

## Visita domiciliaria: Su impacto en la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles

*Santiago Fabián Marín Cuenca*<sup>1</sup>, *Tania Paola Pazmiño Lucio*<sup>2</sup>

1. Médico Posgradista Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Central del Ecuador.
2. Médico Familiar. Docente del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Central del Ecuador.

**Correspondencia:** Santiago Fabián Marín Cuenca

**Correo electrónico:**

sfmarin@uce.edu.ec/tpasminol@uce.edu.ec

**Dirección:** La Roldós N84-30 y OE9, Quito-Ecuador

**Código postal:** EC170134

**Teléfono:** (593) 995855955

**ORCID:** <http://orcid.org/0000-0003-1668-7241>

**Fecha de recepción:** 20-04-2022

**Fecha de aprobación:** 20-05-2022

**Fecha de publicación:** 30-06-2022

**Membrete Bibliográfico**

Marín Cuenca S. Pazmiño Lucio T. "Visita domiciliaria: Su impacto en la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles". Rev Médica Ateneo, 24 pág. 109-122

**Artículo Acceso Abierto**

## RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud pública en Ecuador debido a su alta incidencia, lo que resalta la importancia de fortalecer el primer nivel de atención.

Lo primordial para llegar a la recuperación plena de un paciente, reside en el apoyo de su entorno familiar, por lo que la visita domiciliaria surge como una alternativa eficaz y eficiente que busca fortalecer el vínculo entre el paciente, su familia y su médico.

La fundamentación científico-teórica de los beneficios de una visita domiciliaria, ya que constituye un instrumento con el que cuenta el personal de salud, para poder acercarse a la problemática de la comunidad como una estrategia de atención, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

**Objetivo:** Analizar mediante la evidencia científica el impacto que tiene las visitas domiciliarias en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en la atención primaria.

**Metodología:** Revisión bibliográfica de tipo narrativo, abarcando literatura de los últimos 5 años en bases de datos de revistas indexadas, páginas web de

organizaciones regulatorias en salud y ministerios de salud de diferentes países de América y Europa.

**Resultados:** Se seleccionaron 35 artículos, concluyendo que la visita domiciliaria es una herramienta útil que permite la evaluación de los determinantes biopsicosociales extrínsecos a las enfermedades crónicas no transmisibles que pueden influir en la adherencia al tratamiento de las mismas, la visita domiciliaria permite un mejor control de patologías como hipertensión arterial y diabetes debido a que acerca al profesional de salud a la problemática del paciente y su entorno familiar.

**Palabras clave:** visita domiciliaria, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedad crónica, ECNT, prevalencia, familias, atención primaria en salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic noncommunicable diseases are a public health problem in Ecuador due to their high incidence, which enhances the relevance of strengthening the primary care level.

The essential thing for a patient full recovery lies in family involvement and support, so the house call emerges as an effective and efficient alternative that seeks to strengthen the bond between the patient his family and their physician.

The scientific-theoretical foundation of the benefits of a house call, since it constitutes an instrument available for health personnel to evaluate the problems of the community using a strategy of care, promotion, prevention, treatment, and rehabilitation.

**Objective:** To analyze through scientific evidence the impact of home visits in the control of chronic non-communicable diseases in primary care

**Methodology:** Narrative bibliographic review, covering literature from the last 5 years in databases of indexed journals, web pages of health regulatory organizations and ministries of health from different countries in America and Europe.

**Results:** Thirty-five articles were selected, concluding that house calls are a useful tool that enables evaluating the biopsychosocial determinants extrinsic to chronic non-communicable diseases that can influence adherence to their treatment, house calls allows having a better control of pathologies such as high blood pressure and diabetes because it brings the health professional closer to the problems of the patient and their family environment.

**Key Words:** house call, chronic non-communicable diseases, chronic disease, NCDs, prevalence, families, primary health care.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo (1). Las enfermedades crónicas son la causa de muerte de 41 millones de personas cada año, equivalente al 71% de los fallecimientos a nivel mundial (2). Según datos del año 2021 de la Organización Mundial de la salud (OMS), se calcula que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa del 72% de todas las muertes en Ecuador (3).

Las oportunidades de acceso a los servicios de salud contribuyen al control de las complicaciones y a evitar las exacerbaciones en los pacientes con diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible, mejorando los objetivos y metas del tratamiento propuesto (4). El sistema de salud, debe promover y facilitar que el equipo de atención pueda realizar controles periódicos, poner en

práctica medidas preventivas, fomentar la educación para el automanejo y hacer énfasis en la adherencia terapéutica (5).

La atención primaria representa un punto clave para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles (6). Generalmente, la recuperación exitosa de los pacientes hacia su enfermedad está determinada por la interacción de variables propias de la persona sumada a los determinantes de la salud (7). Es indispensable otorgarle herramientas al paciente para la comprensión, el manejo y la prevención de complicaciones de su patología, de esta manera se brinda una atención satisfactoria y se mejora su calidad de vida.

La visita domiciliaria puede ser considerada como una intervención preventiva, diagnóstica y curativa, realizada por personal calificado y permite desarrollar intervenciones educativas y terapéuticas enfocadas a mejorar la salud y la capacidad de autocuidado (8). Es una herramienta importante para el seguimiento de los pacientes que por algún motivo, no pueden acudir a un establecimiento a recibir una atención médica (9).

Una visita domiciliaria debe estar sometida a niveles de calidad, evaluando tres dimensiones que una atención domiciliaria debe contener, tales como planificación, el contenido y las relaciones interpersonales, para poder llegar a satisfacer las necesidades implícitas o explícitas del paciente (8).

Se debe buscar lograr impactos positivos en el seguimiento de los pacientes y a su vez fortalecer la relación del visitador y el cuidador (10).

El presente estudio tiene como objetivo analizar mediante la evidencia científica el impacto que tienen las visitas domiciliarias en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en la atención primaria.

Su estimación contribuirá a diseñar intervenciones orientadas a la promoción de la salud y a la reducción de riesgos, brindando una atención individualizada y especializada.

## **METODOLOGÍA**

Revisión bibliográfica de publicaciones de contenido científico-técnico de tipo narrativo con el objetivo de proporcionar un análisis de la literatura concerniente al impacto que tienen las visitas domiciliarias y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

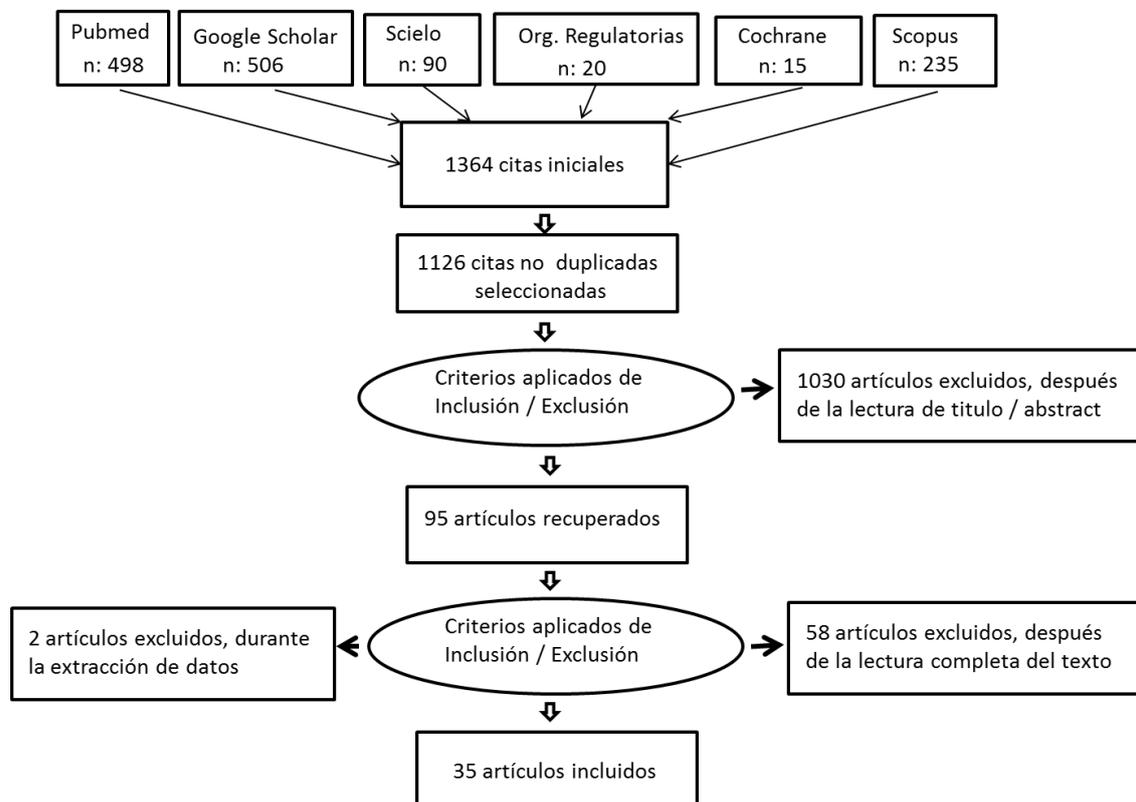
Las bases de datos que se incluyeron fueron Medline Plus, ProQuest, Science Direct, Hinari, Biblioteca Cochrane, Scopus, Google Scholar, Pubmed, SciELO y en páginas web de organizaciones regulatorias en salud como la OPS/PAHO, OMS/WHO y ministerios de salud de diferentes países de América y Europa con palabras clave “visita domiciliaria”, “enfermedades no transmisibles”, “enfermedad crónica”, ENT y términos MeSH “house call”, “chronic non-communicable diseases”, Después de haber examinado 97 artículos por su relevancia, 38 artículos fueron incluidos en la presente revisión.

Los resultados se limitaron a artículos académicos escritos en inglés, español y portugués publicados en los últimos cinco años en base de datos de revistas indexadas, sin discriminar variables como edad, género y tipo de diagnóstico, ya que sus resultados son extrapolables para todas las patologías crónicas no transmisibles.

Los artículos que no contenían las palabras clave buscadas, publicaciones sin declaraciones bioéticas, que no tenían una metodología clara y reproducible, estudios realizados en pacientes que mantenían un seguimiento en centros especializados ambulatorios, así como actas de conferencias, tesis de grado y también aquellos que carecían del rigor científico necesario para el trabajo realizado, fueron excluidos.

Con la lectura de los resúmenes de las investigaciones identificadas se descargaron las que cumplían con los criterios de selección establecidos. Adicionalmente se extrajo la información que permitió la trazabilidad de los artículos seleccionados y se evaluó la calidad de la evidencia utilizando el sistema GRADE.

**Grafico 1:** Flujograma de selección de artículos para análisis de revisión.



**Fuente:** Elaborado por Marín Santiago 2021.

## RESULTADOS

Una Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT), “es una condición de salud física o mental que dura más de un año y causa restricciones funcionales o requiere monitoreo o tratamiento continuo”(7). Son patologías de larga duración que resultan de la conjugación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (11).

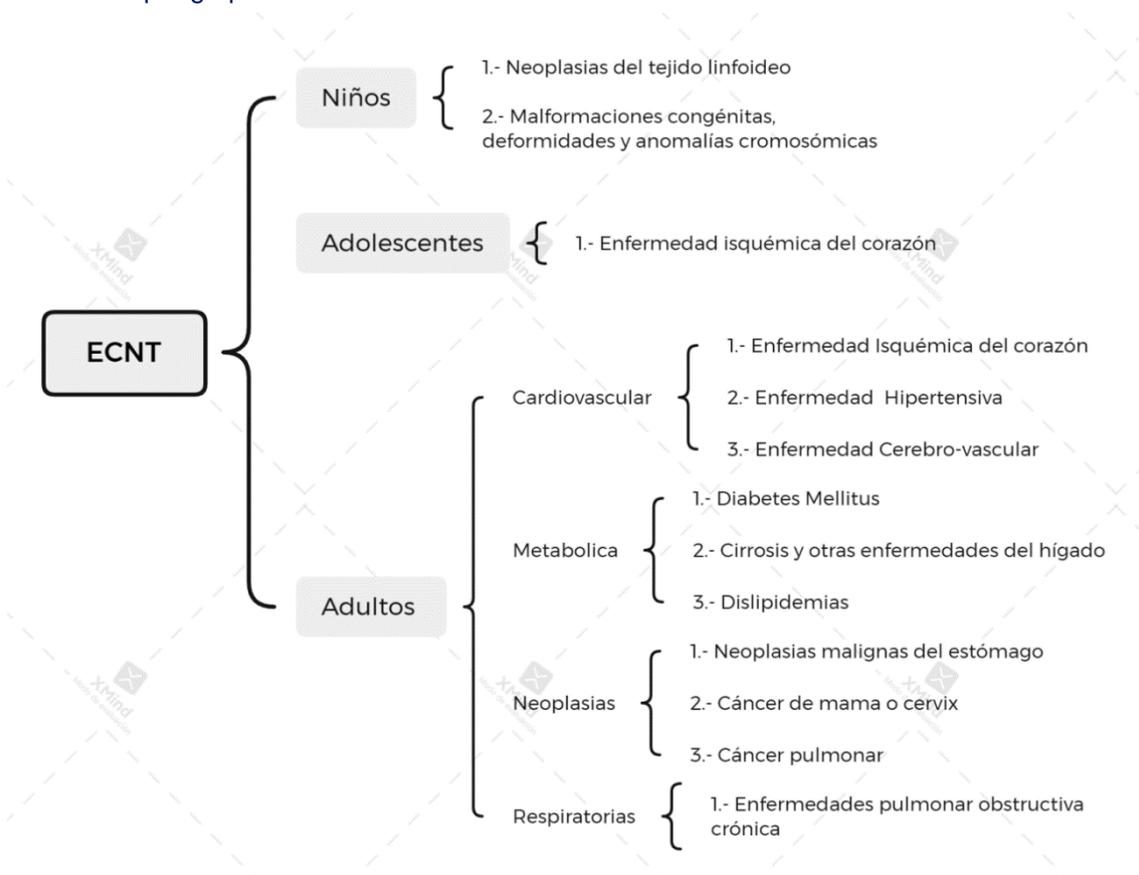
La epidemia de las ECNT tiene varias consecuencias en la salud de la población, amenazando con saturar aún más los sistemas de salud. El coste socioeconómico que representa una enfermedad de este tipo hace que el control y la prevención de estas patologías sea imperativo para el desarrollo adecuado de la sociedad (11).

Las personas que viven con una o más ECNT se enfrentan a una reconstrucción personal caracterizada por cambio y pérdida (12). Durante su progresión pueden aparecer periodos de remisión como de exacerbaciones, con una evolución temporal o permanente, es así que dependiendo de su instauración pueden afectar las actividades básicas de la vida diaria, lo que puede desarrollar en algún grado de limitación del funcionalidad en el ámbito personal, social, laboral y emocional (13).

La prevalencia más alta de las ECNT a nivel mundial corresponde a las enfermedades cardiovasculares, las patologías respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), por las cuales mueren 17,9 millones cada año, seguido por el cáncer (9,0 millones) (11).

En relación con el promedio del continente Americano, en Ecuador la prevalencia de las enfermedades cardíacas en específico las cardiopatías isquémicas ocupan el primer lugar entre las causas de muerte y discapacidad, representando el 9.6%, seguidas de la diabetes mellitus (7.2%) y la enfermedad cerebro vascular (5.8%) (14) (Figura 2).

**Figura 2.** Principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles, que provocan morbi-mortalidad en el Ecuador por grupo etario.



**Fuente:** Adaptado y modificado de Instituto Ecuatoriano de estadísticas y censos. Elaborado por Marín Santiago 2021.

El paciente, ¡ante las ECNT enfrenta con un proceso estresante!, obligándolo a forjar mecanismos adaptativos que influirán en el curso de la enfermedad. Pueden ser propios de una ECNT como las dificultades físicas derivadas de su patología y tratamiento. Entre estos mecanismos tenemos, la necesidad de tomar de decisiones ante posteriores situaciones que requieren el control de emociones, adherencia terapéutica, los inconvenientes que deriven de su rehabilitación física y la adaptación laboral, conflicto para entablar relaciones sociales, afectación de su imagen corporal y autoestima, replanteamiento de proyectos de vida y el miedo a la muerte (15).

Las ECNT se asocian principalmente al consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas perjudiciales. La presencia de uno o la combinación de varios factores de riesgo explican la tendencia de muertes y discapacidad. En Ecuador los principales riesgos son los metabólicos, ocupacionales/ambientales y los riesgos conductuales (16) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Los 10 riesgos principales que contribuyen al número total de AVAD\*

Factores de Riesgo
Índice de masa corporal elevado
Glucosa en ayuno elevada
Presión sistólica elevada
Desnutrición
Riesgos por la dieta
Insuficiencia renal
Consumo de alcohol
Tabaco
Contaminación del aire
LDL alto

\*AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad.

**Fuente:** Adaptado y modificado de Institute for Health Metrics and Evaluation. Ecuador 2019. Elaborado por Marín Santiago 2021.

Las ECNT son uno de los principales propulsores de costos de las atenciones de salud, afectando simultáneamente a la fuerza laboral, debido al ausentismo (17).

Para controlar las ECNT es importante centrarse en la reducción de los factores de riesgo asociados a ellas; la prevención, la detección oportuna, el cribado y el tratamiento temprano, son el pilar para la vigilancia de estas enfermedades (11).

Los esfuerzos para el control de estas patologías deben ir enfocados hacia los factores de riesgo modificables como son el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y el consumo de tabaco (18).

Los sistemas de salud constantemente batallan por dar una atención integral constante centrada en el usuario final (los pacientes) con estándares de calidad y seguridad, de una forma que sea sostenible a través del tiempo (19).

La atención domiciliaria en salud o visita domiciliaria se define como “El encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o comunidad; para responder a una necesidad identificada, que tras la valoración del usuario, se decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos” (20), logrando directrices para mejorar la vigilancia de las enfermedades crónicas y crónicas reagudizadas que pudieran detectarse al momento de la atención.

La visita domiciliaria genera facilidad para trabajar en los procesos de salud-enfermedad en su hábitat cotidiano, promocionando la salud y la prevención de enfermedades, brindando herramientas para empoderar a los pacientes en el autocuidado de su salud, mientras se da un intercambio de experiencias, información y habilidades entre los pacientes y el personal de salud (21).

Pueden requerir una atención domiciliaria, aquellos pacientes que no pueden desplazarse salvo en ambulancia, pacientes en estado terminal, pacientes con sospecha de problemas biopsicosociales o clasificados dentro de los estratos de mayor pobreza y pobreza extrema, por citar algunas indicaciones (22).

La intervención domiciliaria le otorga al paciente la capacidad de convertir un acontecimiento insoportable en algo vivible. Un objetivo claro que se busca con una visita domiciliaria es promover

las condiciones necesarias que favorezcan el desarrollo biopsicosocial y la salud de los integrantes de las familias, basadas en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud y la familia (20) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Objetivos de la atención a domicilio.

<b>Objetivos de la atención a domicilio</b>
<b>1. Proveer de cuidados de salud integral al paciente.</b>
<b>2. Valorar las relaciones intrafamiliares en su escenario natural.</b>
<b>3. Conocer los recursos familiares, para potenciar los existentes o suplir las carencias.</b>
<b>4. Establecer una mejor comunicación con la familia.</b>
<b>5. Obtener información adicional en el escenario del hogar para un mejor diagnóstico y tratamiento.</b>
<b>6. Involucrar al paciente y su familia en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento.</b>
<b>7. Controlar el cumplimiento del tratamiento indicado y la consecución de objetivos de salud.</b>
<b>8. Descubrir posibles factores que dificulten el seguimiento del plan de cuidados establecidos.</b>
<b>9. Determinar la capacidad del paciente para seguir un tratamiento adecuado.</b>
<b>10. Identificar al cuidador primario.</b>
<b>11. Educar al paciente y a su familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud.</b>

**Fuente:** Adaptado y modificado de Atención Integral a domicilio. Elaborado por Marín Santiago 2021.

La visita domiciliaria tiene algunos beneficios, ayuda al mejor control de la patología de base sin llegar a la polifarmacia, favorece la adherencia al tratamiento farmacológico, reduce el número de exacerbaciones lo que se refleja en un menor número de consultas de urgencia y en días de hospitalización (9).

Permite la detección precoz de problemas de salud: biológicos, psicológicos y sociales tanto en el paciente como en su entorno, además de permitir evaluar la unidad paciente-cuidador (22). Y posibilitar una aproximación a la realidad y dinámica familiar para establecer alianzas de empoderamiento y autocuidado de la salud individual y colectiva.

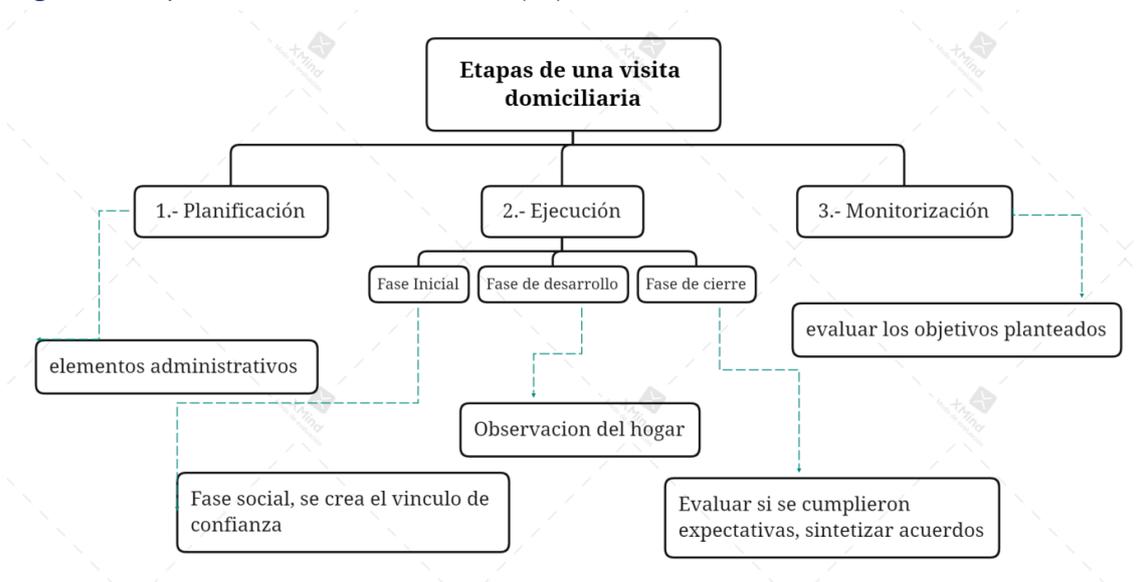
La implementación de nuevos modelos de atención de condiciones crónicas basados en la literatura permite un uso más eficiente del personal sanitario. La reorientación de la atención de salud hacia las condiciones crónicas del paciente con el apoyo de su familia o cuidadores llena un vacío en los servicios de salud (23).

Un estudio realizado por el ministerio de Salud de Guatemala en el año 2017, encontró que mejorar la capacidad y el interés del paciente sobre su condición por medio de su educación, logra óptimos resultados en el manejo de su enfermedad (24).

“Si bien las visitas domiciliarias (...) son de evaluación de riesgos a través de la aplicación de la Ficha Familiar para referir a las familias al establecimiento de salud, es pertinente también programar

visitas domiciliarias a personas que por enfermedad, discapacidad, emergencia o estado terminal de alguna enfermedad, requieran de atención y no puedan movilizarse a la unidad” (25) (figura 3).

**Figura 3.** Etapas de una visita domiciliaria (20).



**Fuente.** Adaptado y modificado de Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Ecuador, Elaborado por Marín Santiago 2021.

La calidad de la atención en el domicilio depende del desarrollo de las competencias del personal que realiza la visita. El personal de salud que realiza la visita domiciliaria debe tener capacidad para integrar los diversos aspectos biopsicosociales individuales, familiar y comunitarios del paciente visitado, debe poder actuar como facilitador del paciente en su autocuidado, ofreciendo acompañamiento y guía para la optimización de recursos de esa familia, favoreciendo su salud (26). El médico es responsable de satisfacer todas las necesidades de atención médica del paciente o asumir la responsabilidad de coordinar adecuadamente la atención con otros profesionales calificados, incluye la evaluación preventiva y curativa de las patologías agudas y crónicas en todas las etapas de la vida (27).

La educación en salud transmite información, modifica comportamientos y desarrolla prácticas que favorecen el mejoramiento y mantenimiento de la salud (21).

Para educar al paciente con ECNT y a su familia o cuidadores, se debe considerar que en la educación convergen aspectos pedagógicos y sociales (28). Para el paciente, ser diagnosticado con una ECNT representa una nueva situación de vida y tiene que desarrollar estrategias para lograr manejar los probables resultados negativos de su nueva vida, creando la mejor calidad de vida dentro de sus posibilidades (29).

La atención domiciliaria tiene una planificación estructurada y coordinada entre los servicios y los protagonistas, la realización de un cronograma de visitas domiciliarias va de acuerdo con la prevalencia de las ECNT encontradas, por lo que ofrece una base práctica para gestionar eficientemente la prevención y control de estas enfermedades a nivel domiciliario.

El soporte para el autocuidado del paciente es la intervención para las ECNT que más se asocia con mejoras estadísticamente significativas, principalmente para la diabetes y la hipertensión (6).

Esta atención debe facilitarse de tal manera que asegure que las personas tienen la información adecuada cuando y donde lo necesitan, de una forma cultural y lingüísticamente apropiada. Los resultados deben ser centrados en los pacientes, a través de la planificación de la atención

potenciada por la asociación sólida y compasiva entre el personal de salud, los pacientes y la familia de los pacientes (27).

La hipertensión arterial es un desafío de salud pública a nivel mundial cuya prevalencia global es del 31,9 %, está relacionada directamente con las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, discapacidad y muerte (30).

Cabe destacar que del 53.7% de los hipertensos diagnosticados tan solo el 16,8 % cumplieron con el tratamiento prescrito (30).

Muchos estudios han demostrado que las visitas domiciliarias pueden mejorar los resultados clínicos de los hipertensos y mejorar su adherencia farmacológica, pero la evidencia sólida de las visitas domiciliarias para la hipertensión es escasa y controvertida (30).

En un meta-análisis publicado por la facultad de Medicina de Lanzhou de China en el año 2021 evaluó 13 ECA con 2674 participantes, demostró que las visitas domiciliarias brindan una mayor reducción de la presión arterial sistólica (DM = -5,63, intervalo de confianza (IC) del 95%: -8,32 a -2,94), presión arterial diastólica (DM = -4,14, IC del 95%: -6,72 a -1,56) durante una intervención de 6 meses, lo que podría ser un método eficaz para el tratamiento de la hipertensión arterial (30).

Una visita domiciliaria de calidad puede disminuir la PAS de <10 mm Hg. Además de reducir significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte en un 20%, enfermedad coronaria en un 17 %, insuficiencia cardíaca un 28 % y todas las causas de mortalidad hasta un 13 % (30).

La prevalencia de la diabetes ha ido en aumento en los últimos años convirtiéndola en una crisis mundial que supone una enorme carga para los sistemas de salud pública (31).

Todas las personas con diabetes mellitus que usan insulina y aquellas que toman medicamentos con potencial efecto hipoglicémico deben mantener un auto-monitoreo glicémico para mantener un control seguro ajustado a sus objetivos (31).

En un meta-análisis publicado por la facultad de Enfermería de la Universidad Chungbuk de Korea en el año 2021 evaluó 23 ECA donde demostró que las visitas domiciliarias mejoran el control glicémico mediante el auto-monitoreo luego de la intervención del personal de salud (31).

El efecto de las intervenciones sobre la hemoglobina glicosilada fue de 0,55 (IC del 95 %: 0,81, 0,29) con un valor de p: 0.001, determinando que luego de la intervención del personal de salud, los niveles de hemoglobina glicosilada disminuyen significativamente luego de 12 semanas (31).

El auto-monitoreo junto a otras intervenciones como la dieta, el ejercicio, la adherencia terapéutica, cambios en el estilo de vida, producen un mejor control glicémico, este conjunto de acciones reflejan la complejidad del control de la diabetes (31).

La valoración no presencial mediante el uso de métodos de comunicación (por ejemplo, teléfono, mensajes de texto, correo, video-conferencias, entre otras) son también eficaces en la mejora de la adherencia al tratamiento y el control glicémico, cuando el seguimiento no puede ser cara a cara (31).

La educación confiable contribuye a mejorar la adherencia terapéutica, siendo de beneficio costo-efectivo para el profesional de la salud con respecto al tiempo de duración total de su consulta, debido a que el paciente utilizaría el tiempo de espera en casa para retroalimentar la información recibida de su prestador de salud.

Es necesario incorporar una estrategia de autocuidado con un enfoque más práctico y pedagógico para el paciente, basado en características clave de los modelos de prestación de servicios de salud utilizados a nivel internacional (32). Y que a su vez se incorpore al modelo actual de atención integral de salud de Ecuador (20), con el fin de fortalecer el sistema nacional de salud, fortaleciendo lo establecido en ese modelo que dictamina que “si las comunidades lo requieren, se pueden

incorporar métodos de prevención, prácticas curativas y medicinas que tengan pertinencia cultural y no sean nocivos para la salud” (25).

Por lo tanto la visita domiciliaria muestra que es una herramienta sencilla y útil, que ayuda a fortalecer el conocimiento del autocuidado del paciente y de su entorno familiar, con un diseño específico para la o las patologías crónicas diagnosticadas (5). Y por tanto mejor control de ECNT como diabetes e hipertensión arterial demostradas con evidencia comentada.

## **DISCUSIÓN**

Las ECNT están presentes en la mayoría de las poblaciones, por lo que las intervenciones esenciales para su control, se llevan a cabo en la atención primaria, tras el reforzamiento de su detección temprana y el tratamiento oportuno.

Los datos demuestran que esas intervenciones son una excelente inversión económica porque, si los pacientes las reciben tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros, adicional la injerencia en la gestión de las ECNT son esenciales para lograr una reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por estas patologías, consideraciones que son metas a cumplir a mediano plazo recomendadas por la OMS.

La literatura recomienda diversas estrategias encaminadas a mejorar el seguimiento de los pacientes con ECNT, ya que demostraron beneficios en la mortalidad y reducción en las admisiones hospitalarias, tras la realización de una visita domiciliaria adecuada.

Utilizar una mezcla diversa de estrategias para el cuidado continuo domiciliario, enfocado en la integración de los servicios al momento de la visita, apoya en gran medida al proceso de monitoreo y referencia oportuna de las personas de mayor riesgo a los servicios de salud de mayor nivel. Las intervenciones orientadas a apoyar y fomentar el autocuidado tienen buenos resultados en la mejoría del paciente (6).

Un paciente diagnosticado con ECNT necesita encontrar maneras de enfrentar su nueva situación. El cambio que representa este diagnóstico se experimenta como negativo en la mayoría de los pacientes (29), estas experiencias suelen ocurrir dentro de contexto de pobreza y desventaja social (33). El apoyo de su red familiar junto con el apoyo del personal de salud resulta útil en su nueva condición de vida.

Para poder compartir la toma de decisiones es indispensable proveer al paciente de una educación confiable sobre su enfermedad crónica, lo que ayuda a mantener un manejo individualizado (34).

Apoyar el autocuidado brinda al paciente el rol protagónico en el manejo de su enfermedad al reconocerla y conocer los signos de alarma de los que debe estar pendiente, dándole autonomía cuando sabe cómo responder ante posibles situaciones de complicaciones (5).

Las intervenciones que se realicen no deben ser unilaterales, estos procesos deben plantearse desde las realidades de cada paciente. Para este punto, implementar una metodología participativa a partir de un análisis global de la realidad individual de cada persona con ECNT, inserta su realidad en la atención en salud, detectando a tiempo sus necesidades urgentes (28), que son las más importantes para ese paciente y que son factibles de atender por medio de los procesos instaurados durante la visita domiciliaria.

La educación para la salud del paciente con una ECNT debe evolucionar hacia un enfoque más participativo de emancipación y empoderamiento. El protocolo que vaya a desarrollarse debe considerar dentro de su diseño una estrategia de aproximaciones sucesivas (24).

Esto permite la apertura de espacios para socializar la información sobre el manejo y autocuidado de la persona con ECNT, esta socialización permitirá estimular una actitud más receptiva por parte

del paciente y su familia, motivando simultáneamente una conducta de apoyo tanto individual como colectiva para el mejoramiento continuo de las condiciones de vida de este grupo poblacional.

Satisfacer adecuadamente las necesidades de este segmento de la población es uno de los desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud. El diseño de la atención en salud es el principal determinante de la calidad de la atención de una población creciente de personas con ECNT (35).

La prestación habitual de los servicios de salud no satisface todas las necesidades de las personas con patologías de larga data, este inconveniente se visualiza incluso en los servicios mejor estructurados.

El punto débil de una atención domiciliaria radica en el intervalo de realización entre una visita y la siguiente, dado que en Ecuador el intervalo general entre las visitas domiciliarias al paciente es de dos meses en promedio (25), es importante considerar que el aspecto logístico, juega un rol importante, debido a que en ocasiones poder llegar al entorno de aquellos pacientes más distantes a la zona geográfica de una unidad de salud, puede convertirse en una odisea.

Siempre será significativo evaluar la rentabilidad de la visita domiciliaria, a la vez que se necesitan ECA multicéntricos de alta calidad para identificar qué forma, intensidad, la duración y la frecuencia de los programas de visitas domiciliarias más eficaces en el cuidado de pacientes con ECNT claves para un programa eficaz de visitas domiciliarias (30).

Lo que obliga a los servicios de salud en atención primaria a optimizarse mediante la implementación de innovaciones que incluyan facilidades para el personal de salud a nivel comunitario y domiciliario que permita solventar las necesidades de los pacientes con ECNT (6).

Es necesario complementar y comparar con otra evidencia para profundizar en el tema y formar un cuerpo de conocimiento e instrumento evaluatorio propio que contribuya a la mejora continua de las visitas domiciliarias dentro de la atención primaria en la vigilancia de los pacientes con ECNT.

## **CONCLUSIONES**

Es fundamental la determinación teórica de los beneficios que se pueden obtener en la vigilancia de los pacientes con ECNT, mediante la realización de una visita domiciliaria de calidad, siendo parte de las herramientas de la atención primaria que el personal de salud tiene para acercarse a la problemática de la comunidad como una estrategia de atención, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

La visita domiciliaria le da al profesional de la salud una perspectiva diferente de la capacidad de la persona y la familia para enfrentarse a sus problemas. Las técnicas empleadas para lograr un control efectivo de las ECNT son mejor desarrolladas en el entorno familiar a diferencia del abordaje en una cita médica habitual, por lo tanto el control y autocuidado del paciente a nivel domiciliario es un pilar importante para disminuir la prevalencia de las ECNT y sus posibles complicaciones.

Es importante el desarrollo de un baremo estandarizado para la evaluación de la calidad de una visita domiciliaria en la población adulta, la literatura solo detalla instrumentos aplicables en visitas pediátricas.

El médico de familia tiene un papel protagónico en la atención primaria de salud, siendo el profesional que tiene un seguimiento más cercano con la familia en su entorno, qué gracias a la ejecución de una visita domiciliaria de calidad puede desarrollar intervenciones activas sobre los determinantes de la salud.

### **Contribución del autor (s)**

Marín-Cuenca Santiago: Concepción y diseño del autor. Recolección de datos, revisión bibliográfica, escritura y análisis del artículo con lectura y aprobación de la versión final.

### **Información del autor (s)**

Marín-Cuenca Santiago, Médico Familiar y Comunitario, Universidad Central del Ecuador, Quito-Ecuador.

Tania Paola Pazmiño Lucio, Médico Familiar y Comunitario. Docente del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Central del Ecuador, Quito-Ecuador

### **Disponibilidad de datos**

Los datos fueron recolectados de revistas y bibliotecas virtuales y está a disposición.

### **Declaración de intereses**

El autor no reporta conflicto de intereses.

### **Autorización de publicación**

El autor autoriza su publicación en la revista Ateneo. El autor enviará firmado un formulario que será entregado al Editor.

### **Consentimiento informado**

El autor (s) deberán enviar al Editor, el consentimiento informado firmado por el paciente o sus representantes, previo a su publicación, en caso de investigación en seres humanos. Este caso no necesita.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. In: Ensanut-ECU 2012 [Internet]. Quito-Ecuador; Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
2. Colaboradores de la OMS, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Abril 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Organización Panamericana de la Salud. Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas. Organ Panam la salud, Washington, DC [Internet]. 2019;1–40. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>
4. Parra Osorio LM. La atención domiciliaria en los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA). Bogotá, Colombia; 2017.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; 2017.
6. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. BMC Fam Pract. 2018;19(1):1–13.
7. Basu J, Avila R, Ricciardi R. Hospital Readmission Rates in U.S. States: Are Readmissions Higher Where More Patients with Multiple Chronic Conditions Cluster? Health Serv Res. 2016;51(3):1135–51.
8. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin. 2014;24(1):79–89.

9. Brugerolles ME, Dois A, Mena C. Beneficio de la visita domiciliaria para los adultos mayores. *Horiz enfermería*. 2008;19(2):55–64.
10. Schodt S, Parr J, Araujo MC, Rubio-Codina M. La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias: Una revisión de la literatura. *La medición la Calid los Serv Visit Domic Una revisión la Lit*. 2015;
11. World Health Organization. Enfermedades no transmisibles. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
12. Nikoloudi M, Thanasko F, Parpa E, Kostopoulou S, Mystakidou K. The Experience of Living With Breast Cancer and the Assessment of Needs and Expectations. Disponible en <https://doi.org/10.1177/23743735211049663>. 2021 Oct;8:237437352110496.
13. Vicente-Herrero MT, Terradillos Garcia MJ, Aguado Benedi MJ, Capdevila García L, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Aguilar Jimenez E. Incapacidad y discapacidad: Diferencias conceptuales y legislativas. Disponible en: <http://www.aeeml.com>. 2016, pag. 15.
14. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas Vitales: Registro estadístico de Defunciones Generales. *Boletín Tec Regist Estadístico Defunciones Gen* [Internet]. 2021;1–13. Disponible en: [www.ecuadoren cifras.gob.ec](http://www.ecuadoren cifras.gob.ec)
15. Grau J. Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje de los factores psicosociales. *Salud Soc* [Internet]. 2016;7(2):138–66. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>
16. Institute for Health Metrics and Evaluation. Ecuador. 2019. Disponible en: <https://www.healthdata.org/ecuador?language=149>
17. Raghupathi W, Raghupathi V. An empirical study of chronic diseases in the united states: A visual analytics approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(3):10–2.
18. Ministerio de Salud Pública. Encuesta STEPS Ecuador 2018 Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>
19. Botin L, Bertelsen PS, Kayser L, Turner P, Villumsen S, Nøhr C. People centeredness, chronic conditions and diversity sensitive ehealth: Exploring emancipation of the ‘health care system’ and the ‘patient’ in health informatics. *Life*. 2020;10(12):1–14.
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS: Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, 2018, 211 pág.
21. Guevara Francesa G, Solís Cordero K. Visita domiciliaria: un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica*. 2018;34.
22. Organización Médica Colegial de España, Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de Buena Práctica Clínica en Atención domiciliaria*. Madrid, España; 2005.
23. Pan American Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas*. Washington, DC; 2013.

24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Modelo de Atención integral en salud, MSPAS, 2016. Disponible en: [https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Modelo\\_de\\_atencion\\_integral\\_en\\_salud\\_MSPAS.pdf](https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Modelo_de_atencion_integral_en_salud_MSPAS.pdf)
25. Ministerio de Salud Pública. Guía para la implementación del MAIS-FCI en poblaciones con problemas de accesibilidad a los servicios de salud. 2015;1–29. Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguinto/482/GUIA MAIS -FCI para poblaciones con dificil acceso.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguinto/482/GUIA MAIS -FCI para poblaciones con dificil acceso.pdf)
26. Ministerio de Salud. Visita Domiciliaria Integral. Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Resolución Exenta N°403 Chile; 2018.
27. American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians, American Osteopathic Association. Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. 2007.
28. Ramírez LV, Víctor Ramírez AC. Educación para adultos en el siglo XXI: análisis del modelo de educación para la vida y el trabajo en México ¿avances o retrocesos? *Tiempo Educ.* 2010;11(21):59–78.
29. Benkel I, Arnby M, Molander U. Living with a chronic disease: A quantitative study of the views of patients with a chronic disease on the change in their life situation. *SAGE Open Med.* 2020;8:205031212091035.
30. Ma Y, Lu H, Zhang Y, Wang Y, Li S, Yan F, et al. Effectiveness of home visiting on patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2021;100(10):e24072.
31. Cho MK, Kim MY. Self-management nursing intervention for controlling glucose among diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(23).
32. University of Birmingham Health Services Management Centre, NHS Institute for Innovation and Improvement. Improving Care for People with Long-Term Conditions. United Kingdom; 2006.
33. Estecha Querol S, Clarke P, Sattler ELP, Halford JCG, Gabbay M. Non-visible disease, the hidden disruptive experiences of chronic illness in adversity. *Int J Qual Stud Health Well-being [Internet].* 2020;15(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1857579>
34. Koor JG, McIntyre D, Chik WW, Chow CK, Thiagalingam A. Clinician-Created Educational Video Resources for Shared Decision-making in the Outpatient Management of Chronic Disease: Development and Evaluation Study. *J Med Internet Res* 2021;23(10)e26732. Disponible en: <https://www.jmir.org/2021/10/e26732>. 2021 Oct;23(10):e26732.
35. Anderson Rothman A, Wagner EH, Showstack JA. Chronic illness management: What is the role of primary care? *Ann Intern Med.* 2003;138(3):256–61. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00034>