

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL EN UN ADULTO MAYOR DE LA COMUNA DE VICHUQUÉN

NURSING CARE IN THE CONTEXT OF AN INTEGRAL HOME VISIT IN AN OLDER PERSON OF THE VICHUQUÉN COMMUNE

Pamela Aravena Rendic

Interna de enfermería, quinto año de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

María José Hernández

Interna de enfermería, quinto año de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Artículo recibido 15 junio 2016. Aceptado en versión corregida el 9 noviembre 2016.

RESUMEN

La dependencia severa afecta en múltiples aspectos la vida a quien la padece, pero también a todo su entorno familiar, especialmente a quien asume el rol de cuidador principal. Esta tarea se hace más compleja cuando la ubicación geográfica es adversa. Es por esto que se desarrolló un programa de intervención de enfermería basado en visitas domiciliarias integrales y enfermera gestor de caso con el fin de prestar apoyo a la familia con el propósito de que les permitan mantener su funcionalidad y adaptación a su nueva condición.

Palabras clave: *Visita domiciliaria, dependencia severa, enfermera gestora de caso, adulto mayor, ruralidad.*

ABSTRACT

Severe dependence affects in many aspects of life to the sufferer, but also to all their families, especially who assumes the role of primary caregiver. This task becomes more complex when the geographic location is adverse. That is why one programed was developed during the internship surgery of the authors of this article called a nursing intervention program based on integral home visits in order and nursing case management to provide the care of the family that allow them to maintain their functionality and adaptation in their new conditions.

Key words: *Home visits, severe dependence, nursing case management, elderly, rural heath.*

DOI UC: 10.7764/Horiz_Enferm.27.2.41

INTRODUCCIÓN

El siguiente artículo tiene el objetivo de evidenciar cuidados de calidad a adultos mayores con dependencia severa y de zonas rurales mediante la atención en domicilio a las familias. Además de incentivar al personal de salud de sectores con recursos, equipamiento y geografía precaria a maximizar sus esfuerzos para desarrollar este tipo de prácticas.

Desde el mes de marzo a mayo las estudiantes de la Escuela de Enfermería que desarrollaron su internado ambulatorio en la comuna de Vichuquén (en la región del Maule, cuyo índice de ruralidad es de 72,2%)¹, el cual cuenta con un índice de ruralidad de 32,9%², un índice de dependencia demográfica de 48% y de adultos mayores de 62%. Cifras que se comparan a nivel nacional de 16%¹ el primero y 44% el segundo³.

Si a estos antecedentes se le considera la condición geográfica inhóspita de terrenos montañosos, camino de tierra y escasa locomoción colectiva, se hace indispensable acercar el sistema de salud a través de visitas domiciliarias a la comunidad⁴.

La visita domiciliaria integral (VDI) es una estrategia del servicio de salud para realizar en el hogar atenciones dirigida a la familia, cuyo objetivo es promover mejores condiciones ambientales, relacionales para favorecer el desarrollo integral⁵ y contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas en el aspecto físico, psicológico, social y espiritual⁶. Estas favorecen un clima de confianza, familiaridad, compartir experiencias, generar vínculos, discutir creencias, visualizar prácticas culturales, el funcionamiento familiar y carga del cuidador⁶. Además, el tiempo de las intervenciones, que puede ser de semanas a meses⁷, generan un espacio y tiempo ideal para un cuidado holístico familiar.

Dentro de los roles de la enfermera en la VDI, se encuentran el defender al paciente, cuidar, educar y gestionar el caso en la red de salud. Es por esto que se

utilizó el enfoque de requisito de autocuidado de desviación de la salud del Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem. Esto con el fin de llevar a cabo el proceso de atención de enfermería y ser presentado al equipo de salud del Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Vichuquén el 4 de mayo 2016, donde la usuaria es atendida, en donde se tiene como eje principal el Modelo de Enfermera Gestora de Caso⁸.

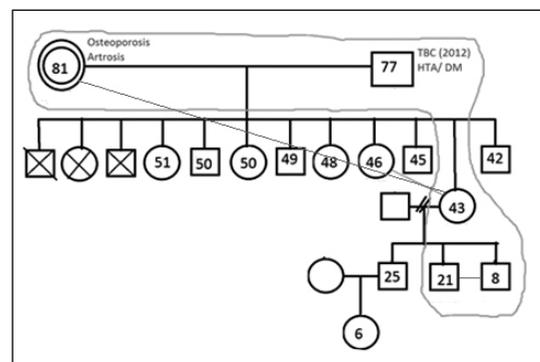
CASO CLÍNICO

Se presenta caso índice de adulto mayor de 81 años de edad de sexo femenino, quien posee una dependencia severa desde el año 2013, con cambio de hogar y cuidadora en marzo del presente año. Por lo anterior, es necesario reactivar medidas para la incorporación al Programa de Paciente con Dependencia Severa y acompañar en este desafío a la familia desde el equipo de salud.

Valoración

Paciente con requisitos de autocuidado de desviación de la salud⁹, dentro de los factores condicionantes básicos destacan estar casada, ser madre de doce hijos y dedicarse gran parte de su vida a ser dueña de casa. Actualmente vive con una de sus hijas (43 años), dos nietos (8 y 21 años) y su esposo (79 años).

Figura N° 1. Genograma Familiar



La vivienda fue entregada este año por el gobierno ya que la anterior fue declarada inhabitable desde el terremoto 2010. El nuevo hogar se ubica en una villa; cuenta con un baño, tres dormitorios, living, cocina,

comedor, antejardín y patio; en buenas condiciones sanitarias de material sólido.

Por otro lado, los hitos clave del historial de salud se pueden resumir en la tabla 1:

Tabla 1. *Historial de Salud caso índice*

| Fecha | Acontecimiento |
|------------|--|
| 01/07/1975 | Pielonefritis crónica |
| 02/12/1977 | Diagnóstico de neurosis |
| 09/06/2004 | Paciente con escoliosis severa con dolor de espalda y resfrío común |
| 24/08/2007 | Refiere disminución de fuerza física, disminución de motricidad gruesa y fina, no se puede levantar por sí sola |
| 10/06/2009 | Paciente con antecedentes de artrosis de cadera bilateral sin control |
| 03/02/2010 | Poca movilidad provocada por artrosis con dolor leve a moderado de forma esporádica, paciente refiere poca fuerza en las piernas |
| 20/07/2011 | Paciente presenta dificultad para dormir, refiere presentar delirios |
| 29/08/2011 | Entrega de colchón antiescaras |
| 05/09/2013 | Se aplica índice de Barthel puntaje 0, dependencia severa |
| 11/10/2013 | Ingresa al Programa de Postrados. Cuidadora a cargo: hija Rosa |
| 08/09/2014 | Paciente sin movilidad en cama. Articulaciones rígidas, logra sentarse al borde de la cama (SBC) por 6 segundos, pero quejándose de dolor de cintura. Se realiza cambios de posiciones, ejercitación de extremidades, lubricación en puntos de apoyo |
| 12/11/2014 | Se entrega colchón antiescaras |
| 13/01/2015 | Diagnóstico de Artrosis, en condición de postrada, paciente se alimenta poco y sin dificultades respiratorias |
| 06/01/2016 | Visita a domicilio por kinesióloga, no se encuentra en domicilio |
| 17/02/2016 | No presenta movilidad en cama, SBC lo logra de forma independiente pero se queja a los pocos segundos de dolor y cansancio |
| 30/03/2016 | Técnico de enfermería acude a vacunación antiinfluenza en domicilio y solicita VDI por infección del tracto urinario |

La usuaria toma Clonazepam 1 mg/día; Tramadol 25 gotas/día; Haloperidol 5 mg/día y Cefradroxilo 500 mg/día por 10 días.

Entre los Componentes de Poder se encuentran el uso controlado de la energía disponible, motivación y disminución de la habilidad para tomar decisiones, mientras

que en las Capacidades Fundacionales posee sensación, atención y autoconciencia. Sin embargo la percepción y habilidad para trabajar con el cuerpo se encuentran disminuidas.

En la visita de enfermería realizada el cuatro de abril por las internas de enfermería y la kinesióloga se registra:

En domicilio se encuentra cuidadora principal y esposo. La paciente está consciente, aunque familiar refiere presentar en ocasiones dificultades al dormir relacionado con *delirio nocturno*. Se alimenta por vía oral con comida desmenuada o triturada, consumo de un litro y medio de líquidos diario y uso de PNAM entregado por CESFAM. Acostada decúbito lateral izquierdo con triple flexión de extremidades inferiores.

Al control de signos vitales normocárdica, normotensa, saturando 98% con FIO₂ ambiental. Al examen físico se observa aseada y delgada, con piel y mucosas pálidas y levemente deshidratadas, en cavidad oral presenta prótesis dental superior removible, hija refiere no quitársela en las noches, higiene oral adecuada. Tórax simétrico, a la auscultación cardíaca ritmo regular dos tiempos sin soplos; a la auscultación murmullo pulmonar presente con crépitos menores en lóbulo inferior de pulmón izquierdo. Abdomen blando, depresible e indoloro, ruidos hidroaéreos presentes. En ambas zonas de trocánter mayor presenta úlcera por presión grado 1 en derecho y 2 en izquierdo. Actualmente con deposiciones y diuresis de características normales.

Evaluación motora: Hipercifosis pronunciada y rígida, disminución de fuerza y del tono muscular global, además disminución del rango de movilidad con predominio del hemicuerpo derecho en extremidades superiores (EESS) y extremidades inferiores (EELL). Se realiza movilización de EESS y EELL las cuales son aprendidas por la cuidadora, además se educa de posturas de autocuidado. Paciente es llevada a SBC tolerado por 3 minutos, saturando 87% y frecuencia cardíaca de 97 latidos por minuto, refiere sentir mareos. Se deja recostada en supino y se indica posición semifowler con cojín entre y bajo las rodillas y tobillos, cambio de posiciones cada 20 minutos.

Curación de heridas: Se desprende apósito pasivo con exudado seroso turbio

moderado en trocánter mayor izquierdo, de 3 cm de diámetro aproximadamente, con una profundidad de 2,5 cm. 75% de tejido granulatorio, 20% de tejido esfacelado y 5% necrosado; bordes eritematosos. Se realiza pincelación con suero fisiológico, y se cubre con hidrogel, apósito pasivo y apósito adhesivo transparente.

Se desprende apósito interactivo de hidrocoloide en trocánter mayor derecho, de 2 cm de diámetro aproximadamente superficial. 100% de tejido granulatorio con bordes sanos. Se realiza pincelación con suero fisiológico y se cubre con hidrocoloide más apósito adhesivo transparente.

Ante los antecedentes presentados por la familia, la valoración e historia de salud, es que la usuaria cuenta con un sistema de salud totalmente compensatorio y su agente de autocuidado es su hija.

Diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación cuidados de enfermería

Los siguientes diagnósticos están priorizados según acuerdo y necesidades presentadas por la familia. Además para estos se consideró la realidad local, los recursos materiales, humanos disponibles en el CESFAM y los proporcionados por la familia.

Diagnóstico N° 1: Deterioro de la movilidad física relacionado con alteración del sistema músculo esquelético secundario artrosis, manifestado por disminución de fuerza, movilidad, hipercifosis rígida y flexión general con predominio en hemicuerpo derecho.

Tabla 2. Cuidados de enfermería para diagnóstico 1

| Cuidados | Indicador de Evaluación | Ejecución |
|--|---|--|
| Educación a cuidadora y familiares respecto a ejercicios para mantener y mejorar flexibilidad, rango articular en EESS y EEII con el fin de evitar rigidez severa. | Mantenimiento del rango articular de caso índice y entrega de afiche educativo con ejercicios. | Aplicación diaria de ejercicios por cuidador principal o familiar. |
| Aplicación escala de nivel de dependencia | Uso de Índice Barthel. | Actualizado para año 2016, resultado de dependencia severa. |
| Movilización permanente, sentarse en cama y uso de silla de ruedas durante el día. | Uso en el día de silla de rueda. | Pendiente entrega de silla de rueda. |
| Planificación visita periódica de Kinesióloga motora | Evaluación y apoyo continuo en cuidados de movilización, ejercicios y uso de silla de ruedas de caso índice | Se realiza visita según programación |

Diagnóstico N° 2: Infección de vía urinaria baja, relacionado con incorrecto aseo genital, manifestado por alteración de exámenes urocultivo, delirio y orina de olor penetrante.

Tabla 3. Cuidados de enfermería para diagnóstico 2

| Cuidados | Indicador de Evaluación | Ejecución |
|---|---|---|
| Educación en importancia de adherencia a tratamiento antibiótico según indicación médica. | 8 de abril finaliza dosis completa de antibiótico indicado. | Medicación diaria de cefradroxilo por diez días. |
| Educación sobre higiene genital. | Cuidadora reconoce técnica correcta y comprende concepto de lo más limpio a lo más sucio. | Supervisión de higiene genital durante VDI. |
| Consumo de líquido 2 a 3 litros al día. | Ingesta de líquidos vía oral de 8 a 12 vasos de líquidos. | Aumento de ingesta líquida apoyada por familiares. |
| Cambio frecuente de pañal. | Uso mínimo de cinco pañales al día o cuando sea necesario. | A cargo de cuidadora principal y supervisión por enfermera. |
| Exámenes de control. | Urocultivo negativo. | 14/4 toma de muestra de orina. |

Diagnóstico N° 3: Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con factores mecánicos (fuerza de presión, fricción, etc.) y dependencia severa, manifestado por úlcera por presión (UPP) en ambos trocánteres mayores grado 1 y 2.

Tabla 4. Cuidados de enfermería para diagnóstico 3

| Cuidados | Indicador de Evaluación | Ejecución |
|---|---|---|
| Indicación a cuidadora sobre formas de prevención de UPP: cambio de posiciones, lubricación de la piel, hidratación, uso de colchón antiescara, uso de alzarropa. | Reconoce tres formas de evitar úlceras por presión (UPP). | El personal de enfermería refuerza y supervisa en las VDI realización de medidas de prevención. |
| Valoración diaria de puntos de apoyo. | Cuidadora reconoce y valora ocho puntos de apoyo. Es capaz de identificar cuando se está iniciando una UPP de grado 1. | Personal de enfermería educa y refuerza a cuidadora en VDI puntos de apoyo y signos de alteración cutánea. En examen físico valora todos los puntos. |
| Alimentación variada. | Estado nutricional eutrófico. Consejería de alimentación adecuada | Aplicación de recomendaciones del nutricionista |
| Derivación a nutricionista. | Asistencia del profesional a domicilio. | 22 de abril se realiza visita por el profesional |
| Curación avanzada de herida. | Afrontamiento de bordes sin signos de infección | Curación tres veces por semana: lunes, miércoles y viernes. |
| Educación signos de infección. | Cuidadora reconoce cinco signos de infección de la herida. | Ejecutado por cuidadora principal y valorado por personal de enfermería en curación de UPP. |

Diagnóstico N° 4: Riesgo de cansancio del rol del cuidador, relacionado con miembro de la familia con alta demanda de cuidados, ser cuidadora única y reciente de ambos padres adultos mayores y desconocimiento de programas y beneficios en su nuevo rol.

Tabla 5. Cuidados de enfermería para diagnóstico 4

| Cuidados | Indicador de Evaluación | Ejecución |
|---|---|--|
| Ingreso al programa de VDI. | Documentación municipal firmada. Se informa de sus derechos y deberes como cuidadora. | Asistente social asiste el 4 de abril a domicilio |
| Entrega de beneficios del Programa de Dependencia Severa. | Entrega de estipendio, colchón antiescara, alzarropa, silla de ruedas. Asistente social supervisa entrega de material. | 4 de abril firma documento para estipendio a cuidadora principal. 13 de abril instalación colchón antiescara. |
| Apoyo del CESFAM. | Al menos un profesional de salud asiste a VDI según calendario presentado en la tabla N° 6. | Durante el primer mes posee evaluación integral del personal de salud. Se realizan VDI según programación. |

| Cuidados | Indicador de Evaluación | Ejecución |
|--|--|--|
| Activar redes de apoyo. | El cuidador principal posee un segundo cuidador, quien es capaz de continuar los cuidados al caso índice para proteger tiempo libre. | Cuidadora es capaz de realizar actividades de dispersión personal. Disminuye percepción de carga. Segunda cuidadora continúa con cuidados. |
| Aplicación Zarit y APGAR familiar. | Actualización Zarit (30 puntos sin sobrecarga) y APGAR (7 puntos-familia funcional) cada 3 meses. | Actualizado en abril, julio, octubre y enero por personal de salud. |
| Taller "Cuidados del paciente con discapacidad severa" | Asisten a taller los cuidadores principales y/o familiares. | Psicóloga realiza invitación a taller durante el año. Disminución de percepción de carga. |
| Apoyo emocional y escucha activa. | Personal es capaz de comprender, reconocer crisis normativas y no normativas, necesidades y cuidados de la familia. | Profesionales de salud en todas las VDI. |

Diagnóstico N° 5: Riesgo de disminución de intercambio gaseoso, relacionado con disminución de hemoglobina sanguínea secundario a anemia.

Tabla 6. Cuidados de enfermería para diagnóstico 5

| Cuidados | Evaluación | Ejecución |
|--|--|---|
| Examen sanguíneo de Hematocrito. | Mucosas rosadas y hematocrito en rangos normales. | El 14 de abril toma de exámenes con resultados de hematocrito 27,2% Entrega de Hierro y Ácido Fólico. |
| Alimentación rica en Hierro y Vitamina C | Preparación de comidas con alimentación variada recomendada por nutricionista. Estado nutricional adecuado. | Cuidador principal realiza menú de acuerdo a factores inhibidores y facilitadores de la absorción del hierro. |

Diagnóstico N° 6: Trastorno de la percepción sensorial, relacionada con infección urinaria y edad avanzada, manifestada por delirios nocturnos y diurnos con agitación motora.

Tabla 7. Cuidados de enfermería para diagnóstico 6

| Cuidados | Evaluación | Ejecución |
|--|--|---|
| Administración de medicamentos según indicación médica. | Paciente presenta lucidez parte del día, sin descompensación de su salud mental | Familiar o cuidador a cargo administra dosis de Haloperidol indicada. |
| Educación medidas físicas: - Abrir cortinas en el día, cerrar en las noches. - Calendario visible. - Mostrar fotografía de familiares. - Comentarle a diario lugar en que se encuentra y quienes la acompañan. - Escuchar radio o noticias - Uso de silla de ruedas o posición semifowler en el día. | Paciente recuerda nombre de familiar a cargo y lugar. Familiares reconocen cinco medidas de las recomendadas. | Implementado por familiares y cuidador principal de tres de las medidas físicas todos los días. |

En la tabla 8 se esquematizan las visitas programadas para el grupo familiar según el Protocolo de Visitas Domicilia-rias 2016 pertenecientes al CESFAM de Vichuquén. Aquí se espera establecer un

cuidado continuo a la familia y ser parte de las redes de apoyo para esta. El cronograma puede ser modificado según las necesidades y requerimientos de su entorno cercano.

Tabla 8. Cronograma de VDI por personal de salud.

| Profesional | Mes | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Enfermero | ■ | | ■ | | ■ | ■ | | | ■ | | ■ | ■ |
| Nutricionista | ■ | | | ■ | | | ■ | | | ■ | | |
| Odontólogo | | ■ | | | | | | ■ | | | | |
| Asist. Social | | | ■ | | | | | | ■ | | | |
| Psicóloga | | | | ■ | | | | | | ■ | | |
| Kinesióloga | | ■ | | | ■ | | | ■ | | | ■ | |
| Médico | | | | | | ■ | | | | | | ■ |
| Matrona | | | | | | | ■ | | | | | |

DISCUSIÓN

Las visitas domiciliarias son una herramienta poderosa a la hora de valorar al paciente, así como para ejecutar intervenciones directas al paciente y su familia, adecuadas a su realidad. Estas cobran relevancia y se sustentan en la necesidad de percibir a la persona en su entorno y unidad básica social, entendiendo al individuo no como un ser aislado, sino en un entorno de participación recíproca con la comunidad. Si se logra establecer esto, es muy probable que las intervenciones realizadas sean más efectivas, ya que se identifican necesidades sentidas por los usuarios.

Vichuquén es una comuna de alta dispersión geográfica con una población de adultos mayores en aumento, por sobre el promedio nacional, y que cuenta con escaso transporte para los habitantes⁴. Debido a esto, asistir a los centros de salud ubicados en puntos estratégicos de la comuna no siempre es accesible para toda la población. Es por esto que la familia se vuelve una aliada en la promoción, prevención y mantención de salud, en que los profesionales deben integrarla como ejecutor de gran parte de los cuidados, considerando su potencial capacidad de autocuidado¹⁰, pero se debe tener presente la supervisión por parte del personal a las acciones delegadas al familiar a cargo.

El poseer una persona adulto mayor al cuidado puede causar estrés, cambios económicos, agotamiento físico y psicológico, depresión, frustración, desesperanza o alteración de la dinámica y funcionamiento familiar¹¹, lo que depende de las estrategias que utilicen para afrontar su nueva condición¹², entre otros. Debido a esto es que se hace indispensable desarrollar un trabajo multidisciplinario y permanente en el tiempo, acompañando y adelantándose a las necesidades que estas puedan requerir en cuanto a crisis normativas o no normativas, con el fin de evitar un deterioro en la salud del caso índice y de las personas que proporcionan el cuidado y/o quienes conviven con ella.

Si bien es aceptado mundialmente los beneficios que conlleva las VDI para la población, la ruralidad, los escasos recursos económicos (atención domiciliaria puede aumentar los gastos en un 10%)⁷, materiales y humanos (equipo único de salud) hacen cuestionarse la real importancia de esta, e incluso plantear la duda de limitar su realización solo a casos extremos. El presente artículo busca concientizar a los profesionales de salud en no rendirse ante la adversidad, ya que la principal labor de estos es gestionar cuidados para obtener una mejor calidad de vida¹³, centrándose siempre en la persona¹⁴ y de esta forma a en su familia y comunidad¹⁵.

Los desafíos para ellos sin duda son mayores que para quienes poseen los recursos óptimos. Sin embargo, no por esto se deben dejar atrás los planes futuros en cuanto a los cuidados domiciliarios de incorporar la tecnología, videoconferencias, contar con un comité de ética y reembolso a instituciones privadas que se adjudiquen esta labor¹⁶.

Enfermería está llamada a ejercer el arte de cuidar, esto implica prestar la atención requerida con el mayor interés de entregar cuidados de calidad¹⁷ bajo las gestiones y activación de redes¹⁵ que se poseen, cuando no se cuenta con las herramientas propias necesarias para desarrollar este tipo de cuidados. De esta forma uno de los roles que puede tomar esta profesional es el de Enfermera Gestora de Casos, tarea que es poco conocida en el propio ambiente laboral, pero que lleva años desarrollándose a lo largo del mundo. La American Nurses Credentialing Center¹⁸ la define como *“proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada. Es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos”*.

La American Nurses Credentialing Center recomienda dentro de las características de la enfermera comunitaria, el poseer habilidad y conocimientos respecto a esta función, en especial para enfermos crónicos y adultos mayores con alta dependencia. Ellas tienen la tarea de establecer atención en domicilio, vincular a servicios sociales y centro de salud, coordinar trabajo con otros profesionales, participar en la distribución de recursos, gestionar plan de cuidados y un apoyo al cuidador no profesional, todo esto con plena autonomía profesional¹⁸.

Entre los beneficios conocidos al utilizar este modelo de enfermería de atención, lo que se evidenció en este caso de adulto mayor con dependencia severa, fueron el activar de mejor forma los prestadores de salud, disminuir la percepción de carga del cuidador, mejorar el manejo terapéutico, disminuir la frecuencia de visitas al centro asistencial, disminuir la fragmentación de los cuidados, facilitar el sistema de registro –monitoreo– evaluación al interior del centro de salud, mejorar relación costo-efectividad, optimizar la coordinación de actividades y evitar la duplicidad de servicios¹⁸. Aspectos fundamentales en zonas de alta ruralidad, donde no se cuenta o son escasos los servicios y bienes a los que se pueden acceder debido a la lejanía o baja conectividad.

El arte de enfermería al realizar VDI no solo se expresa en lo técnico y asistencial¹⁷, muchas veces se esconde en una mirada; en la escucha; en una palabra, en un “cómo se ha sentido”, “entendiendo su preocupación” o en un gesto: en un apretón de manos, una simple despedida cariñosa a quien se visita, que sin duda se fortalece al establecer un contacto continuo, real y sincero¹⁵, donde la familia sabe a quién acudir en caso de solicitar ayuda.

Finalmente, no se debe abandonar lo que en un inicio incentivó a formar parte de enfermería, sensibilizarse con el dolor o con el amor y luchar por quienes necesitan y requieren del apoyo de un experto, in-

dependiente de la aparente complejidad o escasez de financiamiento que se posea. Seguramente esa persona y familia recordará el apoyo brindado en momentos de dificultad.

AGRADECIMIENTOS

Por el cariño, recibimiento y disposición a realizar un trabajo en equipo. Se agradece a la familia Rojas Correa, quienes fueron los principales colaboradores y ejecutores de los cuidados del caso índice.

También a quienes desde el CESFAM de Vichuquén proporcionaron un cuidado de calidad y comprometido mediante las visitas domiciliarias, y han trabajado arduamente para incorporar esta mirada en su atención de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Relato de Reconstrucción: Vichuquén y su Patrimonio. [Internet]. 2013. [Cited 2016 May 7]. Available from: <http://www.ceut.cl/observatorio-ruralidad/files/2013/07/Vichuqu%C3%A9n.pdf>
2. Compendio Estadístico [Internet]. 2010. Estadísticos Demográficos [Cited 2016 May 1]. Available from: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.2estdemograficas.pdf
3. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Reporte Estadísticos Comunales. [Internet] 2012. [Cited 2016 May 1]. Available from: <http://reportescomunales.bcn.cl>
4. Ilustre Municipalidad de Vichuquén. Departamento de Salud [Internet]. Curicó, Chile. Plan de Salud Comuna de Vichuquén año 2015. [Cited 2016 May 1]. Available from: <http://www.munivichuquen.cl/>
5. Ministerio de Salud [Internet]. Santiago, Chile. Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia. 2008. [Cited 2016 May 7]. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biosocial-de-la-Infancia.pdf>

6. González V. [Internet]. Madrid, España. La Visita Domiciliaria: una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. 2003. Servicios Sociales y Política Social. [Cited 2016 May 7]; 61: 63-83. Available from: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00005.pdf>
7. Koziar Erb. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. 9th ed. Madrid: Pearson Educación S.A; 2013. Chapter 8, Atención domiciliaria, Unid 2, Cuidados de Salud Contemporáneos; p. 132.
8. Dirección Regional del Desarrollo e Innovación del Cuidado. Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria. 2007. [Cited 2016 Nov 12]. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.pdf>
9. Gast H. Denyes M. Campbell J. Hatweg D. Schott-Baer D. Isenberg MA. Self care agency: conceptualizations and operationalizations. *Adv Nurs Sci* 1989; 12 (1): 26-38.
10. Bandura. Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 1982. (2): 122-147.
11. Ministerio de Salud. [Internet]. 2009. Santiago, Chile. Manual de Cuidado de Personas Mayores Dependientes y con Pérdida de Autonomía. [Cited 2016 May 1]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be-040010165012f3a.pdf>
12. Koziar, Erb. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. 9th ed. Madrid: Pearson Educación S.A; 2013. Chapter 24, Fomento de la salud familiar, Unid 5, Desarrollo según la edad, El papel del profesional de enfermería con familias que experimentan una enfermedad; p. 443.
13. Ministerio de Salud. [Internet]. 2014. Santiago, Chile. Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. [Cited 2016 May 7]. Available from: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/GERIATRIA/Orientacion%20tecnica%20programa%20de%20atencion%20domiciliaria%20a%20personas%20con%20dependencia%20severa.%20MINSAL%20Chile%202014.pdf>
14. Bronfenbrenner. [Internet]. 1977. Toward an experimental ecology of human development: *American Psychologist*; Chapter 32; p 513-531. [Cited 2016 May 7]. Available from: <http://cac.dept.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%201977.pdf>
15. Ministerio de Salud. [Internet]. 2012 Santiago, Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. [Cited 2016 May 7]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
16. Koziar, Erb. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica. 9th ed. Madrid: Pearson Educación S.A; 2013. Chapter 8, Atención domiciliaria, Unid 2, Cuidados de salud Contemporáneos; El futuro de los cuidados de salud domiciliaria p. 139.
17. Durán M. [Internet]. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquishan: Cundinamarca. 2005. [Cited 2016 May 7]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74150109.pdf>
18. Romero G. [Internet]. La gestión de casos en enfermería, una gran desconocida. Organización Colegial de Enfermería - Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería en España. S.f. [Cited 2016 Nov 13]. Available from: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%ADa-una-gran-desconocida>