

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**VIVENCIAS DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN EL
ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
PADOMI - ESSALUD - LIMA 2016/2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTOR:

PILAR REÁTEGUI PICÓN

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	PRESIDENTA
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	SECRETARIA
DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA	VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAKUÉ MORALES

Nº de Libro: 4

Nº de Acta de Sustentación: 158-2018

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05 de Marzo del 2018

Resolución Decanato Nº 677-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	24
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos Realizados del Informe	30
IV. RESULTADOS	33
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIALES	47
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

La humanización es un tema de importancia para las personas que trabajan en el área de la salud, es así que en Enfermería el objeto principal del cuidado es el paciente con todas sus necesidades para ayudarlo al logro de la adaptación, compañía, explicaciones acerca de la situación de salud, incertidumbre por la vida.

Por lo tanto, el cuidado integral de calidad, debe brindar tanto en lo físico, emocional y espiritual, tratando al paciente con respeto y dignamente, como persona (no como un número o patología) que tiene derechos como el de ser escuchado, saber acerca del tratamiento y procedimientos que se le vayan a realizar, como también el mantener la confidencialidad, respetar sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga de la enfermedad que padece.

Cabe destacar que el paciente se siente solo independiente de si está grave o no, para lo cual es necesario tratar en lo posible de que tenga siempre la compañía de sus familiares para que sea más llevadera su situación con el apoyo de sus seres queridos.

La Humanización del Cuidado de la enfermera es clave no solo en la evaluación integral del paciente y desarrollo de procedimientos en domicilio, sino también en el cuidado, que de alguna forma u otra contribuye al mantenimiento de la salud del paciente, es por ello que se plantea este informe de experiencia laboral.

En el servicio de enfermería del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), la enfermera brinda cuidado al paciente y familia, centrándose en su mayoría en aquellas personas que, por su condición de salud requieren cuidados específicos por ser portadores de sondas

nasogástricas, sonda Foley, traqueotomías, colostomías, etc., otros requieren curación de las úlceras por presión, movilización indicada entre otros, brindando un cuidado oportuno en el domicilio, así como educar a la familia y/o cuidador responsable en los cuidados específicos para el manejo de estos pacientes, evitando complicaciones y la recidiva de hospitalización.

El informe compuesto por VII capítulos que son: capítulo I Describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivo, justificación, capítulo II incluye los antecedentes, marco conceptual o referencial o teórico, definición de términos, capítulo III considera recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados, capítulo IV: resultados, capítulo V: conclusiones, capítulo VI recomendaciones y capítulo VII referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La salud de las personas a nivel mundial, presenta limitantes a medida que los años van pasando de acuerdo a los estilos de vida que llevan.

La población mundial de las Naciones Unidas, la proporción de jóvenes seguirá disminuyendo y alcanzará el 21% del total de la población en 2050. Al contrario, la proporción de la población mundial con 65 o más años registra una tendencia creciente de aumento, pasando del 5,3% al 15,6% del total de la población entre 1960 en 2050. (1)

En el caso de Portugal el 30% de las personas mayores de 65 años sufre algún tipo de discapacidad, con respecto a las personas de edad inferior a 65 años, este porcentaje no afecta a los 5%. El número de personas mayores con limitaciones en su vida diaria es, hoy en día, muy significativo. Se estima que alrededor de un tercio de los ancianos con 65 o más años necesitan ayuda para realizar las sus actividades de vida diaria y se calcula que existen cerca de 600.000 ancianos en todo el mundo, con algún nivel de dependencia. (1)

Sin embargo en América Latina, la realidad se presenta en otras características, en Chile, considerando el total de la población: 15.998.873, correspondiendo al 100%; 1.204.574 son mujeres con discapacidad (58,2%), mientras que hombres con discapacidad corresponde a 863.496 (41,8%) De acuerdo al porcentaje de hogares con al menos una persona con discapacidad, el estudio señala que en Chile el 65,4% de Hogares no tiene integrantes con discapacidad; sin embargo, un 34,6% de los hogares si cuenta con al menos una persona con discapacidad. (2)

Por otro lado, en el Perú, según la INEI, en EsSalud, de 13670 usuarios, se alcanzó el 68.2% de satisfacción y del 60% ya reciben citas entre 1 a 5 días y el 90% reciben la mayor parte de medicamentos. Entre el 2013 y el 2014, se elevó en medio millón la cantidad de citas para consulta externa. Realizada un estudio a 13,670 usuarios, el 68.5% de los encuestados señalo que se siente satisfecho con el servicio recibido, el 22.1% no está ni satisfecho ni insatisfecho, mientras que el 9.7% del total señala estar insatisfecho. (3)

Sin embargo, en Lima, en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), la población mayor de 65 años, que tuvo acceso a EsSalud en el 2007 fue de 232 115 personas, de los cuales recibieron atención en el programa para el mismo año alrededor de 22 208 pacientes, Se realizó un estudio a un grupo de pacientes de los distritos en los distritos de Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores y Chorrillos, Surco y Barranco representando el 9,57% de la población adulta mayor, de realizaron visitas domiciliarias a 185 pacientes adultos mayores. El 36,8% fue de sexo masculino y el 63,2% de sexo femenino. El promedio de edad para ambos grupos fue de 60 a 98 años. Según grupo etario, el 37,8% pertenecen al grupo de 60 a 79 años y el 62,2% al grupo de 80 a más años.(4)

A continuación, las enfermedades más frecuentes fueron: Hipertensión arterial (65,4%), osteoartritis (35,1%), enfermedad cerebrovascular (ECV) (27%), demencia (24%) y osteoporosis (16,2%). La evaluación cognitiva y afectiva se pudo realizar en 155 pacientes (83,8%) y fueron excluidos 30 pacientes (16,2%) por enfermedades neurológicas severas que no le permitían contestar las preguntas del cuestionario. Los síndromes más frecuentes fueron: polifarmacia (64,9%), caídas (63,2%), deterioro visual (53%), deterioro auditivo (46,5%) e incontinencia urinaria (45,4%). Según sexo, se encontró mayor incontinencia urinaria en mujeres en relación a

varones. En el grupo etario hubo mayor inmovilismo en pacientes de 60 a 79 años y más deterioro auditivo en mayores de 80 años.(4)

En seguida, el 94,6% de los pacientes evaluados tomaba algún tipo de fármaco y el 5,4%, ninguno. Los grupos farmacológicos más usados por los pacientes fueron: cardiovascular (71,8%), sistema nervioso central (42,7%), musculoesquelético (35,1%), gastrointestinal (27%) y vitaminas (24,8%). Según la valoración social se encontró riesgo social bajo en el 40% de los pacientes, riesgo social intermedio en el 43,8% y riesgo social alto en 16,2%. No se encontró diferencia significativa en cuanto a sexo o grupo etario. Hubo mayor proporción de pacientes con riesgo social intermedio-alto en los distritos de Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores y Chorrillos (68,5%) con respecto a los distritos de Surco y Barranco (52,1%).(4)

Luego el 89,7% de pacientes tuvo un cuidador. En los pacientes que carecían de cuidador, el 68,4% de pacientes fue de sexo femenino; 42,1% tenían de 80 a más años; 42,1% era casado y el 26,3% era viudo; el 36,8% era dependiente leve para las actividades de la vida diaria; el 42,1% tuvo riesgo social alto; el 68,4% tuvo riesgo/depresión establecida; y el 31,6% tuvo deterioro cognitivo leve-moderado. De los cuidadores hallados, el 92,2% fue de sexo femenino, entre 20 a 84 años. El 26,5% tuvo 60 o más años. El 77,7% de los cuidadores eran familiares de los pacientes, de los cuales la mayor proporción eran hijos (44,2%), esposos (24%), sobrinos (17,8%), hermanos (5,4%) y otro familiar (8,5%). (4)

1.2 Objetivo

Describir las vivencias del Cuidado Humanizado de Enfermería en el Adulto Mayor del Programa de Atención Domiciliaria PADOMI - EsSalud – Lima 2016 – 2017.

1.3 Justificación

El cuidado de enfermería en el hogar demanda del profesional de enfermería el desarrollo de la competencia comunicativa y profesional, a las acciones de cuidado al paciente y familia, direccionado estos a la mejora continua y cambios en los estilos de vida saludable, favoreciendo el bienestar del paciente y la armonía familiar.

La armonía del ambiente familiar, conlleva a que los miembros de la familia consideren que los pacientes necesitan ser valorados, escuchados y cuidado para la satisfacción tanto del paciente como del cuidador responsable.

Cuanto más el cuidado de la enfermera es recíproco con la familia o cuidador responsable fomenta mayor visibilidad. La familia se integra más, fomenta armonía, unión y fortalecimiento y cuando el cuidado es desmerecido llega a un desequilibrio y es necesario fortalecer lazos de interacción con la familia y el paciente.

El cuidado de enfermería para el paciente y familia en el hogar se constituye en la supervisión de la cotidianidad evitando riesgo, planificando la próxima visita con mejores argumentos para el cuidado, elaboración de Guías de Cuidado de Enfermería

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A continuación, se describe los hallazgos:

Antecedentes Internacionales:

CHÁVEZ D. ROMEO R Y ZÚÑIGA J. Percepción del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el hospital universitario del Caribe. Cartagena de Indias. 2013. Objetivo: Describir la percepción de los pacientes frente a la calidad del cuidado de enfermería en servicios de medicina interna en un hospital, Cartagena. Metodología: estudio descriptivo. Participaron 180 pacientes hospitalizados. Resultados: Los pacientes que participaron en su mayoría fueron del sexo masculino, correspondiendo estos a 95 (52,8%), con respecto a la satisfacción global del cuidado de enfermería, fue percibida por los pacientes como alta en un 80.6% y regular por el 19.4% de pacientes encuestados ; las dimensiones de la calidad del cuidado brindado por enfermeras y enfermeros , mejores evaluadas correspondieron a: monitoreo 159 (88.3%), accesibilidad 154 (85.6%) y brindar confort 151 (83.9%); las dimensiones con menores promedios fueron: mantener una relación de confianza 138 (76.7%). Conclusiones: La satisfacción global del cuidado de enfermería fue percibida en alto grado por los pacientes hospitalizados, la satisfacción frente a las dimensiones de la calidad del cuidado, monitoreo, la accesibilidad y brindar confort, fueron las mejores evaluadas.(5)

MARQUES D.S.L.X; DOMINGUES C.M y DOMINGUES C.L. Atención de enfermería a ancianos dependientes: Cuidado domiciliarios, hospitalarios y permanentes. Portugal. 2012. Objetivo identificar y comparar en

contexto de atención básica, secundaria y de rehabilitación, la atención de enfermería brindada a pacientes ancianos dependientes, e identificar factores que facilitan y dificultan la prestación de cuidados de enfermería de mayor calidad. Investigación cualitativa realizada en servicios de salud, que adoptó el *photovoice*, que utiliza fotografía y voz en la recolección de datos. Participaron 12 enfermeros de los tres contextos, con edades entre 22 y 43 años, 10 de sexo femenino. Los resultados sugieren que la promoción de calidad de atención en enfermería a ancianos dependientes involucra más trabajo y decisión en equipo multidisciplinario. Paralelamente, el principal obstáculo se centra en la escasez de recursos y desorganización. Los participantes enfatizan la importancia de la participación familiar, considerada parte de la unidad de atención. Concluyendo, los tres contextos tienen a converger en términos de las necesidades identificadas para la promoción de calidad del cuidado.(6)

Antecedentes Nacionales:

ARPASI Q.O. Vivencia de la Enfermera al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado. Lima-Perú. 2016. Objetivo: Analizar las vivencias de la enfermera al brindar cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado en el Hospital II CGSIL ES Salud Metodología: Estudio cualitativo, método historia de vida cuya recolección de datos se hizo mediante la entrevista abierta a profundidad a enfermeras que trabajan con adultos mayores dependientes hospitalizados. Resultados: Las categorías obtenidas en el presente estudio son: iniciando el cuidado de enfermería, vivenciando el cuidado de enfermería, comprendiendo los sentimientos y emociones de la enfermera y trascendiendo en el cuidado de enfermería. Las enfermeras manifiestan que el cuidado al adulto mayor es un acto de amor a él y su familia, describen las características del cuidado, además, refieren que cuidar es atender a la llamada del otro con una dulce mirada, sonrisa, contacto afectuoso y tener una escucha activa. Consideraciones finales: Para la enfermera, cuidar al adulto mayor

dependiente hospitalizado, es una experiencia agradable, compasiva, con empatía, es un acto de dar amor, paz, tranquilidad, sin discriminación, con enfoque integral y humanístico, enfrentando situaciones adversas con los familiares del adulto mayor, la sociedad y los estamentos gubernamentales en la búsqueda de brindar un cuidado humanizado a este grupo vulnerable.(7)

ANDRADE M.C. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de salud. Lima-Perú. 2015. Objetivo determinar la percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015. El diseño metodológico fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 43 familiares o cuidadores del HNDM, el tipo de muestreo utilizado fue probabilístico, la muestra estuvo conformada por 30 familiares. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento una escala modificada tipo Likert. Los resultados evidenciaron, que en relación a la percepción global del cuidado humanizado, el 53% de familiares tiene una percepción favorable, respecto a la dimensión interpersonal-social el 53% tiene una percepción favorable, en la dimensión emocional-espiritual el 55% tiene una percepción favorable, en la dimensión física 65% tiene una percepción favorable y en la dimensión ética 63% tiene una percepción favorable. Conclusiones: la mayoría de los familiares tiene una percepción favorable acerca del cuidado humanizado que brinda el profesional enfermería al paciente hospitalizado; sin embargo, existe una minoría importante de 47% que lo percibe desfavorable.(8)

2.2. Marco Conceptual

Cuidado

El verbo cuidar, en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. “El cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, en portugués significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume connotación de causar inquietud, entregar la atención”, para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como “ayudar al otro a crecer y realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo”. (9)

Cuidado: “Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle”. El cuidado es el objeto de estudio y de la práctica de enfermería y, cuatro características importantes determinan perspectiva: la naturaleza de la enfermería como una ciencia humana, sus aspectos prácticos, las relaciones de cuidado que las enfermeras y pacientes desarrollan y la orientación de salud y bienestar. (10)

Según Peplau, el cuidado de la enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal en el cual los pacientes hospitalizados deben estar en contacto con las enfermeras durante un período de tiempo mucho mayor que con cualquier otro profesional de los servicios de salud. El cuidado es una forma de interacción, cuyos motivos y fines se encuentran en el horizonte de la salud y la enfermedad; los problemas, intereses y necesidades en estos procesos son los que definen el inicio

de la interacción, que busca satisfacer una necesidad individual o colectiva; es una actividad con un objetivo social: cuidar. (10)

Benner y Wrubel expresan: "cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera-cliente y la capacidad de la enfermera para empatizar o sentir desde el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales". (10)

Según Leininger, los cuidados profesionales de enfermería son: "Todos aquellos cuidados humanísticos y científicos, con la finalidad de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades. Esto significa que la praxis de la enfermería está relacionada con una interacción humana con la persona enferma y con su familia para que se apropien del cuidado de sí y el cuidado del otro. (10)

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), en relación con la atención de enfermería a las personas mayores, afirma: "Las enfermeras, en colaboración con las familias y con otros profesionales de salud, tienen una función clave que desempeñar en los cuidados a las personas mayores." Salvo que este adulto está hospitalizado y depende de otro(s) para sus cuidados. (10)

Humanización del cuidado

Son acciones o conjuntos de comportamientos que realizan las enfermeras(o), al proporcionar cuidados al paciente hospitalizado mediante una relación humana para reconocer sus necesidades (físicas, espirituales, interpersonales y sociales) y responder terapéuticamente). El cuidado humanizado de enfermería es necesario en la práctica clínica-profesional, el cual permite mejorar el cuidado que se brinda al paciente con el fin de propiciar su cuidado de vida. (11)

Así mismo el cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físico, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso del cuidado familiar continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano implica valores deseo y compromiso de cuidar. Conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias, se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento (11).

Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: "Trato humanizado a la persona sana y enferma" este organismo enfatiza que la Humanización "Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida" (11)

Una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, auto curación que aliente un aumento de la diversidad, protección, reservando o rescatando la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor", lo que implica llegar a la esencia de la interacción con el otro. (12)

Entonces se entiende por cuidado humano como, "ideal moral", trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tiene consecuencias importantes para la civilización humana", partiendo de esta definición el

cuidado humano, es aquel que involucra la vocación, los conocimientos, espiritualidad, responsabilidad, moral, ética y nuestra esencia como congéneres, para asistir a cada persona. El cuidado humano es holístico, por tal razón al momento de brindarlos, se debe considerar cada persona con problemas de salud individualmente dado que, todos no tienen las mismas necesidades, dolencias, intereses, culturas entre otros. (12)

Es un asunto técnico, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.

Es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respeto a la asistencia, de este modo se pretende cuidar al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. (13)

Cuidado de Enfermería

El cuidado humanizado de enfermería es necesario en la práctica clínica-profesional, el cual permite mejorar el cuidado que se brinda al paciente con el fin de propiciar su calidad de vida. (11)

El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. (11)

Para Nel Noddings el cuidado se basa en la receptividad, quien cuida se "siente" con el otro y "recibe al otro" totalmente; es un proceso más cognoscitivo, emotivo y requiere cambios en la motivación con el otro. (11)

Se define como parte fundamental de la práctica de enfermería; la interacción y adaptación entre el profesional Martin Beber dice "cuidar es una forma de dialogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro cuidar requiere ir más allá de los actos de observar y mirar, requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente, cuidar es más que una acción es una forma de ser" (11)

La enfermería y ser humano, individuo y paciente cuando se ejerce la acción de cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando este se da en el continuo salud-enfermedad y al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin. Cuidado es el conjunto de acciones fundamentales en la relación interpersonal y el dominio de lo científico-técnico orientado a comprender al otro en el entorno que se desenvuelve (11)

El cuidado también implica comunicación entre la enfermera y la persona cuidada. Estableciendo una interacción en la relación de ayuda caracterizada por una comunicación abierta y útil, comprensión y satisfacción de las enfermeras(os) al tratar con la salud y el malestar de la persona en su práctica cotidiana, desarrolla en ellos la capacidad y la sensibilidad para ofrecer un cuidado humano. La aparición del fenómeno del descuido, la indiferencia y el abandono, conducen a la pérdida de la conexión con el todo; esto hace necesario de una nueva filosofía, que se presenta como holística, ecológica y espiritual, una alternativa con capacidad de devolver al ser humano, el sentimiento de pertenencia (8)

Humanización de la atención domiciliaria

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las

relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. (13)

Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. (13)

Programa de Atención Domiciliaria

El Programa de Atención Domiciliaria PADOMI- EsSalud, fue creado el 06 de Diciembre de 1993, es un sistema integral de atención sanitaria en el hogar, está dirigida a los pacientes asegurados que sufre alguna discapacidad y no pueden acudir a su centro asistencial para el manejo y control de sus problemas de salud. La población está conformada en su mayoría por adultos mayores de 80 a más años El programa brinda: visitas médicas, enfermería, terapia física, servicio social, psicología, atención de urgencias, hospitalización en casa, laboratorio y farmacia. La población son adultos mayores. Teniendo adscritos al sistema un promedio de 25000 pacientes (PADOMI). (4)

Jean Watson: Teoría Del Cuidado Humano

Margaret Jean Harman Watson nació en el sur de Virginia en 1940 y se crió En la ciudad de Welch, Virginia Occidental. Inició su carrera en la Escuela de Enfermería Lewis Gale, finalizando sus estudios de pregrado en 1961. Obtuvo luego un Bachillerato en Ciencias en Enfermería (1964), una maestría en Salud Mental (1966) y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial (1973). Siguió sus estudios internacionales en Nueva Zelanda, Austria, India, Tailandia y Taiwán. Ha sido presidenta y vicedecana de varios programas universitarios, y participó en la planificación y elaboración del programa del Doctorado en Enfermería en

Colorado, establecido en 1978. A lo largo de su carrera ha recibido gran cantidad de premios y reconocimientos, destacando como uno de los más importantes el Martha E. Rogers Award de la National League of Nursing, con el que se premia a los profesionales de la Enfermería que han realizado grandes descubrimientos en este campo. En el año 1980 crea junto a sus colaboradores el Center for Human Caring de la Universidad de Colorado. Éste fue el primer centro interdisciplinario que desarrolló y utilizó el conocimiento del cuidado humano y la curación como base científica y moral de la práctica clínica y de los expertos en Enfermería. Actualmente es profesora de la Ciencia del Cuidado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Colorado. (14)

PREMISAS TEÓRICAS DE JEAN WATSON Jean Watson formula en su teoría tres premisas teóricas, las cuales son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría; se detallan a continuación. (15)

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la

unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida. Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos metaparadigmáticos de la siguiente manera:

Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Conceptos principales en la teoría del cuidado humano

- **Interacción enfermera-paciente:** define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.
- **Campo fenomenológico:** corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.
- **Relación transpersonal de cuidado:** para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:
Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los

procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento. La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud. La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la auto curación independientemente de la condición externa de salud.

- **Momento de cuidado:** es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/ significado de las percepciones de un mismo, las cuales están basadas en la historia pasada, en presente y el futuro imaginado de un mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar al momento de cuidado con su paciente. (15)

Categorías del Cuidado Humanizado

- **Sentimientos del paciente:** sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera- paciente (sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, sentir afecto, crecer como ser humano). De acuerdo con Watson el ejercicio profesional de la enfermería se soporta en diez elementos asistenciales, dos de ellos son la "Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos", y el "Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás".
- **Apoyo emocional:** apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente. Este apoyo emocional corresponde al elemento asistencial de Watson "Desarrollo de una relación de ayuda- confianza".
- **Apoyo físico:** componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor. De acuerdo con Watson dos elementos asistenciales importantes son la "Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas" y la "Provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual".
- **Características de la enfermera:** comportamientos de cuidado que el paciente reconoce, caracterizando a la (el) enfermera (o) como: persona cálida, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad, eficacia y cordialidad en la atención. Se podría decir que estos

comportamientos de cuidado identifican a una (o) enfermera (o) genuina (o), acorde con la visión de Watson en su premisa de la ciencia de la enfermería. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”.

- **Cuidado del hacer de la enfermera:** hace referencia al óptimo desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue las indicaciones del tratamiento, brinda apoyo a sus compañeras, trabaja en equipo y muestra capacidad de liderazgo frente al grupo. En esta categoría se evidencia la acción de una (un) enfermera (o), dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, que en las palabras de Watson corresponde a “Cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias”.
- **Proactividad:** definida como aquellos comportamientos del enfermero (a), que denotan atención anticipada al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna para el paciente y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre sus procedimientos. Para Watson la “Promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonal” es un concepto importante de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación. Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar

para promocionar su salud, enseñándole métodos de resolución de problemas e identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.

- **Priorizar al ser cuidado:** definen que hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Los procedimientos de esta categoría involucran al personal de enfermería en una relación de cuidado "Transpersonal", ya que para Watson es el "Objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realizar y conservar la dignidad, humanidad, integridad y la armonía interior de la persona".
- **Empatía:** hace referencia a todas aquellas actividades y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como: escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación calidad, agradable y cercana. El enfermero (a) genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.
- **Disponibilidad para la atención:** disposición que tiene el enfermero (a) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado,

para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispueto de tiempo para escucharlo, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado. Los comportamientos de cuidado implícitos en esta categoría nos muestra a la (el) enfermera (o), atento a detectar el momento de cuidado, en un campo fenomenológico y que según Watson corresponde a la totalidad de la experiencia humana, "Una ocasión consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo". Watson insiste en que la (el) enfermera (a) necesita estar al tanto de su propio conocimiento y la auténtica presencia de estar en el momento de cuidado de su paciente. (15)

2.3 Definición de Términos

- **Cuidado**

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. (16)

- **Programa de Atención Domiciliaria**

El Programa de Atención Domiciliaria, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica; con la finalidad de preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida. (17)

- **Paciente Adulto Mayor de PADOMI:** Toda persona varón o mujer de 60 años a más, que por alteraciones en su salud, pertenece al Programa de Atención Domiciliaria (18)
- **Cuidados de Enfermería:** Son las acciones que realiza el personal de Enfermería, basados en los conocimientos científico-prácticos, y en los principios éticos al realizar la atención directa del paciente adulto mayor para mantener o mejorar su salud Domiciliaria. (18)

CAPITULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

El presente informe de enfoque es cuantitativo de tipo descriptivo, utilizó datos de los registros de la unidad administrativa de PADOMI: Programación mensual y programación diarias.

3.2. Experiencia profesional

La experiencia en enfermería empieza desde el año 1992, laborando como enfermera técnica en EsSalud en la localidad de nuevo Cajamarca – Rioja – San Martín y en la Ciudad de Lima, en los diferentes servicios de EsSalud – PADOMI. Experiencia que motivaron a estudiar la profesión de enfermería, culminando el 2011 a la espera del cambio de nivel.

Desde hace 05 años, en el año 2013 me desempeñé como enfermera asistencial en el Programa de Atención Domiciliaria – PADOMI – EsSalud, designada en el distrito de Carabayllo, Collique y San Felipe.

La totalidad de pacientes mensual es de 40 a más, la producción mensual de visitas domiciliarias es de 132 a más, con una frecuencia diaria de 6 a más pacientes, a veces la programación mensual disminuye porque los pacientes no se encuentran a domicilio (cita médica, no contestan al llamado del timbre, puerta, teléfono) esta cantidad de pacientes que se realiza diariamente es por la distancia que hay desde la central a dicha zona, ya que tengo que marcar mi fotocheck en las oficinas de EsSalud, revisar en mi sobre si hay nuevos ingresos de pacientes y si pertenece a dicha zona, luego telefónicamente me comunico con el familiar para la primera visita a su paciente, si el paciente necesita curación u otro servicio de cuidado de enfermería, presento una receta del día para insumos biomédicos en farmacia, luego me dirijo a archivo a entregar las

evoluciones diarias, sacar las historias clínicas para la siguiente visita y posteriormente me tengo que desplazar a mi zona. Por cada paciente realizo de 6 a más cuidados diarios, que comprende un tiempo estimado de 30 a 40 minutos en el hogar, previa a la visita la enfermera comunica telefónicamente al cuidador, familia o paciente, para la programación de las visitas (fecha y hora) enfatizando que para cada una de ellas tienen que tener el material respectivo para el cuidado.

En su mayoría los pacientes son de grado dependencia 1,2 y 3 y en su minoría 04 son independientes. Los cuidadores de nuestros pacientes, son en su mayoría mujeres, de edad media, esposas o hijas del paciente, que atienden a sus familiares de forma voluntaria. Las características observadas en los pacientes que no contaban con un cuidador convierten a este grupo en mujeres con riesgo de depresión, alto riesgo social y tendencia a la soledad.

Algunos pacientes tienen cuidador técnico, otros se encuentran en casa de reposo y un paciente es abandonado, Los cuidados de enfermería van direccionados a las patologías como son: Hipertensión arterial, osteoartritis, enfermedad cerebrovascular (ECV), demencia y osteoporosis. Las acciones del cuidado se direccionan a: Curaciones de lesión, por presión, úlceras venosas y arteriales, fistula, heridas por cáncer, estomas, traqueotomía, gastrostomía, colocación de sondas nasogástrica, sonda Foley, etc. En cuanto a la parte educativa se brinda orientación sanitaria para el cuidado integral del paciente y se realiza un pequeño seguimiento telefónicamente y mediante las visitas diarias, para constatar que el plan de atención y los cuidados que brindamos sean efectivos.

Vivencias del cuidado de enfermería según Jean Watson

En el área de la asistencia: El objetivo de Enfermería según el enfoque de cuidados de Watson es mejorar la atención a las personas, su dignidad e integridad. En esencia, las enfermeras tienen un compromiso social de ayudar y enseñar a los individuos a alcanzar un alto nivel de bienestar y sanación y descubrir nuevos significados a través de la propia experiencia. Las relaciones interpersonales entre los cuidadores y los pacientes mejoran y adquieren un significado relevante y una profunda conexión. El cuidado enfermera-paciente aumenta, ya que comporta actitudes esenciales como el respeto a uno mismo y a los otros, la sensibilidad y la preocupación hacia el otro, la autenticidad, la presencia y la disponibilidad, la calma, la paciencia, el respeto a los ritmos, la honestidad y la confianza y el reconocer la capacidad de autorrealización y los recursos del otro.

En el área de la gestión: Promueve un clima favorecedor para el crecimiento personal de cuidadores y cuidados. Ello genera una autorrealización personal y profesional y proporciona valores para un mayor compromiso con la profesión. El cambio de modelo organizativo conlleva elaborar políticas de cuidados priorizando las personas, frente a la burocracia y a las rígidas estructuras protocolares; significa también ser líderes en enfermería que faciliten, dentro de las organizaciones, la obtención de los recursos necesarios para proporcionar unos cuidados coherentes a una misión humanista.

En el área de la gestión: Los gerentes del cuidado, al demostrar en sí mismos las actitudes adecuadas, podrían modificar los valores del cuidado en las mismas enfermeras (os) y crear grupos basados en la ontología del cuidado. Los gerentes son promotores de salud y de recursos para los cuidados de excelencia. Su visión es revolucionaria, ya

que reconoce que el ser humano no puede ser tratado como un ser disociado.

En el área de la formación: A través del conocimiento de la diversidad los educadores pueden estimular a los estudiantes a apreciar la unicidad de cada persona; centrando el significado específico de cada historia se alimenta la compasión, que es fundamental para las relaciones futuras entre las enfermeras y sus pacientes. Utilizando el estudio de casos como un medio de enseñanza de la práctica de la Enfermería se promueve el diálogo para poder ayudar a los estudiantes a ser críticos con el actual cuerpo de conocimientos de enfermería. Se espera que los estudiantes pasen de una actitud pasiva a otra más crítica, activa y participativa. El docente, por su lado, deja de ser un elemento distante, mero transmisor de conocimientos, y pasa a ser un estrecho colaborador optimizando la comunicación y el intercambio con la consecuente facilitación del proceso enseñanza-aprendizaje.

En el área de la investigación: Para mejorar el cuerpo de conocimientos relativo a los cuidados se requiere continuos estudios de la enfermería del tipo cualitativo y cuantitativo proyectados hacia los distintos campos de aplicación del cuidado. La perspectiva del cuidado de Watson es una mirada desde un ángulo distinto que aporta nuevos interrogantes para la investigación, en concreto, desde el punto de vista existencial y fenomenológico. (19)

3.3. Procesos realizados en el tema

Desde que se ha formado el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), se brinda atención preferencial a domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna, en esta área laboran 50 enfermeras, cada enfermera es destinada por su coordinadora, a una zona de Lima Metropolitana y Callao, para el cuidado en el hogar. Hay una demanda de pacientes que no nos abastecemos para cubrir la zona del colega que sale de vacaciones, esto se debe a la carencia del personal de enfermería, ya que hay muy poco personal para el abastecimiento de los cuidados, quejas de los cuidadores o familiares por la falta de cuidados de enfermería, de insumos biomédicos o por que los materiales que son de baja calidad.

Hay muchas limitaciones cuando se apoya la zona de la enfermera, ya que no se conoce la zona que visita.

Distrito de Carabayllo

Es el más extenso de los 43 distritos de la provincia de Lima. Se localiza al norte de la ciudad, limita por el norte y noreste con el distrito de Santa Rosa de Quives de la provincia de Canta, por el sur limita con el distrito de Comas, por el este con la provincia de Huarochirí y por el oeste con el distrito de Puente Piedra y el distrito de Ancón. Se ubica a ambas márgenes del río Chillón que nace en la cordillera de la Viuda (Canta). La zona urbana se divide en urbanizaciones como: Santa Isabel, Tungasuca, Lucyana, Villa Corpac, Apavic, Santo Domingo; pueblos jóvenes como Raúl Porras Barrenechea, La Flor, El Vallecito, Villa Esperanza, El Progreso, etc. y asentamientos humanos como Las Malvinas y el Establo.

Hay zonas de Carabayllo que son de llanura y otras de cerros, donde no hay accesibilidad a la movilidad y no hay seguridad. (20). (Ver (anexo #01)

Distrito de Collique.

Es una localidad del Distrito de Comas, en la Provincia de Lima, Perú. Su altitud es 150 m.s.n. y la temperatura media es 22.1 °C siendo la más alta de 24.5 °C y las más baja de 14.2 °C. Entre los años 400 a.c. - 650 d. C se formó del Señorío de Carabayllo y Urín (bajo) Carabayllo, donde se ubicaron dos fuertes militares, uno de ellos en el cerro Collique. La Fortaleza de Collique fue conquistada por los incas en el reinado de Cápac Yupanqui (Inca: 1320 - 1350).

(20). (Ver anexo #2)

Caso clínico

Paciente de 85 años de edad con iniciales KGG de sexo masculino, domiciliado en el distrito de San Felipe – comas con diagnostico medico diabetes mellitus tipo II y HTA, presenta ulcera venosa, visita que se realiza desde hace 03 años. Aparentemente el paciente vive solo con una mascota, algunas veces es acompañado por un conocido de la hermana del familiar que vive en otra localidad.

Las visitas que realizo a este paciente es una vez por semana encontrándolo en mal estado de higiene, la casa esta desordenada, llenos de pelos de mascota, cuando no va la persona que lo apoya, los vecinos le obsequian alimentos al paciente.

Cuando el paciente es visitado por el conocido del familiar, esta persona llega tarde, no limpia, ni arregla la casa y cocina tarde.

La curación de la úlcera venosa en el miembro inferior izquierdo se realiza una vez por semana, con evolución tórpida, se educa a paciente y en algunas oportunidades a la persona que lo acompaña sobre el cuidado integral y que las curaciones deben ser diarias, paciente refiere que “la señora no le cura la herida”, paciente se cura solo los días que no voy a curarlo.

**CAPITULO IV
RESULTADOS**

TABLA 4.1

Visitas realizadas por mes por la enfermera de zona en el año 2016

Mes	Visitas Realizadas
Enero	132
Febrero	140
Marzo	128
Abril	132
Mayo	138
Junio	134
Julio	136
Agosto	140
Septiembre	132
Octubre	132
Noviembre	132
Diciembre	128
TOTAL	1604

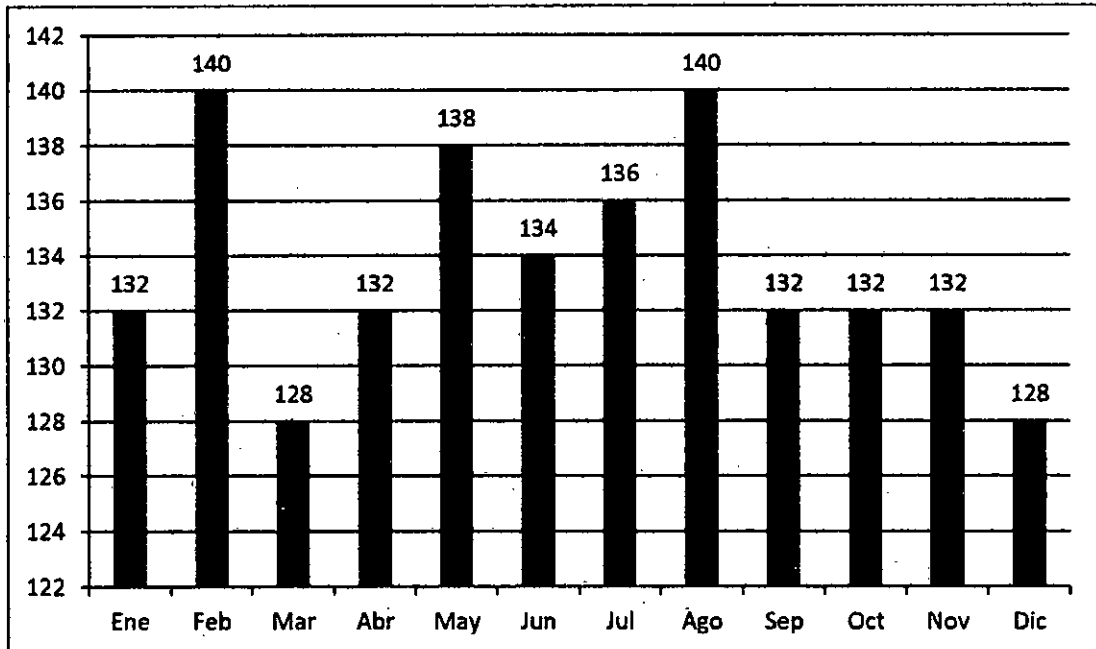
FUENTE: Área Administrativa del servicio de PADOMI.

Número de visitas por mes (el 100% es 132 visitas por mes).

En el presente gráfico, respecto a la producción de visitas por mes del año 2016, se observa que en dos meses, Marzo y Diciembre hay una disminución de visitas (128 visitas), debido al fallecimiento, hospitalización, citas médicas, entre otros y el aumento de visitas a 140 visitas en el mes de Febrero y Agosto por aumento de pacientes y/o cambios de sondas nasogástricas y sondas Foley.

GRAFICA 4.1

Visitas realizadas por mes por la enfermera de zona en el año 2016



FUENTE: Área Administrativa del servicio de PADOMI.

Número de visitas por mes (el 100% es 132 visitas por mes).

En el presente gráfico, respecto a la producción de visitas por mes del año 2016, se observa que en dos meses, Marzo y Diciembre hay una disminución de visitas (128 visitas), debido al fallecimiento, hospitalización, citas médicas, entre otros y el aumento de visitas a 140 visitas en el mes de Febrero y Agosto por aumento de pacientes y/o cambios de sondas nasogástricas y sondas Foley.

TABLA 4.2

Visitas realizadas por mes por la enfermera de zona en el año 2017

Mes	Visitas Realizadas
Enero	132
Febrero	132
Marzo	132
Abril	140
Mayo	136
Junio	140
Julio	138
Agosto	136
Septiembre	132
Octubre	136
Noviembre	140
Diciembre	132
Total	1626

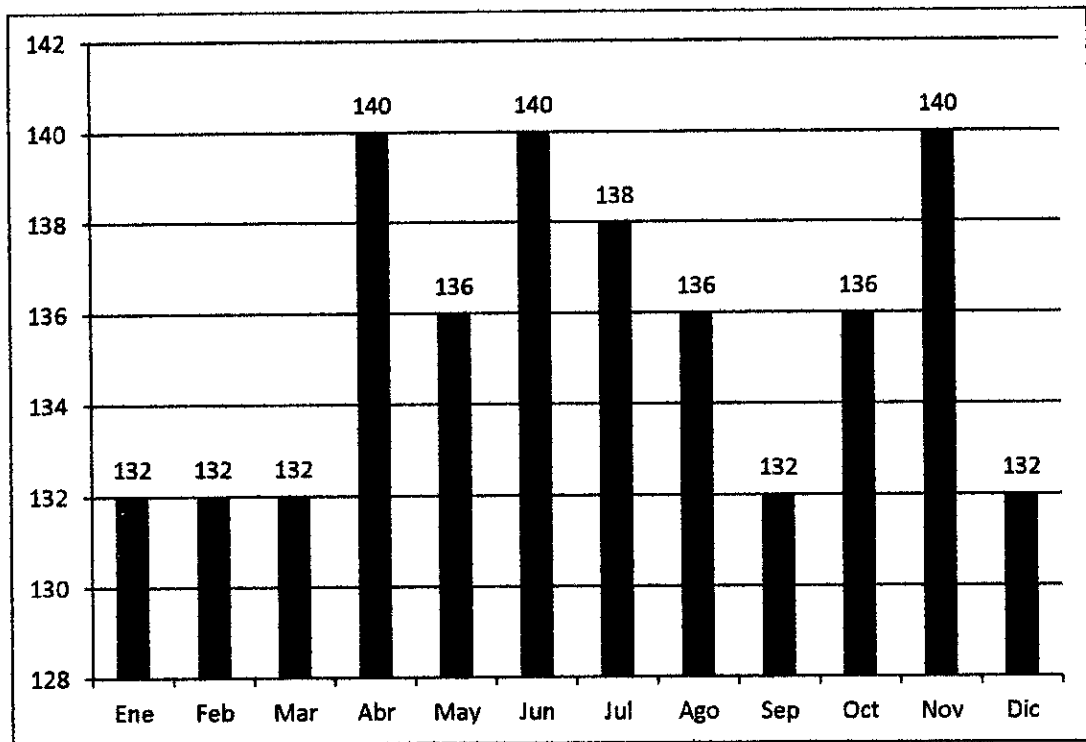
FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

Número de visitas por mes en el año 2017 (el 100% es 132 visitas por mes).

En el presente gráfico, respecto a la producción de visitas por mes del año 2017 se observa que todos los meses se llegó al 100% de visitas (132 visitas por mes), hubo un incremento de visitas en los meses de Abril, Junio y Noviembre, que llega a 140 visitas por el ingreso de nuevos pacientes y/o cambios de sondas nasogástricas y sondas Foley.

GRAFICA 4.2

Visitas realizadas por mes por la enfermera de zona en el año 2017



FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

Número de visitas por mes en el año 2017 (el 100% es 132 visitas por mes).

En el presente gráfico, respecto a la producción de visitas por mes del año 2017 se observa que todos los meses se llegó al 100% de visitas (132 visitas por mes), hubo un incremento de visitas en los meses de Abril, Junio y Noviembre, que llega a 140 visitas por el ingreso de nuevos pacientes y/o cambios de sondas nasogástricas y sondas Foley.

TABLA 4.3

Cuadro comparativo de visitas realizadas por mes por la enfermera de zona en el año 2016 - 2017

Mes	Visitas Realizadas	
	Año 2016	Año 2017
Enero	132	132
Febrero	140	132
Marzo	128	132
Abril	132	140
Mayo	138	136
Junio	134	140
Julio	136	138
Agosto	140	136
Septiembre	132	132
Octubre	132	136
Noviembre	132	140
Diciembre	128	132
Total	1604	1626

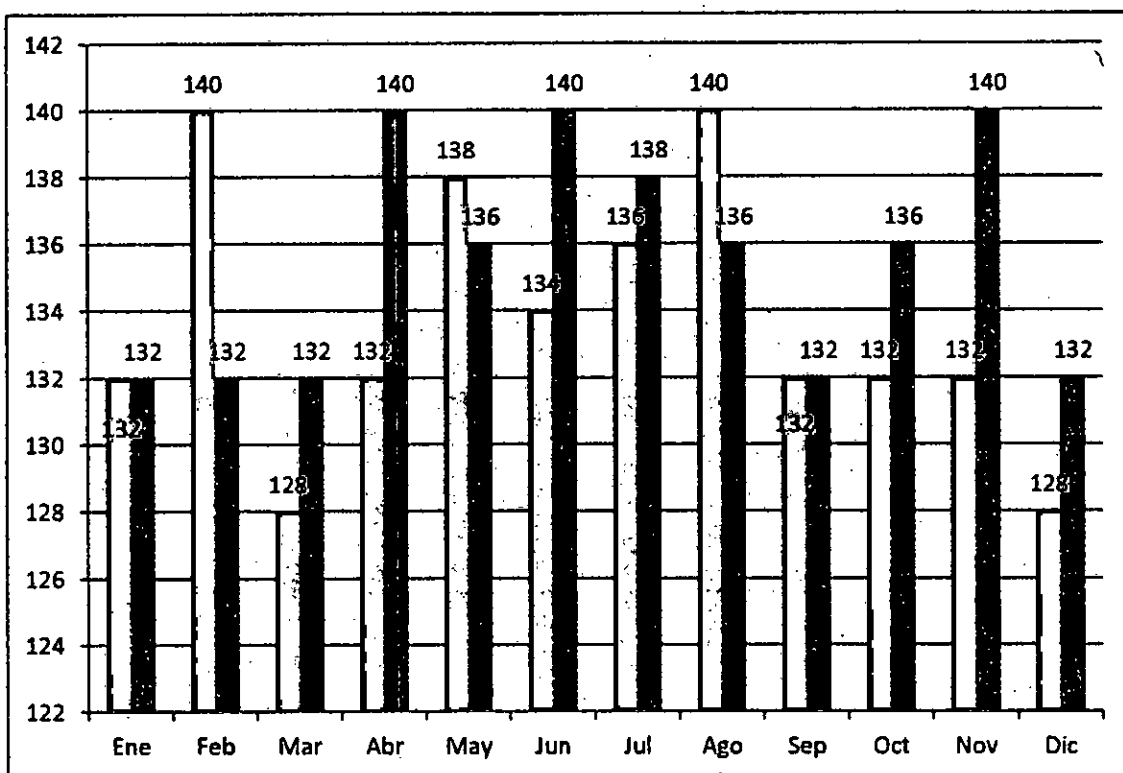
FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

En el año 2016 se realizó 1,604 visitas y en el año 2017 1,626 visitas.

El promedio mensual es de 132 visitas, que sería 1,584 visitas para ambos años, donde se evidencia más número de visitas atendidas en ambos años.

GRAFICA 4.3

Cuadro comparativo de visitas realizadas por mes por la enfermera de zona en el año 2016 - 2017



Visitas en el Año 2016

Visitas en el Año 2017

FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

En el año 2016 se realizó 1,604 visitas y en el año 2017 1,626 visitas.

El promedio mensual es de 132 visitas, que sería 1,584 visitas para ambos años. En el mes de marzo y diciembre del 2016 hubo una disminución de visitas en comparación al año 2017, debido al fallecimiento, hospitalización, citas médicas entre otros, y el incremento de visitas a 140 es por el ingreso de nuevos pacientes y/o cambios de sondas nasogástricas y sondas Foley.

TABLA 4.4

Cartera de Programación Mensual 2017

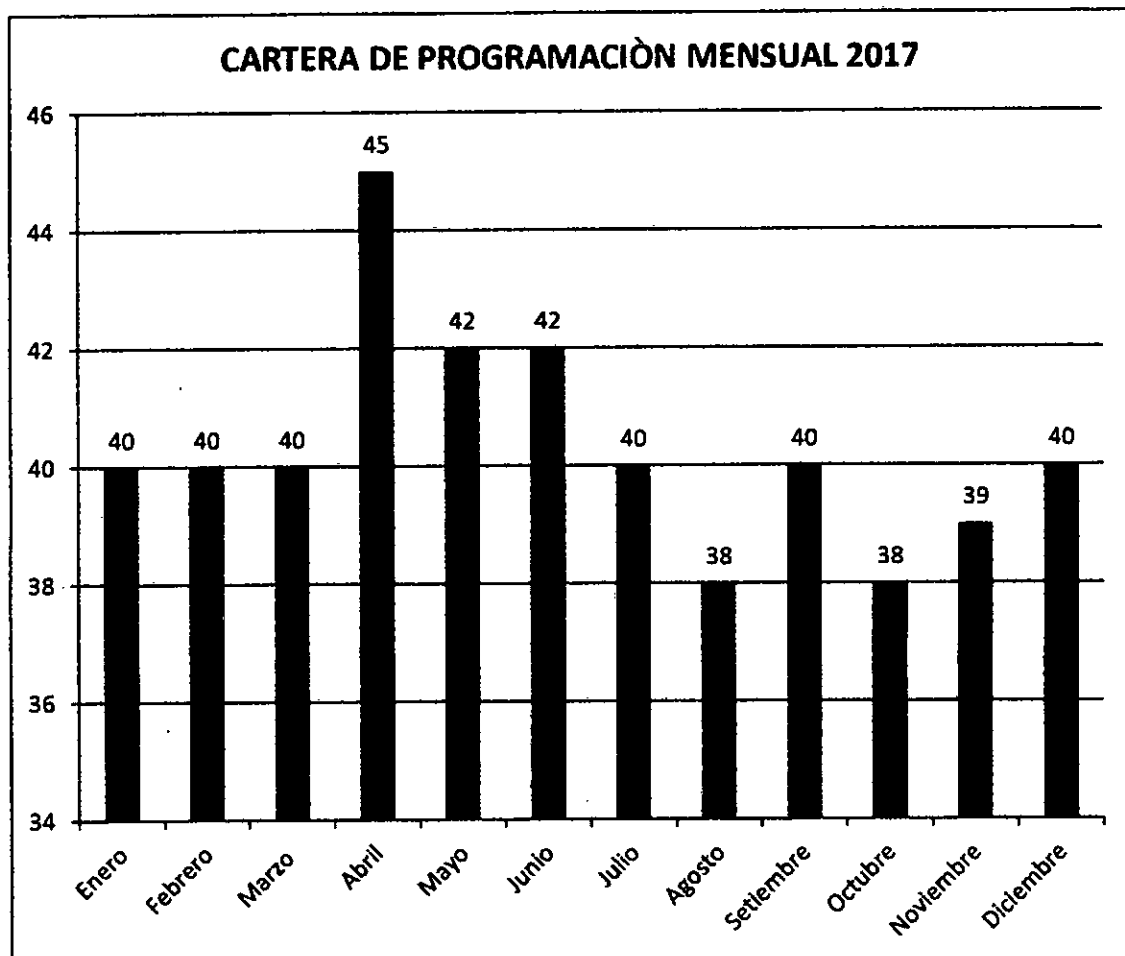
2017	
Mes	Visitas Programadas
Enero	40
Febrero	40
Marzo	40
Abril	45
Mayo	42
Junio	42
Julio	40
Agosto	38
Septiembre	40
Octubre	38
Noviembre	39
Diciembre	40
Total	484

FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

Número de pacientes por mes variando de 38 a 45 pacientes con un promedio de 40 pacientes por mes.

En el mes de Abril hubo un incremento de pacientes por el ingreso al servicio de enfermería.

GRAFICA 4.4



FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

Número de pacientes por mes variando de 38 a 45 pacientes con un promedio de 40 pacientes por mes.

En el mes de Abril hubo un incremento de pacientes por el ingreso al servicio de enfermería.

TABLA 4.5

Visitas realizadas en el mes de setiembre 2017

N° DIA	Visitas Realizadas
1	6
2	7
3	6
4	7
5	6
6	5
7	6
8	7
9	6
10	9
11	6
12	6
13	6
14	6
15	6
16	7
17	6
18	6
19	6
Total	120

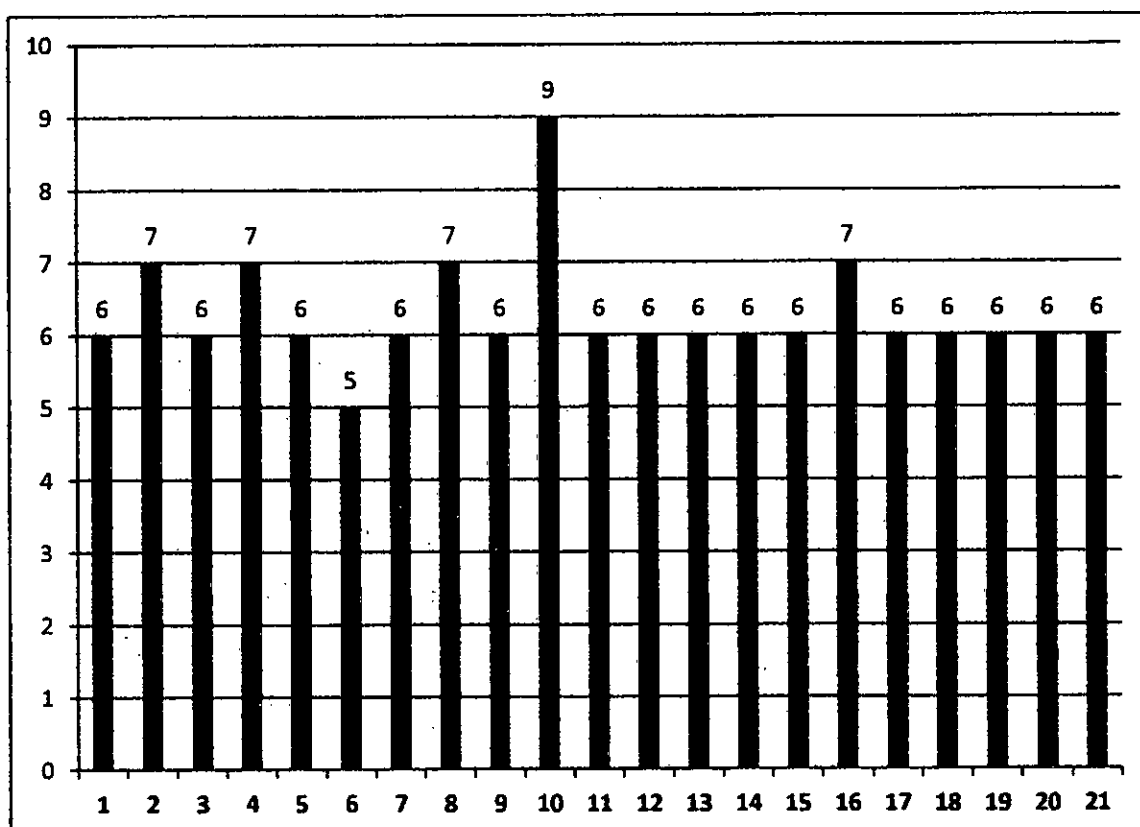
FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

Las visitas se dan solo en días hábiles y el promedio es de 6 visitas por día.

En la presente tabla, respecto a la producción diaria, se observa que en algunos días hay más de 6 visitas, llegando a 9 visitas, esto es debido al uso del servicio de movilidad de PADOMI.

GRAFICA 4.5

VISITAS REALIZADAS EN EL MES DE SETIEMBRE 2017



FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

Las visitas se dan solo en días hábiles y el promedio es de 6 visitas por día.

En el presente gráfico, respecto a la producción diaria, se observa que en algunos días hay más de 6 visitas, llegando a 9 visitas, esto es debido al uso del servicio de movilidad de PADOMI.

TABLA 4.6**Cuidado humanizado otorgado por la enfermera en los domicilios del adulto mayor durante los años 2016 - 2017**

ACTIVIDADES	AÑO	
	2016	2017
Control de signos vitales:		
Presión arterial	1,604	1,626
Frecuencia cardiaca	1,604	1,626
Respiración	1,604	1,626
Temperatura	1,604	1,626
Curación de lesión por presión	617	622
Colocación de sonda nasogástrica	89	94
Colocación de sonda Foley	182	200
Obtención de orina estéril	12	18
Educación sanitaria	1,604	1,626
Administración de medicamentos por vía I.M.	5	7
Administración de medicamentos por vía E.V.	10	15
Cuidados de ostomías de eliminación	3	3
TOTAL	10,954	11,106

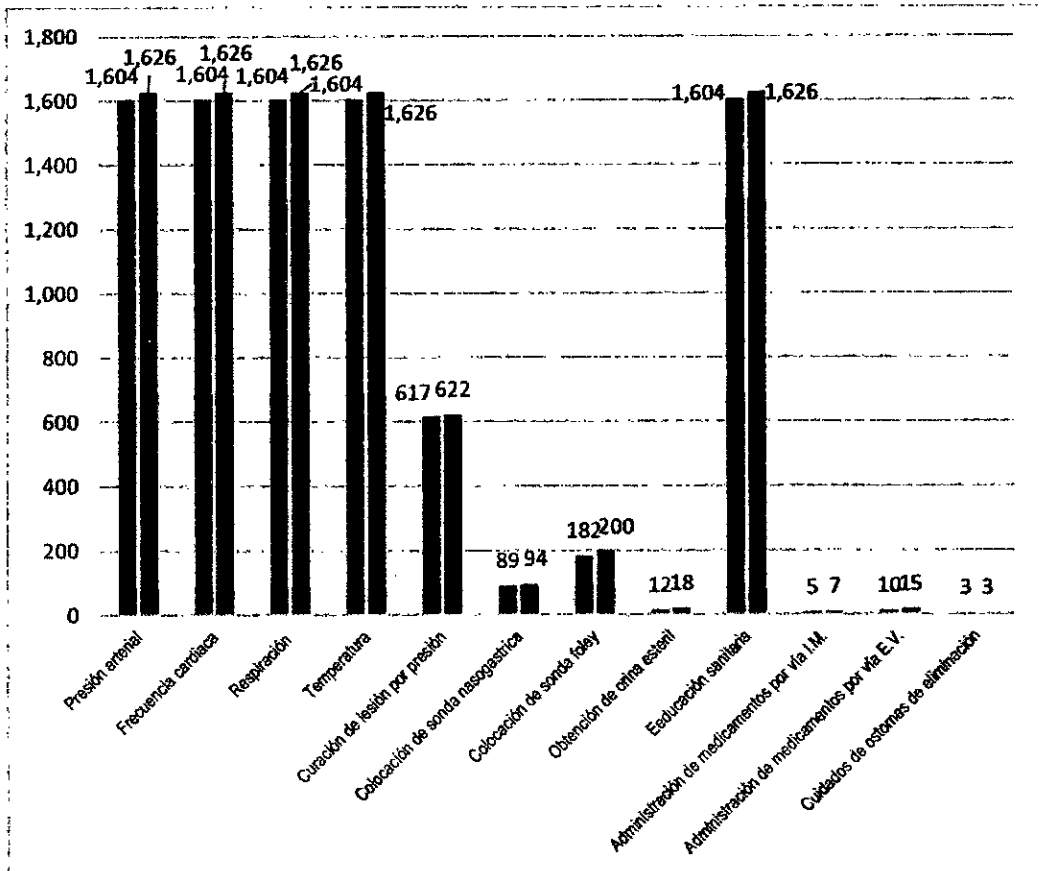
FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

Los cuidados de enfermería durante el año 2016 y 2017 varían de acuerdo a la cantidad de pacientes (ingresos, fallecimientos, altas, hospitalización, etc.)

En el presente cuadro se observa que en el año 2017 hay un aumento de cuidados de enfermería por el ingreso de nuevos pacientes y/o cambios de sondas nasogástricas y sondas Foley.

GRAFICA 4.6

Cuidado humanizado otorgado por la enfermera en los domicilios del adulto mayor durante los años 2016 - 2017



■ Año 2016
 ■ Año 2017

FUENTE: Unidad administrativa del servicio de PADOMI.

Los cuidados de enfermería durante el año 2016 y 2017 varían de acuerdo a la cantidad de pacientes (ingresos, fallecimientos, altas, hospitalización, etc.)

En el presente grafico se observa que en el año 2017 hay un aumento de cuidados de enfermería por el ingreso de nuevos pacientes y/o cambios de sondas nasogástricas y sondas Foley.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la mejora continua en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), es a través de nuevos conocimientos, así como la adquisición de una especialidad a fin de permitir a la enfermera (o) en practicar los conocimientos adquiridos, desarrollando habilidades y destrezas para brindar un mejor cuidado de salud en el manejo del paciente adulto mayor.
- b) Permite que la enfermera (o) tenga una visión más eficaz a fin de prevenir complicaciones que conlleven a la enfermedad del paciente.
- c) Las vivencias del cuidado de enfermería deben estar enmarcadas en una guía de procedimientos del cuidado de pacientes adulto mayor, enfatizando en todo momento al cuidador sobre el cuidado integral y el autocuidado al paciente autovalente logrando el bienestar y la armonía familiar.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- a) Capacitar permanentemente al personal de enfermería con nuevas estrategias educativas.
- b) Coordinar con la jefa de enfermeras para la realización de capacitación a los cuidadores de los pacientes, quien ingresan por primera vez al servicio del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).
- c) La rotación del personal de enfermería en los diferentes distritos de Lima y Callao, de esta forma el personal que cubre dicha zona no le sea difícil al reemplazar al colega.

CAPITULO VII REFERENCIALES

1. Manual de gestión de la calidad para los hogares de ancianos. [serie en internet] Disponible en
[URL:http://www1.ipq.pt/PT/IPQ/Publicacoes/PublicacoesDownload/Documentos/Qualidade/MGQ_LI.pdf](http://www1.ipq.pt/PT/IPQ/Publicacoes/PublicacoesDownload/Documentos/Qualidade/MGQ_LI.pdf)

2. Orientación técnica programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa. División de Atención Primaria Subsecretaria de Redes Asistenciales Ministerio de Salud [serie de internet] Chile. 2014.
<http://www.enfermeriaaaps.com/portal/orientacion-tecnica-programa-de-atencion-domiciliaria-a-personas-con-dependencia-severa-minsal-chile-2014>

3. Baffigo. V.. EsSalud mejoró indicadores de atención según INEI [serie en internet] 2015 [publicado el 23 de marzo 2015].
Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-mejoro-indicadores-de-atencion-según-inei/>

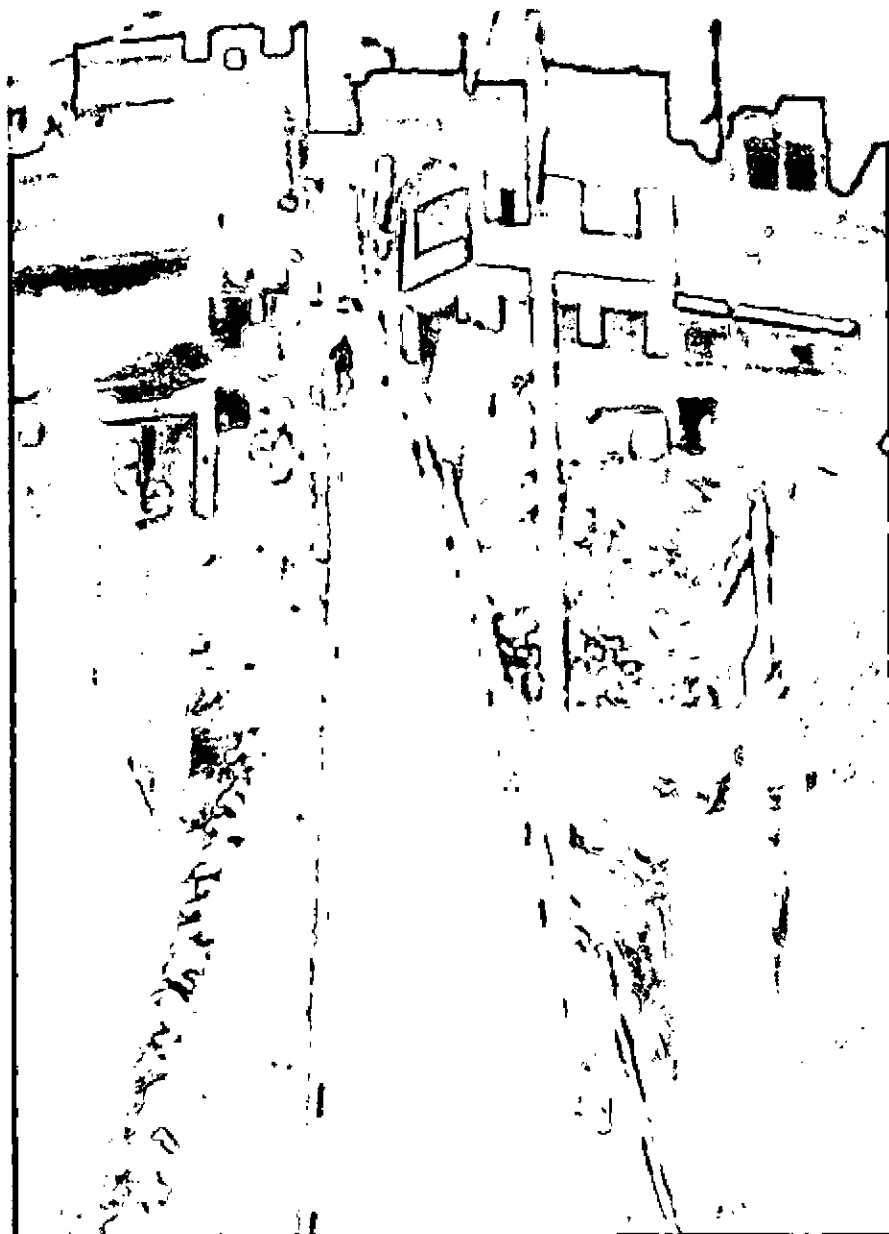
4. Efrén. S. M., Bohórquez, Arana M.C.A. y Ortiz S. P.J. et. al. Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de EsSalud en el sur de Lima Metropolitana. Serie de internet. 2011: 24(1) disponible en URL.
http://medicinainterna.net.pe/revista/revista_24_1_2011/perfil-clinico-de-los-pacientes-que-ingresan-a-padomi.pdf

5. CHÁVEZ D. ROMEO R Y ZÚÑIGA J. Percepción del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el hospital universitario del Caribe. Cartagena de Indias. 2013.
6. MARQUES D.S.L.X; DOMINGUES C.M y DOMINGUES C.L. Atención de enfermería a ancianos dependientes: Cuidado domiciliarios, hospitalarios y permanentes. Portugal. 2012.
7. ARPASI Q.O. Vivencia de la Enfermera al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado. Lima-Perú. 2016.
8. ANDRADE M.C. Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado en una institución de salud. Lima-Perú. 2015.
9. GONZÁLEZ G. Rosa M, BRACHO D.L. et.al. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud.
10. ZEA H M.D.C, TORRES M. BERENA. P. Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado Investigación y Educación en Enfermería, 2007, Colombia.
11. GUERRERO R.R; MENESES L.R.M.E. y De La Cruz. R.M. Cuidado Humanizado de Enfermería según la Teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao. 2015.
12. http://enfermeria.hc.uy/images/stories/humanizacion_del_cuidado.pdf
13. BERMEJO H.J.C. Humanización en salud. 2012.
En: <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=8>

14. Guzmán T.S.M. El cuidado humano en la formación del estudiante de enfermería según la teoría de Jean Watson – Chiclayo, Perú. 2011
15. Cuidado Humanizado al Adulto Mayor: Teoría de Jean Watson. Cuidados Alzheimer 2016
teoría del cuidado de jean Watson. [serie en internet]
<https://encolombia.com/medicina/revista-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
16. POBLETE T. M. Valenzuela S. S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios .chile. 2007.
17. ARPASI Q.O. Vivencia de la Enfermera al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado. Lima-Perú. 2016.
http://hospitaltaltal.cl/?page_id=117
18. COLLAZOS V. M. A. B. Vásquez R. Y. D. M. P, Percepción de los cuidados de enfermería en los adultos mayores del programa de atención domiciliaria del centro de atención primaria III Chiclayo Oeste, Lambayeque. 2016
19. CHÁVEZ D. ROMEO R Y Zúñiga J. Percepción del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el hospital universitario del Caribe. Cartagena de Indias. 2013.
20. Autor. https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Carabaylo.
21. Autor: <https://es.wikipedia.org/wiki/Collique>

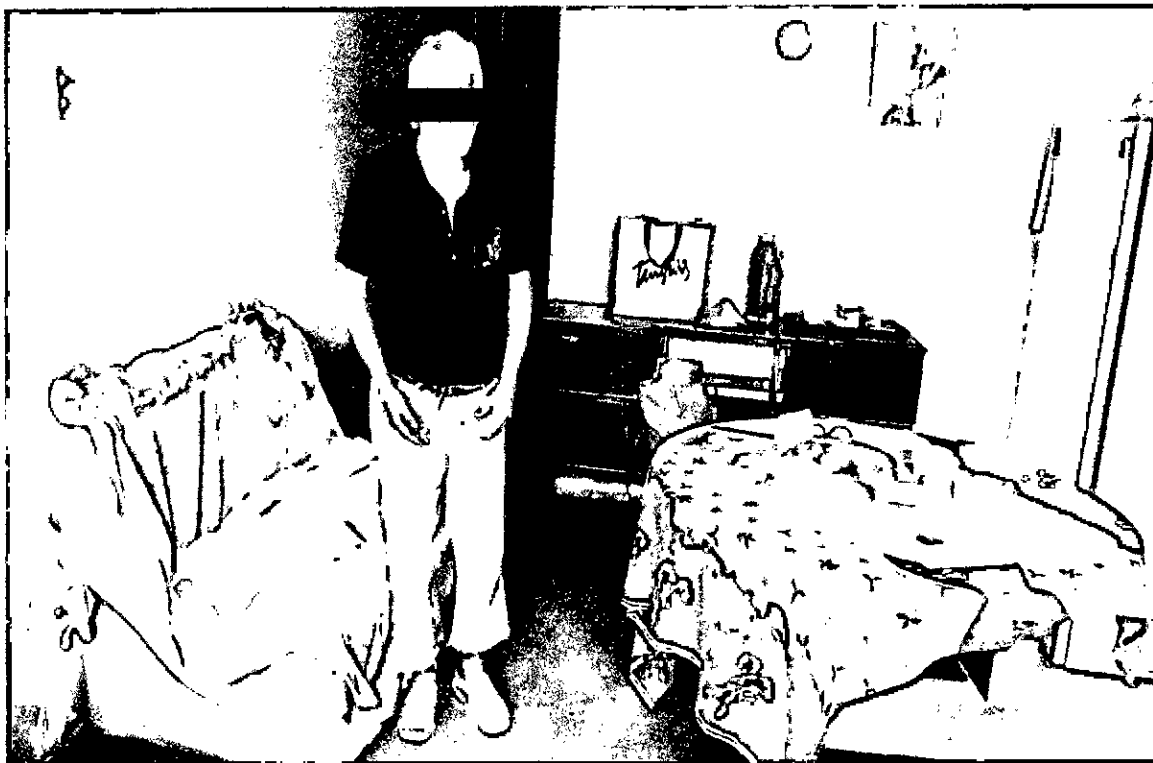
ANEXOS

Figura N° 1: Distrito de Carabaylo



Fuente: Propia, 2017

Figura N° 2: Caso clínico de paciente K.G.G:



Fuente: Propia, 2017

PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA
DIVISION DE INFORMATICA

Programación de Visitas

Especialidad: _____
Profesional: _____

ENF	ACTO MEDICO	DIA	FECHA	PO	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE	DIRECCION	DISTRITO	TELEFONO

FUENTE: Área Administrativa del servicio de PADOMI.



PARTE DIARIO DE ATENCIÓN EN LA VISITA DOMICILIARIA
SUB GERENCIA ATENCIÓN DOMICILIARIA

MES:
 DÍA: AÑO:

DIRECCIÓN _____
 RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN _____
 SERVICIO ESPECIALIZADO: _____

N° DE ACTA MÉDICA DE ORDEN	N° DE ANTIGÜEDAD A HISTORIA CLÍNICA	SEXO	EDAD	CONDICIÓN DE DOLOR	MUCOSITE		DIAGNÓSTICO	CE 19	CASO CALIFICADO POR	DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE	AUTORÍA PADOMI FIRMA DEL PACIENTE	CON CE
					MA	CA						
1		M			N	N			PDR			
		F			C	C			PDR			
		M			R	R			PDR			
2		M			R	H			PDR			
		F			C	C			PDA			
		M			R	R			PDR			
3		M			R	N			PDR			
		F			C	C			PDR			
		M			R	R			PDR			
4		M			R	N			PDR			
		F			C	C			PDR			
		M			R	R			PDR			
5		M			R	N			PDR			
		F			C	C			PDR			
		M			R	R			PDR			
6		M			N	N			PDR			
		F			C	C			PDR			
		M			R	R			PDR			

FUENTE: Área Administrativa del servicio de PADOMI.