



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

Buenas prácticas en la visita domiciliaria integral en atención primaria chilena

Good practices in the integral home care visits in chilean primary care

Andrés Glasinovic^a, Javiera Canessa^b, Dominique Sancy^c, Francisca Sotomayor^d.

^a Médico Familiar, Departamento de Medicina Interna, Clínica Las Condes. Profesor asistente, Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

^b Médico Familiar, Departamento de Medicina Familiar y APS, Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

^c Alumna de medicina, Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

^d Enfermera, Departamento de Medicina Familiar y APS, Escuela de medicina Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 01 07 2020.

Aceptado: 18 01 2021.

Palabras clave:

Servicios De Salud a Domicilio; Atención Primaria de Salud; Dependencia Funcional; Visita Domiciliaria.

Key words:

Home Care Services; Primary Health Care; Functionally Impaired Elderly; House Calls.

RESUMEN

La atención del paciente en el domicilio, constituye una excelente alternativa de salud, con múltiples beneficios demostrados, en especial para un grupo de pacientes con dificultades de acceso. El objetivo principal de una visita domiciliaria integral (VDI) es favorecer el autocuidado en salud, ofreciendo una atención de salud centrada en la persona y su familia, considerando las variables biopsicosociales, facilitando el acceso a la atención y redes de apoyo, mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación. Una VDI, consta de tres etapas: **planificación previa** de la visita en base a los motivos de consulta principales; **la ejecución de la visita** en sí, en la cual se busca generar el vínculo, observar el ambiente familiar y priorizar los problemas biopsicosociales para lograr cambios e intentar mejorar la situación; y por último, **realizar un monitoreo y evaluación** del caso. El objetivo de este artículo es brindar una breve sistematización al equipo de salud de atención primaria de salud, para que puedan comprender la relevancia y el proceso del desarrollo de una VDI, sumado a síntesis de buenas prácticas para el trabajo eficiente en equipo.

SUMMARY

Home care visits are an excellent chance of health attention, with multiple proven benefits, specially, for a group of patients with access difficulties. The main objective of an integral home care visit is to promote self-care in health, offering a person and family centered care, taking in consideration biopsychosocial variables, facilitating the access to healthcare systems and support networks, improving their quality of life and enhancing their recovery and rehabilitation. An integral home care visit, has mainly three stages: **planification of the visit** with anticipation according to the main complaints; **the execution of the visit** itself, which seeks to create an initial bond, observe the family and domestic environment, prioritize biopsychosocial problems to achieve changes and try to improve the situation; and at last, to monitor and evaluate the case. The objective of this article is to provide a brief systematization to the primary health care team, so that they can understand the relevance and the process of developing an integral home care visit, added to a synthesis of good practices to achieve an efficient interdisciplinary team work.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: aglasinovic@miuandes.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.01.011>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica, en la cual la población está envejeciendo a pasos acelerados¹. Junto con el envejecimiento natural, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y el grado de dependencia funcional². Datos revelan que en Chile, más de 2 millones 600 personas adultas presentan una situación de discapacidad y de éstas, alrededor de 1 millón presenta una discapacidad severa³. El año 2016 en Chile, se realizaron 826.682 visitas domiciliarias integrales (VDI), siendo la más frecuente la relacionada a familia con integrante con dependencia severa, alcanzando un 278.309 del total de las VDI³. En Chile existen otros programas en la atención primaria de salud (APS) en que se hacen atenciones domiciliarias, como el “Chile Crece Contigo”, rehabilitación en base comunitaria y programas específicos para la población vulnerable y patologías específicas con diferencias entre cada centro de salud, en que existen oportunidades de acceso a las atenciones a domicilio. Las visitas domiciliarias en Chile desde el año 1930 aproximadamente, fueron un pilar fundamental de la atención de salud en aspectos educativos, higiénicos y epidemiológicos⁴. En la actualidad, en contexto de la pandemia por el coronavirus en el año 2020, se observa un aumento de la atención de salud en el domicilio por fines epidemiológicos, además se consolida como una gran estrategia para entregar un buen cuidado en salud, en particular para adultos mayores y pacientes con dependencia severa y dificultades de traslado a un centro de salud. En el año 2006 surge en los centros de APS Chilena, el programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, cuyo objetivo es entregar una atención integral en el domicilio de estos pacientes, mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación, lo que marca un hito en la APS, brindando una garantía de atención a domicilio a las personas con dependencia severa⁵.

¿EN QUÉ CONSISTE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL (VDI)?

La VDI, corresponde a una estrategia de atención de salud integral de un paciente, familiar y/o cuidador en su propio domi-

cilio, con foco promocional y preventivo. Su objetivo global es favorecer los cuidados en salud gracias a la construcción de una relación de ayuda centrada en la persona y su familia, incorporando las dimensiones biopsicosocial y espiritual, facilitando el acceso a la atención de salud, la continuidad del equipo de salud y las redes de apoyo⁴. Importante diferenciar una VDI de una atención de salud domiciliaria, la cual es una atención realizada por un profesional de la salud, la cual está más enfocado en la enfermedad del paciente, en el proceso clínico de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación⁴. Estudios científicos nos muestran que las VDI tienen múltiples beneficios, los cuales se resumen en la Tabla 1⁶⁻⁹. Asimismo, existe un perfil de pacientes que más se beneficiarían de una VDI en comparación a una atención en un centro de salud, los cuales se muestran en la Tabla 2^{4,10}.

BUENAS PRÁCTICAS EN LA REALIZACIÓN DE UNA VDI EN APS

Con el fin de estructurar un esquema del proceso de una VDI en APS, se presentan 3 grandes etapas: Planificación, ejecución y, por último, el monitoreo y evaluación, las cuales se detallarán a continuación y se resumen en la Figura 1⁴.

1. Planificación: en primer lugar, es necesario generar un contacto con los familiares, cuidador y/o paciente, con el fin de definir los motivos de consulta principales y si realmente se justifica hacer la visita, además del consentimiento verbal para realizarla. Si efectivamente una VDI es la actividad más apropiada para el caso en particular, se deben corroborar datos del domicilio y contacto telefónico ante contingencias, para acordar una fecha y horario de visita, estableciendo el miembro de la familia o cuidador que va a estar presente en el encuentro. El siguiente paso es revisar los antecedentes en la ficha clínica del paciente y organizar una breve reunión con el equipo de salud que asistirá a la visita, con el fin de resumir los principales antecedentes del caso y los objetivos de la VDI. Se hace fundamental coordinar con anticipación el transporte de ida y vuelta al domicilio, dado que es un proceso crítico en este tipo de atenciones.

Tabla 2. Perfil de pacientes adultos mayores que más se beneficiarían de una VDI

Dependencia severa y movilidad muy reducida que impida poder asistir al centro de salud
Adulto mayor frágil con marcha inestable y alto riesgo de caídas
Sospecha de que las condiciones de vivienda afectan significativamente la salud
Trastorno neurocognitivo mayor con trastornos conductuales
Cuidados paliativos por enfermedad crónica avanzada o terminal

Tabla 1. Beneficios de las visitas domiciliarias integrales

1. Prevención de readmisión hospitalaria en adultos mayores
2. Corrección de factores extrínsecos de caídas en el hogar
3. Optimización de red de apoyo y recursos
4. Mejoría en calidad de vida y funcionalidad

Figura 1. Etapas de una VDI en APS

Figura adaptada de Monsalve P. (Ref. 4)

2. Ejecución: corresponde a la segunda etapa y se compone a su vez de tres fases. La fase inicial, que consiste en generar un vínculo entre el equipo de salud y la familia, junto con observar el entorno familiar y doméstico, adaptándose a las circunstancias y el contexto. Luego viene la fase de desarrollo de la visita propiamente tal, en la cual hay que explicar el o los objetivos de la visita, preguntar a la familia por los motivos de consulta y expectativas de la visita, consensuando los principales problemas en conjunto, dejando espacio para que el paciente exprese sus dudas y temores. Con todo esto, realizar una valoración clínica inicial que permita establecer los problemas biopsicosociales priorizados, ya que es habitual que no se logren abordar todos. La evaluación de la estructura familiar y sus relaciones permite entender el contexto familiar y el conocimiento que ellos tienen acerca de la salud-enfermedad del paciente, para así considerar la realidad familiar en las futuras decisiones⁴, por lo tanto, se puede realizar un genograma y para evaluar las redes de apoyo, se puede utilizar el instrumento llamado ecomapa. En el mismo momento en que uno observa situaciones claves que determinan el cuidado del paciente puede ser necesario educar a la familia y realizar intervenciones, no necesariamente esperando a la fase de cierre de la visita. Por último, en la fase de cierre se debe realizar una síntesis de los acuerdos y compromisos, verificando la comprensión de las indicaciones; aclarando el plan de acción inicial de forma verbal y escrita. Sumado a esto, es importante también explicitar los temas pendientes para una próxima visita y educar en el acceso a la red de salud correspondiente, ante nuevas necesidades y

urgencias. Al llegar al centro de salud, es fundamental registrar un resumen del caso en la ficha clínica, especificando que la actividad realizada corresponde a una VDI y dejando las indicaciones o recetas necesarias para el caso.

3. Monitoreo y evaluación: esta etapa contempla definir al gestor del caso, responsable del seguimiento y coordinación y si el caso lo amerita, presentarlo en una reunión con el equipo de salud del sector. A su vez, se debe realizar una evaluación y monitoreo del plan de acción con objetivos realistas, según lo observado en la primera visita, de manera sistemática. Para esto, idealmente se debe contar con un espacio administrativo en la agenda del profesional gestor, protegido para esta actividad, dado que es un proceso crítico del caso. Por último, efectuar el seguimiento presencial o no presencial por miembros del equipo, ante nuevos eventos o temas pendientes.

OTROS FACTORES A EVALUAR EN UNA VDI

Una visita al domicilio del paciente nos permite evaluar ciertos aspectos que normalmente no son tan objetivables en una atención ambulatoria¹¹. Algunos de ellos son:

Nutrición y hábitos: en los casos en que se requiera evaluar con mayor profundidad la alimentación familiar para lograr un mejor proceso de cambio de hábitos, la VDI permite ver directamente los tipos y estado físico de los alimentos que tiene el paciente en la cocina y/o refrigerador, siempre con consen-

timiento previo. Otra manera simple es preguntando acerca de los alimentos que consumieron el día anterior. Además, es posible observar si hay presencia de botellas de alcohol o marcas de cigarrillos en la vivienda, dado que muchas veces los pacientes minimizan estos hábitos al preguntarles por ellos dirigidamente.

Medicamentos: permite objetivar de manera física, todos los medicamentos que consume el paciente, ya que a veces pueden olvidar mencionar alguno en la consulta en el centro de salud. Sumado a lo anterior, una visita en el domicilio permite evaluar si hay medicamentos vencidos, no recetados, medicina complementaria, pastilleros, botiquín casero, etc. Asimismo, es conveniente preguntarle dónde los almacena (en especial si es usuario habitual de insulina), si es que tiene algún pastillero para controlar las dosis y si es que ha suspendido algún medicamento de forma autónoma y la razón por la cual lo ha hecho.

Factores de riesgo de caída en el hogar y vecindario: observar en el vecindario posibles peligros de caída para las personas mayores, como la entrada al hogar, iluminación, aspecto del suelo y veredas. Dentro del hogar evaluar si existen barreras arquitectónicas, como escaleras y su seguridad, ver si cuenta con pasamanos o barras de sujeción, presencia de cables en el suelo, la bañera y altura de esta, artículos de cocina a su alcance, alfombras móviles, etc.

Cuidados del cuidador al paciente en el sitio: en una VDI, se puede evaluar en la práctica cómo se están realizando los cuidados, en especial aquellos relacionados con la higiene, técnicas de transferencias, alimentación y el trato con el paciente. Por lo tanto, puede ser una gran oportunidad para hacer las correcciones de técnicas de cuidado en el mismo sitio.

EQUIPAMIENTO BÁSICO PARA UNA ATENCIÓN DE SALUD EN DOMICILIO POR MÉDICO

El equipo requerido es variable según las necesidades y objetivos de la visita. Un ejemplo del equipamiento a considerar en una atención de salud en domicilio por el médico de APS, se detallan en la Tabla 3¹¹.

Tabla 3. Ejemplo de equipamiento para una atención de salud en domicilio por médico en APS

• Termómetro	• Hemoglucotest	• Gel lubricante o vaselina sólida
• Fonendoscopio	• Otoscopio	• Baja lenguas
• Manguito de presión arterial	• Guantes	• Timbre y Recetas
• Saturómetro	• Mascarilla quirúrgica	

TRABAJO EN EQUIPO DE SALUD PARA UNA VDI DE CALIDAD EN APS

En Chile la VDI en APS es realizada tanto por profesionales, como por técnicos del equipo de salud. Las VDI son una parte esencial del trabajo de los equipos de APS, llegando a conformar parte del grupo de indicadores de actividad de atención primaria en Chile. No existe un único perfil ideal del profesional para realizar una VDI, sino que dependen de los objetivos de esta misma, las necesidades del paciente y las capacidades locales. Las principales funciones administrativas del equipo de salud en contexto de una VDI se detallan en la Tabla 4. Respecto a las competencias necesarias del personal de salud, se pueden dividir en competencias conductuales y funcionales. En las conductuales, destaca la comprensión interpersonal, clara orientación al logro de objetivos, capacidad de trabajo en equipo, negociación y manejo de conflictos⁴. En cuanto a las competencias funcionales, se refieren a la capacidad de detectar situaciones de riesgo, programar, planificar y evaluar los objetivos y planes de acción, vincular redes asistenciales y promover factores protectores⁴. Se ha visto que no basta con ofrecer apoyo técnico para lograr la eficacia de las acciones, sino que para lograr los cambios esperados hay que establecer una relación de ayuda con la familia, acogerla, escucharla e intentar comprenderla⁴. Las funciones de los distintos integrantes del equipo de salud generalmente se

Tabla 4. Funciones administrativas del equipo de salud en APS en contexto de una VDI

1. Coordinarse con los distintos niveles de atención de la red asistencial e intersector
2. Realizar un análisis de costo-efectividad de si corresponde hacer una VDI
3. Ingreso administrativo al Programa específico y asignar gestor del caso
4. Gestionar prestaciones de salud, según las necesidades observadas
5. Registrar y evaluar periódicamente el plan de intervención creado de manera colaborativa

superponen, ya que abarcan más que su rol profesional específico, le permiten ser un agente de cambio para el autocuidado en salud y así mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Debido a esto, es necesario enfatizar en el trabajo en equipo y establecer un gestor de casos, para que además de encargarse del seguimiento, coordine al equipo y los recursos⁴. Es fundamental lograr un buen trabajo en equipos interdisciplinarios y capacitar a los equipos en buenas prácticas de una VDI, con el fin de lograr mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, utilizando apropiadamente los recursos disponibles¹¹.

ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA EN CHILE

Su objetivo general es otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención integral en su domicilio, en el ámbito físico, emocional y social, mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación¹². Los criterios de ingreso al programa se encuentran enumerados en la Tabla 5. El estipendio para el cuidador, corresponde a un bono máximo de \$29.682 (pesos chilenos) mensuales, actualizado al año 2021¹³, gestionado por el centro de salud correspondiente según el domicilio del paciente. El pago es realizado mensualmente por el Instituto de Previsión Social, a través de un depósito a la cuenta bancaria del cuidador¹³. Los requisitos para acceder al beneficio son: primero, la persona en situación de discapacidad debe estar inscrita en el programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del Ministerio de Salud y no debe estar en una institución a cargo del cuidado de adultos mayores. Segundo, debe ser beneficiario de FONASA en sus tramos A o B. Si no es beneficiario en uno de estos tramos, debe estar clasificado en una de las siguientes alternativas: estar encuestado en el registro social de hogares, pertenecer al sistema intersectorial de protección social o ser beneficiario/a de una pensión del pilar solidario. Tercero, debe tener un cuidador que no reciba remuneración económica por sus servicios. Por último, el cuidador debe estar capacitado para cumplir las funciones y comprometido con los cuidados (a través de la carta de compromiso del cuidador firmada)¹². Una vez

entregado el estipendio y con la carta de compromiso firmada, es misión del centro de salud realizar una capacitación anual al cuidador. Además, se realiza al menos una visita mensual por un técnico paramédico para controlar el estado del paciente. Si el paciente se encuentra en buenos cuidados, se continúa con la educación y se refuerzan las actividades. En el caso opuesto, si presenta alguna deficiencia en los cuidados, se refuerzan las indicaciones y se indica que se realizará una próxima visita para evaluar que la situación haya mejorado. De no cumplirse los acuerdos, el cuidador podría perder el beneficio del estipendio.

REALIZANDO UN PLAN DE CUIDADO EN PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA

El plan de cuidado consiste en una serie de intervenciones dirigidas a lograr múltiples objetivos, entre los cuales se encuentra: la higiene, nutrición adecuada, ambiente seguro, optimizar redes de apoyo, apoyo al cuidador, mejora funcional, adherencia a la medicación y control de enfermedades. Para pacientes con enfermedades crónicas en etapas avanzadas, deterioro funcional y un pronóstico de vida menor a 1 año, es fundamental desarrollar un plan multidisciplinario, con un enfoque de cuidados paliativos y considerando un plan de voluntades anticipadas. Este plan debe velar por la continuidad de atención, objetivos con foco en la calidad de vida e idealmente una frecuencia mínima necesaria de controles por el equipo de salud.

CONCLUSIÓN

La VDI constituye una actividad esencial para el equipo de salud en APS. Esta cuenta con una estructura con distintas etapas y fases, con el fin de optimizarla, evitando la ineficiente utilización de recursos. Realizar de manera adecuada una VDI es un gran desafío para el equipo de salud de APS, dado que esta es una materia de estudio que habitualmente se estudia y practica con poca profundidad en los programas de pregrado universitarios. Por lo tanto, se hace fundamental capacitarse en las buenas prácticas de una VDI y aquellos aspectos normativos, administrativos y médico legales que implica, considerando que es una actividad que demanda mucho tiempo y esfuerzos del equipo, sin embargo, tiene beneficios de salud demostrados. Será un gran desafío para los equipos, el desarrollo de las VDI adaptadas a las realidad y nuevas necesidades locales, en este nuevo mundo post pandemia de COVID-19. Quedará para un futuro cercano la misión de mirar globalmente, aspectos de seguridad, calidad, alcance y resolutivez que podrán tener las VDI en los próximos meses, dado el nuevo escenario epidemiológico nacional y mundial. En este artículo, les hemos presentado un enfoque simple de buenas prácticas en la VDI en un contexto de APS en Chile, esperando que pueda contribuir a una mayor sistematización y capacitación en esta útil y enriquecedora estrategia en su práctica clínica.

Tabla 5. Criterios de ingreso al Programa de Dependencia Severa

1. Dependencia severa (índice de Barthel menor o igual a 35)
2. Beneficiario de FONASA
3. Inscrito en el centro de salud de atención primaria
4. Vivir en el territorio geográfico a cargo del centro

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas. *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Total país. 2018.* Disponible en: <http://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/sintesis-estimaciones-y-proyecciones-de-la-poblacion-chile-1992-2050.pdf>
2. Ferrer-Lues M. *Evaluación programas gubernamentales (EPG): Programa de Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa. Informe final. Subsecretaría de Redes asistenciales. Ministerio de Salud de Chile. 2017. p.10-14.* Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163132_informe_final.pdf
3. Ministerio de Desarrollo Social. *Estudio Nacional de Discapacidad 2015: Un nuevo enfoque para la inclusión. 2015.* Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
4. Monsalve P. *Visita domiciliaria integral orientaciones técnicas en el marco del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Ministerio de salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. 2018.* Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf
5. Servicio de Salud Arica. *Programas de Salud. Programas de Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa. Chile 2017.* Disponible en: <https://www.saludarica.cl/programas-de-salud/programa-atencion-domiciliaria-personas-dependencia-severa/>
6. Laugaland K, Aase K, Barach P. *Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. Work. 2012;41 Suppl 1:2915-24. doi: 10.3233/WOR-2012-0544-2915.*
7. Avlund K, Jepsen E, Mikkel Vass M, Lundemark H. *Effects of Comprehensive Follow-up Home Visits after Hospitalization on Functional Ability and Readmissions among Old Patients. A Randomized Controlled Study, Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2002. 9:1, 17-22, doi: 10.1080/110381202753505827*
8. Behm L, Ivanoff SD, Zidén L. *Preventive home visits and health - experiences among very old people. BMC Public Health. 2013. doi:10.1186/1471-2458-13-378*
9. Beck AM, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. *Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2013 Jun;27(6):483-93. doi: 10.1177/0269215512469384.*
10. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. Am J Psychiatry. 2006 Aug;163(8):1362-70. doi: 10.1176/ajp.2006.163.8.1362.*
11. Ferrier C, Lysy P. *Home assessment and care. Can Fam Physician. 2000 Oct;46:2053-8.*
12. Ministerio de Salud de Chile. *División de atención primaria. Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 2014.* Disponible en: <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2018/04/Dependencia-severa-2014.pdf>
13. Ministerio de Desarrollo Social y Familia - *Programa de pago de cuidadores de personas con discapacidad (estipendio).* Disponible en: [https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/49627-programa-de-pago-de-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-estipendio.](https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/49627-programa-de-pago-de-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-estipendio)