a ponerse de pie; el aumento de la sobrecarga cardíaca y la formación de trombos.

En la persona postrada se produce acumulación de sangre en las extremidades inferiores, disminución del líquido circulante y descenso del retorno venoso, seguido de una disminución del volumen minuto cardíaco, que se traduce en una caída de la presión arterial.

A medida que la sobrecarga cardíaca aumenta, también aumenta su consumo de oxígeno. Por tanto, durante los períodos de reposo prolongado el corazón trabaja más y de forma menos eficiente. A medida que la inmovilización aumenta, el volumen minuto cardíaco desciende, con lo que la eficiencia cardíaca disminuye aún más mientras la sobrecarga aumenta.

La persona está también sometida al riesgo de que se formen trombos. Hay 3 factores que contribuyen a la formación de éstos: pérdida de la integridad de la pared vascular (por ejemplo una lesión), anomalías del flujo sanguíneo (por ejemplo flujo sanguíneo lento en las venas de la pantorrilla asociado al reposo en cama), cambios en los factores de la coagulación o aumento de la actividad plaquetaria.

Cambios músculo esqueléticos

Los efectos de la postración sobre el sistema musculoesquelético pueden llegar a un deterioro permanente de la movilidad. La restricción de la movilidad puede generar pérdida de la resistencia, fuerza y masa muscular, además de la alteración en el metabolismo del calcio y las alteraciones en la movilidad articular.



Efectos musculares

La postración puede producir pérdida del tono muscular y de la coordinación. Debido al catabolismo proteico, la persona pierde su masa corporal neta, formada parcialmente por músculo. Por tanto, la reducción de la masa muscular es incapaz de mantener la actividad sin que aumente la fatiga. La masa muscular disminuye por causas metabólicas y por falta de uso y a medida que la inmovilidad continua y los músculos no son sometidos a ejercicio, la masa sigue disminuyendo.

La falta de resistencia, la disminución de las masas musculares y de su fuerza, así como la inestabilidad articular consecuencia de la postración, es lo que origina inestabilidad y desequilibrio en la bipedestación y la marcha, favoreciendo al mismo tiempo la postración, situando a la persona en una situación de riesgo para sufrir caídas.

Efectos esqueléticos

La postración genera 2 cambios esqueléticos: alteración del metabolismo cálcico y anomalías articulares. Dado que la postración produce resorción ósea, el tejido óseo es menos denso o se atrofia, y el resultado es la osteoporosis, sometiendo a la persona a fracturas patológicas. La postración y las actividades que no implican luchar contra un peso aumentan la velocidad de resorción ósea, la que produce también que el calcio se libere a la sangre, con la hipercalcemia consiguiente.

La postración puede generar contracturas articulares. Una contractura articular es una situación anormal y probablemente permanente que se caracteriza por la fijación de la articulación. Es consecuencia de la falta de uso, de la atrofia y del acortamiento de las fibras musculares. La contractura puede dejar la articulación en una posición no funcional, como puede verse en las personas que están permanentemente encorvados en posición fetal.

Una contractura frecuente y debilitante es el pie caído. Cuando se produce, el pie está permanentemente fijado en flexión plantar, lo que dificulta la deambulación ya que la persona no puede hacer la flexión dorsal del pie, por tanto, no puede levantar los dedos del suelo. Las personas que han sufrido un ictus con parálisis derecha o izquierda resultante (hemiplejía) son propensas a sufrir pie caído.



Cambios en la eliminación de orina.

En posición vertical, la orina fluye de la pelvis renal hacia los uréteres y la vejiga gracias a las fuerzas gravitatorias. Cuando la persona está en posición supina, los riñones y los uréteres se sitúan en un plano más horizontal. Dado que las contracciones peristálticas de los uréteres son insuficientes para superar la gravedad, la pelvis renal debe llenarse antes de que la orina llegue a los uréteres. Esta situación recibe el nombre de estasis urinaria y aumenta el riesgo de sufrir infecciones del tracto urinario y cálculos renales, piedras de calcio que se alojan en la pelvis renal y que se eliminan a través de los uréteres. La persona postrada está sometida a un mayor riesgo de presentar cálculos debido a la alteración del metabolismo cálcico y la hipercalcemia resultante.

A medida que la postración continua, la ingesta de líquidos puede disminuir y otros factores, como la fiebre, aumentan el riesgo de deshidratación. Como resultado, al 5° o 6° día la producción de orina disminuye, y la orina que se produce suele ser muy concentrada, lo que aumenta el riesgo de que se formen cálculos y se desarrollen infecciones urinarias. La higiene perineal pobre, particularmente en mujeres, aumenta el riesgo de contaminación por bacterias de tipo *Escherichia Coli*. Otra causa de infecciones del tracto urinario en la persona postrada es el empleo de sondas urinarias.

Cambios gastrointestinales

La alteración de la función gastrointestinal, resultado de la disminución de la motilidad gastrointestinal que se desarrolla como consecuencia de la disminución de la movilidad, es variable. Un síntoma frecuente es la dificultad en eliminar las heces, aunque como resultado de la impactación fecal puede producirse también diarrea. La enfermera debe ser consciente de que no se trata de una diarrea normal, sino más bien de heces líquidas que pasan por el área de la impactación. Si no se trata, la impactación fecal puede generar una obstrucción mecánica del intestino, que puede llegar a ocluir de manera total o parcial su luz, bloqueando la propulsión normal de líquido y gases. El líquido que se acumula en el intestino produce distensión y aumento de la presión intraabdominal. Con el tiempo, la función intestinal se deprime, se produce deshidratación, se interrumpe la absorción y el desequilibrio hidroelectrolítico empeora.

Además en persona postradas y debilitadas las impactaciones fecales pueden causar úlceras por presión en la pared rectal, denominadas úlceras estarcoráceas, que se manifiestan por dolor rectal y rectorragias.



Cambios en los tegumentos

El efecto directo de la presión sobre la piel en la postración se ve agravado por los cambios metabólicos que acompañan esta situación. Las personas de edad o aquellas que han sufrido una parálisis presentan mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión. Prevenir una úlcera por presión es mucho más barato que tratarla.

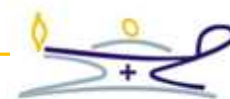
Una úlcera por presión es una interrupción en la continuidad de la piel como resultado de una isquemia tisular prolongada. Se caracterizan inicialmente por inflamación, y suelen aparecer sobre prominencias óseas. La isquemia aparece cuando la presión sobre la piel es mayor que la presión en el interior de los vasos sanguíneos periféricos que irrigan la piel, pues el metabolismo tisular depende de la llegada de oxígeno y nutrientes al organismo gracias a la irrigación sanguínea, así como de la eliminación de los productos de desecho. Cualquier factor que interfiera con este proceso afecta el metabolismo celular y, como resultado, a la función o la vida de la célula. La presión influye sobre el metabolismo celular al disminuir o interrumpir el flujo de sangre. Cuando una persona permanece tendida en la cama o sentada en una silla, el peso del cuerpo descansa sobre prominencias óseas. Cuanto mayor sea la presión aplicada, más prolongado será el periodo de isquemia y, por tanto, mayor el riesgo de que la piel se ulcere.

2.1.3 Aspectos Psicosociales.¹⁹

La relación que mantiene un postrado con su cuidador es muy importante y el tipo de ésta puede asimilarse con la calidad de los cuidados que se le administra.

La rapidez con que se inmoviliza la persona postrada, el curso de la postración y el grado que la misma alcanza, matizan inicialmente el impacto sobre las familias con un integrante postrado y condiciona el grado de reajuste que han de hacer para afrontarlo. Una postración, que se desencadena con rapidez, obliga a la familia a realizar un cambio

¹⁹ Guirao-Goris Ja, Ruiz A, Alonso A, Aardona Jv, Costa E, Dasí Mj, Soler J, Perpiñá Ma. (2004) Cap. II: La valoración global de enfermería de la persona-cuidador principal en la atención domiciliaria, En *Metodología de cuidados de enfermería en atención domiciliaria*. (pp. 8-10).Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.



agudo de su estructura y a movilizar rápidamente recursos en menor tiempo, lo que produce un desgaste mayor que si la inmovilización es progresiva, donde la familia se va adaptando a lo largo del tiempo y la movilización de recursos se realiza de forma progresiva.

El impacto de la postración de una persona sobre su familia depende en gran medida del rol que desempeñaba éste hasta sufrir dicha postración y de los recursos con los que disponía la familia. Una vez superada la fase de hospitalización, y cuando la persona retorna a su hogar, la familia cumple una serie de tareas como aprender a vivir con las limitaciones y síntomas de la incapacidad, aprender el uso de los recursos sanitarios, adiestrarse para saber qué hacer y elaborar el duelo de identidad familiar perdida. Si la postración va a ser de larga duración, se debe tratar de mantener la continuidad de la identidad familiar y por último ser capaz de reorganizarse, compatibilizando el cuidado de la persona con la normalidad del funcionamiento familiar.

En muchas ocasiones una familia se ve rápidamente sobrepasada por la urgente llegada de un familiar que ya no puede valerse por sí mismo y que requiere del cuidado de terceros para satisfacer sus necesidades, incluso el impacto que se produce sobre la familia que se desplaza es mucho mayor debido al desarraigo momentáneo que produce el cambio. Esta situación en ocasiones pone en evidencia la aparición de problemas en las relaciones familiares no resueltos en el pasado.

Cuando en una familia surge el problema de que alguno de sus miembros está postrado, con más o menos celeridad surge la figura del “cuidador principal”, que viene definido en términos generales como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada por cualquier tipo de discapacidad que le impide el desarrollo normal de sus actividades. El postrado genera situaciones conflictivas e incluso patologías en el cuidador principal, debido a las importantes renunciaciones que debe realizar para poder cuidarlo. La tensión, el cuidado, la vigilancia y la dedicación exclusiva que genera un postrado, puede complicar al cuidador llegando al punto de reducir sus momentos de descanso, generando en éste un sentimiento de culpabilidad profundo que lo empuja a seguir con la dedicación exclusiva produciendo un desequilibrio en su familia y en su entorno social.

Cuando la renuncia a su proyecto de vida es muy alta y si no tiene momentos de respiro, el cuidador puede presentar numerosas patologías desde malestar psíquico hasta depresión intensa, pasando por enfermedades derivadas del esfuerzo que realiza. El



equilibrio psicofísico del cuidador es fundamental ya que de él dependen en gran medida la calidad de los cuidados que administra, su salud y la de sus familiares.

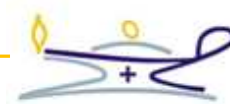
La transición de una fase a otra a veces resulta muy compleja, originando disfunciones familiares. Este tipo de situaciones requiere y se beneficia de una adecuada orientación e intervención familiar desde la atención primaria. No en pocas ocasiones, sobre todo en casos de alto grado de postración, fundamentalmente el cuidador principal y la familia en menor grado pueden sufrir cierto grado de aislamiento social, ya que el postrado requiere mucha ayuda material que limita el tiempo que antes la familia dedicaba a otras actividades, privándola de apoyo emocional y del respiro que éstas conllevan.

El entramado social que se establece en torno a un postrado es fundamental para la buena evolución de la situación, ya que esta red proporciona no sólo ayuda material, en especial sanitaria, sino que presta apoyo emocional y conocimientos sobre qué recursos utilizar. Llegar a situaciones de aislamiento de la red social empobrece y dificulta los cuidados que se le proporcionan a un postrado, a la vez que desgasta y extenua al cuidador y a su familia.

Los profesionales de atención primaria, son las fuentes de apoyo más importantes con que cuenta la familia. Las relaciones deben ser fluidas a la par que afectivas, basadas en la accesibilidad y ayuda por parte de los profesionales, puesto que no sólo requieren ayuda técnica, sino que necesitan una información comprensible y personalizada de cómo la familia debe de colaborar y cuál debe ser su actitud frente al problema.

La propia enfermedad que causa la postración, las relaciones que se establezcan con el sistema sanitario, el apoyo social, la experiencia, información y destreza del cuidador y los familiares y la misma limitación que la persona postrada impone a la familia pueden generar sentimientos que repercuten en la dinámica familiar. De la misma manera, el deseo de los familiares y cuidadores de ayudar y cuidar al postrado, el cierto grado de repulsión y un sentimiento de rechazo por intuir lo pesado de la carga, lleva a que se cree un sentimiento ambivalente en la familia y una relación fuerte pero conflictiva.

Cuando este sentimiento ambivalente afecta al cuidador principal, puede producirse un deterioro en la calidad de los cuidados, además de problemas psicofísicos en el cuidador, siendo la depresión uno de los más frecuentes, además del desgaste



psicológico e incluso abandono del postrado, o puede ser que relaciones muy unidas o fusionadas llevadas al extremo, puedan generar conductas de sobreprotección donde grados menores de postración se convierten en situaciones de inutilidad funcional.

Decidir quién se va a hacer cargo de la persona postrada es una decisión importante que suele ser una de las primeras planteadas en la familia, comporta un proceso de fuerte impacto emocional donde afloran conflictos no resueltos y viejas dinámicas de funcionamiento familiar. Para esto, las anteriores relaciones mantenidas por el postrado con su familia y cuidadores son un punto clave a la hora de acogerlo y cuidarlo. Si estas relaciones eran conflictivas y distantes, existirá una intensa resistencia para hacerse cargo del postrado. En ocasiones, estas malas relaciones son el origen del deterioro psicofísico del postrado.

La exclusión temprana del postrado del hogar, mediante la vía de institucionalización prematura, es también un índice de que los problemas familiares influyen sobre este tipo de personas.

2.1.4 Atención domiciliaria a personas postradas en Chile.²⁰

El ser humano que se encuentra con algún grado de dependencia pasa la mayor parte del tiempo en su domicilio. Esta falta de autonomía y el desconocimiento de sus familias de cómo enfrentar dicha situación, determina la necesidad de ayuda por parte de los servicios de salud, siendo la visita domiciliaria integral la respuesta más pertinente.

El Ministerio de Salud de Chile ha definido el concepto “Visita Domiciliaria Integral”²¹ como una actividad que establece una relación en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por el problema de salud de uno de sus miembros, por la necesidad de establecer un conocimiento más profundo con la familia a su ingreso o por la solicitud de alguno de sus integrantes. También se caracteriza por abordar además del motivo inicial,

²⁰ Ministerio de Salud. (2006). *Norma de cuidados domiciliarios de Personas que sufren de Discapacidad severa*. Santiago, Autor.

²¹ Ministerio de Salud. (2006). *Norma de cuidados domiciliarios de Personas que sufren de Discapacidad severa*. Santiago, Autor.



otros temas de salud de interés de la familia y por formular de común acuerdo un plan de trabajo, ya sea preventivo, promocional o de tratamiento, con un enfoque biopsicosocial.

Por lo tanto el fin de la Visita Domiciliaria Integral, es permitir detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de la persona afectada y su familia. Para esto, la valoración de cada individuo debe ser global para conocer la repercusión que los problemas de salud tienen tanto en la persona como en su entorno familiar, y para planificar las actuaciones que repercutan en la mejora global del estado de la persona. Esto exige dar prioridad a la capacidad funcional, a la salud psíquica o a la garantía de suficientes recursos sociales.

A nivel ministerial el programa surge en febrero del 2006 incorporándose sinérgicamente a la plataforma generada por el Programa de Resolutividad de la APS 2006, aprobado según Resolución Exenta N° 351 del 09 de febrero 2006, en su componente Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa.

El objetivo del programa es mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, otorgando atención integral y humanizada, manteniendo a la persona integrada a su entorno, disminuyendo la carga del cuidador, impidiendo de este modo la institucionalización a través de la coordinación de la red asistencial con la comunidad, para así mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

Como objetivos específicos, se plantea fortalecer el rol del cuidador informal y de la familia en la atención domiciliaria, mejorar el nivel de educación sanitaria y de autocuidado en salud del individuo y la familia, mantener la funcionalidad del adulto mayor por el mayor tiempo posible, mejorar la organización de la atención en domicilio, mejorar el control de síntomas y problemas más frecuentes en los adultos mayores, mejorar la coordinación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención de estas personas, como atención primaria, hospitales de media y larga estadía, programas sociales de la Municipalidad, entre otros; evitar ingresos hospitalarios (o en otras instituciones) innecesarios, mejorar la formación de los profesionales implicados en la atención de estas personas y facilitar el apoyo y formación de los cuidadores implicados en la atención de estas personas.



Este programa se operacionaliza a través de:

- Atención domiciliaria por el equipo de salud del consultorio.
- Capacitación y apoyo comunitario al cuidador.
- Apoyo monetario a las personas postradas que califican como pobres o indigentes, según ficha creada por el Comité de Asistencia Social CAS²², y son cuidados por sus familias. El estipendio, de \$20.000.-, es pagado a la familia cuidadora.

El aumento creciente de personas con discapacidad severa que se encuentran postradas y que están siendo atendidos por su entorno familiar y comunitario, el cual muchas veces es inadecuado, genera una presión agobiante para la familia. Debido a esto, es un deber ético y una responsabilidad del equipo de salud, proporcionar alivio y cuidado a la familia, mejorando el ambiente socio-familiar y el equilibrio psicológico de sus miembros, incluido aquel que padece la discapacidad.

Actividades del equipo de salud de atención primaria.

1. Primera visita domiciliaria por Enfermera para:

- Diagnosticar funcionalidad con Índice de Katz.
- Aplicar ficha de ingreso y abrir tarjetón de seguimiento.
- Elaborar Plan de Cuidados para la Cuidadora.
- Identificar y enrolar al familiar cuidador de la persona beneficiaria del programa.

2. Cuatro visitas domiciliarias anuales por Enfermera para:

- Evaluar ajustes del Plan de Cuidados de la Cuidadora.

²² La Ficha CAS y CAS-2 son instrumentos destinados a estratificar socialmente a las familias que postulan a beneficios sociales permitiendo con ello priorizar y seleccionar beneficiarios para los distintos programas sociales, principalmente los subsidios estatales.



- Realizar procedimientos de enfermería.
- Entrega y capacitación en el uso de Ayudas Técnicas: Silla de ruedas, colchón y cojín antiescaras.
- Paralelo a las visitas realizadas por Enfermera, el Técnico Paramédico debe realizar visita mensual para verificar la mantención de las condiciones de inclusión de la persona y su familiar cuidador y velar por que la persona reciba los cuidados adecuados.

3. Seis sesiones de capacitación para cuidadores por Enfermera con el propósito de detectar condiciones de riesgo en el entorno de la persona y educar al cuidador y familia para la modificación de éstas y ofrecer alternativas de enfrentamiento:

- Primera sesión: presentación y expectativas.
- Segunda y tercera sesiones: trasmisión de conocimientos básicos, con apoyo de rotafolio.
- Cuarta y quinta sesiones: aprendizaje de procedimiento, con apoyo de video.
- Sexta sesión: cuidados del cuidador con apoyo del rotafolio.
- Entrega de Cartilla.
- Entrega de Certificado de Participación en el curso.
- Pago de subsidio a aquellas familias que cumplan con los criterios de inclusión biomédico y socioeconómico.

4. Gestión del Programa:

La Enfermera ingresa a la persona postrada al programa, abre una tarjeta de ingreso y seguimiento, la cual es incorporada al tarjetero de “Bajo Control”. Los cuidados otorgados se basan en la Norma de Atención Domiciliaria a personas con discapacidad severa, la cual define los criterios diagnósticos de la situación de la persona postrada y cuidador.



El equipo informará mensualmente al municipio el cumplimiento de los criterios para la continuidad del subsidio, el cual, una vez recibida la información por parte de los equipos de salud, según cumplimiento de los criterios de continuidad, procederá a cancelar el subsidio. Un Asistente Social debe evaluar el cumplimiento de los criterios de inclusión por parte de la persona postrada, referente a su situación de pobreza e indigencia. Esto último se acreditará mediante clasificación CAS II o evaluación social del municipio. El estipendio mensual corresponde a \$20.000.- al familiar o cuidador enrolado en el consultorio en aquellos casos en que el beneficiario esté clasificado como pobre no indigente o indigente según Ley del Fondo Nacional de Salud FONASA, previa verificación de datos con el centro de salud. Finalmente, los cuidadores deben firmar un documento que establece los compromisos que éstos adquieren en virtud de su inclusión en el programa.

Beneficiarios.

Todas las personas que de manera permanente sufren de postración y/o pérdida de autonomía severa, entendiéndose como persona postrada aquella que requiere de apoyo, guía y supervisión total en Actividades de la Vida Diaria (según índice de Katz), que pertenezca a cualquier grupo etario, se encuentre incluida en el Programa Atención Domiciliaria Integral en atención primaria de salud, que no se encuentre en residencia institucionalizada (por ejemplo: Fundación Las Rosas, Hogar de Cristo), debe contar con un familiar o cuidador responsable que viva con ella en el domicilio y que se comprometa a participar en una capacitación o reforzamiento si lo requiere y que sea beneficiaria del Sistema Público de Salud.

Monitoreo y evaluación.

Los Servicios de Salud tienen la responsabilidad de enviar mensualmente en planilla electrónica EXCEL, antes del día 08 de cada mes a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, el consolidado de las nóminas de las personas y cuidadores beneficiarios del programa, con el objeto de efectuar las correspondientes remesas.

Los Servicios de Salud, a su vez, deben evaluar una vez al año el cumplimiento del programa mediante auditoria en domicilio del 5% de su población bajo control que recibe estipendio. Para esto, los municipios deberán enviar antes del día 05 de cada mes, al Servicio de Salud respectivo, la nómina con los datos fidedignos de las personas y cuidadores beneficiarios del Programa, la que debe considerar:



- Nombre Completo y Rut de las personas postradas o carentes de autonomía en programa.
- Nombre Completo y Rut del cuidador familiar.
- Domicilio de la familia beneficiaria.
- Personas excluidas del programa por fallecimiento, traslado o no cumplimiento de los criterios de continuidad.

Ventajas del Programa de atención domiciliaria a personas postradas.

- Fortalecimiento del vínculo de los Equipos de Salud con las Familias y la Comunidad, en coherencia con el Modelo de Salud Familiar.
- Mejora la calidad del cuidado a los postrados.
- Reconoce y potencia la labor de los cuidadores en su tarea.
- Responsabiliza a los equipos de salud de otorgar atención integral y continua a los postrados y a los cuidadores.
- Reconocimiento al trabajo realizado por las personas cuidadoras.
- Establece redes de apoyo a las cuidadoras a través de la estrategia comunitaria.
- Expansión del Programa a comunas sin el beneficio.
- Determina prevalencia de la postración en la población a cargo y su realidad socioeconómica.



2.1.5 Rol del profesional de enfermería en la atención domiciliaria a personas postradas teniendo como referente el modelo de Virginia Henderson.^{23 24 25 26 27}

La gran complejidad y la extrema diversificación de la sociedad actual hace cada vez más necesario conceptualizar los servicios que prestan los profesionales de enfermería. Como consecuencia de ello, se vuelve imprescindible realizar una descripción más precisa de los servicios enfermeros y el rol que ocupa dentro de éstos, ya que sin esta definición se vuelve difícil poder alcanzar las metas propuestas al no contar con un hilo conductor o cuerpo de conocimientos propios que permitan a los profesionales de enfermería delimitar su marco de competencias y homogeneizar sus cuidados. Se trata del modelo conceptual de cuidados de enfermería, que enmarca la actuación profesional.

Al momento de prestar servicios o cuidados durante la atención domiciliaria, se debe establecer una interacción con la familia y con la persona postrada, bien descrita por Joyce Travelbee, quien plantea que el profesional de enfermería es un ser humano que goza de un cuerpo de conocimientos especializado, con el objetivo de ayudar a otros seres humanos a prevenir enfermedades, recobrar la salud, encontrar el significado de su enfermedad o mantener el máximo grado de salud, lo que por una parte determinaría la efectividad y calidad de los cuidados impartidos en el domicilio. También afirma que encontrar un significado a la enfermedad y el sufrimiento permite al paciente no sólo aceptar la enfermedad, sino también aprovecharla como experiencia vital autoactualizante²⁸.

²³ Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2003). *Modelos y Teorías de Enfermería* (5a. ed.).

España: Elsevier.

²⁴ Henderson V. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: C.I.E.

²⁵ Potter Perry, A (1996). *Fundamentos de enfermería* (3ª ed), Madrid: Mosby-Doyma

²⁶ Contel J.C, Gené, J. y Peya, M. Valoración integral y multidimensional en atención domiciliaria. En *Atención domiciliaria, organización y práctica*. (pp 25-37). España: Springer-Verlag Ibérica.

²⁷ Guirao-Goris Ja, Ruiz, A, Cardona Jv, Costa E, Dasí Mj, Soler J, Perpiñá Ma. La valoración global de enfermería del paciente-cuidador principal en la atención domiciliaria, *En Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria*. (pp. 8-10). España: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

²⁸ Marriner Tomey, A. (2003). Joyce Travelbee: Modelo de relación persona a persona. En *Modelos y Teorías en Enfermería*. (pp. 418- 429). España: Elsevier.



La planificación y ejecución de la atención domiciliar cobra entonces relevancia, puesto que si no considera los conocimientos adquiridos, esta actividad se tornará en una función mecánica y no una relación terapéutica efectiva. Por una parte están los conocimientos especializados y por el otro la capacidad de utilizarlos. Si la enfermera no utiliza bien sus conocimientos estará fallando en la aplicación de los cuidados de forma global. Por su parte, Adam²⁹ postula que la autonomía en enfermería para realizar actividades como la visita domiciliar, se consigue con conocimientos bien adquiridos, capacidad de utilizar estos conocimientos y un marco conceptual de base.

En el caso de Virginia Henderson, su teoría es considerada como una filosofía definitoria de enfermería que se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, a través del plan de cuidados de enfermería.

Henderson elaboró su modelo conceptual debido a su deseo de clarificar la función de las enfermeras. Para ello, y basándose en las teorías sobre necesidades y desarrollo humano descritas por autores como A. Maslow, E. Ericsson y J. Piaget, desarrolló un modelo conceptual basado en 14 necesidades básicas. Desde su perspectiva, la disciplina de enfermería nace ante la falta de fuerza, conocimiento o voluntad para satisfacer cualquiera de las necesidades básicas de las personas, lo que da lugar a estados de dependencia y de falta de autonomía.

El modelo de Virginia Henderson, se caracteriza por exponer de manera clara el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio y adaptarse muy bien a la realidad sanitaria actual en nuestro país, ya que al lado de la función propia de la enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de ésta con respecto a otras profesiones (de colaboración), considerando que el ejercicio profesional enfermero como un servicio único y separado del resto de los profesionales de la salud no tiene ningún sentido.

²⁹ Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2003). *Modelos y Teorías de Enfermería* (5a. ed.).

España: Elsevier.



Los componentes del modelo de Virginia Henderson, son los siguientes:

- **Enfermería:** Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible, tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales. La sociedad espera un servicio de la enfermera, que ningún otro profesional puede darle.
- **Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida. Es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.
- **Entorno:** Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.
- **Persona (paciente):** Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad. Es un todo complejo con 14 necesidades básicas y, cuando una de dichas necesidades no está satisfecha, la persona no es un todo, por tanto, no es independiente.

En el modelo de Virginia Henderson, los elementos fundamentales de éste hacen referencia a:

- El objetivo de los cuidados enfermeros es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia; o a morir dignamente.
- El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus 14 necesidades básicas.
- El rol profesional es de suplencia de la autonomía (hacer por la persona) o de ayuda (hacer con la persona).
- La fuente de dificultad o área de dependencia, es el origen donde radica ésta, y está relacionada con la falta de fuerza (no poder hacer), la falta de conocimiento (no saber hacer) y/o la falta de voluntad (no querer hacer).
- La intervención de la enfermera hace referencia al centro de atención, que son las áreas de dependencia de la persona y a los modos de intervención, dirigidos a



aumentar, completar, reforzar o sustituir la ya mencionada falta de fuerza de conocimiento o de voluntad.

- Las consecuencias de la intervención enfermera serán la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, supliéndola o ayudándola a ello, o la muerte pacífica.

La atención de enfermería domiciliaria, que utiliza el modelo de Virginia Henderson, debe aplicar los conceptos de su modelo en cada etapa del proceso de enfermería. Por tal razón, la etapa de valoración debe estar orientada a la recogida de todos los datos necesarios para determinar si los comportamientos llevados a cabo por la persona son adecuados y suficientes para satisfacer todas y cada una de las 14 necesidades fundamentales. Por otra parte, los registros creados por la enfermera deberán diseñarse en la perspectiva del modelo pertinente, los que servirán de base para las intervenciones del equipo de enfermería y el resto del equipo de salud.

En cada necesidad se ha de recoger información referente a:

1.- Necesidad de respirar normalmente:

- Frecuencia respiratoria y cardiaca: cifras y características.
- Presión arterial: cifras, regulación y control.
- En caso de hipertensión arterial buscar síntomas asociados: cefaleas, mareos, epistaxis.
- Coloración de piel, mucosas y lechos ungueales.
- Presencia y capacidad para toser y expulsar secreciones, así como las características de ambas.
- Circunstancias que influyen en su respiración: tabaquismo, disnea, fatiga.
- Recursos que utiliza para mejorar la respiración.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente:

- Talla y peso, así como oscilaciones de éstos.
- Costumbres alimentarias: desayuno, almuerzo, once y cena.
- Dieta y grado de cumplimiento de ésta.
- Ingesta de líquido al día.
- Circunstancias que influyen en su alimentación e hidratación: estado de dientes y mucosa bucal, nauseas, vómitos, anorexia.



- Recursos que utiliza para realizar alimentación.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para comer y beber.

3.- Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:

- Patrón de eliminación y características miccionales y fecales: cantidad, frecuencia, color, olor, consistencia.
- Dificultades para el acto de la eliminación.
- Menstruación.
- Circunstancias que influyen en la eliminación: dolor, estreñimiento, diarrea.
- Recursos que utiliza para mejorar la eliminación.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad en la eliminación.

4.- Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:

- Actividad física que realiza: tipo, frecuencia, duración.
- Equilibrio.
- Dificultad para realizar algunos movimientos.
- Circunstancias que influyen en su actividad habitual: hormigueo, dolor, fatiga, problemas podológicos, restricciones a la movilidad.
- Recursos que utiliza para mejorar la movilidad.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad en el movimiento.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

- Hábitos de sueño: horas, horario, número de despertares y levantamientos nocturnos.
- Sensación subjetiva de descanso al levantarse.
- Circunstancias que influyen en su descanso: problemas, insomnio, somnolencia diurna.
- Recursos que utiliza para mejorar el sueño.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad en el reposo y sueño.



6.- Necesidad de Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

- Aspecto que presenta en cuanto a adecuación, comodidad, limpieza de ropas, calzado y complementos.
- Facilidad y/o dificultad para el vestido y arreglo.
- Circunstancias que influyen en la forma de vestir.
- Recursos que utiliza para mantener un aspecto adecuado.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para esta necesidad.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

- Temperatura.
- Sensación de calor o frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente.
- Sensación de uniformidad de la temperatura corporal.
- Condiciones ambientales del hogar.
- Circunstancias que influyen en la temperatura corporal.
- Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para esta necesidad.

8.- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

- Hábitos higiénicos: frecuencia, modalidad, útiles de preferencia.
- Estado de la piel, uñas, cabello y boca.
- Interés por el mantenimiento de una piel y una higiene adecuada (integridad, turgencia, presencia de edemas).
- Cambios en la piel: manchas, heridas, prurito, (en caso de reposo prolongado en cama control de úlceras por presión).
- Circunstancias que influyen en el estado de la piel y en la higiene habitual.
- Recursos que utiliza para realizar la higiene y mantener su piel en buen estado.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para esta necesidad.

9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas:

- Medidas de salud que lleva a cabo: vacunaciones, chequeos, autoexploraciones, controles.



- Signos de: disminución de la alerta, disminución de la conciencia, desorientación, disminución de la memoria, errores de percepción, depresión, ansiedad, delirios o coma.
- Cambios recientes en la vida: pérdidas, cambios de residencia, enfermedades asociadas, complicaciones.
- Circunstancias que influyen en la protección: botiquín, riesgos ambientales, déficit de movilidad y/o sensoriales, dolor, uso de medicación.
- Recursos que utiliza para autocontrolarse y manejar situaciones de riesgo.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para esta necesidad.

10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones:

- Expresión de deseos y opiniones.
- Déficit sensorial.
- Núcleo de convivencia.
- Capacidad para expresar y vivir la sexualidad.
- Circunstancias que influyen en la comunicación: estatus cultural, pertenencia a grupo social y/o grupos de apoyo, soledad, dificultades para pedir ayuda.
- Recursos que utiliza para mantener esta necesidad.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para esta necesidad.

11.- Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores:

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Facilidad o dificultad para vivir según creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad y/o espiritualidad en su vida.
- Actitud ante la muerte.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función del sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias.
- Recursos que utiliza para mantener esta necesidad.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para esta necesidad.

12.- Necesidad de ocupación para autorrealizarse:

- Actividad y/o trabajo.
- Repercusión de la actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar.



- Participación en decisiones que le afectan.
- Circunstancias que influyen en la realización personal: autoconcepto y autoimagen, actitud familiar, cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera.
- Recursos que utiliza para mantener esta necesidad.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para esta necesidad.

13.- Necesidad de participar en actividades recreativas:

- Hábitos culturales y de ocio.
- Dedicación a actividades de recreación.
- Circunstancias que influyen en el entretenimiento: recursos comunitarios a su alcance y el uso que hace de ellos.
- Recursos que utiliza para mantener esta necesidad.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para esta necesidad.

14.- Necesidad de Aprendizaje:

- Interés por su entorno sociosanitario.
- Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas.
- Participación: preguntas, proposición de alternativas, resolución de problemas.
- Recursos educativos del entorno sociosanitario (sobre todo si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado).
- Circunstancias que influyen en el aprendizaje: nivel de instrucción, limitaciones.
- Recursos que utiliza para conseguir este: grado de conocimiento de su actual estado de salud, fuente usual para su aprendizaje sanitario (médico, enfermera, amigos, libros).
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad para esta necesidad.

A pesar de que dicho modelo plantea la integración de sus componentes, la parcelación de la recogida de la información permite la identificación de problemas particulares en relación a cada necesidad, pero que al momento de interpretar los datos entregados se deben interrelacionar entre sí de manera que configuren una unidad: idea de globalidad que ha de estar presente cuando se realice el plan de cuidados.

Es fundamental realizar una valoración conjunta de la persona y cuidador principal, encaminada a identificar el nivel de conocimientos, así como sus actitudes y



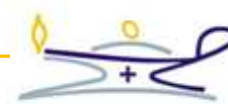
aptitudes por ser determinantes imprescindibles para abordar con éxito la resolución de problemas en la atención domiciliaria. El propósito de la valoración inicial es evaluar el estado de salud de una persona, identificando cualquier patrón disfuncional que pueda presentar un problema y poder establecer la relación de ayuda. Es recomendable comenzar y focalizar la valoración en aquellos patrones que se manifiestan claramente inestables y en las siguientes visitas se deben completar las “lagunas” que existan en la valoración inicial.

Dentro de la valoración se deben considerar, en relación a la persona, estilos de vida y comportamientos de promoción de salud, composición del núcleo familiar, recursos sociosanitarios que dispone, inclusión de la persona que cumple criterios de ingreso, datos clínicos (valoración integral de sus necesidades, diagnósticos), listado de problemas, plan de actuación y/o cuidados, hoja o tarjeta de monitorización.

Existen una serie de cuestionarios útiles para valorar los trastornos que puede presentar tanto la persona como el cuidador, detectando tempranamente para hacer una aproximación diagnóstica y poder aplicar un programa terapéutico integral, evitando de esta manera complicaciones que pueden afectar la morbimortalidad, el bienestar y la calidad de vida. Dentro de los cuestionarios mencionados destaca la escala de depresión de Yessavage, utilizada en la población anciana y de muy fácil realización en su versión reducida de 15 ítems, el Minimental State Examination de Folstein, adaptado por Lobo como el Miniexamen de Lobo y el SPMSQ de Pfeiffer, útiles para valorar el área cognitiva, pero que para su realización se deben tener en cuenta posibles interferencias relacionadas con el estado anímico, tratamiento farmacológico y nivel de educación.

La valoración psicoafectiva, permite valorar la presencia de psicopatología latente o no conocida en la persona. En personas postradas, ancianos o terminales, los trastornos depresivos y los deterioros cognitivos se presentan de forma atípica y son habitualmente infravalorados por la familia y los profesionales sanitarios. Debe conocerse que los trastornos anímicos, de comportamiento, ansiedad, ideas de autolisis, etc, son secundarios siempre a situaciones patológicas y en ningún caso pueden ser atribuibles a la edad o a rarezas.

La valoración de una persona en domicilio no queda completa sin el análisis de la situación social pues la pobreza, la escasez de recursos o el aislamiento incrementan la morbimortalidad. Los aspectos a valorar en este sentido son la vivienda, los recursos económicos, las relaciones y actividades sociales y el soporte social.



Los objetivos que la enfermera debe plantearse para realizar una visita domiciliaria integral son: conocer el hogar, el entorno y la situación familiar, detectar necesidades, recursos y redes del grupo familiar y del afectado, evaluar a la familia como unidad de cuidado, mejorar la definición del problema de salud y entablar una buena comunicación entre los integrantes del Equipo de Salud y la familia³⁰.

Respecto al cuidador, los problemas que presenta han de ser abordados dentro de la atención domiciliaria, siendo arriesgada la no valoración, pues es posible encontrar más tarde (y esto suele ser frecuente), que todos los esfuerzos de cuidados han sido en vano debido a que los valores y creencias del postrado fueron ignorados.

La familia es un sistema en permanente interacción, tanto entre los miembros que la componen, como entre éstos en el entorno que les rodea. La familia podemos considerarla como una unidad de producción que posibilita funciones de tipo afectivo, de pertenencia al grupo y de reproducción. Otras tareas fundamentales de la familia son la asistencia sanitaria, soporte económico, guardería, asistencia gerontológica y manutención.

Casi todas las familias con una persona postrada van a requerir cierto grado de intervención familiar. Esta intervención se debe plantear en términos de ayudar a la familia a convivir con el postrado y a su proceso, permitiendo que se dé una adecuada atención, al mismo tiempo que se continúa con los planes colectivos e individuales de la familia. En la gran mayoría, se requiere de una adecuada información al cuidador principal, relacionada con el manejo de la persona postrada en función de la causa que le inmoviliza, y sobre ésta, cómo utilizar los recursos sanitarios y de otro tipo.

La primera entrevista va a permitir conocer las circunstancias que han rodeado la aparición de la postración y cómo está repercutiendo en la dinámica familiar y en las relaciones familiares, cuál es el grado de conocimientos que poseen frente a ésta situación, cuáles son las actitudes frente al postrado, qué sentimientos suscita éste y cuáles son los planes y necesidades a corto y largo plazo.

La intervención comienza con una información adecuada y veraz sobre el proceso que motiva la postración, haciendo referencia a su evolución y pronóstico a corto y mediano plazo. Para contribuir a aliviar la intensa respuesta emocional que se produce en

³⁰ Contel, J, Badrá, J, Peya, M (1999). *Atención domiciliaria, organización y práctica* (1ª. ed.). Barcelona: Springer Verlaz Ibérica.



estos casos permitiendo que la familia siga funcionando, la información se debe enfocar en la forma de actuar frente al postrado, la disponibilidad y movilización de los recursos sanitarios, la asunción del cuidador principal, la planificación de sus tareas y de los momentos de respiro y la activación de los recursos emocionales y materiales.

El apoyo emocional que se ha de prestar a la familia y sobretodo al cuidador principal es fundamental y tiene como objetivo evitar el aislamiento social del cuidador y de la familia que se entrega a los cuidados de un postrado. Es importante informar sobre la necesidad de apoyo emocional a cada uno de los familiares con respecto al cuidador, y sobre la necesidad de aprovechar el apoyo emocional que le brindan los amigos, vecinos y conocidos, a través del interés que muestran por el postrado y los ofrecimientos que estos hacen por pequeños que sean.

El mantener el proceso de postración y la causa que lo produce en su justo sitio, evitando el consumo innecesario de recursos, forma parte de las pequeñas y constantes intervenciones que se deben realizar en las familias de los postrados, teniendo como base las visitas domiciliarias periódicas que han de pautarse, para hacer un seguimiento correcto de estos problemas que influyen directamente en toda la familia.

El objetivo final es negociar una nueva estructura familiar: compatibilizar el cuidado del postrado manteniendo el contacto social de todos. Si se alcanza este objetivo se tendrá a las personas postradas viviendo en armonía hasta la resolución del problema.

Finalmente, la atención domiciliaria es una de las actividades que realiza el profesional de enfermería en la que más se introduce en la dinámica familiar, otorgando grandes ventajas, como una mejor atención, participación y responsabilidad, mejor calidad de vínculo, intimidad y bienestar, asistencia personalizada y más humanizada, mejor percepción diagnóstica biopsicosocial por parte del equipo de salud, mejora del nivel de educación sanitaria y de autocuidado en salud del individuo y la familia; y en particular, en el caso de los postrados, permite reforzar medidas prácticas de cuidado, educar en salud, prevención de la desinserción social y disminuir el riesgo de iatrogenia.

El profesional de enfermería debe ser el agente de salud que lidera la atención en el domicilio, priorizando la realización de una valoración extensa, con el fin de detectar áreas problemáticas para actuar en consecuencia, debiendo garantizar la continuidad de los cuidados, en estrecha colaboración con el resto del equipo multidisciplinar. Le corresponde marcar pautas a seguir en la planificación de los cuidados domiciliarios



considerando al usuario y cuidador como los ejes sobre quien gira la atención, fijando objetivos de común acuerdo con la persona postrada, cuidador y su familia, como así mismo las actividades compartidas que ayudarán a resolver los problemas de salud identificados. La evaluación periódica de los resultados observados, provee la información necesaria para mantener o replantear los cuidados planificados.

Por esto, se debe contar con un sistema de registro eficiente, que permita recoger de forma sencilla los datos de todos los niveles de la atención domiciliaria propuestos. Además se debe tener coordinación con los servicios de atención primaria y especializada, lo que requiere comunicación expedita, objetivos comunes, razonables y alcanzables, criterios unificados, seguimiento continuo de la persona y de la familia, evaluación conjunta de los resultados y utilización de sistemas de información comunes.



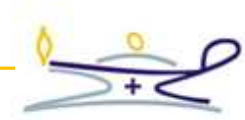
2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo general

- Conocer los cuidados prioritarios que realizan las enfermeras a las personas postradas mayores de 18 años, en la primera visita domiciliaria integral.
- Conocer los factores institucionales presentes en el programa de atención domiciliaria a postrados.

2.2.2 Objetivos específicos

- Describir el tiempo real utilizado por la enfermera en la primera visita domiciliaria a la persona postrada que ingresa al programa.
- Identificar el número de horas asignadas para la realización de las actividades del programa de atención domiciliaria a personas postradas en los 14 centros de salud de atención primaria de la comuna de Valparaíso.
- Describir tipo de movilización utilizada por las enfermeras en sus desplazamientos al domicilio de la persona postrada.
- Identificar tipo de registros utilizados para dejar constancia de la atención profesional otorgada en la primera visita domiciliaria.
- Identificar las vías de ingreso de las personas postradas al programa de los centros de salud y el tiempo involucrado en este proceso.



- Describir la opinión de las enfermeras sobre los recursos humanos y materiales asignados para la realización de los cuidados domiciliarios.
- Identificar los cuidados prioritarios que valoran las enfermeras en las personas postradas, de acuerdo a 8 necesidades básicas del ser humano.
- Describir aspectos valorados por la enfermera en la primera visita domiciliaria respecto a la satisfacción de la necesidad de:
 - Circulación y oxigenación.
 - Alimentación.
 - Movimiento.
 - Higiene y protección de la piel.
 - Reposo y sueño.
 - Eliminación.
 - Aprender.
 - Comunicación
- Describir la atención directa que refiere brindar la enfermera durante la primera visita domiciliaria, de acuerdo a 14 necesidades básicas del ser humano.



2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Cuidados prioritarios que realiza la enfermera	Actividades que realiza el profesional de enfermería con los pacientes y familia en las áreas biológica según su nivel de dependencia, psicológica de acuerdo a las actividades recreativas y sociales que realiza en relación a la comunicación con su entorno.	Cuidados de enfermería relacionado con la necesidad de circulación y oxigenación: Circulación.	<ul style="list-style-type: none"> • Controla presión arterial. • Controla frecuencia cardiaca. • Palpa pulsos periféricos. • Valora coloración de la piel. • Valora llene capilar. • Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, cumplimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importancia – Poca importancia • Moderada importancia – Máxima importancia
		Cuidados de enfermería relacionados con la necesidad de circulación y oxigenación: Respiración.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausculta ruidos respiratorios. • Controla saturación de oxígeno. • Observa movimientos respiratorios. • Valora necesidad de uso de oxigenoterapia. • Valora eliminación efectiva de secreciones. • Valora presencia de hábito tabáquico personal y/o familiar. • Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, cumplimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importancia – Poca importancia • Moderada importancia – Máxima importancia

Capítulo 2: Marco Teórico



VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
		Cuidados de enfermería relacionados con la necesidad de alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Valora patrón de alimentación. • Valora apetencia y tolerancia. • Valora cantidad y tipos de líquidos consumidos diariamente. • Valora vía de alimentación. • Valora técnica de alimentación. • Realiza apreciación del estado nutricional. • Indica modificación de técnica de alimentación si procede. • Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, cumplimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importancia – Poca importancia • Moderada importancia – Máxima importancia
		Cuidados de enfermería relacionados con la necesidad de movimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Valora dolor. • Valora tono muscular. • Valora autovalencia a través del índice de Katz. • Valora dificultad para realizar algunos movimientos. • Valora necesidad de implementos como almohadones o sabanillas. • Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importancia – Poca importancia • Moderada importancia – Máxima importancia

Capítulo 2: Marco Teórico



VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
		Cuidados de enfermería relacionado con la necesidad de higiene y protección de la piel	<ul style="list-style-type: none"> • Valora hábitos de higiene. • Valora grado de dependencia para higiene. • Valora estado de la piel. • Valora presencia de heridas. • Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, cumplimiento) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importancia – Poca importancia • Moderada importancia – Máxima importancia
		Cuidados de enfermería relacionados con la necesidad de reposo y sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Valora el lugar donde duerme la persona postrada. • Valora ambiente (luz, temperatura, ventilación) • Valora hábitos de sueño (rutinas). • Valora horas de sueño diurno y nocturno. • Valora trastornos del sueño. • Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importancia – Poca importancia • Moderada importancia – Máxima importancia

Capítulo 2: Marco Teórico



VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
		Cuidados de enfermería relacionados con la necesidad de eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Valora patrón de eliminación. • Valora características de las deposiciones y diuresis. • Valora medicación que afecte la necesidad de eliminación. • Valora signos y síntomas de trastorno de eliminación intestinal o urinaria. • Valora problemas de eliminación urinaria o intestinal • Valora presencia o necesidad de instalación de sonda vesical. • Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, cumplimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importancia – Poca importancia • Moderada importancia – Máxima importancia
		Cuidados de enfermería relacionados con necesidad de aprender	<ul style="list-style-type: none"> • Valora nivel educacional de la persona postrada, familia y/o cuidador. • Valora capacidades de comprensión de la persona postrada, familia y/o cuidador. • Valora conocimientos de la persona postrada, familia y/o cuidador acerca de la postración, sus motivos y cuidados. • Valora limitaciones para el aprendizaje de la persona postrada, familia y/o cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importancia – Poca importancia • Moderada importancia – Máxima importancia

Capítulo 2: Marco Teórico



VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
		Cuidados de enfermería relacionados con la necesidad de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Valora vías de comunicación entre persona postrada, familia y/o cuidador. • Valora características del lenguaje verbal y no verbal. • Valora orientación témporo-espacial. • Valora pérdida de interés y mantención de actividades de persona postrada, familia y/o cuidador. • Valora memoria inmediata y remota. • Valora sentimientos de la persona postrada, familia y/o cuidador. • Valora redes de apoyo de persona postrada, familia y/o cuidador. • Valora entorno familiar, social y forma de interacción. • Entrega vías de contacto y consulta (teléfono del consultorio, celular, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna importancia – Poca importancia • Moderada importancia – Máxima importancia

Capítulo 2: Marco Teórico



VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Factores Institucionales	Recursos humanos y materiales, o cualquier otro factor no relacionado directamente con la persona postrada que condicionan y afectan inherentemente el desarrollo de la visita domiciliaria y que juegan un rol fundamental en la motivación e iniciativa de los profesionales ejecutores.	Disponibilidad de tiempo para el programa	Dedicación exclusiva al programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Horas semanales asignadas para la realización de visita domiciliaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 4 Hrs. • Entre 5 y 8 Hrs. • Entre 9 y 16 Hrs. • 17 Hrs o más.
			Horas utilizadas a la semana en el programa de atención domiciliaria a personas postradas.	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 4 Hrs. • Entre 5 y 8 Hrs. • Entre 9 y 16 Hrs. • 17 Hrs o más.
			Conformidad de enfermera con horas asignadas para la realización de las visitas domiciliarias a personas postradas.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Recursos	Conformidad con los recursos materiales asignados	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Conformidad con los recursos humanos asignados	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Mobilización utilizada para la realización de la visita.	<ul style="list-style-type: none"> • Caminando • Locomoción colectiva • Vehículo propio • Transporte institucional.

Capítulo 2: Marco Teórico

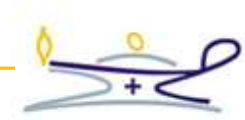


VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
		Protocolo de atención	Medio de ingreso al programa de atención domiciliaria a personas postradas.	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia de un familiar • Referencia de un tercero ajeno a la familia • Referencia de otro profesional de salud • Referencia de otro centro de salud
			Promedio de tiempo entre la notificación de la existencia de una persona postrada y la realización de la primera visita.	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1 y 7 días • Entre 8 a 15 días. • 16 a 30 días • 31 días o más.
			Tiempo utilizado por la enfermera en la primera visita domiciliaria.	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos o menos • Entre 31 y 45 minutos • Entre 46 y 59 minutos • 1 hora o más
			Criterio de priorización para la realización de las visitas domiciliarias a personas postradas.	<ul style="list-style-type: none"> • Cercanía con el centro de salud • Criterio profesional • Necesidad de técnicas de enfermería • De acuerdo a criterios del programa
			Población cubierta.	<ul style="list-style-type: none"> • 25 o menos • Entre 26 y 50 • De 51 a 100 • 101 o más

Capítulo 2: Marco Teórico



VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
		Registro	Instrumentos de registro de las visitas domiciliarias utilizados por la enfermera.	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha clínica • Instrumento creado por usted y/o equipo de salud • Instrumento asignado por corporación o servicio de salud • Instrumento de acuerdo a la norma clínica • Cuaderno de registro en domicilio.



Capítulo 3

Metodología



3. Metodología.

3.1 Diseño de Investigación.

3.1.1 Constitución y organización del grupo de Tesistas.

El grupo de trabajo de la Cátedra anual Seminario Tesis lo constituyen siete Estudiantes de Cuarto Nivel año 2008 de la Carrera de Enfermería pertenecientes a la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso. El trabajo fue iniciado el año 2007, durante la Cátedra de Metodología de la Investigación, seleccionando el área de investigación en Salud Familiar y Comunitaria y el tema general en la Atención Domiciliaria en Personas Postradas.

Durante el primer semestre de 2008 se trabaja en la delimitación del problema, objetivos, marco conceptual, operacionalización de variables y estructuración del instrumento de investigación con la asesoría permanente de la Docente de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, Enfermera Matrona Señora Rosalba Orellana López, quien se retira de este cargo a principios del mes de Agosto quedando como asesora de los Tesistas la Enfermera Docente Señora Yolanda León, con quien se trabaja hasta el fin del período académico en las correcciones al informe en general y la etapa de recolección y análisis de datos.

Para la organización del grupo, se establecieron horarios de trabajo permanentes grupales con y sin asesorías, quedando los días miércoles y viernes de 14:30 a 18:00 horas respectivamente, sin desmerecer el trabajo individual y otros fuera de estos horarios a fin de entregar en los plazos respectivos los avances de la investigación. Además, se establecieron diferentes roles entre los integrantes del grupo, quedando constituidos para los diferentes períodos de la siguiente forma:

Presidente

- Luis Rivera Valdivia, período 2007 - primer semestre 2008.
- Roberto Escobar Briceño, segundo semestre 2008.



Secretario

- Tamara Valencia Zelada, período 2007.
- Roberto Escobar Briceño, primer semestre 2008.
- Daniela Rojas Aguilar, segundo semestre 2008.
- Michael Sanhueza Roa, segundo semestre 2008.

Tesorero

- Javier Cabrera Vidal, período 2007 - primer semestre 2008.
- Luis Rivera Valdivia, segundo semestre 2008.

Relacionador Público

- Claudio Canales González, período 2007 - 2008.

3.2 Tipo de Diseño de Investigación.

Estudio descriptivo, de corte transversal y método cuantitativo.

3.3 Definición del Universo y Muestra.

3.3.1 Población en estudio y definición del universo.

Considerando que no se tiene información publicada acerca de los cuidados de enfermería entregados a las personas postradas durante las visitas domiciliarias integrales, se determinó centrar el estudio en las enfermeras que realizan los cuidados domiciliarios a las personas postradas inscrito en el programa de atención domiciliaria integral.

Los criterios utilizados para seleccionar el universo fueron los siguientes:

- Enfermera responsable de la planificación y ejecución de los cuidados domiciliarios de personas postradas inscritas en los Centros de Salud del Servicio



de Salud Valparaíso-San Antonio y la Corporación Municipal de la Comuna de Valparaíso, que suman un total de 14 Centros de Atención Primaria.

- Basado en el criterio anterior, en este estudio, la unidad de observación será el profesional de Enfermería.

Este Universo está constituido por 26 enfermeras que entregan atención directa, pertenecientes a los programas de postrados de los Centros de Salud Primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso y al Servicio de Salud de Valparaíso-San Antonio, universo que se redujo a 23 Enfermeras por las siguientes razones: negación en la participación en el estudio por parte de una Enfermera, licencia médica de una de ellas y vacaciones de otra.

La distribución de Enfermeras que trabajan en el programa de atención domiciliaria a personas postradas en los 14 centros de salud de atención primaria se puede observar en la siguiente tabla:



Tabla N° 1: Cantidad de Enfermeras encuestadas que realizan visitas domiciliarias a personas postradas en los centros de atención primaria de la Corporación Municipal de Valparaíso y Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio en la Comuna de Valparaíso.

CONSULTORIO	CANTIDAD DE ENFERMERAS
Puertas Negras	1
Quebrada Verde	4
Cordillera	1
Plaza Justicia	1
Jean et Marie Thierry	2
Las Cañas	1
Reina Isabel II	4
Rodelillo	1
Placilla	1
Barón	2
Placeres	1
Mena	1
Esperanza	1
Padre Damián	2
TOTAL	23



3.4 Metodología de Recolección de Datos.

3.4.1 Descripción del Instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de datos se confeccionó una encuesta autoaplicable que incluye preguntas cerradas y una abierta, más un ítem constituido por Escalas de Likert.

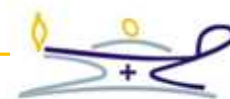
La primera sección está conformada por 13 preguntas de carácter cerrado que recogen información sobre los factores institucionales que se vinculan con el funcionamiento del Programa de Atención Domiciliaria a personas postradas, como lo son la exclusividad al programa, el tiempo destinado y utilizado para éste, los recursos materiales y humanos, la planificación y organización del trabajo en terreno.

La segunda parte, está constituida por 54 preguntas divididas en 9 Escalas de Likert que presentan cuidados de enfermería en base a las principales necesidades afectadas en la persona postrada, las que corresponden a oxigenación y circulación, alimentación, movimiento, higiene y protección de la piel, reposo y sueño, eliminación, aprender y comunicación, clasificando su importancia en: Ninguna; Poca, Moderada y Máxima.

Finalmente, la tercera sección, está constituida por una pregunta abierta con el fin de recoger los principales cuidados directos que en ocasiones la enfermera debe realizar más allá del proceso de valoración propio de la primera visita domiciliaria, teniendo como marco de referencia las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson (véase capítulo 2, marco teórico).

3.4.2 Estudio de Validez del Instrumento de recolección de datos.

Para el estudio de validez de la encuesta se realizó una prueba de ésta mediante Juicio Experto, llevada a cabo entre los días 20 y 30 de septiembre del año 2008, por medio de un instrumento que evaluaba cada una de las preguntas de la encuesta final otorgando la posibilidad de estar en “acuerdo” o en “desacuerdo” y plantear una “observación”, si lo consideraba pertinente (ver anexo 1). Se aplicó esta encuesta a 7 diferentes profesionales, los cuales contaban con algún grado de experticia en el tema, los que se mencionan a continuación:



- Patricia de la Fuente, Enfermera, Encargada Programa Postrados Comuna de Villa Alemana.
- Victoria Oporto, Enfermera, Programa de Atención Domiciliaria Hospital Naval Almirante Nef.
- Enfermera Sylvia Arriagada, Programa de Atención Domiciliaria Hospital Naval Almirante Nef.
- Soledad Jorquera, Enfermera, Encargada Programa Postrados Consultorio Aviador Acevedo, El Belloto, Quilpué.
- Danila Leiva, Enfermera, Encargada del Programa del Adulto Mayor y Postrados, Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
- Alejandro Rivero, Psicólogo Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Encargado de Recursos Humanos Monticello Gran Casino.
- Rosalba Orellana, Enfermera Matrona, académico de vasta experiencia en Salud Familiar y comunitaria, ex docente de la Universidad de Valparaíso, docente de Universidad Andrés Bello y Universidad del Mar.

Los resultados de la encuesta sobre los conceptos de presentación, redacción, orden y pertinencia de las preguntas, se ingresaron a la fórmula de aceptación, obteniendo un coeficiente V de Aiken para el “acuerdo” establecido en 0,80 para considerarse aprobadas. Esto se realizó con cada una de las preguntas, y para aquellas que obtuvieron un coeficiente V menor al establecido, se evaluaron las observaciones de los desacuerdos, para corregirlas en base a estos datos, llegando incluso a eliminar definitivamente una pregunta.

$$\frac{\text{Cantidad de Desacuerdos}}{\text{Total de Encuestados}} = \text{Coeficiente de Acuerdo}$$

3.4.3 Estudio de confiabilidad del Instrumento de recolección de datos.

Para el estudio de confiabilidad del instrumento se llevó a cabo una prueba por parte de los testistas entre los días 1 y 10 de octubre del año 2008, aplicando un total de 10 encuestas a Enfermeras que cumplieran con los mismos requisitos del universo, pero que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de las Comunas de Viña del Mar, Quilpué y Villa Alemana y en el Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar.



El tiempo promedio utilizado para esta prueba fue de 20 minutos, sumándose alrededor de 10 minutos extra para la resolución de dudas.

Los resultados fueron tabulados y entregados al Señor Omar Gárate, Ingeniero Estadístico, Jefe de Estadística Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, para el cálculo de la confiabilidad de la encuesta, lo que se resume de la siguiente manera:

- El estudio de confiabilidad, realizado por el método Test-Retest, para el primer ítem tuvo como resultado un 92,5% de concordancia bajo un nivel de 80% de porcentaje de acuerdo global, lo que se considera adecuado.
- Para el coeficiente Kappa de concordancia, todas las preguntas del primer ítem han presentado buena concordancia, esto es, superior a 0,50.
- Para la segunda sección, se utilizó el Alfa de Crombach's, el que debe ser superior a 0,65. La confiabilidad en este sentido para las escalas de Likert obtuvo un Alfa de 0,831, lo que es considerado como "muy bueno".

Los resultados obtenidos permitieron realizar modificaciones a la encuesta para optimizar la comprensión, enfocados principalmente a la redacción de 4 preguntas evitando de esta manera la inducción de respuestas.

3.4.3 Aplicación del Instrumento de recolección de datos.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo entre los días 24 y 31 de Octubre del año 2008, por los tesisistas del estudio.

Previo a la aplicación de la Encuesta, se entrega a la Enfermera el Consentimiento Informado, documento que explicita la privacidad de los datos entregados y que además contiene el motivo del estudio, sus objetivos y forma de participación. De este consentimiento se entregan dos copias, una para la Enfermera y otra para el encuestador, con las firmas correspondientes de ambos participantes.



Cada tesista supervisó la autoaplicación de las encuestas por las Enfermeras, aclarando las dudas que surgieran durante el desarrollo del cuestionario para cada uno de los ítemes, finalizando con el agradecimiento y cierre de la reunión.

3.5 Criterios de Análisis y Procesamiento de Datos.

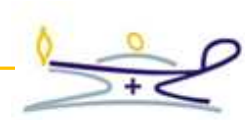
Los datos recopilados fueron vaciados en una Matriz de Datos general, la que fue entregada al Señor Luis Barahona Carvajal, Estadístico Magíster en Control de Gestión, perteneciente a la Unidad de Estadística del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, para el procesamiento de los datos en el Programa SPSS realizando tablas y gráficos generales.

Para el cumplimiento en la valoración de las Necesidades planteadas en este estudio, cada una de las Escalas de Likert fue evaluada individualmente con un 100%, instalando una cota en 75% para considerar “Suficiente” la valoración de cada necesidad, e “Insuficiente” bajo este rango. Además, las respuestas de estas escalas fueron dicotomizadas para su análisis en “Ninguna o Poca importancia” y “Moderada y Máxima importancia”.

3.6 Organización del Trabajo en Terreno.

Para la aplicación de la encuesta, se solicitó previamente la autorización al Director de la Corporación Municipal de Salud de Valparaíso, Dr. Alejandro Yáñez, y al Director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Dr. Dagoberto Duarte, enviando copias de dicha solicitud a los Directores de los diferentes Centros de Atención Primaria de la Comuna, de parte de la Directora de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso Enfermera - Matrona Sra. Liliana Pastén Ibañez, para que tomaran conocimiento del objetivo de la investigación y entreguen su aprobación.

Una vez autorizada la investigación, los tesistas se distribuyeron en los Centros de Salud de Atención Primaria y coordinaron de forma individual con las Enfermeras la aplicación de la Encuesta, dirigiéndose a estos centros de forma particular o en los transportes de la Corporación Municipal de Salud Valparaíso facilitados para este fin, para reunirse con las enfermeras y aplicar el cuestionario.



Capítulo 4

Resultados



4.1 Presentación y Análisis de Datos.

Los datos que se presentan a continuación corresponden a las respuestas entregadas por 23 enfermeras de las 26 que constituían el universo. 3 enfermeras fueron descartadas del estudio por las siguientes razones:

- Vacaciones.
- Licencia médica.
- Rehusarse a responder el instrumento.

4.1.1 Factores institucionales

El 100% de las enfermeras no posee dedicación exclusiva al programa de atención domiciliaria al paciente postrado.

El 100% de las enfermeras refiere que la vía más frecuente de ingreso al programa de atención domiciliaria de las personas postradas, es la referencia familiar.

Tabla N°2: Cantidad de pacientes postrados asignados por enfermera:

Nº pacientes postrados	Porcentaje	Porcentaje acumulado
≤ 25	39,13%	39,13%
26 - 50	34,78%	73,91%
51 - 100	17,39%	91,30%
≥ 101	8,69%	100%

El 73,91% de las enfermeras, que equivale a 17 encuestadas, tiene asignado una población menor de 51 personas postradas, y solo un 8,69% tiene más de 101 personas postradas a su cargo.



Tabla N°3: Distribución porcentual del tiempo transcurrido entre la información de la existencia de una persona postrada y la realización de la primera visita domiciliaria por la enfermera.

Tiempo	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 - 7 días	43,48%	43,48%
8 – 15 días	39,13%	82,61%
16 – 30 días	13,04%	95,65%
≥ 31 días	4,25%	100%

Un total de 19 enfermeras (82,61%) realiza la primera visita domiciliaria dentro de los primeros 15 días desde que es informada de la existencia de una persona postrada, destacando que el 43,5% (10 enfermeras) del total de las encuestadas realiza la visita domiciliaria antes de 7 días.

Tabla N°4: Tiempo que dedica la enfermera(o) a la primera visita domiciliaria a la persona postrada:

Tiempo	Porcentaje	Porcentaje acumulado
≤ 30 min.	0%	0%
31 – 45 min.	47,83%	47,83%
46 – 60 min.	34,78%	82,61%
≥ 61 min.	17,39%	100%

El 47,83%, correspondiente a 11 enfermeras, dedica menos de 45 minutos en realizar la primera visita domiciliaria a la persona postrada. Solo el 17,39% de ellas (4 encuestadas) dedica más de 1 hora.



Tabla N°5: Horas enfermera definidas para el programa de atención domiciliaria a personas postradas:

Horas	Porcentaje	Porcentaje acumulado
≤ 4 horas	56,52%	56,52%
5 – 8 horas	21,74%	78,26%
9 – 16 horas	13,08%	91,34%
≥ 17 horas	8,69%	100%

El 56,52% de las enfermeras (13 encuestadas) tienen definidas 4 o menos horas semanales en el programa de postrados, mientras que sólo un 8,69% de ellas (2 enfermeras) tienen definidas 16 horas o más.

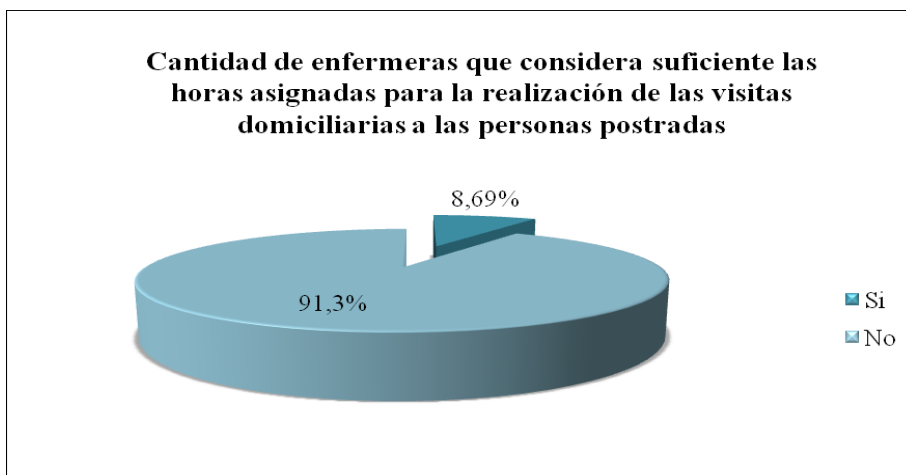
Tabla N°6: Horas semanales que refiere utilizar la enfermera para la atención domiciliaria en la primera visita a personas postradas:

Horas	Porcentaje	Porcentaje acumulado
≤ 4 horas	69,57%	69,57%
5 – 8 horas	21,74%	91,31%
9 – 16 horas	4,35%	95,61%
≥ 17 horas	4,35%	100%

21 enfermeras encuestadas (91,31%) utilizan menos de 8 horas semanales para la realización de visitas domiciliarias a personas postradas, de las cuáles un 69,57% (16 enfermeras) utiliza menos de 4 horas semanales y un 21,74% (5 encuestadas) utiliza entre 5 a 8 horas por semana.



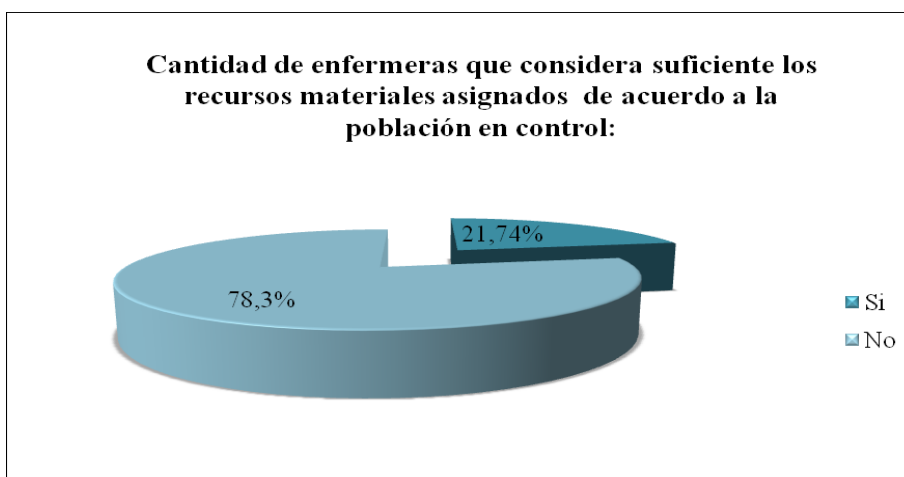
Gráfico N°1: Distribución porcentual de la opinión de las enfermeras, sobre horas asignadas, para la realización de las visitas domiciliarias a personas postradas:



El 91,3 % (21 enfermeras) considera insuficientes las horas asignadas para la realización de visitas mientras que solo un 8,69% (correspondiente a 2 enfermeras) considera suficientes las horas asignadas para la realización de las visitas domiciliarias.

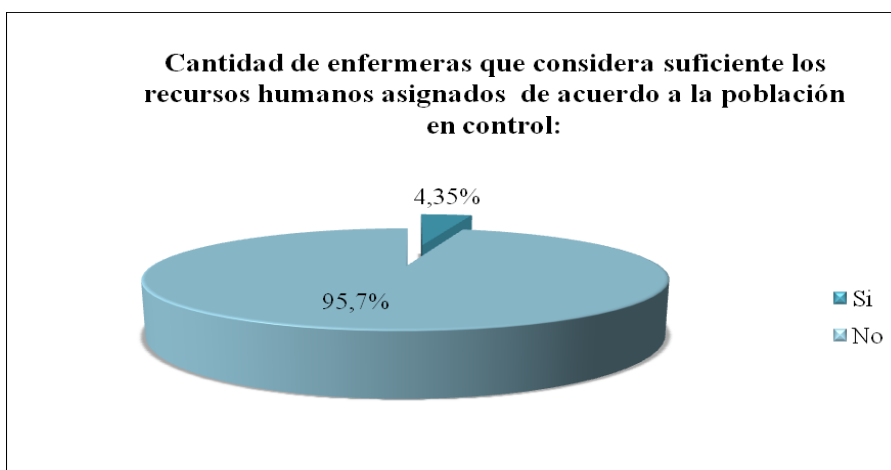


Gráfico N°2: Cantidad de enfermeras que considera suficientes los recursos materiales asignados de acuerdo a la población en control:



El 21,74% de la muestra, 5 enfermeras, considera suficientes la cantidad de recursos materiales asignados.

Gráfico N°3: Cantidad de enfermeras que considera suficientes los recursos humanos asignados de acuerdo a la población en control:



El 4,35% de las enfermeras, que equivale a 1 encuestada, considera suficientes la cantidad de recursos humanos asignados.



Tabla N°7: Criterio de priorización para la realización de la primera visita domiciliaria:

Criterio	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cercanía con el centro de salud	0%	0%
Criterio profesional	65,22%	65,22%
Necesidad de técnicas de enfermería	8,69%	73,91%
De acuerdo a criterios de programa	26,09%	100%

15 enfermeras encuestadas (65,22%) prioriza la realización de las visita según criterio profesional, mientras que sólo un 8,69% (2 enfermeras) lo hace según necesidad de realizar técnicas de enfermería en personas postradas.

Tabla N°8: Método de movilización utilizado por la enfermera para realizar las visitas domiciliarias.

Método de movilización	Porcentaje*
Caminando	52,17%
Locomoción colectiva	34,78%
Vehículo propio	21,73%
Transporte institucional	0%

*Cada Enfermera ha podido contestar más de una alternativa en esta pregunta, por lo que los porcentajes presentados corresponden a un 100% independiente entre sí, por lo tanto, el porcentaje acumulado no es representativo.

El método de movilización más utilizado por las enfermeras para realizar las visitas domiciliarias es caminar con un 52,17% (12 enfermeras) mientras que un 34,78% de ellas (8 encuestadas) utiliza la locomoción colectiva.



Tabla N°9: Métodos de registro utilizados por la enfermera para dejar constancia del cuidado domiciliario realizado.

Instrumento de registro	Porcentaje*
Ficha clínica	91,3%
Formulario creado por usted y/o equipo de salud	39,13%
Formulario asignado por corporación o servicio de salud	73,91%
Cuaderno de registro en domicilio	61,86%

*Cada Enfermera ha podido contestar más de una alternativa en esta pregunta, por lo que los porcentajes presentados corresponden a un 100% independiente entre sí, por lo tanto, el porcentaje acumulado no es representativo.

El método de registro más utilizado por las enfermeras es la ficha clínica con un 91,3%, equivalente a 21 enfermeras, por el contrario el método menos usado es el formulario creado por la enfermera y/o equipo de salud (39,13%) referido por 9 enfermeras.



Valoración de necesidades realizadas en la primera visita domiciliaria:

En las siguientes tablas se detallarán las respuestas obtenidas de las Escalas de Likert para cada una de las 8 necesidades planteadas en este estudio. En forma particular, para la Necesidad de Oxigenación y Circulación se han separado las actividades según el área a valorar, ya sea Respiración o Circulación.

Tabla N°10: Necesidad de circulación y oxigenación: circulación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados.

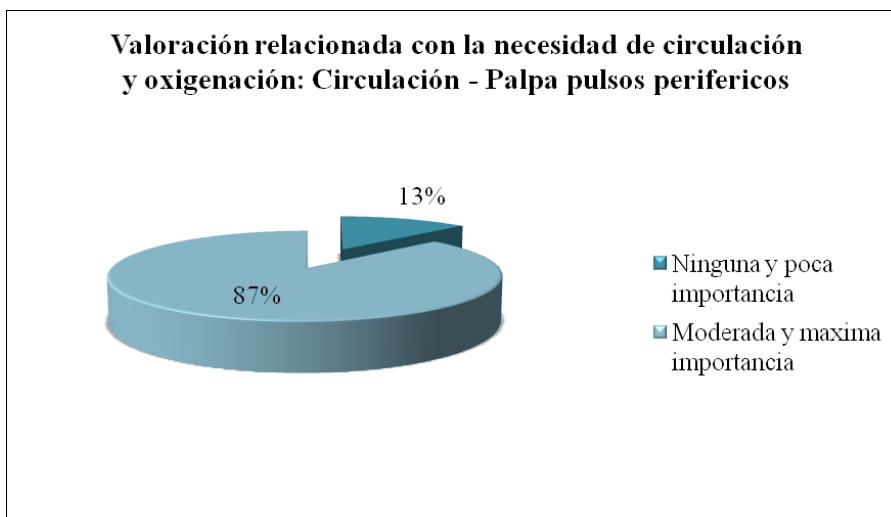
Aspectos Valorados	Ninguna/ Poca importancia		Moderada/ Máxima importancia	
	Nº	%	Nº	%
Controla presión arterial	0	0%	23	100%
Controla frecuencia cardíaca	1	4,3%	22	95,7%
Palpa pulsos periféricos	3	13%	20	87%
Valora coloración de la piel	0	0	23	100%
Valora llene capilar	1	4,3%	22	95,7%
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)	0	0%	23	100%

El 100% de las enfermeras le asignaron moderada o máxima importancia en la necesidad de “oxigenación y circulación: circulación” a los siguientes cuidados:

- Controla presión arterial.
- Valora coloración de la piel.
- Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, tipo, cumplimiento).



Gráfico N°4



El 13% de los encuestados (Equivalente a 3 enfermeras) le asignaron ninguna o poca importancia a “palpa pulsos periféricos” en la necesidad de oxigenación y circulación: “circulación”.



Tabla N°11: Necesidad de circulación y oxigenación: oxigenación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados

Aspectos Valorados	Ninguna/ Poca importancia		Moderada/ Máxima importancia	
	N°	%	N°	%
Ausulta ruidos respiratorios*	5	22,7%	17	77,3%
Controla saturación de oxígeno**	6	33,3%	12	66,7%
Observa movimientos respiratorios	0	0%	23	100%
Valora necesidad de uso de oxigenoterapia***	2	9,5%	19	90,5%
Valora eliminación efectiva de secreciones	1	4,3%	22	95,7%
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)	0	0%	23	100%
Valora presencia de hábito tabáquico personal y/o familiar	0	0%	23	100%

*1 omitida, tomando 22 enfermeras como 100%

** 5 omitidas, tomando 18 enfermeras como 100%

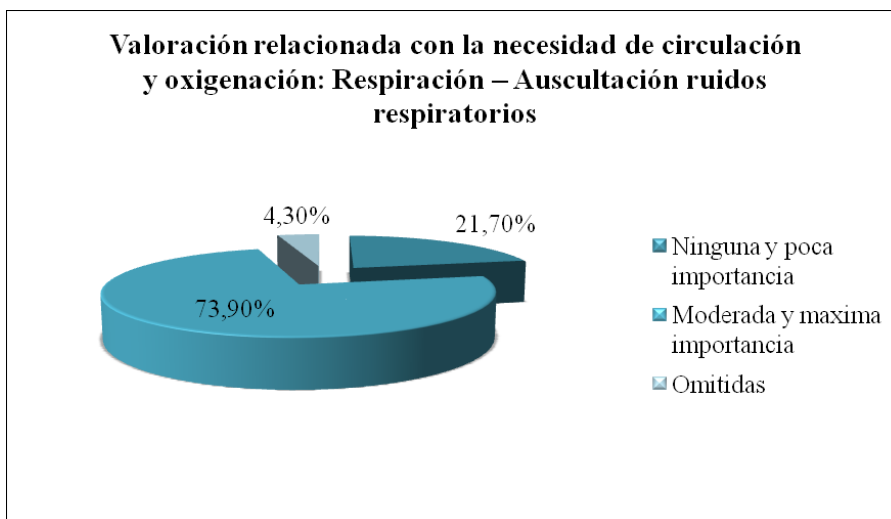
*** 2 omitida, tomando 21 enfermeras como 100%

El 100% de las enfermeras le asignaron moderada o máxima importancia en la necesidad de “oxigenación y circulación: respiración” a los siguientes cuidados:

- Observa movimientos respiratorios.
- Valora presencia de hábito tabáquico personal y/o familiar.
- Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, tipo, cumplimiento).



Gráfico N°5



El 21,7% de las enfermeras (5 encuestadas) le asignaron ninguna o poca importancia a “ausculta ruidos respiratorios” en la necesidad de oxigenación y circulación: “respiración”.



Tabla N°12: Necesidad de alimentación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados.

Aspectos Valorados	Ninguna/ Poca importancia		Moderada/ Máxima importancia	
	Nº	%	Nº	%
Valora patrón de alimentación.	0	0%	23	100%
Valora apetencia y tolerancia.*	1	4,5%	21	95,5%
Valora cantidad y tipo de líquidos consumidos diariamente.	1	4,3%	22	95,7%
Valora vía de alimentación.	0	0%	23	100%
Valora técnica de alimentación.	0	0%	23	100%
Realiza apreciación del estado nutricional.	0	0%	23	100%
Indica modificación de técnica de alimentación si procede.	0	0%	23	100%
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)	0	0%	23	100%

* 1 omitida, tomando 22 enfermeras como 100%

El 100% de las enfermeras le asignaron moderada o máxima importancia en la necesidad de “alimentación” a los siguientes cuidados:

- Valora patrón de alimentación.
- Valora vía de alimentación.
- Valora técnica de alimentación.
- Realiza apreciación del estado nutricional.
- Indica modificación de técnica de alimentación, si procede.
- Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, tipo, cumplimiento)



Tabla N°13: Necesidad de movimiento: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados.

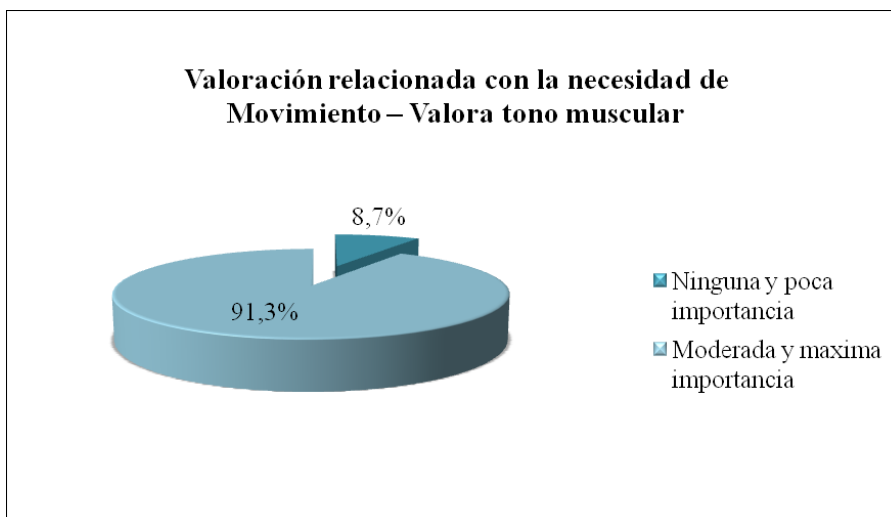
Aspectos Valorados	Ninguna/ Poca importancia		Moderada/ Máxima importancia	
	N°	%	N°	%
Valora Dolor.	0	0%	23	100%
Valora tono muscular.	2	8,7%	21	91,3%
Valora autovalencia a través de índice de Katz.	0	0%	23	100%
Valora dificultad para realizar algunos movimientos	0	0%	23	100%
Valora necesidad de implementos como almohadones y sábanas.	0	0%	23	100%
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)	0	0%	23	100%

El 100% de las enfermeras le asignaron moderada o máxima importancia en la necesidad de “movimiento” a los siguientes cuidados:

- Valora dolor.
- Valora autovalencia a través del índice de Katz.
- Valora dificultad para realizar algunos movimientos.
- Valora necesidad de implementos como almohadones y sábanas.
- Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, tipo, cumplimiento).



Gráfico N°6



Solo el 8,7% de las encuestadas (2 enfermeras) le asignaron ninguna o poca importancia a “valora tono muscular” en la necesidad de movimiento.



Tabla N°14: Necesidad de higiene y protección de la piel: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados.

Aspectos Valorados	Ninguna/ Poca importancia		Moderada/ Máxima importancia	
	N°	%	N°	%
Valora hábitos de higiene	0	0%	23	100%
Valora grado de dependencia para higiene	0	0%	23	100%
Valora estado de la piel	0	0%	23	100%
Valora presencia de heridas	0	0%	23	100%
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)	0	0%	23	100%

Como lo muestra la tabla, el 100% de las enfermeras le asignaron moderada o máxima importancia a todos los aspectos contemplados en la necesidad de “higiene y protección de la piel”.



Tabla N°15: Necesidad de reposo y sueño: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados.

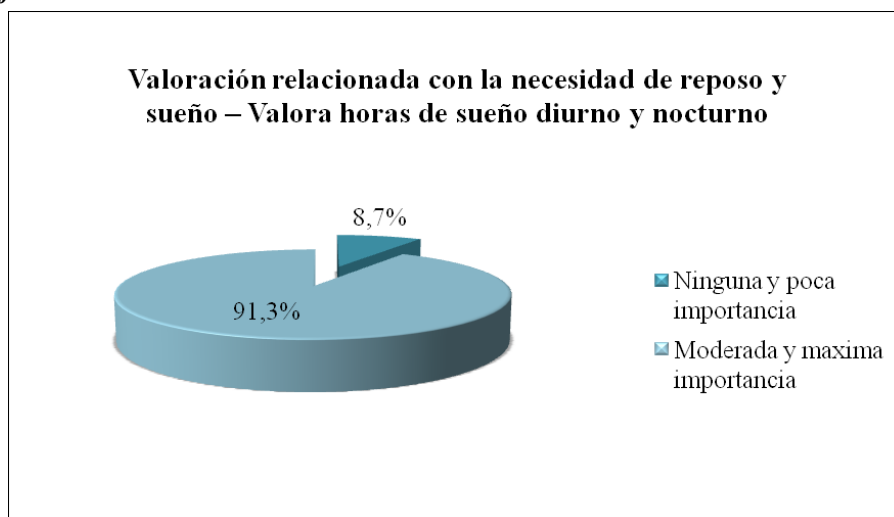
Aspectos Valorados	Ninguna/ Poca importancia		Moderada/ Máxima importancia	
	N°	%	N°	%
Valora lugar donde duerme la persona postrada	0	0%	23	100%
Valora ambiente (temperatura, luz, ventilación)	0	0%	23	100%
Valora hábitos de sueño (rutinas)	1	4,3%	22	95,7%
Valora horas de sueño diurno y nocturno	2	8,7%	21	91,3%
Valora trastornos del sueño	1	4,3%	22	95,7%
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)	0	0%	23	100%

El 100% de las enfermeras le asignaron moderada o máxima importancia en la necesidad de “reposo y sueño” a los siguientes cuidados:

- Valora lugar donde duerme la persona postrada.
- Valora ambiente (temperatura, luz, ventilación)
- Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, tipo, cumplimiento)



Gráfico N° 7



El 8,7% de las encuestadas (2 enfermeras) le asignaron ninguna o poca importancia a “valora hábitos de sueño (rutinas)” en la necesidad de reposo y sueño.



Tabla N°16: Necesidad de eliminación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados

Aspectos Valorados	Ninguna/ Poca importancia		Moderada/ Máxima importancia	
	N°	%	N°	%
Valora patrón de eliminación	0	0%	23	100%
Valora características de las deposiciones y diuresis.	0	0%	23	100%
Valora medicación que afecte la necesidad de eliminación.	0	0%	23	100%
Valora signos y síntomas de trastorno gastrointestinal o urinario.	0	0%	23	100%
Valora problemas de eliminación intestinal o urinaria.	0	0%	23	100%
Valora presencia o necesidad de instalación de sonda vesical.	1	4,3%	22	95,7%
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)	0	0%	23	100%

En tabla anterior destaca que las enfermeras asignan moderada o máxima importancia en la necesidad de “eliminación” a todos los aspectos planteados, exceptuando la valoración de presencia o necesidad de instalación de sonda vesical la cual cuenta con un 95,7% de preferencia.



Tabla N°17: Necesidad de aprender: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados

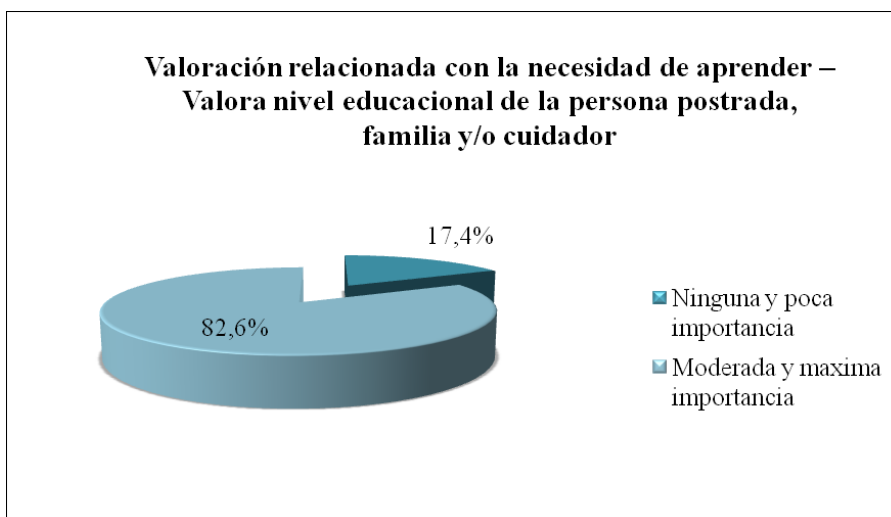
Aspectos Valorados	Ninguna/ Poca importancia		Moderada/ Máxima importancia	
	N°	%	N°	%
Valora nivel educacional de la persona postrada, familia y/o cuidador.	4	17,4%	19	82,6%
Valora capacidades de comprensión de la persona postrada, familia y/o cuidador.	0	0%	23	100%
Valora conocimientos de la persona postrada, familia y/o cuidador acerca de la postración, sus motivos y cuidados.	0	0%	23	100%
Valora Limitaciones para el aprendizaje de la persona postrada, familia y/o cuidador	0	0%	23	100%

El 100% de las enfermeras le asignaron moderada o máxima importancia en la necesidad de “aprender” a los siguientes cuidados:

- Valora capacidad de comprensión de la persona postrada, familia y/o cuidador.
- Valora conocimientos de la persona postrada, familia y/o cuidador acerca de la postración, sus motivos o cuidados.
- Valora limitaciones para el aprendizaje de la persona postrada, familia y/o cuidador.



Gráfico N°8



El 17,4% de la muestra (correspondiente a 4 enfermeras) le asignaron ninguna o poca importancia a “valora nivel educacional de la persona postrada familia y/o cuidador” en la necesidad de aprender.



Tabla N°18: Necesidad de comunicación: Distribución porcentual según asignación de importancia a los aspectos valorados.

Aspectos Valorados	Ninguna/ Poca importancia		Moderada/ Máxima importancia	
	N°	%	N°	%
Valora vía de comunicación entre persona postrada, familia y/o cuidador.	0	0%	23	100%
Valora características del lenguaje verbal y no verbal	0	0%	23	100%
Valora orientación temporo – espacial	0	0%	23	100%
Valora pérdida de interés y mantención de actividades de persona postrada, familia y/o cuidador.	1	4,3%	22	95,7%
Valora memoria inmediata y remota.	1	4,3%	22	95,7%
Valora sentimientos de la persona postrada, familia y/o cuidador.	1	4,3%	22	95,7%
Valora redes de apoyo de la persona postrada, familia y/o cuidador.	1	4,3%	22	95,7%
Valora entorno familiar y social y la forma de interacción.	0	0%	23	100%
Entrega vías de contacto y consulta (teléfono del consultorio, celular, etc.)	1	4,3%	22	95,7%

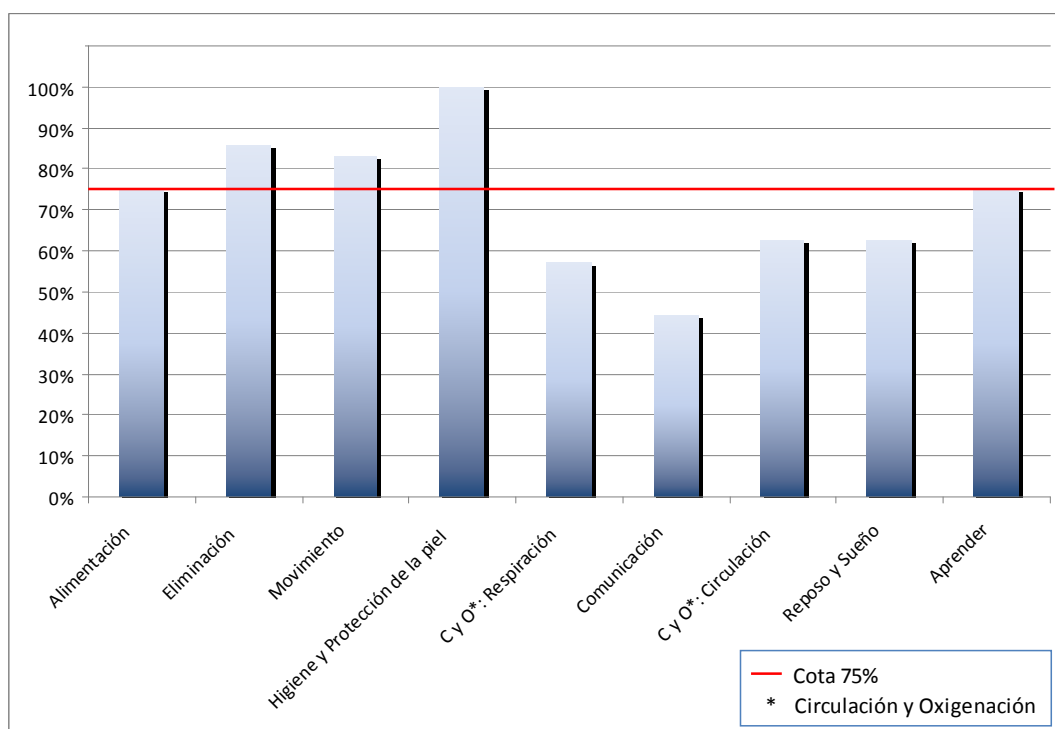
Capítulo 4: Resultados



El 100% de las enfermeras le asignaron moderada o máxima importancia en la necesidad de “comunicación” a los siguientes cuidados:

- Valora vía de comunicación entre persona postrada familia y/o cuidador.
- Valora características del lenguaje verbal y no verbal.
- Valora orientación témporo-espacial.
- Valora entorno familiar, social y la forma de interacción.

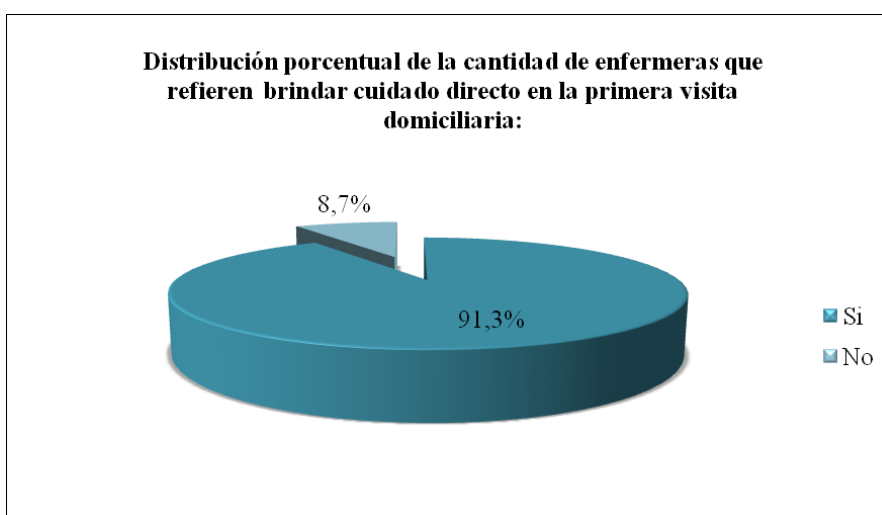
Gráfico N°9: Clasificación de las necesidades según suficiencia o insuficiencia en el cumplimiento de los aspectos valorados por la enfermera durante la primera visita domiciliaria.





Al observar el gráfico anterior podemos destacar que las necesidades de alimentación, eliminación, higiene y protección de la piel, movimiento y aprender son clasificadas como suficientes (cumplimiento mayor o igual al 75%). Por otra parte las necesidades de comunicación, reposo y sueño, respiración y circulación, fueron catalogadas como insuficientes (bajo 75% de cumplimiento).

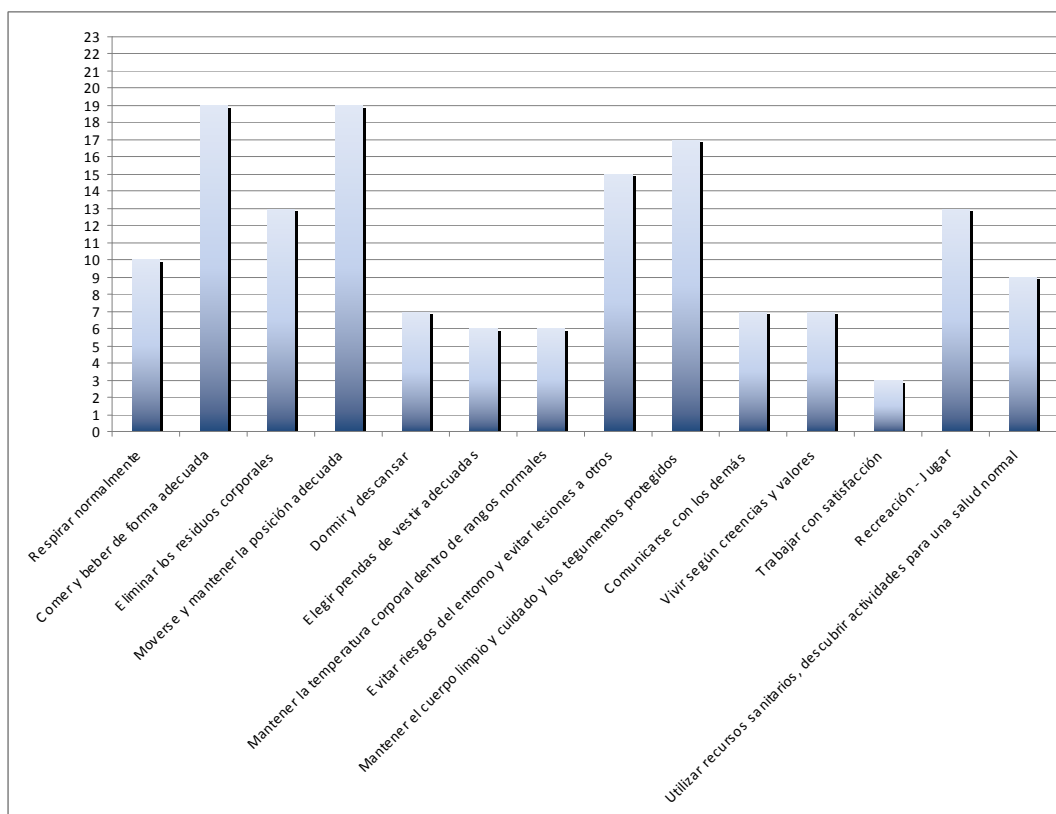
Grafico N°10: Distribución porcentual de la cantidad de enfermeras que refieren brindar cuidado directo en la primera visita domiciliaria.



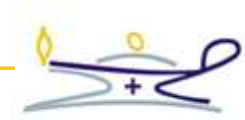
El 91,3% de las encuestadas (21 enfermeras) refirió brindar cuidados directos en la primera visita mientras que solo un 8,7% no brinda cuidados directos.



Grafico N°11: Necesidades en las cuáles las enfermeras brindan cuidados directos en la primera visita domiciliaria.



Al observar el gráfico anterior, destacan con una mayor preferencia por parte de las enfermeras las necesidades de Comer y beber en forma adecuada, Moverse y mantener una posición adecuada (con 19 enfermeras que refirieron brindar dichos cuidados) y Mantener el cuerpo limpio (con referencia de 17 enfermeras).



Capítulo 5

Conclusiones



5.1 Conclusión y Discusión

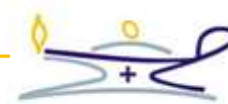
En base al análisis de datos relacionados con los factores institucionales, se concluye que la cantidad de horas que disponen las enfermeras es considerada insuficiente por el 91,31%; tiempo que no supera las 4 horas semanales en un 70% de las encuestadas. Lo anterior podría relacionarse con la realización de otras actividades por parte de las enfermeras, no relacionadas con el programa de atención domiciliaria a personas postradas, ya que el 100% de las encuestadas no posee dedicación exclusiva para el programa.

El 47,83% dedica menos de 45 minutos para llevar a cabo la primera visita domiciliaria a personas postradas, tiempo que es insuficiente para realizar todas las actividades que plantea la norma, ya que se requiere realizar una evaluación del estado de salud de la persona postrada lo más completa posible, para elaborar así posteriormente un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades de estas personas y además enrolar a la familia y cuidador en dichos cuidados.

En lo que respecta a vía de movilización para la realización de las visitas domiciliarias, se concluye que más de la mitad de las enfermeras concurren a éstas caminando, lo que disminuye aun más el tiempo real que le pueden dedicar a la 1ª visita.

Los datos entregados por las enfermeras muestran que la vía más común de ingreso de la persona postrada al programa de atención domiciliaria es la referencia de un familiar, lo que muestra que el trabajo intersectorial e interdisciplinario aún es una tarea pendiente en los centros de atención primaria de la comuna de Valparaíso.

Para registrar la valoración inicial de enfermería en domicilio, si bien se pudo conocer que la enfermera utiliza con mayor frecuencia la ficha clínica y/o el formulario entregado por la corporación municipal o servicio de salud, no se verificó el contenido ni la calidad de los registros efectuados por la enfermera, ya que este no se planteó como objetivo para este estudio, pero que sería necesario contemplar en otras investigaciones futuras.



En relación a los recursos disponibles para la realización de las actividades del programa de atención domiciliaria a postrados, las enfermeras consideran insuficientes los recursos materiales y humanos con un 78,26% y 95,65% de insatisfacción respectivamente.

Respecto a las necesidades valoradas, las que se consideraron prioritarias por las enfermeras en la primera visita domiciliaria a la persona postrada, son las necesidades de aprender, alimentación, eliminación, movimiento, higiene y protección de la piel. Éstas son consideradas prioritarias ya que superaron el 75% de cumplimiento de los aspectos valorados planteados.

Dentro de las 8 necesidades observadas, se le asignó menor importancia a las necesidades de reposo y sueño, oxigenación y circulación y comunicación, ya que la asignación de importancia a los aspectos que debían valorarse en dichas necesidades fue menor al 75%, lo que para este estudio es considerado una valoración insuficiente. Los riesgos que implica la falta de valoración de estas necesidades, puede llevar a problemas tales como complicaciones respiratorias y cardiovasculares, como por ejemplo neumonías, atelectasias, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, hipotensión ortostática; en el caso de la necesidad de reposo y sueño, trastornos del patrón de sueño vigilia, síndrome confusional, disminución de la actividad, disminución del ánimo, etc; y finalmente, en relación a la necesidad de comunicación, aislamiento social, disfunción familiar, trastornos del ánimo tanto en la persona postrada como en su familia y cuidador, entre otros.

En relación a los diferentes aspectos que definimos como necesarios de valorar en cada una de las 8 necesidades, se le asignó poca o ninguna importancia a la auscultación de ruidos respiratorios, palpación de pulsos periféricos, control de saturación de oxígeno, nivel educacional de la persona postrada, su familia y/o cuidador y por último la valoración de hábitos de sueño (rutinas). En el caso de la actividad “control de saturación de oxígeno”, esta es considerada por las enfermeras como una actividad de ninguna o poca importancia con un 33,3%, esto podría tener su explicación en los datos de 8 centros de salud que refieren carecer de oxímetro de pulso (34.78%).

Se concluye que la valoración referida por las enfermeras en la primera visita domiciliaria está mayoritariamente enfocada a las necesidades biológicas y en un plano secundario a las de tipo psicosocial, lo que si comparamos con lo planteado en la teoría



de Virginia Henderson, no se cumpliría el postulado de integración de las necesidades, puesto que éstas según la autora deberían relacionarse de manera que configuren una unidad. La valoración psicoafectiva es un aspecto fundamental en personas postradas, ya que la pérdida de actividad, independencia y relaciones sociales puede llevar a una serie de trastornos del ánimo y deterioro cognitivo. En relación a los aspectos sociales, éstos son fundamentales de valorar, ya que la escasez de recursos económicos, redes de apoyo y el mismo aislamiento puede incrementar la morbilidad, principalmente la relacionada con el área psicoafectiva.

De acuerdo a los resultados sobre la atención directa que refieren realizar las enfermeras en la primera visita domiciliaria integral, se concluye que la mayoría de ellas intervienen en la necesidad de comer y beber, destacando en esta necesidad la educación respecto a tipo, cantidad y calidad de alimentos, técnica de alimentación, posición adecuada, aumento ingesta de líquidos, brindar alimentación fraccionada, horarios de alimentación, alimentación según patología (HTA, DM.), dieta rica en fibra y cuidados básicos de la forma de ingerir líquido en caso de ACV secuelado; necesidad de moverse y mantener una buena postura, destacando la realización de ejercicios pasivos y activos fomentando la actividad física según capacidades, además de la indicación de cambio de posición cada dos horas a la persona postrada; necesidad de Higiene y Protección de la piel, destacando la educación sobre las formas de protección y lubricación de la piel, prevención de úlceras por presión a través de utilización de cojines en zonas de apoyo, baño frecuente y correcta técnica de baño en cama, aseo diario, aseo de cavidades y realización de aseo genital después de cada muda. Esto se relaciona con situaciones específicas, en las que la persona postrada requiere atención inmediata o su familia requiere orientación respecto a los cuidados que dicha persona necesita, para así evitar que el empeoramiento de la situación en la que se encuentra.



5.2 Recomendaciones

1. Continuar las investigaciones respecto a la atención de enfermería a las personas postradas en domicilio, con instrumentos de valoración especiales, validados y adaptados a la realidad local y nacional.
2. Supervisar que las visitas domiciliarias a personas postradas sean realizadas por el profesional de enfermería de acuerdo a lo establecido en la Norma de Atención en domicilio a personas con discapacidad severa.
3. Aumentar el recurso humano y material para un óptimo cumplimiento de la Norma de atención en domicilio a personas con discapacidad severa.
4. Realizar una valoración completa a la persona postrada en la primera visita con el objetivo de planificar de forma adecuada los cuidados posteriores.
5. Crear una pauta de valoración estandarizada para la Corporación de Salud Valparaíso y Servicio de Salud, enfocada en la persona postrada, incluyendo en ella las principales necesidades afectadas de acuerdo a lo presentado en esta investigación y a la Norma de atención domiciliaria a personas con discapacidad severa.
6. Crear instancias de especialización continua en atención domiciliaria en personas postradas, favoreciendo el intercambio de experiencias entre las enfermeras de los diferentes CESFAM, estandarizando el cuidado.
7. Entregar una coordinación centralizada y exclusiva a la atención domiciliaria en personas postradas a cargo de un profesional de enfermería.
8. Coordinar entre CESFAM y con el nivel secundario y terciario la incorporación de personas al Programa de atención domiciliaria.



5.3 Resumen

Este estudio descriptivo, con diseño transversal y método cuantitativo, cuyo objetivo es identificar los cuidados prioritarios que refieren valorar las enfermeras en una primera visita domiciliaria integral a una persona postrada y describir los factores institucionales presentes en el desarrollo de la atención domiciliaria de enfermería a personas postradas.

El universo está constituido por 23 enfermeras que realizan las visitas domiciliarias a personas postradas pertenecientes a los centros de salud de atención primaria de la comuna de Valparaíso. Para la recogida de datos se confeccionó una encuesta autoaplicable que incluye preguntas cerradas y una abierta, más un ítem constituido por Escalas de Likert.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede destacar que las enfermeras priorizan en su valoración inicial las necesidades de alimentación, eliminación, movimiento, higiene y protección de la piel y aprender al momento de realizar la primera visita domiciliaria. Por lo tanto, se concluye que los cuidados prioritarios referidos por las enfermeras son mayoritariamente enfocados a las necesidades biológicas y minoritariamente a las de tipo psicosocial.

En cuanto a los factores institucionales, las enfermeras no disponen de tiempo exclusivo para el desarrollo del programa y presentan disconformidad con los recursos materiales y humanos asignados afectando el desarrollo de éste.



5.4 Abstract

This descriptive study -with a transversal design and quantitative method- identifies the priority cares that nurses refer to value in the first integral domiciliary visit to a bedridden person, and describes the institutional factors presents in the development of the bedridden program of domiciliary nursing attention.

The universe is constituted by 23 nurses who make domiciliary healthcare visits to bedridden people belonging to the coverage area of the primary healthcare centers in the commune of Valparaíso. For the data collection, a self-applicable questionnaire was created, which includes one open and some other closed questions, plus an item consisting of Likert scales.

According to the results, it is important to emphasize that the nurses give more importance into their primary valuation to the needs of feeding, elimination, movement, hygiene and skin protection and learning at the moment of making the first domiciliary visit. It is therefore concluded that the most priority cares referred by the nurses are mainly focused on the biological needs, leaving in a second place the psychosocial ones.

As to the institutional factors, the nurses do not have exclusive time dedicated to develop the program, and show dissatisfaction with the material and human resources assigned to it, negatively affecting its development.



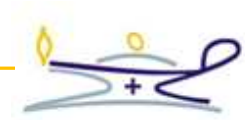
Bibliografía

- Antón, M^a V. (1998). La enfermera domiciliaria. En *Las enfermeras entre el desafío y la rutina*. 1^o ed. (pp. 35-41). España: Díaz de santos.
- Contel J.C, Gené, J. y Peya, M. Valoración integral y multidimensional en atención domiciliaria. En *Atención domiciliaria, organización y práctica*. (pp 25-37). España: Springer-Verlag Ibérica.
- Contel, J, Badrá, J, Peya, M (1999). *Atención domiciliaria, organización y práctica* (1^a. ed.). Barcelona: Springer Verlag Ibérica.
- Corporación Municipal de Valparaíso, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (2008), *Estadísticas consultorios*. Valparaíso: Autores
- Cubillos, X (2007). *Visita Domiciliaria Integral para Actuar en Salud Familiar*. Disponible 7 de septiembre de 2007 de http://www.medwave.cl/congresos/medfamiliar2006/6/1.act?tpl=im_ficha_congresos.tpl
- Departamento de estadísticas e información en salud (2006), *Indicadores de salud*. Santiago: Autor
- Departamento de estadísticas e información en salud(2006), *Pacientes postrados según grupo de edad y sexo*. Santiago: Autor.
- Estadísticas de los consultorios de la Corporación Municipal de Valparaíso y Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Noviembre 2008.
- Gobierno de Chile (2006, Junio 06). Visita comuna de Pudahuel. Disponible 3 de Noviembre de 2007 desde <http://www.prensapresidencia.cl>
- Guirao-Goris Ja, Ruiz, A, Cardona Jv, Costa E, Dasí Mj, Soler J, Perpiñá Ma. La valoración global de enfermería del paciente-cuidador principal en la atención



domiciliaria, *En Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria*. (pp. 8-10). España: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

- Henderson V. (1971). Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: C.I.E.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía(2006), *Chile, proyecciones de población por sexo y edad. Total país, 1950-2025*. Santiago: Autores
- Instituto Nacional de Estadísticas (2002), *Censo de Población*. Santiago: Autor
- Instituto Nacional de Estadísticas (2002), *Censo 2002, proyección 2006*. Santiago: Autor
- Marriner Tomey, A. y Raile Alligood, M. (2003). *Modelos y Teorías de Enfermería* (5a. ed.). España: Elsevier.
- Marriner Tomey, A. (2003). Joyce Travelbee: Modelo de relación persona a persona. En *Modelos y Teorías en Enfermería*. (pp. 418- 429). España: Elsevier.
- Ministerio de Salud. (2006). *Norma de cuidados domiciliarios de Personas que sufren de Discapacidad severa*. Santiago, Gobierno de Chile: Autores
- Pineda, E (1994). *Metodología de la investigación : manual para el desarrollo de personal de salud* (2a.ed) Washington. OPS: OMS.
- Potter, P. Griffin, A. (2002). Movilidad e inmovilidad, En *Fundamentos de enfermería*. 5ª ed. (pp. 1518-1522). Madrid: Elsevier.
- Potter P, (1996). *Fundamentos de enfermería* (3ª ed), Madrid: Mosby-Doyma
- Quintero, M (2001). *Enfermería en el mundo cristiano*. Disponible 7 de septiembre de 2007 de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/105/3508>.
- *Revista de enfermería*. (s.f.). Disponible 7 de septiembre de 2007 de <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5402-aproximacion2.htm>



- Sancho Martín, L. Sancho Téllez, L. (2004). Historia de la enfermería. En *Patología quirúrgica*. 1º ed. (pp. 9-16) España: Elsevier.
- Velasco A, Durán M (2007), *La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia, ventajas y desventajas de la visita domiciliaria*. Disponible 10 de Octubre 2007
http://webdelprofesor.ula.ve/medicina/asdruve/materias/enfermeria_comunitaria1/Visita%20domiciliaria%20.pdf



ANEXOS



Anexo 1

Cuestionario Juicio Experto

Certificación de Validez Juicio de Experto

Mediante este cuestionario, le solicitamos a usted apoye la concreción de un cuestionario específico para Visita Domiciliaria a personas postradas, contestando de acuerdo a sus conocimientos y experiencia el acuerdo o desacuerdo con las preguntas planteadas en el instrumento a evaluar y planteando las observaciones que encuentre pertinentes para una atingente presentación de las áreas a investigar.

NOMBRE Y FIRMA

NUMERO .
FECHA / / .

TESIS

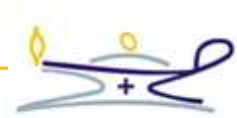
Cuidados prioritarios de enfermería que las enfermeras refieren realizar en la primera visita domiciliaria integral a las personas postradas y factores institucionales presentes, en los Centros de Salud de atención primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso y al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en la Comuna de Valparaíso.

NOMBRE: _____

PROFESION: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

CARGO: _____



PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
2		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
3		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
4		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
5		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
6		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
7		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
8		

¿Por qué? _____



PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
9		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
10		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
11		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
12		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
13		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
14		

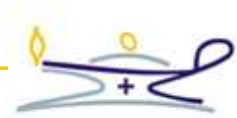
¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
15a		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
15b		

¿Por qué? _____



PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
15c		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
15d		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
15e		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
15f		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
15g		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
15h		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
15i		

¿Por qué? _____

PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
16		

¿Por qué? _____



Anexo 2

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

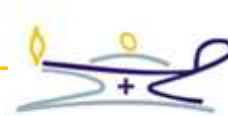
Título del estudio:	Cuidados prioritarios de enfermería que las enfermeras refieren realizar en la primera visita domiciliaria integral a las personas postradas y factores institucionales presentes, en los Centros de Salud de atención primaria pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso y al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en la Comuna de Valparaíso.
Patrocinador:	Escuela de Enfermería y Obstetricia, Carrera de Enfermería Universidad de Valparaíso.
Investigadores:	Javier Cabrera Vidal, Claudio Canales González, Roberto Escobar Briceño, Luis Rivera Valdivia, Daniela Rojas Aguilar, Michael Sanhueza Roa, Tamara Valencia Zelada.
Docente Guía:	Yolanda León Rodríguez.

Introducción:

A través del presente documento, invitamos a usted a participar de un estudio de investigación. Para saber si contamos con su consentimiento, usted tiene derecho a:

- Saber cuál es el objetivo del estudio.
- Cómo se selecciona a los participantes.
- Qué procedimientos se emplearán.
- Qué es lo que se espera de usted como participante de esta investigación.

El siguiente formulario de consentimiento le proporcionará información sobre la investigación para decidir su participación en la misma.



Objetivo de la investigación

Nuestro propósito, es conocer los cuidados prioritarios que realiza la enfermera/o a personas postradas, para el desarrollo de un proyecto de investigación de estudiantes tesis de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Por lo dicho anteriormente, nuestra investigación no está enfocada hacia la persona postrada, sino más bien al trabajo que realiza el profesional de enfermería en la visita domiciliaria. Por lo tanto, no habrá intervención o interacción con los pacientes.

Duración del estudio

Plazo estimado:

1 año, a partir de Marzo de 2008.

Plazo estimado de recogida de datos:

Octubre- Noviembre 2008.

Incorporación

Para poder participar en el estudio usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- **Título de Enfermera/o.**
- **Trabajar en un centro de atención primaria perteneciente al Servicio de salud Valparaíso- San Antonio, Comuna Valparaíso, o la Corporación Municipal de Valparaíso.**
- **Realizar visitas domiciliarias a personas postradas y participar en la programación de los cuidados.**

La recolección de la información por parte de los investigadores, se realizará a través de una encuesta auto aplicada, realizada con la asesoría del equipo investigativo en su lugar de trabajo y con una duración aproximada de 30 minutos.

Nueva información

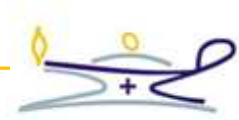
Toda nueva información importante que surja durante el estudio, que pudiese afectar su seguridad o decisión de continuar participando le será informada a usted por escrito en un plazo de 7 días hábiles. También se solicitará que firme un nuevo formulario de consentimiento (modificado) para documentar que se le ha proporcionado esta nueva información, haciéndole entrega de una copia de dicho documento.

Participación / Retiro del estudio

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede negarse a seguir proporcionando información para este estudio en cualquier momento.

Remuneración por su participación en el estudio

Usted no recibirá pago alguno por participar en este estudio.



Acceso a los registros y confidencialidad

Todos los registros o datos que pudieran identificarlo serán protegidos, sólo su lugar de trabajo lo/a identificará a usted en toda la información transmitida a los investigadores. La información obtenida en este estudio será analizada y tabulada para ser presentada como parte de un estudio de tesis.

A quién dirigirse para consultas

Para aclarar dudas relacionadas con este estudio de investigación y/o solicitar información sobre sus derechos en calidad de participante de esta investigación, usted podrá comunicarse con:

Tesista : Claudio Canales / email: pre.tesis@yahoo.es. /
fono: 09-76969715

Docente : Yolanda León / / fono: 2507425

Consentimiento del participante

He leído las declaraciones y el resto de información detallada en este formulario de consentimiento. Todas mis preguntas concernientes a la investigación me fueron contestadas.

- *Entiendo que puedo rehusarme a participar en esta investigación.*
- *Autorizo la difusión de la información resguardando la integridad de mis datos personales.*
- *Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento firmado y fechado.*



Acepto participar en la investigación titulada:

“Cuidados prioritarios de enfermería que las enfermeras refieren realizar en la primera visita domiciliaria integral a las personas postradas y factores institucionales involucrados, en los CESFAM y Centros de Salud pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso y al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en la Comuna de Valparaíso”.

Participante:

“He tomado conciencia del tema, objetivos y beneficios del estudio y estoy dispuesta/o a participar en él”

Nombre en letra imprenta

Firma

Fecha

Investigador:

“He discutido el contenido de este consentimiento con el/la participante y explicado las condiciones del estudio.”

Investigador(a)

Firma

Fecha



Anexo 3

Cuestionario

El siguiente cuestionario autoaplicado, tiene como propósito conocer su experiencia como enfermera al realizar la primera visita integral a una persona calificada como "postrado severo" y los cuidados de enfermería que deben planificarse para estas personas.

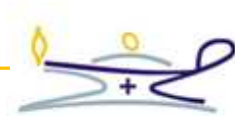
I. Aspectos generales:

1. ¿Tiene dedicación exclusiva al programa de atención domiciliaria al paciente postrado severo?:
 - a) **Si**
 - b) **No**

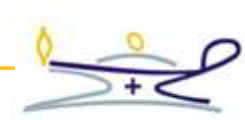
2. ¿A cuánto asciende la población de personas postradas a su cargo?
 - a) **25 o menos.**
 - b) **Entre 26 y 50.**
 - c) **De 51 a 100.**
 - d) **101 o más.**

3. ¿Cuál es el medio de ingreso **más frecuente** de los pacientes al programa de atención domiciliaria a postrados?: (**debe marcar sólo una alternativa**)
 - a) **Referencia de un familiar.**
 - b) **Referencia de un tercero ajeno a la familia.**
 - c) **Referencia de otro profesional de salud.**
 - d) **Referencia de otro centro de salud.**

4. ¿Qué promedio de tiempo aproximado existe entre la información de la existencia de una persona postrada y la primera visita domiciliaria a la persona?:
 - a) **Entre 1 y 7 días.**
 - b) **Entre 8 y 15 días.**
 - c) **16 a 30 días.**
 - d) **Más de 30 días.**



-
5. En promedio y aproximadamente ¿cuánto tiempo dedica usted a la primera visita a la persona postrada?:
- a) **30 minutos o menos.**
 - b) **Entre 31 y 45 minutos.**
 - c) **Entre 46 minutos y una hora.**
 - d) **1 hora o más.**
6. ¿Cuántas horas semanales dispone usted para realizar visitas a las personas postradas?:
- a) **Menos de 4 Hrs.**
 - b) **Entre 5 y 8 Hrs.**
 - c) **Entre 9 y 16 Hrs.**
 - d) **16 Hrs o más.**
7. ¿Cuántas horas utiliza usted semanalmente en el programa de postrados?:
- a) **Menos de 4 Hrs.**
 - b) **Entre 5 y 8 Hrs.**
 - c) **Entre 9 y 16 Hrs.**
 - d) **16 Hrs o más.**
8. ¿Considera usted suficientes las horas enfermera por el programa para la realización de las visitas domiciliarias a las personas postradas?
- a) **Si**
 - b) **No**
9. ¿Considera usted suficientes los recursos materiales asignados de acuerdo a la población bajo control?
- a) **Si**
 - b) **No**



10. ¿Considera suficientes los recursos humanos asignados de acuerdo a la población bajo control?

- a) **Si**
- b) **No**

II. Planificación y realización de la primera visita domiciliaria a personas postradas.

11. ¿De acuerdo a qué criterio usted prioriza la realización de las visitas domiciliarias?

- a) **Cercanía con el centro de salud.**
- b) **Criterio profesional.**
- c) **Necesidad de técnicas de enfermería.**
- d) **De acuerdo a criterios del programa.**

12. ¿Cómo se moviliza usted para llevar a cabo las visitas domiciliarias?:

- a) **Caminando.**
- b) **Locomoción colectiva.**
- c) **Vehículo propio.**
- d) **Transporte institucional.**

13. ¿Dónde registra usted los cuidados otorgados a la persona postrada? (**Puede marcar más de una alternativa**):

- a) **Ficha clínica.**
- b) **Formulario creado por usted y/o equipo de salud.**
- c) **Formulario asignado por corporación o servicio de salud.**
- d) **Cuaderno de registro en domicilio.**



III. Cuidados de enfermería realizados en la primera visita domiciliaria.

14. A continuación se presentan una serie de aspectos a valorar en una primera visita domiciliaria relacionados con 8 necesidades. Marque con una X según la importancia que le asigna usted a las alternativas descritas en cada una de las necesidades.

Valoración relacionada con la necesidad de oxigenación y circulación: circulación.	Ninguna importancia	Poca importancia	Moderada importancia	Máxima importancia
Controla presión arterial				
Controla frecuencia cardiaca				
Palpa pulsos periféricos				
Valora coloración de la piel				
Valora llene capilar				
Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, cumplimiento)				

Valoración relacionada con la necesidad de respiración y circulación: respiración.	Ninguna importancia	Poca importancia	Moderada importancia	Máxima importancia
Ausulta ruidos respiratorios				
Controla saturación de oxígeno				
Observa movimientos respiratorios				
Valora necesidad de uso de oxigenoterapia				
Valora eliminación efectiva de secreciones				
Verifica indicaciones farmacológicas (vía, dosis, hora, cumplimiento)				
Valora presencia de hábito tabáquico personal y/o familiar				



Valoración relacionada con la necesidad de alimentación	Ninguna importancia	Poca importancia	Moderada importancia	Máxima importancia
Valora patrón de alimentación.				
Valora apetencia y tolerancia.				
Valora cantidad y tipo de líquidos consumidos diariamente.				
Valora vía de alimentación.				
Valora técnica de alimentación.				
Realiza apreciación del estado nutricional.				
Indica modificación de técnica de alimentación si procede.				
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)				

Valoración relacionada con la necesidad de movimiento	Ninguna importancia	Poca importancia	Moderada importancia	Máxima importancia
Valora Dolor.				
Valora tono muscular.				
Valora autovalencia a través de índice de katz.				
Valora dificultad para realizar algunos movimientos				
Valora necesidad de implementos como almohadones y sábanillas.				
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)				



Valoración relacionada con la necesidad de higiene y protección de la piel	Ninguna importancia	Poca importancia	Moderada importancia	Máxima importancia
Valora hábitos de higiene				
Valora grado de dependencia para higiene				
Valora estado de la piel				
Valora presencia de heridas				
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)				

Valoración relacionada con la necesidad de reposo y sueño	Ninguna importancia	Poca importancia	Moderada importancia	Máxima importancia
Valora lugar donde duerme la persona postrada				
Valora ambiente (temperatura, luz, ventilación)				
Valora hábitos de sueño (rutinas)				
Valora horas de sueño diurno y nocturno				
Valora trastornos del sueño				
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)				

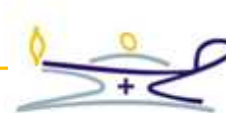


Valoración relacionada con la necesidad de eliminación	Ninguna importancia	Poca importancia	Moderada importancia	Máxima importancia
Valora patrón de eliminación				
Valora características de las deposiciones y diuresis.				
Valora medicación que afecte la necesidad de eliminación.				
Valora signos y síntomas de trastorno gastrointestinal o urinario.				
Valora problemas de eliminación intestinal o urinaria.				
Valora presencia o necesidad de instalación de sonda vesical.				
Verifica indicaciones farmacológicas (tipo, vía, dosis, hora, cumplimiento)				

Valoración relacionada con la necesidad de aprender	Ninguna importancia	Poca importancia	Moderada importancia	Máxima importancia
Valora nivel educacional de la persona postrada, familia y/o cuidador.				
Valora capacidades de comprensión de la persona postrada, familia y/o cuidador.				
Valora conocimientos de la persona postrada, familia y/o cuidador acerca de la postración, sus motivos y cuidados.				
Valora imitaciones para el aprendizaje de la persona postrada, familia y/o cuidador.				



Valoración relacionada con la necesidad de comunicación	Ninguna importancia	Poca importancia	Moderada importancia	Máxima importancia
Valora vía de comunicación entre persona postrada, familia y/o cuidador.				
Valora características del lenguaje verbal y no verbal				
Valora orientación temporo-espacial				
Valora pérdida de interés y mantención de actividades de persona postrada, familia y/o cuidador.				
Valora memoria inmediata y remota.				
Valora sentimientos de la persona postrada, familia y/o cuidador.				
Valora redes de apoyo de la persona postrada, familia y /o cuidador.				
Valora entorno familiar y social y la forma de interacción.				
Entrega vías de contacto y consulta (teléfono del consultorio, celular, etc)				



Anexo 4

INSTRUCTIVO INSTRUMENTO DE VALORACIÓN A PERSONA POSTRADA EN LA PRIMERA VISITA DOMICILIARIA

Objetivo

Este instrumento de valoración tiene como objetivo central, identificar las necesidades que se encuentran insatisfechas en las personas postradas, para así poder elaborar un plan de cuidados posteriormente.

La ficha tiene seis componentes:

1. El primer componente es el índice de Katz.
2. El segundo componente es la identificación de la persona postrada y sus datos socio-demográficos.
3. El tercer componente es la información farmacológica de la persona postrada.
4. El cuarto componente es la valoración de las necesidades biológicas de la persona postrada.
5. El quinto componente es la valoración de las necesidades psicosociales de la persona postrada, familia y cuidador.

I. Índice de Katz

Con el fin de clasificar funcionalmente a las personas que se encuentran en domicilio se aplica el Índice de Katz.

Si la persona visitada clasifica como dependiente leve no siga aplicando la ficha y derive a rehabilitación.

Si la persona visitada clasifica como dependiente moderada (DM) o como dependiente severa o postrado (Postrado) siga aplicando la ficha.

II. Identificación y Datos Socio-Demográficos de la Persona Visitada en Domicilio.

- Registrar la fecha en que se aplica el presente instrumento de valoración.
- Registrar el número de ficha clínica y/o ficha familiar.
- Registrar con letra clara el nombre del centro de salud.
- Registrar con letra clara nombres y apellidos del paciente al igual que su número de cédula de identidad (RUT), fecha de nacimiento, edad y sexo. Si la persona no



lo recuerda o no se puede comunicar, ver cédula de identidad o preguntar al cuidador o familiares.

- Registrar con letra clara la dirección y el teléfono de la casa en la que se encuentra la persona postrada.
- Registrar con letra clara la previsión de salud: FONASA, ISAPRE, DIPRECA, CAPREDENA; y la previsión social de la persona postrada: INP, AFP o si carece de algunas de éstas.
- Registrar con letra clara el estado civil de la persona postrada: casado, viudo, divorciado/ anulado, conviviente, soltero; y su religión.
- Registrar con letra clara las características de la postración: referidas al tiempo que lleva en esta condición y el motivo.
- Registrar el tipo de familia: Teniendo completo los datos sobre la composición familiar del hogar de la persona postrada, identificar que tipo de familia corresponde.
- Registrar la composición del grupo familiar: Llene el cuadro anotando uno a uno las personas que viven en el mismo domicilio de la persona postrada, no incluyéndola. Ponga primero el apellido paterno, posteriormente el materno y por último los nombres. Luego la edad, en este caso no importará si la persona no recuerda de la edad exacta, registre la edad aproximada, el parentesco en relación a la persona, por ejemplo: hijo, hija, nuera, yerno, nieta. También puede ocurrir que en el mismo domicilio viva alguien que no tiene un parentesco de sangre, en ese caso poner: amigo, compadre etc, de acuerdo a lo que declare la persona o quién esté contestando la presente ficha. Por ultimo registre la actividad de cada una de las personas que habitan en el domicilio del paciente.
- Registrar el nombre del cuidador de la persona postrada y su número de teléfono.
- Registrar si el o la persona encargada del cuidado de la persona postrada recibe estipendio o no.
- Registrar el tiempo de postración que lleva la persona postrada.
- Registrar el motivo que llevo a la persona valorada, a presentar el estado de postración.

III. Indicaciones farmacológicas

Llene el cuadro que letra clara el nombre del medicamento, la vía, la dosis y el horario que se debe administrar.



IV. Valoración de necesidades Biológicas

Circulación:

Presión arterial: autoexplicativo.

Frecuencia cardíaca: autoexplicativo.

Pulsos periféricos: marque con una cruz cuáles se encuentran presentes.

Coloración de la piel: autoexplicativo.

Llene capilar: autoexplicativo.

Respiración:

Frecuencia respiratoria: autoexplicativo

Saturación de oxígeno: autoexplicativo.

Uso de oxígeno terapia: marcar con una cruz si la persona presenta o no tratamiento de oxígeno terapia, en el caso de presentarla, registrar tipo (alto o bajo flujo) y dosis.

Ruidos respiratorios: marcar con una cruz cuáles se encuentran presentes.

Movimientos respiratorios: marcar con una cruz cuáles se encuentran presentes.

Eliminación de secreciones: se entiende como efectiva si la persona no requiere de asistencia para eliminar sus secreciones bronquiales.

Características de las secreciones: si presenta secreciones, especificar sus características (color, consistencia y tipo)

Habito tabáquico: registrar cuáles de los miembros de la familia consume cigarrillos, la cantidad diaria de éstos y si fuma dentro del hogar.

Alimentación:

Tipo: Pregunte que alimentos consume la persona y regístrelos en el formulario.

Cantidad: Pregunte la cantidad de alimentos que consume diariamente la persona postrada. Especifique si son adecuados para los requerimientos del postrado.

Frecuencia: número de comidas que consume en el día.

Apetencia: autoexplicativo

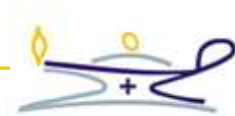
Tolerancia: referido a dificultades al momento de consumir alimentos, como por ejemplo problemas de deglución.

Consumo de líquidos: Frecuencia y cantidad medida en el número de vasos ingeridos.

Vía: marcar con una cruz la vía con la cual la persona es alimentada.

Técnica utilizada: Marcar con una cruz si la técnica de alimentación utilizada se realiza de forma adecuada o inadecuada.

Apreciación nutricional: Para evaluar el estado nutricional de la persona postrada de todas las edades, se realizara una apreciación según Sheldon.



Movimiento

Dolor: Valorar presencia de dolor que impida o limite el movimiento de la persona, la localización y su EVA.

Tono muscular: marcar con una cruz la correspondiente.

Amputaciones: Señalar si presenta o no y la localización de ésta.

Ortesis: Indicar si la persona postrada utiliza ortesis y especificar tipo.

Índice de Katz: especificar clasificación de acuerdo al puntaje obtenido en esta escala.

Higiene y protección de la piel.

Baño: especificar frecuencia.

Aseo genital: especificar frecuencia.

Aseo cavidades: especificar frecuencia.

Estado de la piel: Marcar con una cruz si la piel de la persona postrada se encuentra hidratada o seca e indemne o lesionada.

UPP: Si existe presencia de UPP en la persona postrada, señalar el tipo y localización de ellas.

Temperatura de la piel: autoexplicativo.

Estado de fanéreos: autoexplicativo.

Reposo y sueño

Características del lugar donde se duerme:

Habitación: señalar con una cruz si es individual o compartida.

Temperatura: señalar con una cruz si es adecuada o inadecuada.

Iluminación: señalar con una cruz si es adecuada o inadecuada.

Ventilación: señalar con una cruz si es adecuada o inadecuada.

Condiciones de la cama: Señalar con una cruz si la condición de las sábanas, almohadas, colchón, frazadas, protector de colchón y altura de la cama (altura adecuada de la cama de un postrado significa que la cama llega a la cadera del cuidador) son adecuadas o inadecuadas.

Hábitos de sueño: Cantidad de horas diurnas y nocturnas que la persona duerme. Además consignar la presencia y número de siestas.

Trastorno del sueño: Señalar si existe o no y el tipo de trastorno.

Eliminación

Tipo: Señalar frecuencia, cantidad y aspecto del tipo de eliminación (urinaria y intestinal).



Incontinencia urinaria: autoexplicativo.

Incontinencia intestinal: autoexplicativo.

Uso de cateterismo: Señalar si existe o no y si es intermitente o permanente.

V. Valoración de necesidades psicosociales

Aprender

Escolaridad: especificar años de estudio que tiene cada uno de los integrantes de la familia, incluyendo a la persona postrada y cuidador.

Limitaciones de aprendizaje: Este ítem es a criterio del profesional de enfermería. Se define como, cualquier barrera o limitante que interfiera o imposibilite la comprensión de algún contenido educativo a entregar, como por ejemplo hipoacusia, nivel educacional, edad, etc.

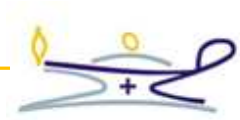
Comunicación

Vía de comunicación preferente: Marque la alternativa que corresponda a la vía de comunicación que utiliza normalmente la familia con la persona, puede marcar más de una. Es posible también que la persona no se comuniquen.

Orientación: Marque con una X si la persona postrada se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona.

Estado de conciencia: Clasifique el estado de conciencia de la persona postrada según:

- Conciencia lúcida: Se observa cuando la persona postrada tiene todas sus funciones psíquicas normales
- Obnubilación:
 - Difícil manejo del cuerpo
 - Apremiosidad por el alta
 - Descuido del arreglo personal
 - Desorientación
 - Lenguaje traposo, inseguro
 - Irritabilidad o en exceso complaciente
 - Mirada y mímica pobre (bovino----perplejo)
 - Afecto aplastado pero sin frialdad, rigidez
 - Actúan lentos
- Embotamiento:
 - Mayor disminución y/o retardo en elaboraciones psíquicas.
 - Dificultad para ubicarse temporo – espacial.
 - Le cuesta reaccionar (desatinado).
 - No encuentra palabras para expresarse.



- Carece de iniciativa verbal.
- Pensamiento fragmentado.
- Afectos aplanados.
- Somnolencia
 - Tiende a no levantarse
 - Puede perder el control de esfínteres
 - Se ensucia al comer
 - Se agita de noche, dormita en el día
 - Sopor
 - Se queda en cama
 - Puede tener reacciones psicomotoras rudimentarias.
 - Rumiación
 - Permanece en posición fija
 - Depende de cuidados físicos y psíquicos de enfermería.
 - Puede haber retención urinaria y fecal.
 - Se opone a cambios de posición.
- Coma
 - Pérdida completa de conciencia.
 - No registra ningún evento en EEG.
 - No responde a ningún estímulo (dolor).

Características de la memoria: Cuál de estas tres opciones presenta la persona postrada, marcando con una cruz la característica correspondiente.

Presencia de actividades recreativas: Especificar la existencia y el tipo de actividades recreativas de la persona postrada, familia y cuidador.

Presencia de redes de apoyo: personas o grupos ajenos al grupo familiar que presten ayuda y/o apoyo emocional a la persona postrada, familia y cuidador.



Anexo 5

PROPUESTA DE INSTRUMENTO DE VALORACION DE LA PERSONA POSTRADA EN LA PRIMERA VISITA DOMICILIARIA

Fecha:	N° Ficha:	Centro de Salud:
--------	-----------	------------------

Nombre:		RUT:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo	M F
Dirección:		N° Teléfono:	
Previsión de salud:		Previsión Social:	
Estado civil:		Religión:	
Tipo de familia:			
Composición familiar	Nombre	Edad	Parentesco
Nombre del Cuidador:			N° Teléfono:
Estipendio	Si:	No:	
Tiempo de postración:		Motivo:	

Indicaciones farmacológicas:			
Tipo:	Vía:	Dosis:	Horario:

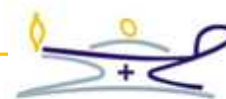
Circulación				
Presión Arterial:		Frecuencia Cardiaca:		
Pulsos periféricos	Radial:	Braquial:	Femoral:	Pedio:
Presente:				
Ausente:				
Coloración piel:			Llene capilar:	



Respiración:					
Frecuencia respiratoria:			Saturación de Oxígeno:		
Uso oxigenoterapia	Si:		Dosis:		No:
Ruidos respiratorios					
Normal:	Estertores:	Sibilancias:	Roncus:	Estridor:	Otros(especifique):
Movimientos respiratorios					
Superficial:	Profundo:	Simétrico:	Asimétrico:	Otros(especifique):	
Eliminación de secreciones		Efectiva:	Inefectiva:		
Características de la secreción:					
Habito tabáquico	Personal:		Familia:		Cuidador:

Alimentación:					
Tipo:		Cantidad:	Frecuencia:		
Apetencia:			Tolerancia:		
Consumo de líquidos		Cantidad:	Frecuencia:		
Vía	Oral:	Nasogástrica:	Gastrostomía:	Otros(especifique):	
Técnica utilizada		Adecuada:	Inadecuada:		
Apreciación nutricional		Ectomorfo:	Mesomorfo:	Endomorfo:	

Higiene y protección de la piel					
Frecuencia	Baño	Aseo genital		Aseo Cavidades:	
Estado de la piel:	UPP	Hidratada:	Seca:	Indemne:	Lesionada:
			I	Localización:	
			II	Localización:	
			III	Localización:	
		IV	Localización:		
Temperatura de la piel:					
Estado fanéreos					



Reposo y sueño:			
Características del lugar donde duerme:			
	Habitación	Individual:	Compartida:
	Temperatura	Adecuada:	Inadecuada:
	Iluminación	Adecuada:	Inadecuada:
	Ventilación	Adecuada:	Inadecuada:
Condiciones de la cama			
	Sábanas	Adecuada:	Inadecuada:
	Almohadas	Adecuada:	Inadecuada:
	Colchón	Adecuada:	Inadecuada:
	Frazadas	Adecuada:	Inadecuada:
	Protector de colchón	Adecuada:	Inadecuada:
	Altura de la cama	Adecuada:	Inadecuada:
Hábitos de sueño	Horas de sueño:		Nº de siestas:
Presencia de trastorno del sueño	Si:	No:	Tipo:

Eliminación			
Tipo	Frecuencia	Cantidad	Aspecto
Urinaria			
Intestinal			
Incontinencia urinaria:			
Incontinencia intestinal:			
Uso de cateterismo	Si:	No:	Intermitente: Permanente:

Movimiento:					
Dolor	Si:	No:	Localización:	EVA:	Tipo:
Tono muscular	Hipertónico:		Hipotónico:		
Amputaciones	Si :	No:	Especifique		
Ortesis (especifique)					
Resultado Índice de Katz:					



Aprender	
Escolaridad	Persona postrada:
	Familia:
	Cuidador:
Limitaciones del aprendizaje	Persona postrada:
	Familia:
	Cuidador:

Comunicación:			
Vía	Oral:	Escrita:	Otra (especifique):
Orientación	Tiempo:	Espacio:	Persona:
Estado de conciencia			
	Conciencia lúcida:	Obnubilación:	Embotamiento:
	Somnolencia:	Sopor:	Coma:
Características de memoria	Inmediata:	Mediata:	Remota:
Presencia de actividades recreativas	Persona postrada:		
	Familia:		
	Cuidador:		
Redes de apoyo:	Persona postrada:		
	Familia:		
	Cuidador:		