

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES USUARIOS**  
**DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA DEL HOSPITAL**  
**MILITAR GERIÁTRICO EN EL AÑO 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR**  
**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE**  
**ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

**LIC. PAMELA MERCEDES ÑIQUE BENDEZÚ**

  
**DRA. ZOILA DÍAZ TAVERA**  
CER. 78998 RNE. 1512

**Callao, 2017**  
**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA ZENAIDA BLAS SANCHO      PRESIDENTA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN      SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE      VOCAL

### ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 461-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 31/10/2017

Resolución Decanato N° 2821-2017-D/FCS de fecha 26 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	12
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	19
3.1 Recolección de Datos	19
3.2 Experiencia Profesional	19
3.3 Procesos Realizados del Informe	22
<b>IV. RESULTADOS</b>	24
<b>V. CONCLUSIONES</b>	27
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	28
<b>VII. REFERENCIALES</b>	29
<b>ANEXOS</b>	32

## INTRODUCCIÓN

El presente informe describe las actividades desarrolladas como parte del Programa de Visitas Domiciliarias que se desarrollan en el Hospital Militar Geriátrico. Es importante la descripción de los procesos que se realizan y el conocimiento de las características de la población beneficiaria.

El informe en el capítulo del planteamiento del problema da cuenta de las políticas de atención sanitaria en el mundo, en Latinoamérica y de las acciones desarrolladas en el Perú.

En el capítulo del marco teórico se exponen investigaciones desarrolladas sobre los beneficios, efectos de las visitas domiciliarias, la calidad de atención con accesibilidad, estructura y proceso en el programa de visita domiciliaria. Así como necesidades de la población beneficiaria.

En el capítulo de experiencia profesional presentamos la descripción de las actividades desarrolladas y los resultados de los indicadores de la población beneficiaria.

En el presente trabajo se busca contribuir con una guía de atención estandarizada que oriente el accionar del profesional en enfermería, en relación a los cuidados de enfermería en los adultos mayores usuarios del programa de visita domiciliaria del Hospital Militar Geriátrico.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática

Los programas de vista domiciliaria han ido implantándose en diferentes países, Japón que disfruta de la mayor esperanza de vida en el mundo, implementó en 1989 el Plan de Oro (Gold Plan), era un plan de 10 años cuyos objetivos fomentaban tres servicios: Ayuda a domicilio, centros de estancia breve y servicios del día; incluía educación para el envejecimiento natural. En 1994 se modificó el plan y se incluyó la atención domiciliaria como una solución al uso excesivo de hospitales; sin embargo, el sistema se encareció y burocratizó. En el 2000 entró en vigor un sistema de seguros de cuidado de enfermería, todas las personas de 65 a más recibían cuidados prolongados según su grado de necesidad<sup>1</sup>.

Así mismo Alemania, también incorporó dentro de sus políticas de atención sanitaria, el sistema de visita domiciliaria y cuidados prolongados, proporcionando incentivos para crear agencias de cuidado a domicilio y centros de atención médica para estancias cortas. Este seguro proporciona dinero en efectivo a familiares que cuidan a los adultos mayores y contribuye al fondo de pensiones si el cuidador emplea más de 14 horas semanales en esta tarea.

Los servicios de atención domiciliaria en Estados Unidos son parte de un programa de seguro sanitario, Medicare. Se divide en dos partes A y B, la parte A se refiere al seguro hospitalario hasta por 90 días. La parte B

paga los servicios de atención domiciliaria y de algunos equipos sanitarios. Estos servicios pueden ofrecerlos agencias, asociaciones de enfermeras, organizaciones voluntarias, centros de enfermería especializada.

En Latinoamérica el programa de visitas domiciliarias no se ha desarrollado en la magnitud necesaria para atender la demanda creciente, como ocurre en Europa. Experiencias en Chile<sup>2</sup> muestran que los programas de cuidado domiciliario se encuentran dirigidos a todos aquellos adultos/as mayores (con 60 años a más) que pertenecen a los quintiles de vulnerabilidad I, II, III, con dependencia moderada a severa, que requieran servicios de apoyo y que cuentan con un cuidador principal.

Así mismo los programas de atención domiciliaria en Ecuador tienen como población objetivo a las personas de 65 años a más, con cierto grado de dependencia y discapacidad que se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza, que no puedan movilizarse por sus propios medios a otros espacios<sup>3</sup>.

Teniendo en cuenta el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el periodo 2010-2025, la esperanza de vida al nacer en el departamento de Lima será 76,3 años (74 años para hombres y 78.8 para las mujeres). Estima que para el 2021 la población adulto mayor represente el 11,2% de la población peruana, aproximadamente 3 7272 000<sup>4</sup>. Se hace necesario la implementación de los programas de visitas domiciliarias.

En la actualidad el Hospital Militar Geriátrico (HMG) ha evolucionado no sólo desde su condición jurídica, sino también en su infraestructura, incorporando un Programa de Visitas Domiciliarias para los adultos mayores, de forma multidisciplinario.

## **1.2 Objetivo**

Describir los cuidados de enfermería en adultos mayores usuarios del Programa de Visita Domiciliaria del Hospital Militar Geriátrico en el año 2016.

## **1.3 Justificación**

Determinar una guía de cuidados en pacientes del programa de visitas domiciliarias es importante porque permite a los nuevos profesionales que se integran al cuerpo de profesionales del HGM, tener una herramienta que potencie al máximo sus capacidades, logrando identificar los grupos de riesgo, detectar precozmente disfunciones, prevenir complicaciones derivadas de patologías y facilitar la coordinación entre los diferentes servicios sociales y sanitarios, asegurando la continuidad de la atención.

El informe de experiencia profesional está dirigido a los adultos mayores, beneficiarios del Programa de Visitas Domiciliarias, ya que contribuye con una guía de atención que les permita mejorar su calidad de vida, atendiendo sus necesidades dentro de un ambiente familiar que posee conocimientos necesarios para la satisfacción de dichas necesidades. De esta manera evita la hospitalización y potenciar la permanencia del adulto mayor en hábitat y comunidad.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

En el 2014 en España DIOS C,<sup>5</sup> España, en él estudió sobre el efecto de la visita domiciliar programada y protocolizada de la enfermería de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 o más años pluripatológicos, desarrollado con el método de estudio retrospectivo caso (con visita) control (sin visita); auditoria de historias clínicas de 2013. De 1743 pacientes, sólo reciben visita de enfermera 199, predominantemente son mujeres (60.2%) dio como resultados que menos del 50% de los casos tiene plan de cuidados, con relación significativa. La autora llegó a la conclusión que la visita domiciliar de la enfermería no repercute en la morbilidad. Esto debido fundamentalmente que la visita domiciliar de la enfermera tiene una frecuencia baja y las características de cumplimiento de documentos específicos de valoración y planificación de cuidados de enfermería no permite valorar si la actividad enfermera tenga repercusión en la morbilidad de las personas atendidas; los datos sugieren que se intervienen cuando ya ha aparecido el problema de salud; y que la valoración es una tarea mecánica que no va seguida de la planificación, lo que no permite medir resultados en salud. Así mismo, arroja que de las intervenciones enfermeras, los instrumentos de valoración más utilizados con los de valoración ABVD y cognitivos (Barthel y Peiffer respectivamente).

CASTELLANOS, O<sup>6</sup> realizó un estudio en el año 2010 en Nicaragua, el estudio de tipo transversal, descriptivo y prospectivo cuyo principal objetivo fue describir los principales aspectos de la calidad de atención como son accesibilidad, estructura y proceso en 168 paciente geriátrico incluido en el programa de visita domiciliaria del instituto hondureño de seguridad social. Encontró que hay un predominio de grupo de edad de 84-95 años, la mayor parte procedente de un ambiente urbano, los jubilados comprenden más del 2dos tercios de total, la mayor prevalencia (43,6%) en estado de viudez. Las características clínicas arrojaron una predominancia en la diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, hipertrofia prostática, artritis reumoides y cardiopatía. En cuanto a cobertura de necesidades de atención médica se encontró que en el grupo de 84-95 años no han recibido capacitación en autocuidado. Referente a la satisfacción del paciente el 90.9% de los pacientes incluidos reporta que este programa ha mejorado su situación de salud, un 98,2% reportó que no falta equipamiento, 96,4% reporta que fue bien tratado por el personal del programa de atención domiciliaria.

MENA C<sup>7</sup>, realizó un estudio bibliográfico en Chile en el año 2008 referente al Beneficio de la Visita Domiciliaria para los Adultos Mayores, que consistió en la búsqueda de artículos de investigación entre los meses de agosto y noviembre del 2007, se seleccionaron 25 artículos los cuales se agruparon por contenido en tres categorías: adultos mayores sanos, adultos mayores frágiles, adultos mayores con enfermedades

crónicas. Los resultados fueron: a) La visita domiciliaria como intervención preventiva dirigida a adultos mayores sanos, cuando es realizada por personal calificado, permite desarrollar intervenciones educativas enfocadas a mejorar la salud (prevención de caídas, alimentación saludable, actividad física, entre otros) y mejorar la capacidad de autocuidado, lo que aumenta la percepción de seguridad. b) Los efectos significativos se vieron en la población femenina y que los hombres tuvieron menos adhesión a las recomendaciones de estilos de vida. Por lo que la autora señala: "Las evidencias permitieron afirmar que la visita domiciliaria en adultos mayores sanos contribuye a disminuir su mortalidad y a mejorar y aumentar su autonomía, otorgándoles mayor capacidad de autocuidado. En el caso de la visita domiciliaria en adultos mayores con enfermedades crónicas, constataron que la visita domiciliaria permitió reducir glicemias de ayunas y postprandial y la medición de la hemoglobina". Se encontró que el 85% de pacientes se sintió satisfecho con el tiempo y el número de visitas realizadas. Llegando a la conclusión de que la visita domiciliaria es una tarea interdisciplinaria, en la que la enfermera cumple un destacado papel como líder del grupo de cuidados y coordinadora de los distintos servicios socio sanitarios.

GUTIÉRREZ J<sup>8</sup>, desarrollo en Lima una investigación que tuvo por objetivo determinar el riesgo a úlceras por presión según la escala de Norton en una población adulto mayor de un programa de atención domiciliaria del Callao. El estudio cuantitativo descriptivo tipo transversal,

realizado en el Programa de Prestaciones de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Seguro Social de Salud (Essalud), de la Provincia del Callao. La muestra de 152 adultos arrojó como resultados que, el 48% presenta riesgo medio para úlceras de presión según escala de Norton, siendo las características de los adultos mayores las siguientes: el 53,3% de los adultos mayores se encuentran en un rango de 80 – 89 años, predomina el sexo femenino con 39,4%, el 52,6% es asistido por un cuidador informal, el 53,9% presenta un estado físico general regular, 55,3% presenta estado mental apático, el 50,7%, tiene actividad disminuida, el 51,3% camina con ayuda y 57,9% muestra incontinencia ocasional. En cuanto a la clasificación de riesgo según cuidador, destaca el riesgo medio en todos los cuidadores, pero el 20% obtuvo el riesgo muy alto tanto en cuidador informal como otro cuidador. Llegando a la conclusión de que la gran mayoría de adultos mayores tuvo un riesgo medio para presentar úlceras por presión.

AVELLANEDA M<sup>9</sup>, realizó un trabajo de investigación en Trujillo de tipo descriptivo, en una muestra conformada por 101 adultos mayores con discapacidad que forman parte del programa PADOMI del Hospital I Florencia de Mora – Essalud, ubicado en el distrito Florencia de Mora de la Provincia de Trujillo. La finalidad de la investigación fue determinar la influencia del soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad. Se encontró los siguientes resultados: El programa de Atención domiciliaria, alberga 49,5% adultos mayores con discapacidad

de edad promedio entre 85 a 100 años, siendo la mayoría viudos, el 61,8% de la población en estudio recibe alto grado de soporte familiar. Las conclusiones son que el soporte familiar influye positivamente en el bienestar físico, emocional y social de los adultos mayores.

## **2.2. Marco Conceptual**

Considero relevante el aporte de Virginia Henderson con el planteamiento de modelos de las necesidades humanas. Su experiencia como enfermera en un hospital militar, psiquiátrico, enfermera domiciliaria cuestionaba el hecho de que el Hospital, con todo los esfuerzos que hace para brindarle las mejores condiciones a los usuario, en la mayoría de ellos, el paciente no puede comer como le apetece; su libertad de movimiento está restringida, su intimidad es invadida, se le viste con ropa de cama extraña que le hace sentir tan poco atractiva, como un niño castigado; se les separa de los objetos que más quiere, se les priva de casi todas sus diversiones y sus trabajos y se le reduce a depender de un personal a menudo más joven que él y a veces menos inteligente y atento<sup>10</sup>.

Henderson cuestiona este procedimiento habitual en enfermería y creía que el objetivo de la enfermera es mantener a los pacientes en una situación lo más parecida a la suya propia –mantenerlos en “el río de la vida”- hasta el punto que sea posible según el plan terapéutico.

Por ello durante el Programa de Visita Domiciliaria la enfermera debe hacer la valoración de las 14 necesidades:

- ❖ Necesidad de respirar normalmente: Evaluación de los signos vitales.
- ❖ Necesidad de comer y beber adecuadamente: apetito, ingesta excesiva para sus necesidades, molestias gástricas, rechazo a la comida.
- ❖ Necesidad de eliminar por todas las vías corporales: incontinencia urinaria, estreñimiento.
- ❖ Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas: la movilización y la higiene postural.
- ❖ Necesidad de dormir y descansar: le cuesta conciliar el sueño, duerme mucho de día.
- ❖ Necesidad de coger ropa adecuada, vestirse o desvestirse: se molesta cuando le ponen la ropa.
- ❖ Necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites adecuados.
- ❖ Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: limpieza corporal, del cabello, de uñas, etc.
- ❖ Necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas: la dificultad de deambulación puede provocar miedo.

- ❖ Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones:  
No se comunica, esta irritable o agresiva en su forma de comunicarse.
- ❖ Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y valores.
- ❖ Necesidad de Ocupación y ocio para auto realizarse: colaboración de pequeñas actividades culinarias que le aporten sentimientos de utilidad.

Las tendencias de cuidados en programas de visitas domiciliarias, debido al aumento de enfermedades crónicas, será la planificación de cuidados vitalicios, que ayudará a satisfacer necesidades de largo plazo, económicas y sanitarias, para cual será necesario la especialización en enfermería y la sofisticación de equipo médico.

### **2.3 Definición de Términos**

#### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Los cuidados son 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 ayuda a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación<sup>11</sup>.

El cuidado en enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de enfermedad y la salud. La necesidad de cuidados que brinda el profesional es en respuesta a una necesidad observada o sentida:

**a) Cuidados Intermedios.-** Este nivel de cuidados proporciona un contacto directo de enfermería las 24 horas del día y se puede considerar el primer paso hacia el ingreso en una residencia de ancianos, se presta a personas adulto mayores que son incapaces de vivir solas, debido a factores como la ingesta de numerosos medicamentos, problemas de movilidad, presencia de enfermedades crónicas como diabetes, artritis grave, etc.

**b) Cuidados sub agudos o de transición.-** Se dirigen normalmente a pacientes que necesitan una atención más intensiva que la ofrecida en las residencias para ancianos, pero, menor a la necesaria en un hospital de cuidados agudos. Es necesario realizar valoraciones frecuentes, generalmente son los que necesitan asistencia a causa de heridas que no cicatrizan, porque dependen de respiración artificial crónica, tienen problemas renales, reciben tratamiento intravenoso o están en coma. Las enfermeras que trabajan deben poseer conocimiento en cuidados críticos y experiencia en rehabilitación

**c) Cuidados especializados.-** Se dirige a adultos mayores que requieren cuidados intensivos de enfermería, personas con sonda nasogástrica, que

reciben administración intravenosa de líquidos, o de diversos medicamentos, con heridas crónicas e incluso con ventilación asistida. Los adultos mayores que requieren este cuidado son personas que sufren demencia, traumatismo craneoencefálico, como, o trastornos degenerativos o neurológicos, o ambos. Las enfermeras que trabajan deben tener experiencia en prevención de los peligros asociados a la inmovilidad, como úlceras de cúbito y contracturas. Así mismo debe poseer conocimiento en técnicas para trasladar a pacientes, prevenir y valorar los problemas de deglución, de la gestión intestinal y urinaria y de la nutrición. Para atender estos pacientes es necesario una buena valoración y habilidad de comunicación.

**d) Cuidados Prolongados.-** Servicios de salud física, mental, social y residenciales, proporcionados a una persona discapacitada temporal o crónicamente, durante un periodo prolongado de tiempo, con el objetivo de capacitarle para funcionar de la forma más independientemente posible.

**e) Cuidados Domiciliarios.-** Esta dirigida a personas que no pueden salir de su hogar por enfermedad o inmovilidad, la mayoría de los pacientes de asistencia domiciliaria son ancianos y presentan diversos problemas que necesitan cuidados enfermeros, como heridas crónicas, tratamientos intravenosos, sondas urinarias permanentes y sondas nasogástricas.

Forma parte de la continuidad de los cuidados prolongados. Comprende asistencia y tratamientos de enfermería especializada, servicios de cuidados personales, de mantenimiento doméstico, de equipos médicos permanentes, de servicios domésticos de alta tecnología y de cuidados terminales.

**f) Cuidados Paliativos.-** Se definen como aquellos que son practicados con las personas al final de la vida, con el objetivo de ofrecerles soporte para que puedan vivir su última etapa lo más confortable posible. La OMS establece que los objetivos de los cuidados paliativos han de ser: aliviar el dolor y otros síntomas molestos, no alargar ni acortar la vida, apoyar psicológica, espiritual y socialmente al enfermo, apoyar a la familia durante la enfermedad.

## **PERSONA ADULTO MAYOR**

VELEZMORO L<sup>12</sup>, define al adulto mayor como el termino o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad.

En 1984 la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el término "Adulto Mayor" para referirse a las personas mayores de 60 años y evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, geronto, entre otras. A partir de 1996, la Organización de Naciones Unidas (ONU) denomina a este grupo poblacional "Personas Adultas Mayores" (PAM)

Según los criterios de valoración clínica del adulto mayor (VACAM) y con la finalidad de identificar y priorizar las PAMs, clasifica en cuatro categorías<sup>13</sup>:

- a) **Persona adulto mayor activa y saludable.**-Es aquella sin antecedentes de riesgo, sin signo ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub aguda o crónica y con examen físico normal.
- b) **Persona Adulto Mayor Enferma.**- Es aquella que presenta alguna afección agudo crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de persona adulto mayor frágil.
- c) **Persona Adulto Mayor Frágil.**- Es aquella persona que cumple con dos o más de las siguientes condiciones: tiene 80 a más años, presenta dependencia parcial, deterioro cognitivo leve o moderado y que manifieste depresión, riesgo social, que haya sufrido caída en el último mes o más de una caída en el año, que presente pluripatología, enfermedad crónica, polifarmacia, hospitalización en los doce últimos meses, índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 o mayor de 28.
- d) **Paciente Geriátrico Completo.**- Es aquella persona de 80 a más años, presenta pluripatología, el proceso o enfermedad principal tienen carácter incapacitante, presenta deterioro severo, paciente

terminal, por ejemplo, neoplasia avanzada, insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronostico vital menor de seis meses.

## **PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA**

SÁNCHEZ M,<sup>14</sup> define la visita domiciliaria como el conjunto de actividades de carácter social sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.

Según GARCÍA M,<sup>15</sup> podemos entender por atención domiciliaria (AD), y desde el punto global e integral, todos aquellos servicios que se prestan dentro del domicilio con el objetivo de garantizar una calidad de vida del adulto mayor, óptima en su propio medio.

Las características de la atención domiciliaria deben ser programada e integrada en un programa, protocolizada y multidisciplinar e interdisciplinar.

Programada e integrada en un programa, ya que el domicilio es un medio complejo y rico, por la gran cantidad de información, la visita no debe ser realizada de manera intuitiva, es necesario contemplar estrategias metodológicas. Es necesario que se integre a un programa de atención de ancianos y que los objetivos establecida por ale adulto mayor estén en la misma línea del programa general y que los recursos sean coherentes con los mismos.

Protocolizada por la complejidad y diversidad de factores que presentan, es necesario líneas de actuación sin que ello suponga una estandarización. Los protocolos identifican los grupos de riesgo, establecen nivel de priorización, determinan áreas de intervención, delimitan niveles de responsabilidad, señalan indicadores de seguimiento, etc.

Multidisciplinar hace referencia los grupos de profesionales a los que accede los adultos mayores, e interdisciplinar es la relación, trabajo conjunto entre que debe existir entre esos diversos grupos de profesionales.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de Datos**

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos utilizando los siguientes registros:

- ❖ Registro de control diario de los pacientes del programa de visita domiciliaria del ejército.
- ❖ Registro de pacientes inscritos en el programa de visita domiciliaria
- ❖ Programación diaria de pacientes del programa de visita domiciliaria del ejército.
- ❖ Legajo de informes de estadística del programa de visita domiciliaria

De acuerdo al último reporte se cuenta con 91 pacientes en el Programa de Visitas entre varones y mujeres. Hasta el año 2016 tenemos en total 91 pacientes:

#### **3.2 Experiencia Profesional**

Concluí mis estudios en el año 1997, ingresé al Programa de Servicio a la Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en el año 1999. Pase a trabajar desde el 2010 al 2012 en la enfermería del Batallón de Servicio N°12 del Ejército de Huamanga, brindando atención de primer nivel a los integrantes del Ejército de Ayacucho.

En el año 2012 ingresé a trabajar en el Hospital Geriátrico Militar de Chorrillos, desempeñándome como enfermera asistencial, rotando por las diferentes áreas que brindan atención a los adultos mayores. Luego de cuatro años, en 2016 me incorporé en el Programa de Visita Domiciliaria del Ejército hasta la actualidad.

El Hospital Militar Geriátrico brinda atención a adultos mayores, pertenecientes a la población militar y a sus familiares, tiene un nivel de complejidad II-E de atención, se encuentra ubicado en la Av. Militar en Chorrillos, tiene 17 años de funcionamiento, es un hospital docente, ya que brinda campo clínico a los estudiantes de pre y post grado de diferentes instituciones universitarias. El programa se encuentra ubicado en el segundo piso, el HMG depende de la división de salud del ejército.

Las visitas se programan con tiempo, se llama al familiar antes para avisar que estaremos llegando. Durante el tiempo que llevo trabajando no habido ninguna innovación en el programa de visitas. Las principales limitaciones son la falta personal médico para la visita, falta de chofer y también combustible. Algunas veces el programa de visita debe esperar entre 4 o 5 meses, lo cual imposibilita el seguimiento a la salud de los pacientes.

La frecuencia de visita es entre dos meses, el médico los evalúa, si les da órdenes de análisis, con esos resultados el familiar puede venir con los

resultados y el médico le da su tratamiento. En cada visita se demora en promedio una hora. Entre la evaluación y la entrevista a los cuidadores.

En general son pacientes postrados, en cama, no pueden movilizarse, con problemas de alzhéimer, presentan muchos de ellos escaras y úlceras de presión, eritemas de pañal o están bajos de peso. El médico hace la receta, nosotros damos educación a la familia para atender mejor al paciente. Si vemos que necesita, educamos al cuidador principal para que le dé una buena atención.

Una característica en el grupo objetivo es la angustia, estrés, sentimientos de inseguridad o baja autoestima de los adultos mayores. También es notorio el estrés del cuidador, lo que puede significar un factor de riesgo al maltrato de los pacientes. Durante la visita domiciliaria se trata de ayudar al cuidador, capacitándolo para potenciar su flexibilidad en el trato personal ante situaciones de cambio, adaptación acorde a las funciones que desempeña, buscamos una actitud de comprensión y escucha respetando la autonomía del adulto mayor, que amplíen sus criterios ante situaciones límite. Algo que tal vez escapa a nuestro trabajo es prestar atención a la calidad de vida del cuidador, no sabemos de sus condiciones económicas y afectivas.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

En el Hospital Militar Geriátrico se atiende a pacientes adultos mayores que viene derivados de consultorios de Geriatria y requieren visita domiciliaria porque no pueden movilizarse. Los factores son diversos como la distancia, porque no hay quien los lleve, en su mayoría son adultos frágiles y presentan enfermedades inmovilizantes.

Mi labor como enfermera en el Programa de Visitas Domiciliarias se enmarca en las etapas de la atención domiciliaria:

#### **Primera Fase: Fase de la preparación y valoración**

Mi trabajo se centra en un primer momento en la planificación, de acuerdo al área geográfica, luego la comunicación con el paciente o familiar responsable del paciente para indicarle la fecha de la visita. Durante la visita que es de una hora aproximadamente, realizo el proceso de valoración física, lo evalúo con diferentes cuestionarios, test e índices que me permiten identificar su estado nutricional, sus necesidades de eliminación, problemas con el sueño, etc. Así mismo, durante esta fase se hace el contacto y entrevista con el familiar o cuidador principal. En general el principal trabajo que realizo en esta fase es determinar grupos de riesgo conjugando criterios sociales y criterios sanitarios, principalmente determinados por niveles de dependencia y/o autonomía del adulto mayor para realizar su autocuidado.

## **Segunda Fase: Fase de Ejecución**

Es la fase de la intervención propiamente dicha en la cual ejecuto mis actividades de enfermería priorizando las necesidades del paciente. En esta fase ya tengo el diagnóstico, de acuerdo a ello realizo cambios de sondas, curaciones de úlceras por presión, etc. Además de ello nuestra atención se centra en el cuidador o familiar responsable del cuidado y atención directa del paciente ya que en su mayoría son personas con alto grado de dependencia; de esta manera se garantiza que pueda comprender el estado del adulto mayor y las acciones que debe realizar para mejorar la calidad de vida del paciente.

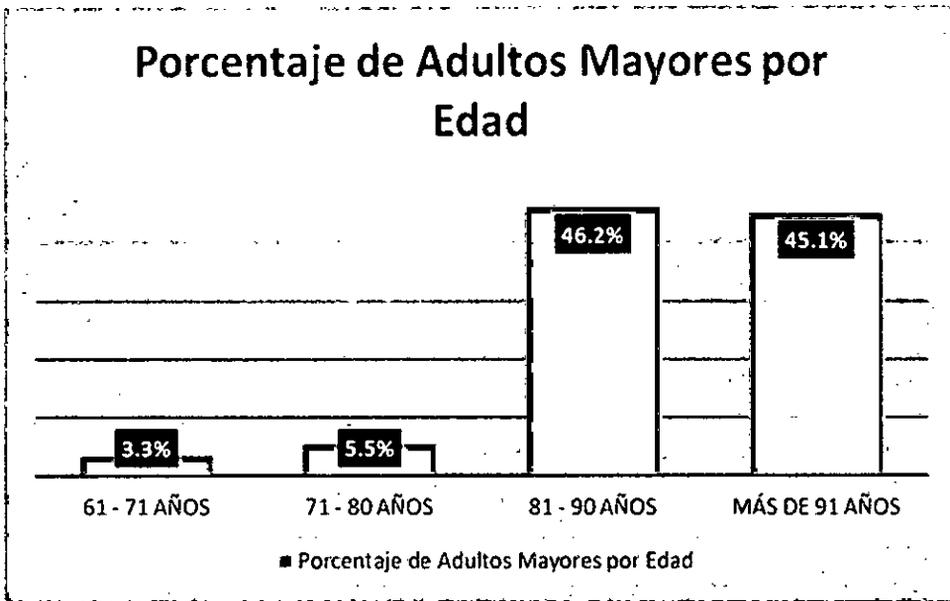
Dado que son personas adultas mayores en situación de dependencia moderada o severa, mi labor es orientar al cuidador o familiar para que asista al paciente en las actividades de la vida diaria o brinde una adecuada atención al paciente con un grado de dependencia total se le enseña técnicas de confort e higiene (arreglo personal, acciones preventivas de accidentes, úlceras por presión ), técnicas y manejo de administración de alimentos (preparación de alimentos, ingesta asistida), control de signos vitales: presión, pulso, frecuencia cardíaca.

## **Tercera Fase: La evaluación**

Esta fase se realiza en la siguiente visita evaluando si hubo alguna mejora en relación a la anterior esto es en un plazo de dos meses aproximadamente que es el intervalo entre cada visita, el familiar tiene la opción durante este tiempo de acercarse al programa para consultar sobre las dudas respecto a la atención de su paciente.

#### IV. RESULTADOS

GRAFICO N°4.1: CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES POR EDAD

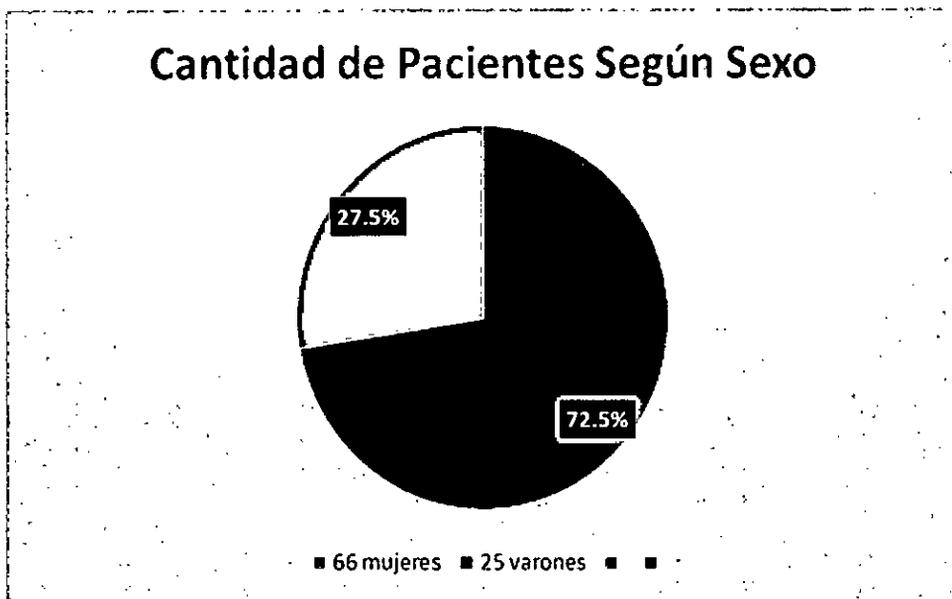


Fuente: Elaboración propia

De un total de 91 adultos mayores visitados 03 pacientes tienen edades comprendidas entre 61 – 70 años (3,3%), 05 pacientes entre 71- 80 años (5,5%), 43 pacientes tienen entre 81-90 años (46,2%) y 41 pacientes tienen de 91 a más años (45.1%).

Como se puede apreciar en el Cuadro 4.1, la mayor cantidad de beneficiarios son pacientes con edades que superan los 80 años de edad.

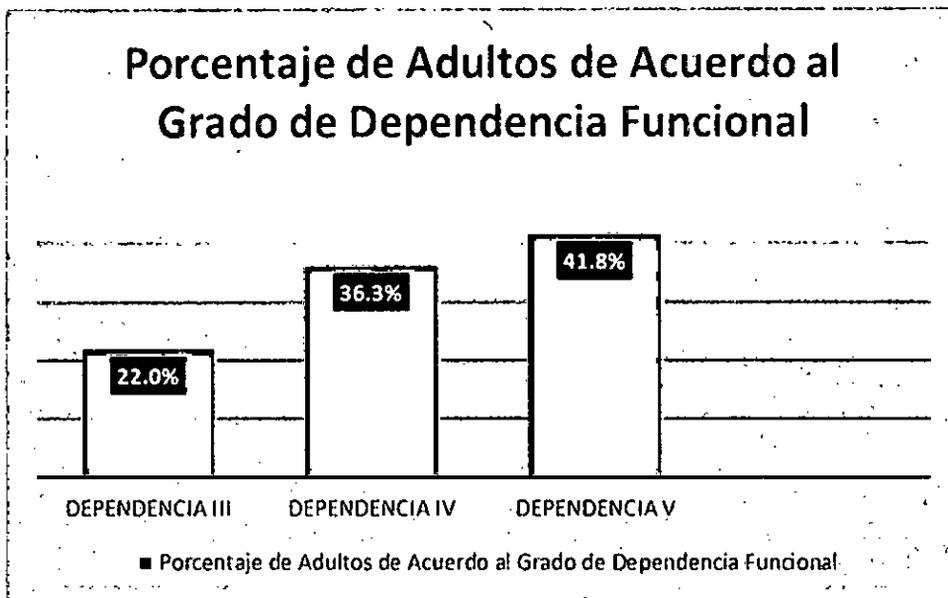
**GRÁFICO N° 4.2: CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO**



Fuente: Elaboración propia

De un total de 91 pacientes, 66 son mujeres que representan el 72.5%, 25 son varones que representa 27.5%. Como se puede observar tenemos una población mayoritariamente femenina.

**GRAFICO N° 4.3: CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL**



Fuente: Elaboración propia

Según el Grado de Dependencia Funcional encontramos 20 pacientes con grado de dependencia III, que representan un 22.0%, son pacientes que pueden realizar actividades, caminar con ayuda, puede comer solos. Con Grado de Dependencia Funcional IV encontramos 33 pacientes, que representa un 36.3%, son pacientes que ya no puede caminar, pero puede comer solos. Con Grado de Dependencia V encontramos 38 pacientes que representa 41.8% del total.

Como se puede observar el mayor porcentaje de pacientes están en el Grado de Dependencia Funcional IV y V, representando un 78.1%.

## V. CONCLUSIONES

- a) De acuerdo a estudios realizados en el 2016 por el Programa de Visita Domiciliaria del Hospital Militar Geriátrico, encontramos que la mayor cantidad de pacientes son mujeres, con edad que superan los 80 años y que se encuentran en Grado de Dependencia Funcional IV y V.
  
- b) En el Programa de Visita Domiciliaria el intervalo entre cada visita es de dos meses por lo que no se puede realizar un adecuado seguimiento del paciente, el logro de los objetivos se valora en función del estado general del paciente en la siguiente visita.
  
- c) Los pacientes son mayoritariamente adultos mayores frágiles o con alto grado de dependencia, muchos están postrados en cama y necesitan atención integral, por lo que es importante educar a la familia y persona a cargo del cuidado del paciente en la prevención de complicaciones, de esta manera evitar ingresos hospitalarios y la institucionalización del adulto mayor.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Se recomienda a la institución la aprobación de la guía de atención para pacientes beneficiarios del Programa de Visita Domiciliaria del Hospital Militar Geriátrico.
  
- b) Se recomienda a la institución la atención continuada y especializada de las visitas domiciliarias, tomando en cuenta las características de la población beneficiaria, como la edad y el grado de dependencia y la feminización de la población adulto mayor.
  
- c) Se recomienda hacer convenios con universidades, para lograr que más estudiantes de pre y pos grado de las diferentes especialidades se incorporen al cuerpo multidisciplinario necesario para desarrollar las visitas domiciliarias.
  
- d) Se recomienda involucrar a los familiares o cuidadores principales en las etapas del proceso de visita domiciliaria, en la valoración y en la ejecución, para que tenga mayor conocimiento e involucramiento con la salud del paciente y pueda mejorar la calidad de vida del mismo.

## VIII. REFERENCIALES

1. KRISTEN L. Mauk. Enfermería geriátrica Competencias Asistenciales. España. McGraw Hill ediciones, 2008. p. 510-115
2. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Guía de Operaciones Programa de Cuidados Domiciliarios. Chile, 2010 [internet]. [citado el 26 de setiembre del 3017]. Disponible en:  
[http://www.senama.cl/filesapp/GUIA\\_CUIDADOS\\_DOMICILIARIOS.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/GUIA_CUIDADOS_DOMICILIARIOS.pdf)
3. Dirección de Población Adulta Mayor. Guía Operativa del Modelo de Atención y Gestión Domiciliaria del Buen Vivir para el Adulto Mayor. Lineamientos Técnicos para la Orientación del Personal de los Servicios de Atención Domiciliaria del Buen Vivir para Adultos Mayores, Construido en base a un Modelo de Atención y Gestión. [internet]. Quito 2013. [citado el 27 de setiembre del 2017]. Disponible en:  
<http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-ATENCION-DOMICILIARIA.pdf> . p 8-9
4. INEI [internet]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe>
5. DIOS, Caridad. Estudio de Efectos de la Vista Domiciliaria Programada y Protocolizada de la Enfermería de Atención Primaria en la Morbilidad en Pacientes de 65 o más años Pluripatológicos. [internet] Tesis Doctoral España 2014. [citado el 27 de septiembre del 2017]. Disponible en  
<http://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/12503/2015000001073.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

6. CASTELLANOS, Ofelia. Calidad de Atención Domiciliaria en Salud del Adulto Mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). [internet] Tesis para optar el grado de maestro. Universidad Autónoma de Nicaragua 2010. [citado el 27 de setiembre del 2017]. Disponible en: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t531/doc-contenido.pdf>
7. MENA, Carolina. Brugerolles, María. Dios Angélica. Beneficios de la Visita Domiciliaria para los Adultos Mayores. [internet]. Chile 2008. [citado el 27 de setiembre del 2017]. Disponible en:  
  
[http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/19-2/benficio\\_visita\\_domiciliaria.pdf](http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/19-2/benficio_visita_domiciliaria.pdf)
8. GUTIÉRREZ, J. Riesgo a úlceras por presión según la escala de Norton en una población adulto mayor de un programa de atención domiciliaria. [internet]. Lima 2015. [citado el 26 de setiembre del 2017]. Disponible en:  
  
[http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/350/Gutierrez\\_ja.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/350/Gutierrez_ja.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. AVELLANEDA, María. Influencia del Soporte Familiar en la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Discapacidad. [internet]. Trujillo 2015. [citado el 26 de setiembre del 2017]. Disponible en:  
  
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1515/AVELLANEDA%20GALARRETA%20MARY%20KATIA%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. HENDERSON, Virginia. La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Connecticut. McCraw Hill Ediciones. 1991.
11. JUÁREZ, Claudia, Sete Mario, Villareal Pedro. Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a pacientes en el servicio de unidad terapia intensiva. [Internet]. Córdoba 2009. [citado el 07 de setiembre del 2017]. Disponible en:

[http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/juarez\\_claudia\\_noemi.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/juarez_claudia_noemi.pdf)

12. VELEZMORO, L. El proceso de envejecimiento en el Perú: un reto para la salud pública.
13. BRAVO Elvira. Manual de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Fondo editorial de la Biblioteca de la UNSCH. Ayacucho 2010. P. 26
14. SÁNCHEZ M.A., APARICIO V., GERMAN C. Enfermería Comunitaria. Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud. McGraw Hill. España. P.57
15. GARCÍA María, RODRÍGUEZ Catalina, TORONJO Ángela. Enfermería del anciano. Segunda edición. Madrid 2003. P. 44

# **ANEXOS**

**GUÍA DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA PARA PACIENTES ADULTOS  
MAYORES EN EL PROGRAMA DE VISITA DEL  
HOSPITAL GERIÁTRICO MILITAR**

**I. FINALIDAD**

La presente guía tiene la finalidad de proporcionar al personal del Hospital Geriátrico Militar una herramienta para lograr una atención de calidad en el proceso de atención a adultos mayores que forman parte del programa de visitas, considerando que es necesario los conocimientos, habilidades y actitudes que permitan una aplicación sistemática y orientada a fines específicos.

**II. OBJETIVOS**

1. Facilitar a las enfermeras una guía básica del proceso de atención a adultos mayores que forman parte del programa de visita domiciliaria.
2. Tomar conciencia respecto de los principales cuidados que se debe proporcionar en función a las necesidades del paciente antevenido.

**III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Programa de Visita Domiciliaria del Hospital Geriátrico Militar

#### IV. NOMBRES DEL PROCEDIMIENTO ESTANDARIZADO

Guía de cuidados para pacientes adultos mayores del Programa de visita domiciliaria.

#### V. CONSIDERACIONES GENERALES

##### 5.1 Definiciones Operativas

5.1.1 Deterioro de la movilidad física

5.1.2 Deterioro de la integridad cutánea

5.1.3 Dolor agudo

5.1.4 Desequilibrio nutricional

5.1.5 Riesgo de estreñimiento

5.1.6 Discomfort e inquietud por la irritabilidad

5.1.7 Ansiedad

##### 5.2 Conceptos Básicos

**5.2.1 Deterioro de la deambulación:** Limitación del movimiento independiente en el entorno

**5.2.2 Cuidados personales:** Capacidad para realizar la mayoría de tareas básicas y las actividades del cuidado.

**5.2.3 Integridad cutánea:**

##### 5.3 Requerimientos Básicos

5.3.1 Recursos Humanos: Lic. en enfermería

5.3.2 Recursos Materiales

- Actuación ante el dolor
- Ayuda en los autocuidados
- Vigilancia de la piel
- Cambio de posición
- Control nutricional
- Apoyo al cuidador principal

### 5.3.3 Equipos

- Silla de ruedas
- Camas especiales para escaras
- Bastones
- Andador

<p>Deterioro de la movilidad física, de habilidad para la traslación y de la movilidad en la cama: R/C dolor, perdida de integridad de las estructuras óseas, disminución de fuerza, control o masa muscular, deterioro de habilidades para cambiar de posición en la cama, para pasar de la cama al sillón, para pasar a bipedestación.</p>	<p>Lograr que la cuidadora principal aprenda las técnicas de control de actividad/ejercicio y traslación que aumente la capacidad de movimiento de la enfermera y no suponga riesgos para ella misma.</p>	<p>Determinar las limitaciones de movimiento articular e identificar la localización e intensidad del dolor ante la actividad. Enseñar posturas álgidas relacionadas con la posición que presenta. Enseñar la utilización correcta de la silla de ruedas. Utilizar los dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros – rodillos. Informar los riesgos que conllevan las manipulaciones donde no se respeten medidas de seguridad. Orientar sobre la adaptación del domicilio, eliminando aquellos elementos que pueden dificultar las movilizaciones.</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea: R/C inmovilización física y presión mantenida por encamamiento.  Alteraciones en el desempeño del rol: R/C baja autoestima, dolor.</p>	<p>Enfermera</p>	<p>IV</p>	<p>Que la cuidadora realice las actividades de movilización, integrando al paciente en el proceso. Observación directa de las técnicas de movilización que realiza la cuidadora principal. Evolución del tipo de preguntas que la cuidadora principal manifiesta a la enfermera. Cambios observados en el domicilio, mayor seguridad. Identificación de un registro de las actividades que debe hacer la cuidadora a lo largo del día</p>
<p>Deterioro de la integridad cutánea: R/C inmovilización física y presión mantenida por encamamiento.</p>	<p>Disminuir la presión y fricción. Lograr que la cuidadora principal conozca el fenómeno de las úlceras por presión, los factores de riesgo que intervienen en su evolución, así como las</p>	<p>Examinar la piel buscando presencia de resequeidad, excoriaciones, eritem, maceración, fragilidad, edema, cambios de turgencia. Mantener la piel limpia y humectada. Determinar el nivel de formación de úlceras: estadio I a IV. Aplicar terapias adccuadas que disminuyan el dolor durante el día y antes de realizar la cura. Curar la úlcera – limpieza; desbridamiento, si procede; apósito húmedo.</p>	<p>Heridas infectas Necrosis seca</p>	<p>Enfermera</p>	<p>IV</p>	<p>Observación directa de las acciones de cuidado que realiza la cuidadora de las úlceras de presión. Evolución de las úlcera hacia un grado más óptimo.  Nivel de conocimiento demostrado respecto a la información recibida sobre las úlcera y el proceso de envejecimiento en general. Dieta ofertada al adulto mayor y su relación de la recuperación de la integridad</p>

	medidas o acciones de cuidado más adecuados en la fase en que se encuentran.	<p><b>Trabajar con la cuidadora principal donde pueda:</b></p> <p>Observar todo el proceso de valoración.</p> <p>Observar la técnica de la cura, facilitando la resolución de dudas que puedan surgir.</p> <p>Ser informada respecto a los signos y señales de riesgo respecto a la evolución.</p> <p>Controlar cambios posturales y la ingesta de proteínas.</p> <p>Utilizar el mobiliario para descanso que no aumente el riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p> <p><b>Explicar los Cuidados de la piel</b></p> <p>Cambio de pañal, sábana, ropa de cama.</p> <p>Cambios de postura cada dos horas.</p>				de la piel y las características de la enferma
						<p><b>Integridad tisular: piel, membrana y mucosas</b></p> <p>Hidratación, coloración en rango esperado.</p> <p>Ausencia de lesión tisular.</p>
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, r/c a la falta de interés por los alimentos, evidenciado por acumulo de secreciones.	Lograr que el paciente ingiera nutrientes suficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	<p><b>Ayuda en el autocuidado: alimentación</b></p> <p>Identificar la dieta prescrita</p> <p>Colocar al paciente en una posición cómoda.</p> <p>Suministrar alimentos a temperatura más apetitosa.</p> <p>Controlar el estado de hidratación.</p> <p><b>Ayuda para ganar peso</b></p> <p>Observar si hay náuseas o vómitos</p> <p>Fomentar el aumento de ingesta de calorías</p> <p>Proporcionar alimentos con alto contenido proteico</p> <p>Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.</p> <p>Enseñar a la familia a comprar alimentos de bajo costo y nutritivos.</p> <p><b>Manejo de electrolitos</b></p> <p>Disponer de una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolitos</p>	Baja en la inmunidad del paciente	Enfermera	IV	<p><b>Autocuidados: comer</b></p> <p>Paciente lleva la comida a la boca con los utensilios de moderadamente comprometido a levemente comprometido.</p> <p>Paciente mastica la comida de levemente comprometido a no comprometido.</p> <p>Paciente finaliza una comida de levemente comprometido a no comprometido.</p> <p><b>Apetito</b></p> <p>El paciente presenta un deseo de comer levemente comprometido.</p> <p>El paciente presenta un gusto por la comida no comprometido.</p> <p><b>Estado nutricional</b></p> <p>El paciente aumenta la ingesta</p>

		<p>del paciente (alimentos ricos en potasio, pobres en sodio y bajos en hidratos de carbono).</p> <p><b>Manejo de la nutrición</b>  Determinar preferencias alimentarias del paciente.  Asegurarse que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.</p>				<p>de alimentos llegando a satisfacer las necesidades metabólicas y manteniéndose en un rango nutricional normal.</p> <p>El paciente aumenta la ingesta de nutrientes llegando a un estado normal, sin desviación de estado nutricional.</p> <p><b>Ingestión nutricional.</b>  <b>Ingestión alimentaria y de líquidos</b>  El paciente aumenta la ingesta de líquidos orales llegando a un estado completamente adecuado.</p>
<p>Disconfort R/C inquietud, evidenciado por irritabilidad.</p>	<p>Evitar la falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social</p>	<p><b>Proporcionar ánimo en momento de tensión</b>  Abrazar al paciente para proporcionarle apoyo  Favorecer el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</p> <p><b>Manejo ambiental: confort</b>  Crear un ambiente tranquilo y de apoyo  Proporcionar un ambiente limpio y seguro  Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.  Explicar los resultados de las pruebas diagnósticas al paciente y la familia.  Implicar al paciente y la familia en las actividades de monitoreo, si es apropiado.  Vigilar los patrones conductuales</p>		Enfermera	IV	<p><b>Bienestar personal</b>  El paciente mejora el grado de percepción positiva del propio estado de salud actual.  El paciente mejora su nivel de felicidad de moderadamente satisfecho a muy satisfecho.  El paciente mejora su capacidad de afrontamiento de moderadamente satisfecho a muy satisfecho.</p> <p><b>Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar</b>  La familia del paciente minimiza los factores ambientales que podrían causar lesión física en el hogar  191019 Regulación de la temperatura ambiental de sustancialmente adecuado a completamente adecuado.</p>