



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Tema:

**“APLICABILIDAD DE LAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO
FAMILIAR EN LA EJECUCIÓN DE VISITAS
DOMICILIARIAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEPENDIENTES DEL
SEGURO SOCIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN
AMBULATORIA DE COTOCOLLAO ENERO – DICIEMBRE
DEL 2014”.**

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Autores:

GRACE CHÁVEZ GALLEGOS

ELIANA NARVÁEZ CAICEDO

Directora:

DRA. KATTY SEGARRA

QUITO - ECUADOR

AGOSTO, 2015

PARA TÍTULO PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS DE CUARTO
NIVEL
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **ELIANA MARGOTH NARVÁEZ CAICEDO** C.I. 0401102348 Y **GRACE ELÍZABETH CHÁVEZ GALLEGOS**, C.I. 0602163024, autores del trabajo de graduación titulado: **“APLICABILIDAD DE LAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA EJECUCIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEPENDIENTES DEL SEGURO SOCIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE COTOCOLLAO ENERO – DICIEMBRE DEL 2014”**, en la Facultad de Medicina:

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENECYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, para su difusión pública respetando los derechos del autor.
2. Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica de Ecuador a difundir a través del sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 21 de Agosto del 2015

Eliana Margoth Narvárez Caicedo
Gallegos
C.I. 0401102348

Grace Elizabeth Chávez
C.I. 0602163024



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina
Posgrado de Medicina Familiar

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Fax: 593 - 2 - 299 15 23
Telf: 593 - 2 - 299 17 00 ext. 1841
Quito - Ecuador

Quito 14 de agosto de 2015

CERTIFICADO DE SIMILITUD

CERTIFICO que el trabajo de investigación titulado

“APLICABILIDAD DE LAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA EJECUCIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEPENDIENTES DEL SEGURO SOCIAL DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DE COTOCOLLAO ENERO – DICIEMBRE DEL 2014”

De los autores

Grace Elizabeth Chávez Gallegos con CC # 0602163024
Eliana Margoth Narvaez Caicedo con CC # 0401102348

Tiene un índice de similitud menor del 10 % usando el programa informático URKUND
(<http://www.orkund.com>)

Atentamente,

Galo Sánchez del Hierro
Médico Familiar
Docente del Postgrado de Medicina Familiar
Docente de pregrado

AGRADECIMIENTOS

- A nuestros profesores Katty Segarra y Hugo Pereira quienes con su paciencia y sabiduría supieron guiarnos en el desarrollo de este trabajo de investigación.
- A los directivos, médicos y personal administrativo del dispensario del IESS Cotocollao, por facilitarnos los datos requeridos para llevar a cabo nuestro estudio.
- A nuestras familias, quienes se mantuvieron a nuestro lado brindándonos su apoyo incondicional y han sacrificado con amor momentos importantes.

RESUMEN

Con el fin de valorar la aplicabilidad de las competencias del Médico Familiar como medio de cumplimiento y efectividad del desempeño de la especialidad en el Ecuador, se pone en consideración el estudio realizado en un grupo poblacional representativo y general valorados en sus casas.

La población de estudio son pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, atendidos en su domicilio, durante el año 2014 Enero-Diciembre, por médicos familiares responsables del Programa de Visitas Domiciliarias del Centro de Atención Ambulatoria Cotacollao dependiente del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. El tamaño de la muestra fue de 314 pacientes, con nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%.

Se revisan y califican las historias clínicas, tomando en cuenta dos competencias del médico familiar descritas en CANMEDS-FM 2009, que son: comunicación y experticia en Medicina Familiar, este último enfocado en el uso de herramientas propias de la especialidad y la calidad de registro; además de la aplicación del cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9).

Por ser un estudio descriptivo mixto, el análisis se realiza a través del método inductivo basado en la observación de historias clínicas, y transversal aplicando el test validado en América Latina como instrumento de valoración de la relación médico- paciente.

ABSTRACT

A group of patients that have received medical attention in their homes has been analyzed in order to value the applicability of family doctor competences as a tool of accomplishment and effectiveness of this specialty in Ecuador.

The group considered in this study is a group of 314 elderly patients with chronic diseases, treated by family doctors from the Social Security Institute Program of Home Visits of the Outpatients Department of Cotacollao, from January to December 2014.

During this process, the medical records have been checked and valued considering two family doctor competences announced by the CANMEDS FM 2009, such as communication and expertise. The last parameter has been evaluated focus on the use of specific tools of the specialty and the registration the quality, besides of the Patient Doctor Relationship Questionnaire version questions 9 (PDRQ 9).

As a mixed descriptive study analysis is done through the inductive method based on observation of medical records, and cross- validated using the test in Latin America as a means of assessing the patient-physician relationship.

INDICE

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	ii
CERTIFICADO DE SIMILITUD	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INDICE	vii
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GÁFICOS	xii
REFERENCIA DE SIGLAS Y ABREVIATURA	xiv
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	5
1. Situación de los adultos mayores en Ecuador	5
2. La enfermedad crónica vista como crisis familiar no normativa	10
3. El cuidador del paciente crónico	12
4. Visitas domiciliarias	15
4.1. Definición	15
4.2. Objetivos y ventajas	15
4.3. Desventajas	16
4.4. Duración	16
4.5. Tipos	17
4.6. Indicaciones	17

4.7.	Etapas o fases:	18
4.8.	El Médico Familiar en las visitas domiciliarias	19
5.	Competencias de los Médicos Familiares	20
5.1.	Experticia en Medicina Familiar	22
5.2.	Comunicador	25
5.3.	Colaborador	26
5.4.	Gerente en salud	26
5.5.	Administrador de su práctica y una carrera efectiva	26
5.6.	Abogado de la salud	26
5.7.	Docto, científico e investigador	27
5.8.	Profesional	27
	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	28
	OBJETIVOS	29
	1. OBJETIVO GENERAL	29
	2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
	HIPÓTESIS:	30
	MATERIAL Y MÉTODOS	31
	1. Muestra	31
	1.1.Tamaño de muestra	31
	2. Criterios de inclusión	31
	3. Criterios de exclusión	31
	4. Tipo de estudio	32
	5. Técnica de investigación	32
	6. Instrumentos de investigación	32

6.1. Matriz basada en los formatos de historias clínicas del adulto mayor del Ministerio de Salud Pública Ecuador y Auditoria Médica de Colombia de las Historias Clínicas	32
6.2. Cuestionarios de satisfacción del paciente en relación a su Médico Familiar validado en nuestra población del PDRQ-9	32
6.3. Guía de entrevista dirigida a los médicos familiares responsables del Programa de Visitas Domiciliarias.	32
7. Fuente de información	32
8. Procedimiento de recolección de información y análisis de datos	34
9. Aspectos bioéticos	35
RESULTADOS	35
1. Variable experticia en Medicina Familiar	35
1.1. Calidad de registro	39
1.2. Aplicabilidad de herramientas en Medicina Familiar	
1.2.1. Guía de Entrevista dirigida a los Médicos Familiares responsables del Programa de Visitas Domiciliarias sobre APGAR, ecomapa y familiograma	40
1.2.2. Uso de guías anticipatorias y escalas geriátricas registradas en las historias clínicas	41
1.2.3. Contabilizar el número de visitas médicas al año para valorar la continuidad en el paciente	42
2. Variable comunicación	43
2.1. ¿Le ayuda su médico cuando lo necesita o le aqueja algo?:	43

2.2.¿Su médico tiene suficiente tiempo para usted?	43
2.3.¿Usted cree en su médico?	45
2.4.¿Su médico le entiende?	46
2.5.¿Siente que su médico se dedica a ayudarlo?	
2.6.¿Su médico y usted están de acuerdo sobre el origen de sus problemas?	46 48
2.7.¿Puede hablar sin temor con su médico?	48
2.8.¿Se siente contento con el tratamiento de su médico?	49
2.9.¿Siente que su médico es fácilmente accesible?	51
DISCUSIÓN	54
Limitantes del estudio	55
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFIA	65
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

1. Valoración de los parámetros motivo de consulta, enfermedad actual y diagnóstico de las historias clínicas en las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014 Pág. 37
2. Valoración de los parámetros guías anticipatorias y escalas geriátricas de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014 41
3. Opciones de respuesta del cuestionario de relación médico – paciente (PDRQ-9) 43

LISTA DE GRÁFICOS

1. Valoración de la calidad en general, de las historias clínicas en las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014	Pág. 36
2. Valoración del parámetro total de antecedentes de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014	37
3. Valoración del parámetro revisión de sistemas de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014	38
4. Valoración del parámetro examen físico de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014	38
5. Valoración del parámetro plan y manejo de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014	39
6. Valoración del número de atenciones médicas de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014	42
7. Primera pregunta ¿le ayuda su médico cuando lo necesita o le aqueja algo? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador	44
8. Segunda pregunta ¿su médico tiene suficiente tiempo para usted?	

del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador	44
9. Tercera pregunta ¿usted cree en su médico? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)tomado a paciente - cuidador	45
10. Cuarta pregunta ¿su médico le entiende? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)tomado a paciente - cuidador	46
11. Quinta pregunta ¿siente que su médico se dedica a ayudarle? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente - cuidador	47
12. Sexta pregunta ¿su médico y usted están de acuerdo sobre el origen de sus problemas? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador	47
13. Séptima pregunta ¿puede hablar sin temor con su médico? Del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)tomado a paciente – cuidador	48
14. Octava pregunta ¿se siente contento con el tratamiento de su médico? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador	49
15. Novena pregunta ¿siente que su médico es fácilmente accesible? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)tomado a paciente - cuidador	50

REFERENCIA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

- APGAR: Adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos
- CANMEDS-FM: Médicos Canadienses de Medicina Familiar
- C.A.A: Centro de Atención Ambulatoria
- CONASA: Consejo Nacional de Salud
- CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria
- CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
- ENEMDU: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
- FF-SIL: cuestionario de funcionamiento familiar
- FIRO: Fundamental Interpersonal Relations Orientation
- IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- INHOMESSS: Inmovilidad, Nutrición, Home-vivienda, Otra gente, Medicamentos, Exámenes, Seguridad, Salud espiritual, Servicios de agencia en el hogar
- MAIS-FC: Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PDRQ-9: Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas
- PRACTICE: problema, roles, afecto, comunicación, tiempo en la vida, enfermedades, gestión del estrés, medio ambiente / ecología.
- RCPSC Royal College of Physicians and Surgeons de Canada
- SABE: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento
- WONCA: World Organization of National Colleges, Academies

INTRODUCCIÓN

La continuidad en la atención del Médico Familiar es fundamental, no solo en la enfermedad sino, a lo largo de todas sus etapas, formando una narrativa de su vida, en cuya historia tiene que estar inmiscuida la prevención y promoción de la salud.

Según las proyecciones, la prevalencia de personas que requerirán cuidados del médico a largo plazo es más del 60%, por un aumento moderado de la esperanza de vida, promedio dado en los próximos treinta años (1). En el 2008, se calculaba que siete de cada cien ecuatorianos/as eran personas adultas mayores, entre los rangos de edad de 65 a 69 años y de 70 a 74 años donde se concentra más del 50% de ellas, es así que se ha observado grupos octogenarios con mayor frecuencia, y hasta en algunas ciudades personas que llegan al centenario.(2), por lo que, se suman a la misión del Modelo de Atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador donde se dicta que se debe brindar una atención integral con calidez, calidad, eficiencia y eficacia a los adultos mayores. (3). Y qué mejor, sino de una manera personalizada, directa, sin quitar la libertad del paciente, realizando el control a través de visitas domiciliarias. Este tipo de actividad está diseñada para promover la salud de las personas mayores y para proporcionar vigilancia y apoyo(4). Sin olvidarse de una vida autónoma e independiente que siempre anhela el adulto mayor.

La visita domiciliaria es integral en un escenario rico en posibilidades, para aplicar la práctica de Medicina Familiar, donde se puede conocer el lugar donde vive, las personas que le rodean, sus relaciones y las circunstancias en las que se desarrolla (5); es por lo que, el Ministerio de Inclusión Social dicta características

que deben tener estas visitas, resaltando que el personal de salud del primer nivel deben cumplir y considerar las siguientes (6):

1. Faciliten o adecuen un espacio para la integración familiar durante las visitas;
2. Proporcionen los recursos del medio para realizar las actividades previstas en esta modalidad;
3. Otorgar sitios óptimos, procurando darle su propio espacio y dignidad al adulto mayor.
4. Los promotores y el coordinador de esta modalidad, coordinarán con las instancias correspondientes, al utilizar espacios comunales para las actividades de recreación, educación e información para sus familias y la sociedad.

Hay que tener presente que, desde el punto de vista de la Salud Pública no suele ser esto lo que el enfermo y la familia esperan. En el imaginario, el médico acude al domicilio para resolver los problemas, para ofrecer caminos que solventen las quejas del paciente(7).

Neufeld y Norman indican: que el médico debe ser capaz tanto en lo técnico (conocimientos y habilidades) como en la comunicación de los pacientes y sus colegas.(8) Es por eso que, se ve necesario la evaluación de un par de competencias (comunicación y experticia en Medicina Familiar) en la práctica cotidiana para realizar visitas domiciliarias, como la base principal en respuesta a las necesidades, esperanzas y requerimientos del medio en el que viven.

A principios de 1990, los becarios de la Universidad Royal de Medicina y Cirugía de Canadá, con el apoyo de la institución caritativa de la Asociación de Servicios Médicos,

resaltaron la importante labor de la educación de los futuros médicos de Ontario, proyecto basado en el desarrollo de competencias para médicos especialistas (9). CANMEDS-Family Medicine 2009 es relativamente un nuevo concepto en educación del Médico Familiar. Este instrumento fue creado por los médicos de atención primaria en Canadá, para la educación médica, la evaluación en el aprendizaje del médico, y la acreditación de los programas de residencia (10) que consta de ocho competencias: comunicador, experticia en Medicina Familiar, colaborador, gerente en salud, administrador de su práctica, abogado de la salud, investigador y profesional (11); este instrumento se convierte en la guía más relevante y útil que describe las competencias que el Médico Familiar realiza en su práctica diaria.(12)

Según Henríquez y Sánchez, en Ecuador la aplicabilidad de las competencia tratan de jerarquizar el rol del Médico Familiar en los grupos de Atención Primaria en Salud, resaltando así, competencias de tres tipos: genéricas, específicas y propias de la especialidad, entre las cuales se destacan los principios de continuidad, coordinación e integralidad en la atención de los individuos, las familias y la comunidad particular en la que el profesional actúa (13), por lo antes dicho, la comunicación y la experticia deben estar en sus bases estructurales y caracterizarse técnicamente en la valoración de las competencias del Médico Familiar sobre todo en el programa de visitas domiciliarias de adultos mayores con enfermedades crónicas.(14)

La comunicación se puede evaluar a través del grado de empatía y relación médico paciente, para esto el instrumento a utilizar es Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) (15), la experticia como Médico Familiar es la elaboración de herramientas para diagnóstico familiar (eco mapa,

familiograma y APGAR), y además valorar el instrumento base de todo médico que es la realización de una historia clínica de calidad.(16)

En definitiva, las competencias del Médico Familiar al ejecutar las visitas domiciliarias como programa de atención primaria, resaltan los principales valores de los y las profesionales del Sistema Sanitario Público e Interinstitucional del país en cumplimiento de sus labores ante la sociedad, comunidad y el paciente a su cuidado.

MARCO TEÓRICO

En el país como en otros países existe una prevalencia importante de enfermedades crónicas que afectan principalmente a la población de adultos mayores que demandan del cuidado familiar y de terceras personas, de forma permanente en relación al grado de discapacidad que estos presenten, lo que en muchas ocasiones imposibilita que el adulto mayor pueda acudir a los servicios de consulta externa y que amerite atención médica domiciliaria para su valoración integral.

1. Situación de los adultos mayores en Ecuador

Según lo reportado en el último censo poblacional realizado en el año 2010, Ecuador cuenta con una población aproximada de 14`483.499 habitantes, con un crecimiento poblacional anual de 1.7%, correspondiendo a la población mayor de 65 años el 6.5%, de este porcentaje el 53% son mujeres y el 47% hombres, cuya identificación étnica predominante es la mestiza, seguida por blanca e indígena. Las provincias con mayor población anciana son Pichincha y Guayas con aproximadamente 90.000 habitantes(17).

Del total de adultos mayores que habitan en Ecuador, el 57.4% se encuentra en condiciones de pobreza y pobreza extrema probablemente relacionados con la dificultad para generar ingresos económicos. Según la encuesta SABE (Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento) 132.365 personas mayores de 65 años viven solos y de estos 41.000 lo hacen en condiciones socioeconómicas malas e incluso en la indigencia, descuidados o abandonados por su familia. Cabe destacar

además que el 5% de adultos mayores tienen a su cargo el cuidado de otras personas, especialmente nietos, este porcentaje ha incrementado de la mano con los procesos migratorios.(18)

Para el año 2009, con respecto a los ingresos económicos, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos a través de la encuesta ENEMDU (Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo), reporta que el 56% de adultos mayores tiene ingresos propios, el 25% son asalariados, 7% patronos, 10% oficios sin remuneración y el 2.1% en servicio doméstico. El sueldo promedio fue de trescientos dólares para hombres y doscientos diez dólares para las mujeres. (18)

En lo que corresponde a la esperanza de vida, ha incrementado entre el 2001 - 2010 elevándose de 73.8 a 75 años en promedio siendo mayor para el grupo femenino 78.2 años versus 72.3 años en la población masculina, se estima que en 17 años el grupo etario mayor de 65 años incrementará del 6 al 9.3%, probablemente como resultado del mejoramiento de los servicios sanitarios, mayor cobertura y el enfoque preventivo de la atención primaria. En el año 2009 el gasto público en salud fue de 2.9% del producto interno bruto. (17) Pero a pesar de esto, estudios realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), la esperanza de vida en nuestro país se mantiene por debajo de la calculada para otros países como, Chile, Argentina, Uruguay, Costa Rica, México, Cuba y Panamá. Según las estimaciones efectuadas en el año 2010 por el INEC Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, las provincias con mayor esperanza de vida son Loja, Azuay, Santa Elena, Pichincha y Carchi con un promedio de vida de 75.6 a 77.7 años con un posible incremento para el año 2020 de 77.5 a 79 años. Por el contrario las provincias con menor esperanza de vida

son: Los Ríos, Esmeraldas, Chimborazo, Cotopaxi y Guayas, (75- 76 años como esperanza de vida). (17)

Cada año mueren alrededor de 34.000 adultos mayores. Para el año 2010 la tasa de mortalidad en adultos mayores fue de 38 por 1.000 habitantes en mujeres, ligeramente más alto en hombres, 44 por 1.000 habitantes. Estos datos están directamente relacionados con la calidad de vida, funcionalidad, autonomía, factores de riesgo y comorbilidades. Se ha reportado que uno de cada tres personas mayores presenta alguna enfermedad crónica. Considerándose las siguientes patologías como principales causas de mortalidad por 100.000 habitantes: Hipertensión Arterial (30,3), Diabetes Mellitus (28,3), Neoplasias (770, más alta en mujeres), Insuficiencia cardiaca e Infarto agudo de miocardio (14,1). Y como causas frecuentes de morbilidad las enfermedades infecciosas especialmente neumonía, gastroenteritis y la descompensación de las enfermedades crónicas a las que se suman el deterioro cognitivo y la depresión. Sin olvidar que existe un alto porcentaje de adultos mayores, 27.2%, con trastornos visuales, auditivos y otras discapacidades físicas, mentales o mixtas que alteran su capacidad funcional o autonomía. (2)(19)(20)

El estudio realizado por el equipo de atención ambulatoria del IESS de Cuenca en el año 2013, en 433 pacientes geriátricos (63% mujeres y 37% hombres) atendidos en domicilio durante los meses de septiembre y diciembre, encontraron que las enfermedades más frecuente fueron: Hipertensión Arterial (32%), depresión (13%), poliartrrosis 9%, diabetes mellitus (8%), demencia senil (8%) e hipotiroidismo (6%). (19)(21)

Como respuesta a esta situación epidemiológica, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha establecido un plan de acción integral basado en referentes de la Estrategia Global de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles de la OMS (*Organización Mundial de la Salud*), enfocándose en la prevención y control de la enfermedad, promoviendo normas, protocolos clínicos y terapéuticos para el manejo de enfermedades crónicas, tanto a nivel público como privado con la finalidad de mejorar la calidad de atención. Se ha enfocado en cuatro líneas básicas: a) Políticas Públicas, b) Vigilancia Epidemiológica, c) Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad y d) Manejo de los Servicios y sus factores de Riesgo. (17)

Estas estrategias permiten reducir los costos para el paciente y su familia, e influyen en la economía del país, ya que las complicaciones de las patologías crónicas se traducen en discapacidades, días perdidos de trabajo, menor producción y mayor generación de pobreza.

Además cabe anotar que el proceso de envejecimiento que conlleva al desarrollo de enfermedades crónicas genera deterioro progresivo del estado funcional y atentan contra la autonomía del individuo y requieren apoyo permanente de un cuidador con todas las repercusiones en su entorno biológico, psicológico y social. En el ámbito educacional en el país, únicamente el 54,9% de personas mayores de 65 años han completado el ciclo básico.(2)

Según datos del último censo poblacional del año 2010, el 68.5% de adultos mayores cuentan con vivienda propia. El 30% está al cuidado de terceras personas especialmente cónyuges u otros familiares, de estos el 14.7% fueron víctimas de maltrato, específicamente insultos y el 14.9% corresponde a negligencia y abandono. Con el incremento de la edad y en asociación a factores

de riesgo se ha observado que nueve de cada diez personas ancianas que acuden por fractura de cadera tienen el antecedente de caídas, las mismas que constituyen el 75% de las muertes accidentales en mayores de 75 años. Además cabe destacar que solo el 23% de la población mayor de 65 años es afiliada al IESS y el 75% no cuenta con ningún seguro de salud.(2) (17)

En año de 1948, se contempla por primera vez al adulto mayor en la Declaración Universal de los Derechos Humanos con la finalidad de brindarle una vida digna y segura. En el Ecuador, en el año 1991, se establece la Ley del anciano. Para el año de 1998 la Constitución de la República, reconoce a las personas adultos mayores como un grupo vulnerable, que requiere atención y trato especial, este concepto se cambia para el año 2008, ya que el término vulnerable podría ser discriminatorio y la constitución contempla a este grupo de población como “Grupo de Atención Prioritaria”, que obliga al estado la protección y cumplimiento de sus derechos como lo estipula el “Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en las áreas de protección contra la violencia e inclusión social y económica. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad...” cuya responsabilidad corresponde al Ministerio de Inclusión Económica y Social. (17)(18)

El convivir con un adulto mayor con enfermedades crónicas, demanda cambios en el sistema familiar que permiten la adaptación ante la situación que se ha presentado y de estos cambios depende el futuro del paciente y su familia. Es decir, la familia afronta una crisis familiar.

2. La enfermedad crónica vista como crisis familiar no normativa

La crisis familiar es un desequilibrio del balance entre demandas y capacidades de la familia provocando la desorganización del sistema familiar generando cambios en el mismo. Existen dos tipos de crisis: normativas y no normativa, la primera hace referencia a cambios propios de la evolución de la vida familiar, como el matrimonio.(22)

La crisis familiar no normativa se produce cuando ocurren eventos inesperados o catastróficos por así llamarlos, se perciben como una amenaza a la supervivencia familiar y causa sentimientos impotencia o minusvalía en quien lo sufre, por ejemplo las enfermedades físicas o mentales, separación conyugal, muertes inesperadas, etc. De estas, las enfermedades crónicas y degenerativas son las más frecuentes causando cambios importantes de adaptación a nivel personal ya que requerirán del apoyo y cuidado permanente de terceras personas ocasionando un reordenamiento de la dinámica familiar. (22)

Según la OMS, el 50% de adultos mayores que padecen enfermedades crónicas han limitado sus actividades y en el 75% de estos casos, la familia se ha convertido en protagonista de su cuidado. Añade que, cuando esto ocurre existen severos cambios en esta estructura familiar, es decir un reordenamiento que les permita afrontar este tipo de crisis. Para que esto suceda, existen tres momentos clave en la correlación enfermedad y familia: 1. Asimilación diagnóstica e impacto generado al momento del diagnóstico, 2. La aceptación familiar y reestructuración consecuente, 3. Fase terminal de la enfermedad y preparación para la muerte. Durante este proceso pueden suceder dos escenarios: 1.

Completa adaptación de la familia hacia la enfermedad y 2. Disfuncionalidad, rechazo y abandono del enfermo.(23)

Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica la familia puede reaccionar de diversas formas como mecanismo de defensa ante la crisis, por ejemplo el aislamiento, se niegan a los cambios o se vuelven rígidas. En otras ocasiones esta situación provoca consolidaciones o fortalecimiento de las relaciones familiares, especialmente cuidador y enfermo. (23)(24)

La progresión de la enfermedad crónica obliga a la familia a mantenerse en constante cambio. Existen factores que hacen más difícil la adaptación especialmente si el enfermo era fuente de ingreso económico en el hogar, la incapacidad física o psíquica, la severidad de la enfermedad, el apoyo familiar y social con el que cuentan y la personalidad del enfermo previo al diagnóstico. (23)

En la mayoría de las familias es una sola persona que asume la responsabilidad del cuidado del paciente crónico, el parentesco ayuda a comprender los sentimientos del mismo, en algunos casos pueden existir sentimientos encontrados, por un lado la satisfacción de brindarle amor y calidad de vida al enfermo y por otro la sensación de impotencia, culpabilidad, ira, cansancio y sentimiento de aislamiento social, conflictos laborales e incluso un evidente cambio de roles. (23)(24)

El papel del Médico Familiar es entender a fondo la dinámica y estructura familiar que le permita identificar la realidad social, entorno, ciclo vital familiar, los principales rasgos de personalidad del paciente y de su familia, especialmente del cuidador e incluso averiguar si ya han enfrentado situaciones similares, para poder prever las crisis y proporcionar guías anticipatorias.(25)(26)

El grado de impacto en la familia depende de varios factores, tanto protectores como de vulnerabilidad. Esto incluye: la personalidad del enfermo, su relación familiar, el tipo de familia, estructura familiar, redes de apoyo, experiencias de crisis previas y la forma de enfrentarlos, el nivel socio económico y educacional de sus integrantes.(24) (27)

La familia constituye una pieza clave en el cuidado del adulto mayor con enfermedades crónicas, en la aceptación de la enfermedad, así como también en la evolución natural de las mismas y posibles complicaciones. Esta función, por así decirlo a la larga constituye una carga para el cuidador tanto que puede llegar a comprometer su salud y bienestar.

3. El cuidador del paciente crónico

Cuidar significa proporcionar a una persona lo que necesita para su bienestar, y cuidador hace referencia a la persona que presta dicha ayuda, el cuidado requerido está en relación directa con el grado de discapacidad.(28)

Generalmente es un familiar del paciente el que adquiere esta responsabilidad, lo ideal sería que existan tres tipos de cuidadores: el cuidador principal que asume el cuidado diario, el cuidador secundario que ayude al principal evitando la sobrecarga y el cuidador profesional que actúa en ejercicio de su profesión. Lamentablemente, se ha observado que la disponibilidad de cuidador secundario o cuidado rotacional familiar únicamente ocurre en el 20% de los casos.(28)(26)

El Síndrome del Cuidador Cansado se caracteriza por un conjunto de síntomas que aqueja a personas que se encuentran cuidando de otras y que afectan de manera progresiva su esfera biológica (cefalea, cansancio, insomnio, dolores crónicos, etc.), social (aislamiento, conflictos laborales y familiares), psicológica (estrés y ansiedad) e incluso económica, llevándole a tal grado de frustración que

fracasa en sus labores de cuidado. Además, modificaciones relacionadas con la transformación de roles, aumento de responsabilidades familiares, cambios en el estilo de vida y búsqueda de redes de apoyo. (28)(29)

En el estudio realizado por Romero. Z, en cuidadores de pacientes con demencia se encontró que dentro de los problemas sociales se destacan la disminución de tiempo libre(60%), sentimiento de soledad (40%), aislamiento (30%) y en relación a los problemas psicológicos predominaron depresión (77%), cansancio (69%), ansiedad (63%) y agresividad (55%). (30)(31)

Por todo lo antes citado, se ha considerado al cuidador como un verdadero paciente en el que se han generado una serie de sentimientos encontrados que conllevan a una baja autoestima, pérdida de identidad, sentimientos de culpa, irritabilidad, el cambio a un rol paterno, temor a heredar la enfermedad y el duelo ante la idea del fallecimiento del familiar.(27)(32)

Son las mujeres (87%) quienes frecuentemente adoptan el rol de cuidador, en edades comprendidas entre 50 y 60 años, y con menor frecuencia las mayores de 75 años, la aparición de signos de cuidador cansado en este grupo está en una relación de 1:3 mujeres que han adoptado esta función.(29)

En el estudio realizado en Andalucía, 2003 por Astudillo. W, muestra que las mujeres son el grupo más vulnerable, puesto que tienen que desempeñar varios roles a la vez, es decir, son cuidadoras, madres, esposas e hijas.(30)

Se ha evidenciado que las esposas adquieren con mayor resignación la función de cuidador como acto de gratitud u obligación matrimonial. En relación a los hijos

y hermanos, la aceptación es menor, ya que no identifican el cuidado del adulto mayor como parte de su rol de vida, pero a pesar de esto son las hijas quienes con mayor frecuencia asumen este papel como acto de reciprocidad hacia sus padres o por deber cultural, ya que aún se conserva la idea de que la función de las mujeres es el hogar y el cuidado, en cambio los hombres desempeñan el papel de proveedores. En la actualidad debido a la incorporación de la mujer al ámbito laboral y la reducción del tamaño familiar ha disminuido la disponibilidad para el cuidado. Por otro lado, se ha notado la pérdida de la solidez familiar como base de la sociedad con su rol inherente de proteger a cada uno de sus miembros lo que se ha reflejado en el abandono de los adultos mayores o falta de apoyo hacia el cuidador principal.(30)(32)

Es trascendental que el Médico Familiar durante la consulta o visita domiciliaria dirija su atención no solo al paciente, sino también a la persona que lo cuida y al entorno familiar, buscar signos que hagan sospechar agotamiento como falta de interés hacia el familiar a su cuidado, rasgos depresivos, solicitudes frecuentes de atención médica, peticiones constantes de institucionalización, crítica excesiva hacia el manejo médico e incluso agresividad, falta de participación e indiferencia. Una vez detectados estos rasgos, se realizará una intervención integral en la que el profesional de la salud debe mejorar en el cuidador la habilidad para superar situaciones estresantes mediante la priorización de problemas y marcación de límites, formar grupos de apoyo terapéutico en el cual el cuidador pueda expresar sus experiencias, dudas, adquirir destrezas de superación y manejo de emociones durante las crisis, incluido el duelo. (31)(26)

El domicilio puede constituir el ambiente ideal para el cuidado de los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, siempre y cuando exista soporte

familiar adecuado, apoyo al cuidador principal y el paciente no requiera manejo especializado. Por tal motivo es responsabilidad del Médico Familiar mantener al paciente dentro de su domicilio en las mejores condiciones sanitarias, realizando seguimiento continuo a través de la visita domiciliaria.(28)

4. Visitas domiciliarias

La presencia de enfermedades van disminuyendo la calidad de vida y la sociedad tiene la obligación de poner soluciones inmediatas, las cuales se pueden sustentar en la práctica de visitas domiciliarias(7), las que cumplen propósitos importantes que son: 1. comodidad y seguridad del paciente, y 2. la facilidad para conocer la dinámica y estructura familiar, entre otras.(33)

4.1. Definición:

Una visita domiciliaria es la atención médica ambulatoria más antigua e interpersonal descrita, donde el equipo de salud se traslada al domicilio del paciente, interesado en conocer sus requerimientos propios, entorno familiar y comunitario,(34) y debe ser coordinada con la familia o cuidador, y desarrollarse en su presencia.

4.2.Objetivos y ventajas:

- Mantener autonomía de la persona adulta mayor(34)
- Incorporar estrategias de prevención(35)
- Buscar mejorar la calidad de vida del paciente y la familia
- Comprometer al paciente y sus familia como responsables del cuidado de su salud(36)
- Educar y aprender de las familias destacando sus capacidades(37)

- Socializar las competencias del Médico Familiar como son la comunicación, relación médico paciente y entrevista clínica(34)
- Evaluar impacto en el entorno familiar que ocasiona la visita domiciliaria en su medio bio-psicosocial(38)

4.3.Desventajas:

Lamentablemente los puntos en contra, aunque pocos, son de gran importancia administrativa, es una actividad que requiere de consumo de recursos económicos y tiempo, ya que el rendimiento de una visita es de una a dos horas(34) y a veces se requiere doblar o triplicar la visita(39) para alcanzar lo programado con el paciente en estudio, y en muchos de los casos no se pueden cumplir las expectativas de los pacientes o familias(36)

La distancia que se debe recorrer para localizar a los pacientes en sus casas, muchas veces es muy larga, por lo que se pierde tiempo y hay subutilización de recursos humanos llevando a un desánimo y apatía del equipo de trabajo.

4.4.Duración:

En la gran mayoría se establece que la visita domiciliaria es un encuentro directo entre el personal de salud y entorno familiar capaz de adquirir y conseguir la suficiente información como para realizar un óptimo trabajo y satisfacer la demanda del paciente, pero esto está directamente influenciado con el tiempo que su ejecución puede tomar, ya que el tiempo incluido desplazamiento y duración efectiva llega a ser en promedio 33 minutos, con solo una tercera parte destinada a la atención.(35) Sin tomar en cuenta el gran número de variables que pueden influir como es el tipo de visita domiciliaria que se realice o las condiciones en la

que el paciente se encuentre, y además aspectos geográficos como distancia, movilización y tráfico.

4.5.Tipos:

Para el Médico Familiar es recomendable una visita integral, ya que abarca la mayoría de propósitos de los otros tipos de visitas domiciliarias, pero, sin embargo se da a conocer cada tipo de visitas, ya que se pueden aplicar o desarrollar en una misma visita.

Visita domiciliaria integral: se cita de manera textual la definición del Protocolo de Atención Integral Continua del Ministerio de Inclusión Económica y Social *“Conjunto de actuaciones estructuradas, dirigidas a garantizar el cumplimiento terapéutico, farmacológico o no, prescrito a las personas adultas mayores, para promover, mantener o recuperar su estado de salud física y mental. Se inicia tras la incorporación de la persona al servicio de atención domiciliaria y se extiende durante toda la etapa de asistencia”*,⁽³⁴⁾ destacando que pueden ser visitas por enfermedad, a pacientes terminales, para evaluación del hogar y seguimiento al alta hospitalaria, especialmente. ⁽⁴⁰⁾

Además, puede clasificarse según el número de visitas, **primera** donde ocurre la entrevista inicial, o **subsecuente** en la que se lleva a cabo la continuidad de atención. Pudiendo ser estas de manera **programada**, es decir, para atención en tareas de tipo curativo, preventivo, de rehabilitación, de educación, promoción del autocuidado, o, **a demanda** que puede ser **urgente** o **emergente** dependiendo la prioridad.

4.6.Indicaciones:

Varios son los criterios que se fijan para ejecutar una visita domiciliaria, como por ejemplo, socioeconómicos, administrativo, demográficos,

epidemiológicos(36)(37) entre otras, o puede ser según su enfoque, destacando el carácter de diagnóstico, preventivo, educativo, prescripción y ejecución, curativo, de seguimiento(35)(34), etc.

Según la OMS en 1981, las indicaciones para visitas domiciliarias son dirigidas a necesidades socio demográficas en su mayoría, como dar preferencia a los adultos mayores de 80 años, o personas que viven solas, que no pueden desplazarse por sí mismas, con alta hospitalaria reciente o que requieren medicación vital, también a familias con enfermos graves, terminales o con algún grado de incapacidad(36).

4.7.Etapas o fases:

Se destaca cinco fases (programación, planificación, ejecución, evaluación y registro) como parte de un modelo de gestión, el cual se encarga de coordinar y tramitar nuestra actividad de manera integral.

- ✚ Programación: en cada una de las agendas del personal médico deben estar coordinados los días, horas y grupos que realizarán esta labor, además de establecer un contacto inicial(34), quien será el solicitante y dador de datos de filiación del paciente.
- ✚ Planificación: se debe identificar el motivo que impulsa la visita, valorar el medio socioeconómico de la comunidad y antecedentes de la persona, trazarse objetivos, preparar el equipo y material necesario para el desarrollo de la visita, y verificar direcciones(39).
- ✚ Ejecución: con una entrevista semi estructurada se lleva a cabo el plan y los objetivos básicos de una visita domiciliaria, cabe destacar que por lo general la primera visita es diagnóstica, es el primer acercamiento con el personal de salud(37), además, donde debe haber una negociación del cuerpo médico ofertando su paquete de salud para entrar en un círculo de

confianza y respeto, priorizando problemas encontrados, valorando el microambiente y acordando un plan integral de salud para la familia(38).

✚ Evaluación y Registro: desde que el personal de salud inicia la despedida se dejan las primeras impresiones, sean tipo preventivo, curativo, informativo, etc. al paciente o familia en general, procurando resaltar el cumplimiento del motivo del llamado.

Con el personal de salud después se cruza información de lo observado y recolectado, se conceptualiza al paciente conjuntamente con su familia, y también se valora la utilidad de esa visita como profesionales para la elaboración de un informe de desempeño.(37)

Se debe actualizar constantemente la información de las actividades del paciente y de su cuidador/familia en la plantilla designada para recolección de datos, sea esta la historia clínica o la ficha familiar(38).

No se deben olvidar puntos básicos como indicar los servicios de las unidades médicas que pueden acudir, la fecha de la próxima cita, agradecer por la confianza de recibir al equipo médico en su hogar y despedirse con tranquilidad.

4.8.El Médico Familiar en las visitas domiciliarias:

El Médico Familiar tiene la autorización y supervisión de servicios especializados que puede aplicar en el hogar, por lo que se ha convertido en una competencia básica del médico con gran responsabilidad para su labor, para lo que se ha creado una nemotecnia para que en cada visita pueda evaluar de manera integral al paciente y su entorno vital:

“INHOMESSS” (**I**nmovilidad, **N**utrición, **H**ome-vivienda, **O**tra gente, **M**edicamentos, **E**xámenes, **S**eguridad, **S**alud espiritual, **S**ervicios de agencia en el hogar).(40)

Siendo que en las visita domiciliare se requieren de profesionales que tengan actitudes y virtudes especiales, por ser un modelo de atención totalmente humanístico, y llegar a explorar la intimidad de cada paciente con cualidades altamente desarrolladas como la observación, el sentir y tomar contacto directo, es recomendable dar a conocer las competencias de los Médicos Familiares, que por sus habilidades de estudio son uno de los profesionales más óptimos para ejecutar este programa.

5. Competencias de los Médicos Familiares

La Medicina Familiar nace desde la época de los 60's, en Estados Unidos de Norteamérica(41), se extiende paulatinamente por Latinoamérica, siendo México el primer país en adoptarla en su sistema de salud, la cual se basa, según WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies*) (1997) en brindar atención integral y continua en toda persona que lo solicitare, y además, ser el coordinador para referencias a otras sub-especialidades(7)(42), todo dentro de los parámetros culturales, socioeconómicos y psicológicos de la comunidad a la que pertenece.

En 1987, gracias a la unión entre la Universidad Católica de Cuenca y el Hospital Voz Andes de Quito se instaura la especialidad de Medicina Familiar en Ecuador, un año más tarde, en 1988, la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar se funda con el aval y los lineamientos que la CIMF (*Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria*) y WONCA promulgan(13)(43).

El Médico Familiar se capacita para adquirir una serie de competencias que los van a distinguir de las otras especialidades médicas. En la Real Academia de la

Lengua Española se define como Competencia a la pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado, y es así como el Médico Familiar promulga elementos axiológicos y deontológicos de su desempeño como médico de atención primaria(44)(45). Y con este lineamiento se publica en el Registro Oficial N° 449 del 22 de octubre del 2008 la declaratoria como especialidad médica que será la base profesional para llevar a cabo el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-FC)(13).

Para un buen desempeño del Médico Familiar requiere de roles profesionales para el cumplimiento de sus competencias, tanto en la persona que solicita su ayuda, como en la familia y la comunidad, destacándose los siguientes:

1. Comprensión humana: con bases en un grado supremo de empatía con el paciente y su entorno(45).
2. Profesionalismo como médico y docente(46)
3. Valoración del perfil epidemiológico(47)
4. Activista en pro de la comunidad y familia(43)
5. Coordinador del trabajo en equipo(42)
6. Ser especialista en personas(7)

Atributos que el Médico Familiar los brinda con efectividad y calidad científica (48). Cada uno de los roles profesionales se van complementando con una serie de competencias, por lo que se ha tomado en cuenta los diversos estudios que se realizan como CANMEDS framework of the Royal College of Physicians and Surgeons de Canada (RCPSC), the Accreditation Council for Graduate Medical Education, the Educational Agenda of the Council of the European Academy of Teachers in General Practice, the Curriculum for Australian General Practice, y

Royal College of General Practitioners in the United Kingdom(49), los cuales llegan a un acuerdo, congregar en principios de desempeño del Médico Familiar:

1. El crear un enlace directo con el desempeño de otras especialidades médicas, 2. educación continua del Médico Familiar y, 3. ejercicio profesional de calidad (49)(11) con lo que se publicó las Competencias del Médico Familiar CANMEDS 2009, llevándose en Ontario – Canadá designando ocho competencias como las ideales, que todo Médico Familiar debe poseer en su buen desempeño conjuntamente con el desarrollo de la sociedad con atención continua (11)(50), y estas son:

1. Experticia en Medicina Familiar
2. Comunicador
3. Colaborador
4. Gerente en salud
5. Administrador de su práctica y una carrera efectiva
6. Abogado de la Salud
7. Docto, científico e investigador
8. Profesional

5.1 Experticia en Medicina Familiar

Ser experto en medicina es establecer y mantener conocimientos clínicos, habilidades y actitudes que se requieren en la práctica con el objetivo de cumplir las necesidades de la población y el paciente(51)

Los Médicos Familiares son capaces de captar y manejar el 85% de patologías con un poder resolutivo absoluto, y además, puede aplicar una serie de instrumentos que permiten valorar al entorno familiar y detectar trastornos psicosociales de la familia(52)

Es así como se detalla en una guía el proceso diagnóstico en la práctica clínica de la Medicina Familiar basada en el MCCP (Método Clínico en el Paciente) desarrollado por el Center for Studies in Family Medicine que promulga la destreza de aplicar aspectos biomédicos, datos epidemiológicos, relación médico paciente – familia – comunidad y consenso del manejo de la patología del paciente con su médico, todo como herramienta de trabajo del médico en calidad y calidez. (53)

En el maravilloso mundo de la Medicina Familiar se requieren a más de la experticia en clínica, varias herramientas de evaluación a la familia, característica que la distingue de las otras especialidades médicas,(54)(55) que le ayudarán a profundizar la estructura y dinámica familiar, llevando a un diagnóstico concluyente de manera más integral.

▶ **Para estructura familiar:**

Dentro de este grupo podemos citar aquellos medios didácticos que llevan a caracterizar al paciente en su entorno familiar y comunidad, reflejando el tamaño, número de generaciones, ontogénesis de la familia, ciclos vitales(55) entre otros, y estos son:

- ✚ Descripción de integrantes: indicación simple de las personas que habitan en el hogar.
- ✚ Genograma: representación gráfica en forma de árbol genealógico, al menos tres generaciones.(54)

- ✚ Familiograma: representación esquemática de la familia.(56)
- ✚ Líneas de vida: esquema o tabla temporal donde se dispone momentos importantes de eventos vitales o de la propia biografía.
- ✚ PRACTICE: problema, roles, afecto, comunicación, tiempo en la vida, enfermedades, gestión del estrés, medio ambiente / ecología.
- ✚ Ecomapa: muestra relación de cada miembro con redes primarias y secundarias.(56)
- ✚ Guías anticipatorias: sirven de orientación a la práctica clínica.
- ✚ Ficha familiar: conjunto de prestaciones y procesos para la atención.
- ✚ HISTORIA CLÍNICA: es el modo de registro más adecuado. Según el CONASA (*Consejo Nacional de Salud*) se la define como un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.
Historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor: Tiene la finalidad de contribuir a mejorar la atención integral de salud de calidad a las personas adultas mayores, adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención.(57)
- ▶ **Para dinámica familiar:** Oliveira, Eternod y López en García 1999 describen a la dinámica familiar como el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que se establece en el interior de la familia...(58), así podemos detallar etapas de su desarrollo, crisis familiares y cumplimiento de las funciones básicas, cuyos principales instrumentos a utilizar se mencionan:

- ✚ APGAR (*adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos*): aproximación a los procesos familiares. (56)
- ✚ Círculo familiar: genera un espacio de diálogo sobre la familia. (56)
- ✚ Entrevista Familiar: es el primer contacto con la familia y determina en gran medida el tratamiento.
- ✚ Visita domiciliaria Integral: valorar relación paciente familia comunidad desde su propio hogar.(59)
- ✚ FIRO: (*Fundamental Interpersonal Relations Orientation*)
- ✚ FF-SIL: cuestionario de funcionamiento familiar.

5.2.Comunicador

La comunicación debe ser un vínculo para fomentar una impecable relación, crear una confidencialidad e interpretar su requerimiento biopsicosocial, es decir, que el médico demuestre estar interesado en su paciente.(11)

Cohen(15) sugirió que el apoyo social puede ofrecer los tres tipos de recursos en la relación médico paciente:

- a) Instrumental: involucrando el proveer ayuda material,
- b) Emocional: que conlleva la expresión de empatía, cuidado y confianza, e
- c) Informativa: que incluye proveer información relevante para ayudar al individuo a entender mejor el problema y a tolerar las dificultades.

Para poder desarrollar una adecuada relación médico paciente se requiere de mucha empatía durante la entrevista. Donde empatizar no solo en un entorno social y material sino sobre todo personal.(60) y esto nos lleva a alcanzar y sintetizar información destacada de los pacientes y las familias, colegas y otros profesionales.

Vander Fitz-Cornelis y su grupo adaptaron un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en Atención Primaria que evaluase la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Así, crearon y validaron el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ)²⁰, que más tarde Mingote et al adaptaron al castellano, y se sintetizó a 9 preguntas con la misma eficacia en sus resultados (61).

5.3.Colaborador

Es un profesional que trabaja en equipo y gusta por ser una persona entusiasta, proactiva, y dada a sus labores con el mayor entusiasmo

5.4.Gerente en salud

Ser un profesional participativo en actividades que ayuden a la eficacia de sus propias prácticas, las organizaciones y los sistemas de salud,(45) siendo políticos críticos de su gobierno y adaptarse a los cambios de legislaciones de salud que este establezca.(50)

5.5.Administrador de su práctica y una carrera efectiva

Debe ser líder, coordinador y difusor de las políticas de salud que favorezcan a la población pero sobre todo ser un prestador de servicios especializado en la familia, preparado para asignar los recursos sanitarios finitos apropiadamente.(48)
Capaz de optimizar recursos sea humanos, tiempo, económicos o materiales(46)

5.6.Abogado de la salud

Responder a las necesidades de cada paciente y los problemas de salud como parte de la atención al paciente, como lo detalla la Carta de Ottawa, OMS en 1986 “la

promoción de la salud es el proceso que permite a las personas y comunidades incrementar el control sobre salud para mejorarla”(44)

5.7.Docto, científico e investigador

Mantener un aprendizaje continuo, con uso de fuentes clínicas basadas en la evidencia, por ejemplo en uptodate, que influyan en la calidad del desempeño médico y conocimiento actual de él.(62)

Aprender a conocer, combinar a hacer, a vivir juntos y llegar a ser(63) un maestro de conocimientos sociales, científicos y demográficos, enmarcándose como una labor del educador a los pacientes, familiares, legos y otros colegas profesionales de la salud, llegando hasta influir al público en general, contestando todas las preguntas que cada día se presentan en la consulta diaria con actualidad y veracidad.(62)

Competencia que va estrechamente a contribuir con la innovación, extensión, aplicación y transformación de información científica, difundiendo mediante el compromiso firme de la docencia como herramienta de trabajo para transferir prácticas clínicas de calidad.(46)

5.8.Profesional

Debe mostrar un compromiso con sus pacientes, la profesión y la sociedad a través de la práctica ética. Tener la capacidad de resolución de problemas de salud individual, comprender y socializar políticas de Estado y el Sistema de salud, demostrar un compromiso humanístico con principios y normas éticas, desarrollar un contexto individual, familiar, comunitario, aceptando la diversidad social y cultural.(44)

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Aplican los Médicos Familiares las competencias (comunicación y experticia en Medicina Familiar) en la ejecución de visitas domiciliarias en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas dependientes del Seguro Social del Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao, Enero – Diciembre del 2014?

OBJETIVOS

3. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la aplicabilidad de las competencias (comunicación y experticia en Medicina Familiar) del Médico Familiar en la ejecución de visitas domiciliarias en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas dependientes del Seguro Social del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao, Enero – Diciembre del 2014

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Valorar la experticia del Médico Familiar en la aplicación de herramientas en la dinámica y estructura familiar.
- b. Analizar la calidad de registro de las historias clínicas como identificación del conocimiento clínico del Médico Familiar.
- c. Evaluar el nivel de comunicación de los Médicos Familiares en el proceso de relación médico paciente.

HIPÓTESIS:

Los Médicos Familiares aplican las competencias (comunicación y experticia en Medicina Familiar) en la ejecución de visitas domiciliarias en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas dependientes del Seguro Social del Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao, Enero – Diciembre del 2014

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Muestra

Dirigido a adultos mayores que padecen enfermedades crónicas y que forman parte del Programa de Visitas Domiciliarias atendidos por Médicos Familiares pertenecientes al Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao, durante el año 2014.

1.1. Tamaño de muestra:

Este estudio se llevó a cabo en 314 historias clínicas de un universo de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, registrados como atendidos en su domicilio, durante el año 2014 por Médicos Familiares responsables del Programa de Visitas Domiciliarias del Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao. El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%

2. Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores, con enfermedades crónicas, de ambos sexos que formaron parte del programa de Visitas Domiciliarias del Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao.
- Pacientes atendidos en el domicilio exclusivamente por Médicos Familiares.
- Atención médica domiciliaria realizada durante los meses de Enero a Diciembre del 2014

3. Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades crónicas menores de 65 años de edad

- Pacientes sin enfermedades crónicas, que son atendidos en consulta externa y que no forman parte del Programa de Visitas Domiciliarias o no pertenecen al área de cobertura del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao.
- Pacientes que no fueron atendidos durante el año 2014.
- Pacientes atendidos por médicos que no son Especialistas de Medicina Familiar.

4. Tipo de estudio

Este trabajo es Descriptivo mixto

5. Técnica de investigación

Aplicación de test de relación médico-paciente, revisión de Historias Clínicas y desarrollo de entrevista semi estructurada.

6. Instrumentos de investigación:

- 6.1. Matriz basada en los formatos de historias clínicas del adulto mayor del Ministerio de Salud Pública Ecuador y Auditoria Médica de Colombia de las Historias Clínicas,
- 6.2. Cuestionario de satisfacción del paciente en relación a su Médico Familiar validado en nuestra población del PDRQ-9, y
- 6.3. Guía de entrevista dirigida a los Médicos Familiares responsables del Programa de Visitas Domiciliarias.

7. Fuente de información:

Historias clínicas, Médicos Familiares y pacientes

8. Procedimiento de recolección de información y análisis de datos

Previa solicitud al Director Médico del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao se realiza el presente trabajo investigativo en la institución a su cargo y con la ayuda del departamento de estadística se obtiene acceso al número de historias clínicas de los pacientes atendidos en el Programa de Visitas Domiciliarias. Posteriormente se seleccionó las mismas de acuerdo a los criterios de inclusión descritos en este trabajo de investigación. Una vez seleccionada la muestra de trabajo se procede a la revisión y calificación de las historias clínicas tomando en cuenta dos de las competencias del Médico Familiar descritas en CANMEDS-FM 2009 que comprenden 1. EXPERTICIA EN MEDICINA FAMILIAR descrita como la eficacia en medicina para llevar un buen registro médico, y la aplicación de herramientas adecuadas en su trabajo con el objetivo de cumplir las necesidades de la población y el paciente, bajo los siguientes términos: a) CALIDAD DE REGISTRO, que corresponde a la elaboración de una matriz basada en los formatos de historias clínicas del adulto mayor del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Auditoria Médica de Colombia de las Historias Clínicas, que comprende motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, revisión actual de sistemas, examen físico, diagnóstico, plan de manejo y tratamiento, calificándose con un total de 100 puntos y designándose como historias clínicas de alta calidad un puntaje mayor a 90 puntos, calidad aceptable de 80 a 90 puntos y calidad inaceptables si se obtiene un puntaje menor a 80 puntos. Y b) APLICABILIDAD DE HERRAMIENTAS EN MEDICINA FAMILIAR, instrumentos de Medicina Familiar (APGAR, ecomapa, familiograma, escalas geriátricas, guías anticipatorias) seleccionados para valorar dinámica y estructura familiar de cada paciente. 2. COMUNICACIÓN: entendida como la empatía que genera el médico en sus pacientes para mantener una

adecuada relación médico paciente, la misma que se valora a través de la aplicación del cuestionarios PDRQ-9 (Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas) a los pacientes – cuidadores registrados en el programa de Visitas Domiciliarias atendidos durante los meses de Febrero y Marzo del 2015.

Al ser un estudio descriptivo mixto el análisis se realiza a través de un método inductivo basado en la observación de historias ya registradas, cálculo de medidas de tendencia central e intervalos de confianza. Y se complementa con la aplicación de encuestas a pacientes-cuidadores a través de un método transversal.

La tabulación de datos se realizó en el programa PSPP versión 0.8.4 de acceso libre y la elaboración de gráficos y tablas de registro en el programa Microsoft Office Excel 2007.

9. Aspectos bioéticos

Para la aplicación del test se firmaron previamente los consentimientos informados

RESULTADOS

Se analizaron 314 historias clínicas de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que fueron atendidos en el programa de visita domiciliaria por Médicos Familiares tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión señalados para este estudio.

1. Variable experticia en Medicina Familiar

Para la variable experticia en Medicina Familiar se evaluó a través de la calidad de registro médico y la aplicación de herramientas en Medicina Familiar.

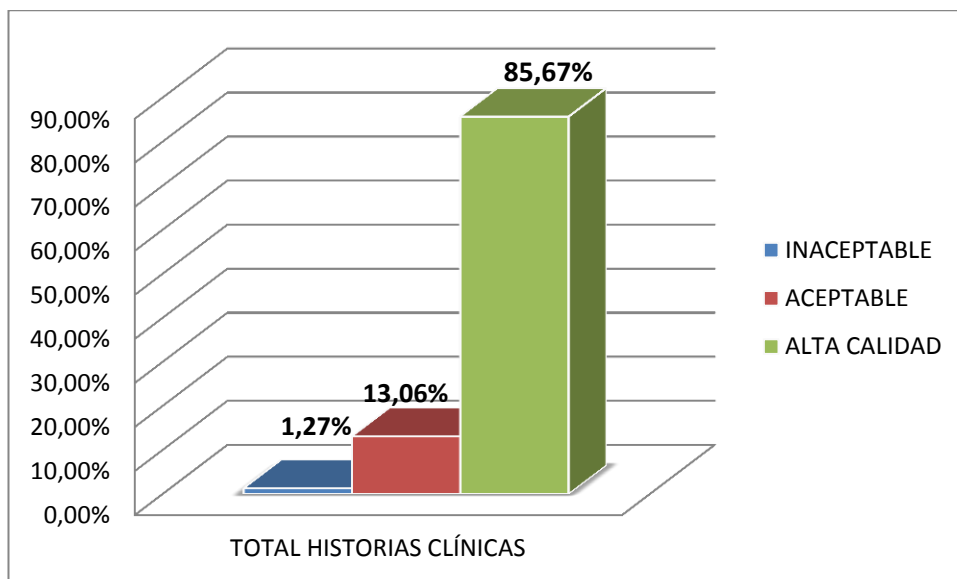
1.1. Calidad de registro

La calidad de registro se calificó sobre un puntaje máximo de 100, en donde se establecieron rangos de 90- 100\ correspondiente a ALTA CALIDAD, 80-89 puntos CALIDAD ACEPTABLE y puntaje < a 80 puntos CALIDAD INACEPTABLE, para lo cual se valoraron los siguientes diez parámetros principales: motivo de consulta, descripción de enfermedad actual, antecedentes, revisión de sistemas, examen físico, diagnóstico, plan y manejo, guías anticipatorias, aplicación de escalas y puntaje total.

Cada parámetro tiene un puntaje designado que se colocó de acuerdo a la visualización del ítem registrado en la historia clínica electrónica que maneja el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con el programa AS-400. (Anexo 1)

Dando así como resultado que del total de historias clínicas evaluadas son del 85,67% para ALTA CALIDAD, el 13,06% de CALIDAD ACEPTABLE y 1,27% como CALIDAD INACEPTABLE, con una MEDIA de 91,9 e Intervalo de Confianza (IC) de 91.52 (LI) a 92,26 (LS) (Gráfico 1).

Gráfico N° 1. Valoración de la calidad en general, de las historias clínicas en las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014



Fuente: Historias clínicas del C.A.A Cotocollao – IESS

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

Los resultados de la evaluación de la calidad de cada parámetro de las historias clínicas son los siguientes: el 100% de estas son de *alta calidad* en lo que se refiere a *Motivo de Consulta, Enfermedad Actual, y Diagnóstico* (Tabla 1).

En tanto que en relación al ítem de *Antecedentes* se registraron el 2,87% como *alta calidad*, 67,83% como *calidad aceptable* y 29,3% de *calidad inaceptable*.(Gráfico 2)

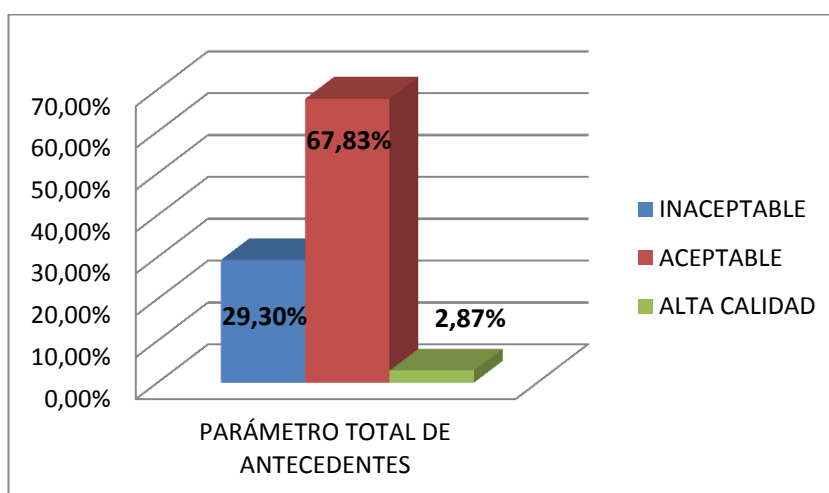
Tabla 1. Valoración de los parámetros motivo de consulta, enfermedad actual y diagnóstico de las historias clínicas en las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014

	FRECUENCIA	ETIQUETA DE VALOR	PORCENTAJE
Motivo de Consulta	314	Alta calidad	100%
Enfermedad Actual			
Diagnóstico			

Fuente: Historias clínicas del C.A.A Cotocollao – IESS

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

Gráfico 2. Valoración del parámetro total de antecedentes de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014

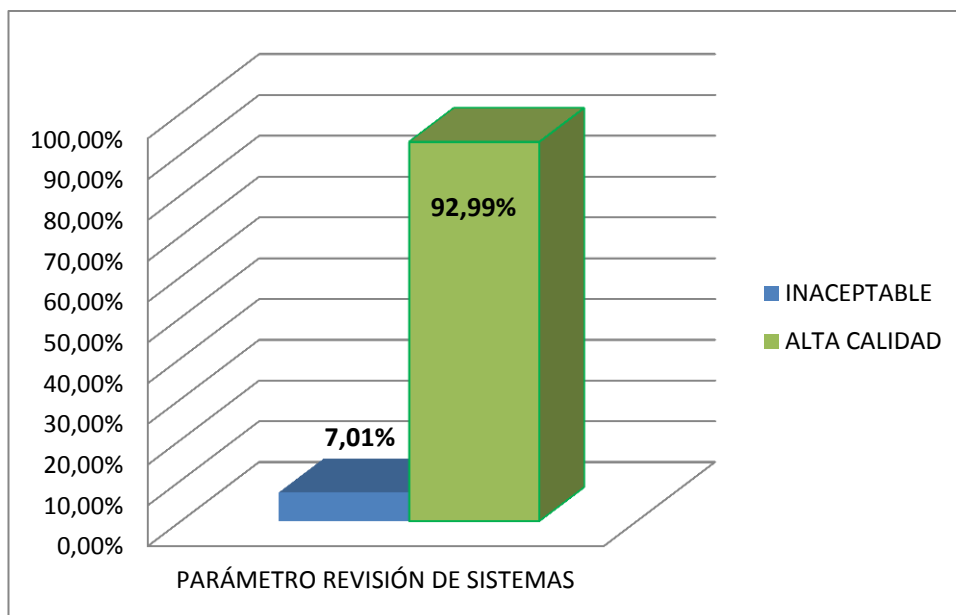


Fuente: Historias clínicas del C.A.A Cotocollao – IESS

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

En la parte correspondiente a *Revisión Actual de Sistemas* el 92,99% fueron de *alta calidad* y el 7,01% de *calidad inaceptable*. (Gráfico 3) Para *Examen Físico* se observó el 4,46% como *alta calidad*, 93,95% de *calidad aceptable* y 1,59% de *calidad inaceptable*. (Gráfico 4) En lo que corresponde a *Plan de Manejo y Tratamiento* el 72,29% se calificaron como *alta calidad* y el 27,71% restante de *calidad aceptable*. (Gráfico 3)

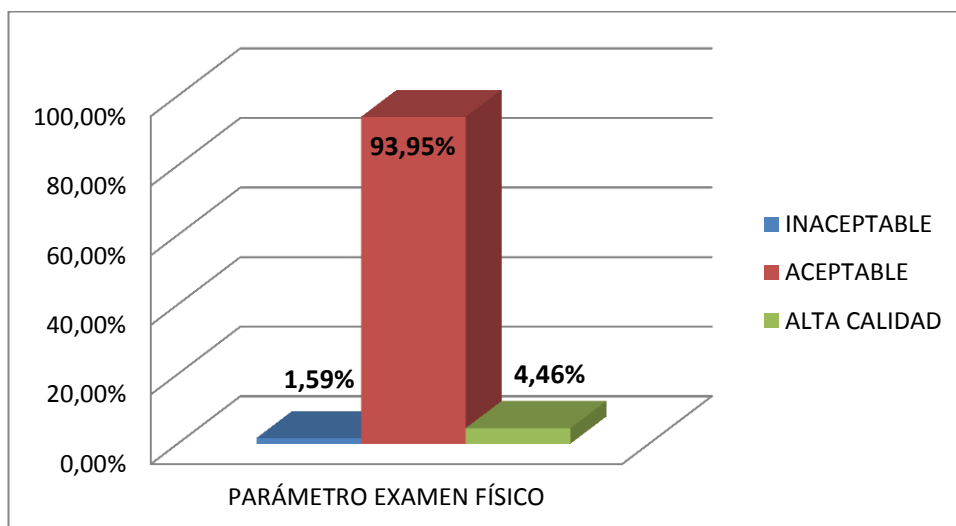
Gráfico 3. Valoración del parámetro revisión de sistemas de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014



Fuente: Historias clínicas del C.A.A Cotocollao – IESS

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

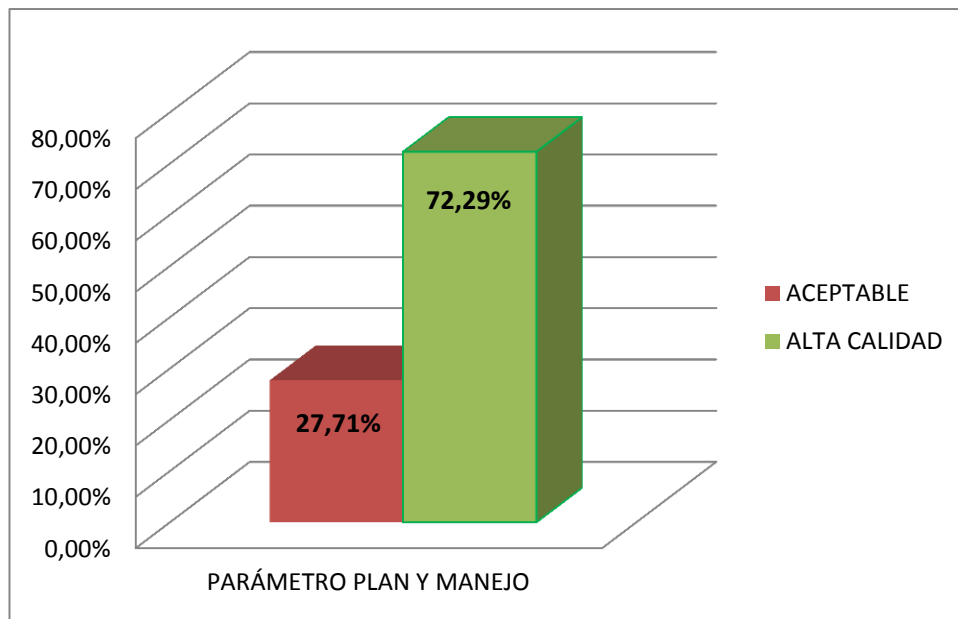
Gráfico 4. Valoración del parámetro examen físico de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014



Fuente: Historias clínicas del C.A.A Cotocollao – IESS

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

Gráfico 5. Valoración del parámetro plan y manejo de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014



Fuente: Historias clínicas del C.A.A Cotocollao – IESS

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

1.2. Aplicabilidad de herramientas en Medicina Familiar

Para el análisis de la aplicabilidad de herramientas en Medicina Familiar lo dividimos en tres partes: la primera, aplicación de entrevista a los Médicos Familiares sobre APGAR, ecomapa y familiograma, la segunda relacionada al uso de guías anticipatorias y escalas geriátricas registradas en las historias clínicas de cada paciente, y la tercera parte contabilizando el número de visitas médicas al año para valorar la continuidad en el paciente.

1.2.1. Guía de Entrevista dirigida a los Médicos Familiares responsables del Programa de Visitas Domiciliarias sobre APGAR, ecomapa y familiograma

En lo que corresponde al uso de instrumentos se hizo una entrevista semi estructurada con 4 preguntas abiertas mediante las cuales los dos únicos Médicos Familiares designados al Programa de Visitas Domiciliarias en el C.A.A Cotocollao - IESS refieren que por la estructura de la historia clínica informática no se pueden graficar APGAR, ecomapa y familiograma, instrumentos que ellos los realizan y registran de forma individual en carpetas personales durante la primera consulta del paciente. (Anexo 2).

Ambos médicos con experiencia de más o menos cinco años en el Programa de Visitas Domiciliarias, uno de ellos fue quien lo implementó en este dispensario, detallan que aproximadamente ingresan de nueve a diez pacientes por mes, justificando la causa a la longevidad de la población y que esta a su vez acarrea más problemas de discapacidad, la experiencia les ha llevado a estar preparados con flujograma de acción y de procedimientos, y a pulir detalles que solo en el pasar del tiempo se dieron cuenta, como solicitar la presencia de los familiares desde la salida del dispensario para que les guíen en la dirección de la casa y estén presentes en el momento de la visita.

Además, en este tiempo han visto algunas falencias que sin dejar de ser importantes no han disminuido la calidad de atención, como son 1. La falta de una ficha clínica para visitas domiciliarias específicamente, a pesar de que al inicio del programa si las tenían, hoy por falta de recursos y sobre todo por el sistema electrónico que tienen las instituciones del Instituto Ecuatorianos de Seguridad Social con el programa AS-400 tuvieron que modificar la historia clínica

electrónica a sus requerimientos de acuerdo a cada visita impidiendo el registro gráfico de instrumentos para la valoración de la dinámica y estructura familiar. 2. También por tener un sistema computarizado no poseen equipo portátil en cada visita y deben llevar un registro a borrador y al siguiente día llegar a su consultorio en el dispensario para pasar la información recolectada y despachar los medicamentos, llevándoles hacer doble trabajo.

Señalan además que el espíritu investigador de los Médicos Familiares está presente ya que, están realizando un proyecto sobre las visitas familiares que se inició en los primeros años de ejecución, y que ven de manera positiva el extender el estudio a la actualidad, ya que los médicos llevan sus registros personales como una especie de folder portafolio donde almacenan la información que no se puede ingresar en el programa AS-400, como familiograma. APGAR, ciclo familiar, ciclo de pareja, ecomapa, entre otros, documentos que podrían ser tabulados y hacer un estudio mayor.

1.2.2. Uso de guías anticipatorias y escalas geriátricas registradas en las historias clínicas

En lo referente a la aplicación de guías anticipatorias y escalas geriátricas se observó que el 100% de las historias clínicas registraban adecuadamente estas variables (Tabla 2). Por tanto el Intervalo de confianza es cero.

Tabla 2. Valoración de los parámetros guías anticipatorias y escalas geriátricas de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014

	Frecuencia	Porcentaje
Guías anticipatorias	314	100%
Escalas geriátricas		

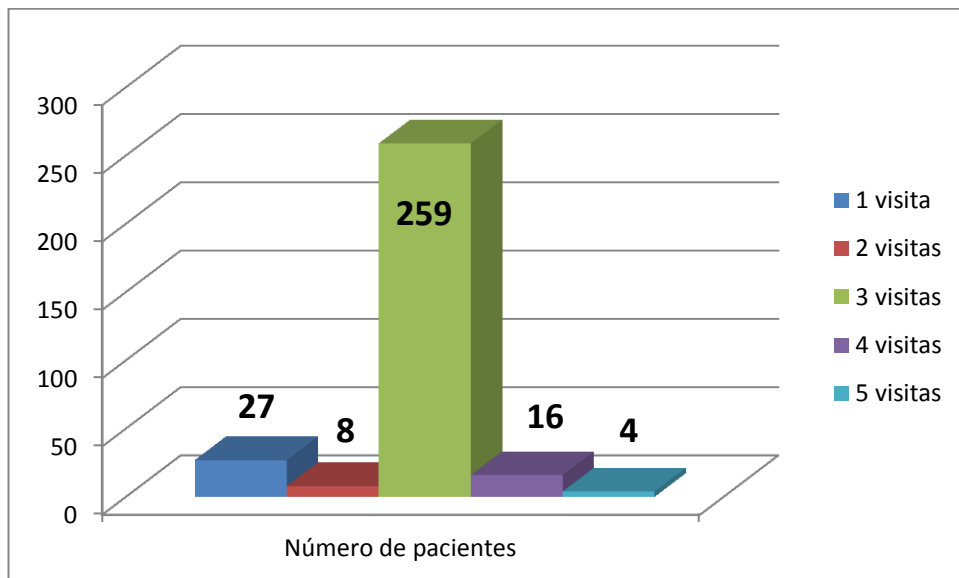
Fuente: Historias clínicas del C.A.A Cotocollao – IESS

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

1.2.3. Contabilizar el número de visitas médicas al año para valorar la continuidad en el paciente

Para valorar la continuidad en el paciente se contabilizó el número de visitas médicas al año donde se obtiene un rango desde una visita hasta 5 visitas al año por paciente, teniendo como mayor número a 3 visitas al año correspondiente a 259 pacientes, mientras que a 27 pacientes solo recibieron una visita, 8 pacientes recibieron 2 visitas, 16 pacientes recibieron 4 visitas y 4 pacientes 5 visitas al año. (Gráfico 6), en términos generales al realizar el promedio total de todas las visitas domiciliarias/paciente/año se obtiene 2,87 visitas al año.

Gráfico 6. Valoración del número de atenciones médicas de las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014



Fuente: Historias clínicas del C.A.A Cotocollao – IESS

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

2. Variable comunicación

Esta variable se evaluó a través de la aplicación del Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) a 30 pacientes o cuidadores visitados en su domicilio por Médicos Familiares. El cual está dividido en nueve preguntas con 5 opciones en sus repuestas (Tabla 3):

Tabla 3. Opciones de respuesta del cuestionario de relación médico – paciente (PDRQ-9)

PUNTAJE	ITEMS
1	Nunca
2	Rara vez
3	Algunas veces
4	Casi Siempre
5	Siempre

Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)

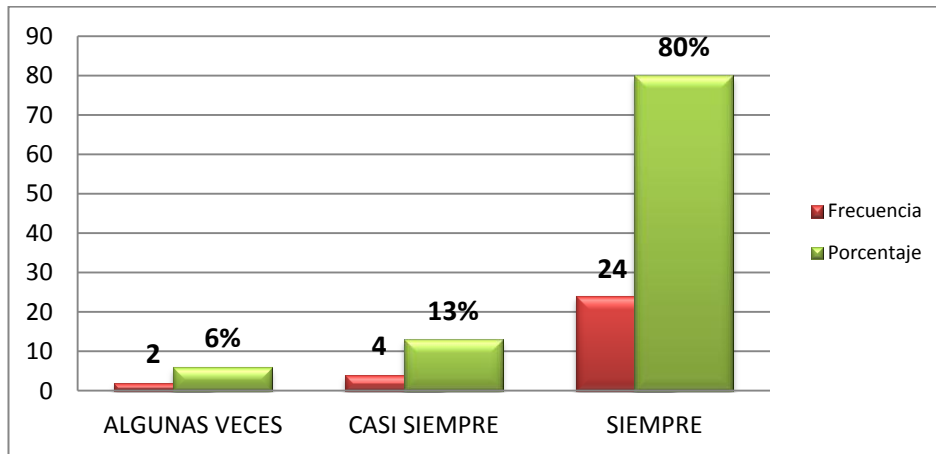
2.1. ¿Le ayuda su médico cuando lo necesita o le aqueja algo?:

Se demuestra que del total de encuestados, 24 personas contestaron siempre que corresponde al 80%, 4 personas contestaron casi siempre correspondiente al 13,33% y 2 personas algunas veces correspondiente al 6,67% (Gráfico 7).

2.2. ¿Su médico tiene suficiente tiempo para usted?

Para la cantidad de tiempo que designa el médico a la atención, 26 personas contestaron que siempre tiene suficiente tiempo para él, que corresponde al 86,67%, 3 personas indicaron que casi siempre tiene el suficiente tiempo, que equivale al 10% y el resto algunas veces con 3,33% (Gráfico 8).

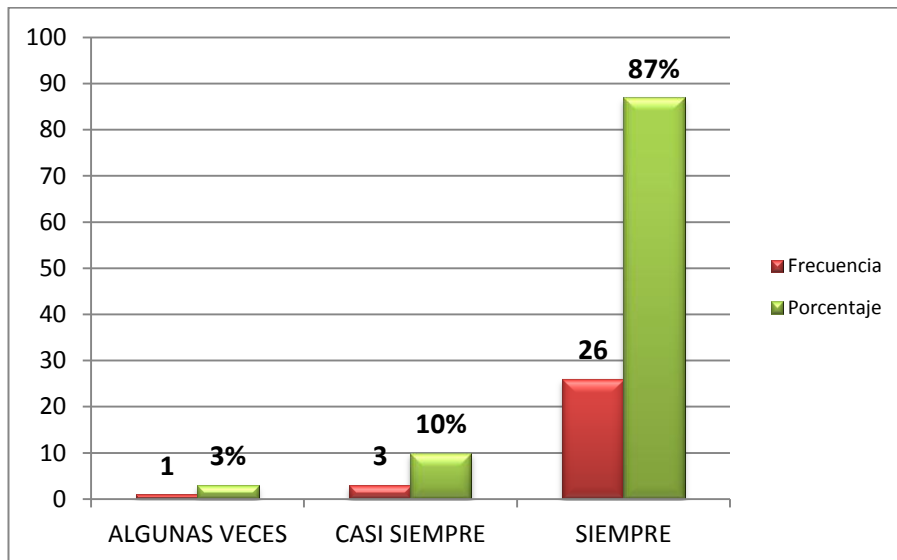
Gráfico 7. Primera pregunta ¿le ayuda su médico cuando lo necesita o le aqueja algo? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador



Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

Gráfico 8. Segunda pregunta ¿su médico tiene suficiente tiempo para usted? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente - cuidador



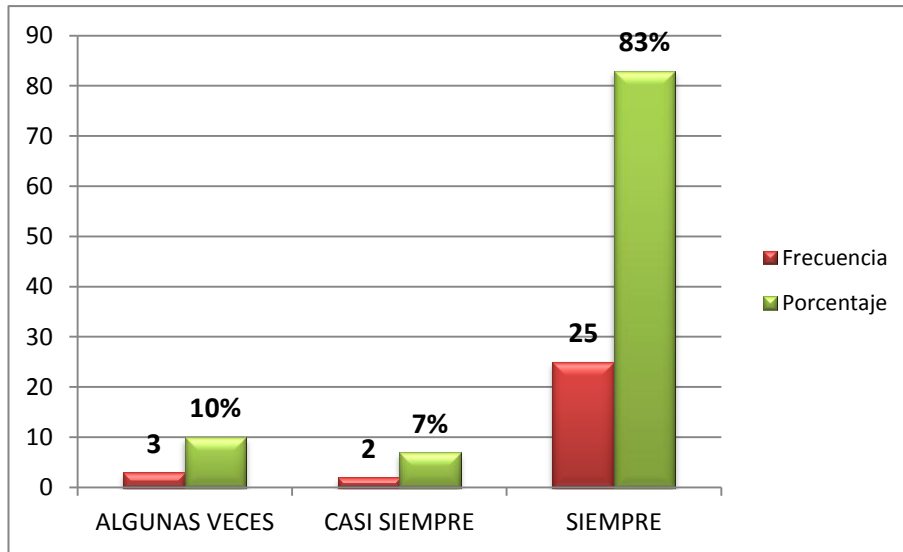
Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

2.3.¿Usted cree en su médico?

Confiar en su médico arroja los siguientes resultados: 25 personas indican siempre con 83,33%, 2 personas afirman casi siempre con 6,67% y 3 personas aseguran solo algunas veces que equivale al 10%. (Gráfico 9).

Gráfico 9. Tercera pregunta ¿usted cree en su médico? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)tomado a paciente - cuidador

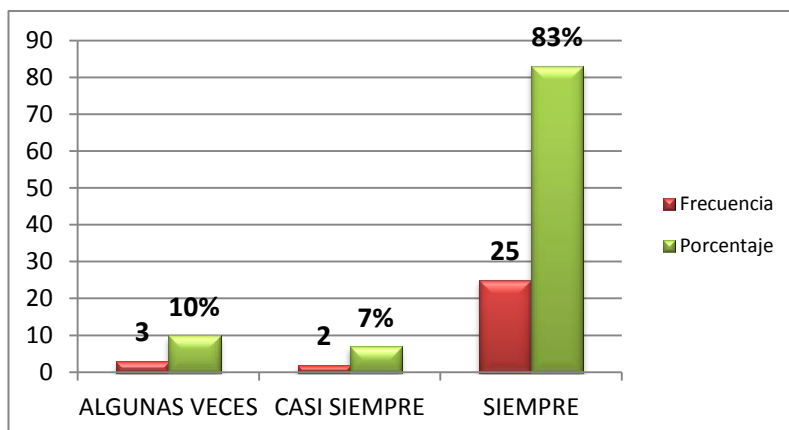


Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)
Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

2.4.¿Su médico le entiende?

La satisfacción de ser entendido, 25 personas afirman que siempre le entiende su médico en la consulta equivalente al 83.33%, 2 personas dijeron que casi siempre con un 6,67% y 3 personas correspondientes al 10% afirman que algunas veces (Gráfico 10).

Gráfico 10. Cuarta pregunta ¿su médico le entiende? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador



Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

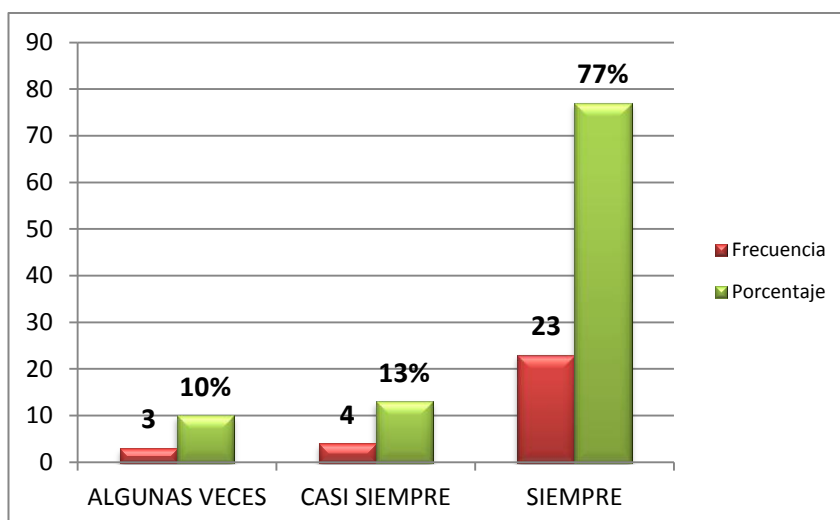
2.5. ¿Siente que su médico se dedica a ayudarle?

La dedicación que el médico refleja hacia sus pacientes en la consulta expresa que 76,67% está siempre de acuerdo, correspondiente a 23 personas encuestadas, 13,33% corresponde a 4 personas que casi siempre y 10% detallan que algunas veces equivalentes a 3 personas encuestadas (Gráfico 11).

2.6. ¿Su médico y usted están de acuerdo sobre el origen de sus problemas?

El mutuo acuerdo que llega el médico y el paciente sobre la causa de su dolencia llega a una satisfacción del 90% que afirmaron siempre correspondiente a 27 encuestados, casi siempre refiere el 3,33% es decir 1 persona y 2 personas indican algunas veces con un 6,67% (Gráfico 12).

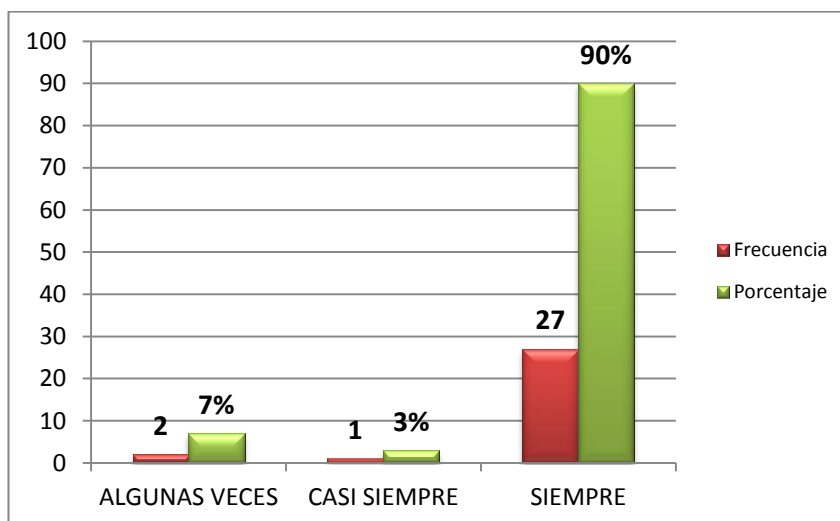
Gráfico 11. Quinta pregunta ¿siente que su médico se dedica a ayudarlo? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador



Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

Gráfico 12. Sexta pregunta ¿su médico y usted están de acuerdo sobre el origen de sus problemas? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador



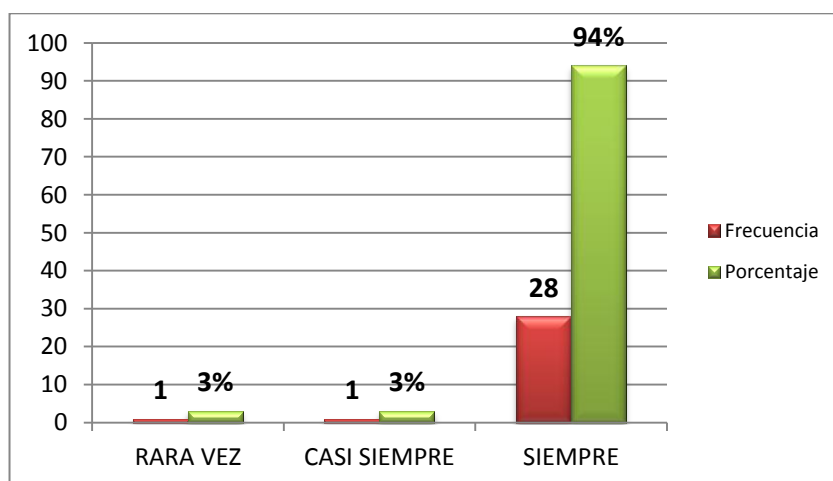
Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

2.7. ¿Puede hablar sin temor con su médico?

La aprensión que puede estar inmerso un paciente en el momento de la consulta no se refleja en esta pregunta, pues 28 personas indican que no tienen temor al hablar con su médico correspondiente al 93,33%, 1 persona contestó que casi siempre siente temor al hablar equivale al 3,33% y 1 personas indica rara vez corresponde al 3,33% (Gráfico 13).

Gráfico 13. Séptima pregunta ¿puede hablar sin temor con su médico? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador

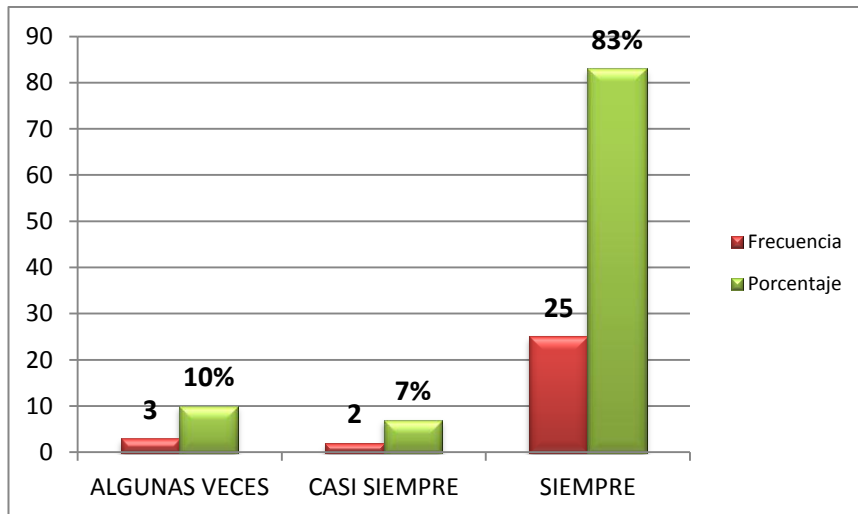


Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)
Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

2.8. ¿Se siente contento con el tratamiento de su médico?

La satisfacción con el resultado de la consulta refleja un 83,33% correspondientes a 25 personas que indicaron siempre, 6,67% casi siempre fueron 2 personas y el 10% algunas veces fueron 3 personas (Gráfico 14).

Gráfico 14. Octava pregunta ¿se siente contento con el tratamiento de su médico? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente – cuidador



Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)

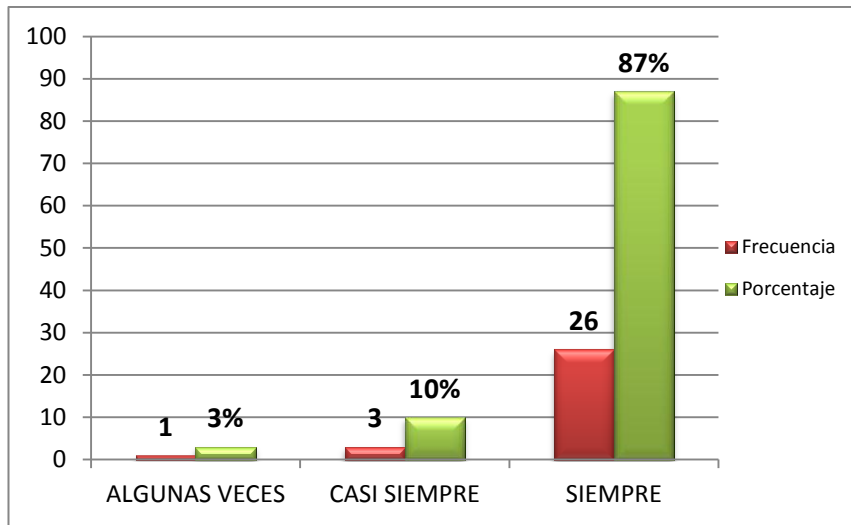
Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

2.9. ¿Siente que su médico es fácilmente accesible?

En esta última pregunta del cuestionario el 86,67% manifestaron que siempre equivale a 26 personas, un 10% dijeron casi siempre es decir 3 personas y el 3,33% algunas veces equivale a 1 encuestado (Gráfico 15).

Se puede observar que en las respuestas casi no aparecen las opciones nunca o rara vez, lo que indica que la comunicación médico – paciente de nuestra población de estudio es buena

Gráfico 15. Novena pregunta ¿siente que su médico es fácilmente accesible? del cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9) tomado a paciente - cuidador



Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

DISCUSIÓN

En CANMEDS-FM 2009 se describen ocho competencias que debe tener un Médico Familiar, en este estudio se analizaron dos: experticia en Medicina Familiar y comunicación, se seleccionaron estas competencias, puesto que con un registro clínico de calidad, el adecuado uso de los instrumentos de Medicina Familiar, la continuidad y especialmente la comunicación, se construye la base de una excelente atención médica. No se encontró estudios que evalúen todas las competencias descritas y su aplicación en la visita domiciliaria.

En relación a la calidad de registro como componente de la experticia en Medicina Familiar, se observó que el 85,67% son registros clínicos de alta calidad (IC de 91,52 a 92,26) y la totalidad de historias clínicas detallaron la aplicación de guías anticipatorias y escalas geriátricas, lo que refleja un alto grado de cumplimiento profesional comparado con un estudio realizado en Badajoz – España en el año 1991, donde se evaluó las historias clínicas elaboradas por seis Médicos Familiares y dos pediatras de consulta externa de un centro de salud, que reportó una calidad menor al 50%, siendo el puntaje más bajo en lo que corresponde a anamnesis (12%) (64). En el presente estudio, los puntajes más bajos para alta calidad de registro fueron para total de antecedentes y examen físico pero se colocaron como calidad aceptable con el 67,83% y 93,95% respectivamente. Esta diferencia puede deberse a que el tiempo designado en consulta externa es menor al de las visitas domiciliarias y podría estar influido además por algún tipo de motivación institucional o de carácter personal, por lo que sería importante realizar estudios comparativos con otras instituciones, valorando las facilidades o dificultades encontradas al realizar la visita domiciliaria.

Para el año 2013, en Perú se llevó a cabo un estudio descriptivo, realizado por Zafra. J. y colaboradores quienes valoraron la calidad de registro de las historias clínicas de la consulta externa de Medicina Interna, Pediatría, Nutrición Y Odontología, utilizando un instrumento cuyo puntaje mayor a 50 era aceptable y

bajo este “por mejorar”, dando como resultado que el 85,7% son historias por mejorar, especialmente en lo que se refiere a medidas higiénico dietéticas, sin embargo como citan los autores no se descarta que dicha información pueda haberse dado de forma verbal a los pacientes. (65) En contraste con los presentes resultados en los cuales el tratamiento no farmacológico se registró en la totalidad de historias clínicas, ya que el Médico Familiar a diferencia de otras especialidades, se orienta hacia el cuidado integral e integrado, asegurándose un seguimiento continuo, centrado en la persona en su contexto familiar y comunitario a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prestación de cuidados clínicos asistenciales.

Por otro lado, el fomentar intervenciones preventivas básicas a través de instrumentos familiares o guías permite la prevención de crisis o detección oportuna de riesgos que pueden desestabilizar la dinámica familiar como se relata en una revisión publicada en el año 2011 por Miguel Suárez en la revista **MPA e-Journal de Medicina de Familia**.(66) **Dentro de nuestros objetivos planteados no está el análisis del impacto de la aplicación de instrumentos, escalas y guías anticipatorias, pero podría realizarse el seguimientos de los pacientes para estudios futuros.**

En lo referente a la comunicación, es importante recalcar que constituye el eje de la relación médico paciente y que ha sufrido cambios a nivel de la historia desde un sentido paternalista hasta una información compartida con absoluto derecho para la toma de decisiones.(67)

En el presente estudio, utilizando cuestionario Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) se concluyó que la relación de los pacientes con su médico familiar es excelente, obteniendo un promedio de 85% para la respuesta de SIEMPRE hay comunicación. En México en el año 2014 Azcarate. E, publicó un artículo en el que se evaluó la percepción de la calidad en la relación médico paciente en 100 personas de ambos géneros entre 40 y 60 años que padecen hipertensión arterial, atendidas en consulta externa de medicina familiar, aplicando el cuestionario PDRQ-9, de los cuales el 54% refirió tener buena comunicación con su médico, 28% comunicación regular y 18% poca

comunicación, no encontraron relación con el control de la enfermedad.(68) En el estudio no se evaluó el apego al tratamiento ni el control de las enfermedades de base, pero nuestros resultados favorables podrían estar influenciados por el factor tiempo y tipo de consulta, ya que en las visitas domiciliarias se dispone de mayor tiempo para la interacción médico paciente, incluida la familia y se ejecuta dentro del entorno del paciente. Por otro lado es una consulta más personalizada, en el que el paciente o cuidador tiene mayor facilidad de intervención y la continuidad de las visitas permite una mejor empatía entre médico y paciente.

En el año 2010 en Madrid, Martín. J, analizó la relación médico paciente mediante la utilización del mismo cuestionario (PDRQ-9) aplicado a 450 pacientes de la consulta de medicina de familia, dando como resultado una media de satisfacción de 4,41 en un rango que va de 1 a 5. Concluyeron que los usuarios de atención primaria están muy satisfechos con la relación con su médico especialmente los de mayor edad y zonas rurales.(61) Similar a los resultados de este estudio en los que el puntaje máximo de 5 se registró en más del 80% de los participantes, excepto en la pregunta relacionada a si su médico se dedica a ayudarlo en donde el puntaje predominante fue 4 (76,6%), cuyo porcentaje no tan significativo en diferencia se podría deber a la propia población con características de ser demandante o por que la propia institución no da las facilidades al profesional para satisfacer las demandas.

El número óptimo de visitas domiciliarias que debe tener cada paciente durante un año no está establecido, la gran mayoría de guías y protocolos solo detallan el promedio de visitas que en su comunidad se realizan como es en la guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria, Madrid, 2005 donde detalla que el número de visitas sanitarias/enfermo/año oscilan entre 4,34 y 6,8 visitas año, entre 2-4 son del médico y entre 4-6 de enfermería (28), que al comparar con nuestros resultados estamos muy similares ya que mantenemos un promedio de 2,87 visitas al año entre 2 médicos tratantes. De hecho, en las revisiones sistemáticas sobre efectividad de las visitas domiciliarias solo mencionan que el beneficio sobre pacientes crónicos en mal control es directamente proporcional al número de visitas en un año, pero que es necesario realizar más investigaciones sobre este tema(69). También otro aspecto negativo es que no se encontró estudios de

continuidad de Médicos Familiares en visitas domiciliarias, la mayoría de publicaciones son hechas por personal de enfermería como en el artículo de revisión de BMC 2008, que especifica que el número medio de visitas en 3 ensayos oscila entre 4,5 a 7,5, pero en sus criterios de exclusión mencionan que se retiraron todos los ensayos que tenían menos de 3 visitas al año y como se mencionaba todos estos estudios son intervenidos por personal de sanitario entrenado en visitas domiciliaria.(70)

Las competencias adquiridas por el Médico Familiar durante sus años de formación constituyen herramientas valiosas para su correcto desempeño y las visitas domiciliarias integrales son el mejor escenario para su desarrollo.

El presente estudio constituye la línea de partida para futuras investigaciones relacionadas al tema de las visitas domiciliarias como una actividad básica de la atención primaria y constatar si el Médico Familiar logra la aplicación total de manera satisfactoria de las competencias adquiridas en su periodo de formación y el impacto requerido en los pacientes.

Limitantes del estudio:

1. Solo se evaluaron dos competencias de las ocho descritas en CANMEDS-FM, lo que no permite afirmar que los médicos que formaron parte de nuestro estudio han logrado desarrollar plenamente las capacidades adquiridas.
2. El programa de visitas domiciliarias es ejecutado únicamente por dos Médicos Familiares, por tanto es difícil hacer comparaciones en cuanto a la redacción de las historias clínicas y la comunicación con el paciente.
3. El estudio solo se pudo llevar a cabo en un dispensario, encargado del programa de visitas domiciliarias, a pesar que es el distrito que mayor población abastece en sus consultas, la situación socio-demográfica si varía en cada centro de salud.

CONCLUSIONES

- 1. Los Médicos Familiares si aplican las competencias (comunicación y experticia en medicina familiar) en la ejecución de visitas domiciliarias en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas.**
2. Los instrumentos como APGAR, ecomapa y familiograma que utilizan los Médicos Familiares no se registran en las historias clínicas electrónicas, por el diseño del sistema informático, se guardan en documentos médicos personales.
3. La alta calidad de registro se avala con el cumplimiento del 85,67% de llenado de las historias clínicas de manera adecuada.
4. Las guías anticipatorias y escalas geriátricas se anotaron en la totalidad de las historias clínicas evaluadas.
5. La continuidad como instrumento del médico familiar es de suma importancia ya que describe en qué medida los pacientes ven al mismo doctor a lo largo del tiempo y en el estudio demuestra que, en promedio se cita 2,87 visitas al año, en más del 80% de los pacientes.
6. El grado de complacencia que refleja la evaluación del nivel de comunicación de los Médicos Familiares en el proceso de relación médico paciente es buena, ya que la gran mayoría de encuestados respondieron siempre en sentido positivo obteniendo en las 9 preguntas más del 80 por cientos de satisfacción.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere realizar un estudio en el que se evalúen la totalidad de las competencias descritas en el CANMEDS Médicos Familiares, que permita tener una visión más amplia del desempeño laboral de los mismos según las capacidades adquiridas en su formación.
2. Fomentar el uso de la ficha familiar establecida por MSP en visitas domiciliarias, que permitan la aplicación y registro de los instrumentos de medicina familiar cuyos resultados puedan ser revisados por el personal sanitario como parte de la historia clínica de cada paciente, o en las historias clínicas electrónicas configurar un acceso para ingresar gráficos o fotos.
3. Proponer a las instituciones donde trabajan Médicos Familiares del sector público y privado promuevan las visitas domiciliarias como parte de su programación laboral en beneficio de los usuarios que no pueden asistir a dichas instituciones por presentar algún grado de discapacidad o dependencia, tomando en cuenta las propias facilidades o barreras que este programa acarrea en cada dispensario o comunidad.
4. Se recomienda realizar estudios relacionados con el coste - efectividad del programa de visitas domiciliarias a largo plazo en relación al número de consultas por emergencia e institucionalización por descompensación de patologías de base, y además de estudios comparativos con el fin de

valorar el apego a tratamiento, control de las enfermedades e impacto del programa en la sociedad.

5. Promocionar las competencias del Médico Familiar a la comunidad para aumentar su demanda e impedir el colapso de las consultas de especialidad.
6. Fortalecer a las visitas domiciliarias en el programa de estudio de los Médicos Familiares, como uno de los pilares a conocer y practicar en la clínica de continuidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fleischer S, Roling G, Beutner K, Hanns S, Behrens J, Luck T, et al. Growing old at home – A randomized controlled trial to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions : study protocol [NCT00644826]. BMC Public Health. 2008;320(1):1–8.
2. Ministerio de Inclusión Económica y Social. CIUDADANÍA ACTIVA Y ENVEJECIMIENTO POSITIVO (Diseño de una política pública a favor de los derechos de las personas adultas mayores). Ecuador; 2013.
3. MSP-ECUADOR. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Quito (Ecuador); 2012.
4. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people : systematic review and meta-analysis. BMJ. Nottingham; 2001;323:1–9.
5. Pons Alvarez. II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Aten Fam [Internet]. 2006;13(3):49–50. Available from: 1405-8871
6. MSP-SAI. Norma Técnica Población Adulta Mayor Centros y Servicios Gerontológicos. Minist Inclusión Económica y Soc. 2014;
7. Roncoletta AFT. Levites MR. Mônaco CF. González-Blasco P. LAS NUEVAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR: COORDINANDO LOS CUIDADOS EN EL HOSPITAL Y ATENDIENDO A LOS PACIENTES CRÓNICOS EN SU DOMICILIO.UNA EXPERIENCIA BRASILEÑA. Arch en Med Fam. 2008;11(2):12.
8. Mendoza HL. Competencia profesional y competencia clínica. El Ejercicio Actual de la Medicina. MEXICO; 2006. p. 8.
9. Frank JR, Snell LS, Sherbino J. The Draft CanMEDS 2015 Milestones Guide * Editors. 2015;
10. Ng VK, Burke CA, Burke CA. Knowledge of CanMEDS – Family Medicine roles Survey of Canadian family medicine residents Recherche Connaissance des rôles CanMEDS-Médecine familiale Enquête auprès des résidents canadiens en médecine familiale. 2013;59:428–34.

11. Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et al. CanMEDS- Family Medicine. Working Group on Curriculum Review. Ontario; 2009.
12. Koo J, Bains J, Collins MB, Dharamsi S. Residency research requirements and the CanMEDS-FM scholar role: Perspectives of residents and recent graduates. *Can Fam Physician*. 2012;58:330–6.
13. Henríquez R, Sánchez G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador : una tarea en proceso . *Rev Medica Voz andes* 2011. 2011;22(22):5–8.
14. Norman G. “Defining Competence: A Methodological Review.” In: Neufeld VR NG, editor. *Assessing Clinical Competence*. New York: Springer Publishing Company; 1985. p. 15–37.
15. Marquez A. Empatía y satisfacción de la “Relación médico - paciente” en la UMF No. 66 de Xalapa, Veracruz. 2014.
16. MEJÍA B. AUDITORÍA MÉDICA PARA LA GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD. Cuarta. ECOE, editor. Bogotá; 2002. 69 - 81 p.
17. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para adultos mayores [Internet]. Segunda. Ecuador; 2013. 96 p. Available from: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
18. Palloni a, Peláez M. Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) [Internet]. Eua: Oms. Madison, EE.UU; 2004. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Encuesta+sobre+salud,+bienestar+y+envejecimiento#2>
19. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Datos esenciales de Salud: una mirada a la década 2000-2010 [Internet]. Quito (Ecuador), ECUADOR; 2010. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>
20. MERA M. “SALUD, DISCAPACIDAD Y FUNCIONALIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES EN ECUADOR.” Universidad Autónoma de Barcelona; 2012.
21. Tamara ELTR, Ronnie KTM, Carmona DB. FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS DE GERIÁTRICOS DE CUENCA, 2013. Universidad de Cuaneca; 2015.

22. González I. LAS CRISIS FAMILIARES. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2000;16(3):280–6.
23. Sánchez L, Xitlali M, Rivas M. ENFERMEDAD CRÓNICA. *Rev Electrónica Psicol Iztacala.* 2011;14(4):268–94.
24. Vergelés-Blanca J. En la enfermedad crónica, ¿la familia ayuda? *Amf.* 2013;9(9):495–500.
25. Gaya R. Mecanismos de prevención frente a las crisis familiares. Madrid (España); 2013.
26. Maria Crespo López; Javier López Martínez. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar.” Primera Ed. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), editor. Cole. Madrid (España): MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES; 2007. 317 p.
27. Muñoz F, Espinosa J, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal (I). *Med Fam.* 2002;3(3):190–9.
28. Sobreviela JE. Guía de buena practica clínica en Atención Domiciliaria [Internet]. IM&C, editor. Madrid: OMCE y Ministerio Madrid (España): MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO; 2005. 33-127 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:BUENA+PR+CTICA+CL+NICA+en+Atenci+n+domiciliaria#0> <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Gu+a+de+buena+practica+cl+nica+en+Atenci+n+Domiciliaria#0>
29. Domínguez-sosa G, Zavala-gonzález MA, De C, Ramírez-ramírez MO. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas , Tabasco , México. Enero a mayo de 2008. *médicas uis Rev los Estud Med la Univ Ind santander.* 2010;89(1):28–37.
30. Astudillo W, Astudillo A, Mendinueta C, Mendinueta A. NECESIDADES DE LOS CUIDADORES DEL PACIENTE CRONICO. In: SOCIEDAD VASCA DE CUIDADOS PALIATIVOS, editor. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. Primera. San Sebastián: SOCIEDAD VASCA DE CUIDADOS PALIATIVOS; 2003. p. 233–55.
31. Romero Z. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. *Rev Med Hered.* 2013;24:204–9.

32. Maza B. “ Una visión dirigida hacia el Cuidador Informal del enfermo en situación terminal .” Cantabria, España; 2013.
33. Valentin E. Guía Práctica para la Intervención Familiar. Castilla y León: Junta de Castilla y León; 2014. p. 1–164.
34. Subsecretaria Intergeneracional MIES. GUIA OPERATIVA DEL MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DOMICILIARIA DEL BUEN VIVIR PARA EL ADULTO MAYOR. Quito (Ecuador); 2014.
35. Talero A, Moreno M. La visita domiciliaria como escenario para la prevención. *Med Fam.* 2007;7(2):105–16.
36. Velasco, A. Duran M. La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia. Mérida; 2003.
37. Martinez M. Guia asistencial de visita domiciliaria. [Bogotá]: Hospital Nazareth I nivel; 2010.
38. Manosalve P. Etapas de la visita domiciliaria integral. MINSAL. Santiago de Chile; 2010. p. 38.
39. Cubillos X. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL PARA ACTUAR EN SALUD FAMILIAR. *Medwave.* 2007;7(7):4.
40. Gerber L. The home visit. *Nursing (Lond).* 2004;34(2):54–5.
41. Canto OR, Jiménez IM, Rojas MM, Ernestina A, Fonseca S, Alonso NA. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar . Historical Background of Family Medicine . *Mediciego.* 2010;16(2):1–11.
42. Rey-gamero AC, Acosta-ramírez N. El Enfoque de Competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud . Una revisión la literatura. *Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá.* 2011;12(25):28–39.
43. Henríquez R, Sánchez G. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador : una tarea en proceso . *Revista Médica Vozandes.* Quito (Ecuador); 2011;5–8.
44. MSP-ECUADOR. Perfil profesional del medico general para el sistema nacional de salud. QUITO; 2013.
45. MSPS-COLOMBIA. PERFIL Y COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL MÉDICO FAMILIAR. Bogotá; 2014.

46. Acreditaci PDE, Profesionales DEC, Sistema DEL, Andaluc SDE. Manual de competencias del/de la Médico/a de familia de atención primaria. Andalucía; 2010.
47. Working Group on the Certification Process. Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada. The new evaluation objectives in family medicine. [Internet]. College of Family Physicians of Canada, Mississauga, ON. Canada; 2009. Available from: [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Defining Competence Complete Document bookmarked.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Defining%20Competence%20Complete%20Document%20bookmarked.pdf)
48. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrel Bentz R. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(2):176–83.
49. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et al. Triple C competency-based curriculum. Report of the Working Group on Postgraduate Curriculum Review – Part 1. Mississauga; 2011.
50. García Manrique J, Irigoyen Coria A. Criterios de Excelencia para la formación de Especialistas en Medicina Familiar en latinoamerica. Archivos en medicina Familiar. MEXICO; 2011;1–3.
51. Quesada F, Castillejo JA. Evaluación de la competencia clínica con pacientes simulados. El Medico. Andaluz; 2005 Nov;1–6.
52. Montecinos Schmidt J. Instrumentos del medico de familia en la consulta de atencion primaria. Arch del Hosp La Paz. 2007;5(2).
53. Álvarez S. Redalyc.El método clínico en la práctica de la medicina familiar. MediSur. 2010;8(5):156–63.
54. Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. [Internet]. Segunda. PANAMERICANA, editor. Buenos Airea - Argentina; 2006. 2156 p. Available from: http://books.google.be/books/about/Medicina_Familiar_y_Prctica_Ambulatori.html?id=PHF9AAAACAAJ&pgis=1\nhttp://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/3823/Medicina-Familiar-y-Practica-Ambulatoria.html
55. LAURO I. Manual Para La Intervencion En La Salud Familiar [Internet]. CIP - Cien. Tania LSF, editor. Ciudad de La Habana; 2002. 1 - 41 p. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf

56. Ministerio de Salud de Chile. En el camino a Centro de Salud Familiar. Santiago de Chile; 2008.
57. MS. Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. Ministerio de Salud del Perú. PERÚ; 2010;1–27.
58. Evelia L, Velázquez T, Silva PO, Garduño AG, Reyes AG. Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. 2008;
59. Sepúlveda B. GUÍA PARA UNA ADECUADA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL. Santiago de Chile: Servicio de Salud de Chile; 2006. p. 17–8.
60. Balderas F. Correlacion entre la empatia percibida por el medico y la percibida por el derecho ambiente en consulta externa de primer nivel atención. 2013.
61. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9). *Aten Primaria*. 2010;42(4):196–203.
62. Basow DS. Use of Evidence-Based Resources By Clinicians Improve Patient Outcomes. USA; 2008.
63. Delors J, Al Mufti I, Amagi I, Roberto C, Chung F, Geremek B, et al. La educación encierra un tesoro. UNESCO. Francia; 1996. 46 p.
64. Buitrago Ramírez F, Guillén Regodón J, Mencía Bartolomé J, Agudo Codejón B, García Menchero M, Molina Martínez L. Analisis Y Evolucion De La Calidad De Las Historias. *Rev San Hig Pub*. 1991;65(5):421–7.
65. Ayala JZLVNVMZEYGUR. CALIDAD DE REGISTRO EN HISTORIAS CLÍNICAS EN CENTRO DE SALUD DEL CALLAO , PERÚ 2013. *Perú Med Exp Salud Pública*. 2013;30(4):719–20.
66. Suárez-bustamante MA, Sal M, Introducción P. Fascículos de Educacion Continua Intervenciones Familiares Básicas . Parte I : Niveles de Abordaje Familiar y Aspectos Generales. *MPA e-Journal MF&AP*. 2010;5(3):153–7.
67. Clèries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *EDUC MED*. 2010;13(1):25–31.
68. Azcarate. E, Hernández. I, Guzmán M. Percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica. *Aten Fam*. 2014;21(94):83–5.

69. Mayo-wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive Home Visits for Mortality , Morbidity , and Institutionalization in Older Adults : A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2014;9(3):13.
70. Bouman A, Rossum E Van, Nelemans P, Kempen GIJM, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status : A systematic review. BMC Health Serv Res. 2008;8(74):1–11.

ANEXOS

Anexo 1. Plantilla de la matriz de recolección de datos de las historias clínicas en las visitas domiciliarias realizadas en el C.A.A Cotocollao – IESS. Enero - diciembre del 2014

INFORMACIÓN CLÍNICA REQUERIDA

Parámetros a evaluar (características)	Puntos posibles según registro	Total de puntos posibles
1. Motivo de Consulta		5
2. Descripción de Enfermedad Actual		20
Antecedentes Familiares	1	
Antecedentes Patológicos Clínicos	1	
Antecedentes Quirúrgicos	1	
Alérgicos	1	
Hábitos	1	
Alcohol/tabaco/tóxicos	1	
Vacunas	1	
Antecedentes gineco-obstétricos/ urológico	1	
Síndromes Geriátricos	1	
Evaluación de riesgos	1	
3. Antecedentes puntaje total		10
4. Revisión de Sistemas		10

Frecuencia cardíaca - FC	1	
Frecuencia respiratoria - FR	1	
Tensión arterial - TA	1	
Saturación - SAT	1	
Peso	1	
Factor de riesgo cardiovascular	2,5	
Examen Físico general	2,5	
Examen Físico por problema	10	
5. Total Examen Físico puntaje		20
Diagnóstico Crónico	7,5	
Diagnóstico Agudo	7,5	
6. Total Diagnóstico puntaje		15
Pruebas Diagnósticas	2,5	
Interconsultas	2,5	
Terapia Farmacológica	2,5	
Tratamiento No Farmacológico	2,5	
7. Total plan y manejo		10
8. Guías Anticipatorias		5
9. Aplicación de escalas		5
10. PUNTAJE TOTAL		100

Fuente: Historias clínicas del C.A.A Cotocollao – IESS

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez

Anexo2. Guía de Entrevistas dirigida a los médicos familiares responsables del Programa de Visitas Domiciliarias.

PRIMERA ENTREVISTA REALIZADA AL DR DANIEL INTRIAGO MÉDICO TRATANTE DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DEL C.A.A COTOCOLLAO – IESS REALIZADA EL 11 DE MAYO DEL 2015

1. ¿Cuánto tiempo lleva a cargo del programa de visitas domiciliarias?

Bueno alrededor de cuatro años desde Septiembre del 2011 me encargaron a realizar la consulta externa y el programa de visitas domiciliarias.

2. ¿Cómo médico de familia, qué instrumentos para valorar dinámica y estructura familiar aplica en visitas domiciliarias?

Existen muchas herramientas para valorar la dinámica familiar, desde un familiograma y como la mayor parte de pacientes de las visitas son pacientes que por alguna razón no pueden asistir a la consulta por sus propio medios, muchos de ellos son jubilados discapacitados, de la tercera edad o seniles extremos, aplicamos en ellos muchas veces las escalas geriátricas que valoran la funcionalidad, as actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales e la vida diaria, investigamos también el estado emocional del adulto mayor con las escalas de Yesavage, depresión de funcionalidad pero les aplicamos únicamente en la visita domiciliaria para valorar el estado general del paciente

3. Durante el año 2014, específicamente, ¿usted ha registrado o ha realizado algunos de estos instrumentos en las visitas domiciliarias?

Si, lo o hemos realizado, pero como vuelvo y repito únicamente en las visitas que son por primera ocasión, cada mes ingresan aproximadamente ingresan uno nuevos nueve a diez pacientes por mes para la base de datos para pacientes de visitas domiciliarias, cada día van sumándose más, porque cada día va envejeciendo más la población, cada vez son más discapacitados que hace uso de visitas domiciliarias de la unidad

4. Para el registro de estos instrumentos, ¿usted tiene algún problema o inconveniente sea propio del dispensario o del uso como médico?

En cuanto a las herramientas e instrumentos del estado general del adulto mayor no, tenemos una carpeta donde disponemos de todas las herramientas para realizar las entrevistas el estado y la estructura familiar, sin embargo si tenemos limitaciones más bien en el sentido de poder realizar la consulta electrónicamente en ese momento, antes disponías de un computador en el cual podíamos en ese mismo momento en el domicilio del paciente realizar la prescripción, la historia clínica, escribir la anamnesis, el examen físico y generar las ordenes y los pedidos para exámenes de laboratorio, estudios de imagen interconsultas y referencias según sea el caso lastimosamente desde hace un par de años se nos ha sido retirado el instrumento electrónico es decir la computadora que disponíamos para el efecto y hasta el momento no se nos ha provisto de esta herramienta electrónica para realizar las visitas a pesar de que he pedido por reiteradas veces ocasiones en este institución no habido la cabida para ello he tenido que volver a una agenda para hacer la historia escrita y al día siguiente ingresar al sistema los datos del paciente, pero por el resto yo tengo otras herramientas otros instrumentos en una carpeta en la cual podemos realizarla en cada visita siempre que es la primera vez.

5. Este tipo de instrumentos que ocupa, entonces, ¿le ayudan a usted o a la institución donde labora para hacer estadística o valoración de sus visitas?

La verdad que sí podrían servir porque están los datos ahí recogidos llevamos una especie de folder portafolio donde almacenamos estas herramientas instrumentales y las tenemos guardadas archivadas clasificadas por género y por paciente que están ahí como base de datos como materia para en algún momento poder tabularlas y hacer un estudio mayor

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN...

**SEGUNDA ENTREVISTA REALIZADA A LA DRA ERIKA QUISHPE
MÉDICO TRATANTE DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DEL
C.A.A COTOCOLLAO – IESS REALIZADA EL 11 DE MAYO DEL 2015**

1. ¿Cuánto tiempo lleva a cargo del programa de visitas domiciliarias en este servicio?

El programa de visitas domiciliarias empezó en el año de 2010 y lo estructuramos con otro médico familiar que trabajaba antes que es el doctor Dueñas y con él creamos el programa vimos que necesidades podíamos implementar y de ahí hicimos un flujo grama de acción y también los procedimientos, en este programa al principio fallábamos un poco por que no podíamos encontrar los pacientes o no nos abrían la puerta cuando estaban adentro porque eran discapacitados entonces hemos ido corrigiendo algunas cosas y siempre pedimos que los familiares estén presentes o que nos vengán a recoger y llevar, ya serían cinco años

2. ¿Cómo médico de familia entonces que instrumentos para valorar la dinámica y estructura familiar aplica en las visitas domiciliarias que usted realiza?

A veces el Familiograma también el APGAR familiar uso también el ciclo vital familiar a veces es necesario utilizar el ciclo vital de pareja dependiendo de cada caso, no los podemos registrar porque en el sistema S-400 no se registra pero eso son los que utilizamos

3. ¿Por qué no los puede registrar usted en el s-400?

Porque es un programa solo de texto y que no admite ningún tipo de dibujos ni gráficos y es computarizado y la información se comparte con todos los médicos del IESS a nivel nacional pero por ejemplo en mis historias clínicas siempre pongo en los datos de filiación siempre pongo con quien vive como una especie de resumen de Familiograma para que yo luego recuerde otra vez con que personas vive esta persona en especial y a veces ahí también anoto algún dato importante como por ejemplo cuando están preocupados cuando por que el hijo se va de la casa, el ciclo vital familiar ayuda bastante para complementar el tratamiento de los pacientes. Creo que el ciclo vital familiar y el Familiograma sería los que más uso. El APGAR cuando vemos que hay algún problema de familia disfuncional pero muy pocas ocasiones y el Ecomapa tampoco lo graficamos pero si le pregunto al paciente que recurso de apoyo tiene el

4. Tal vez a manera de estadística, ¿usted guarda en algún lugar o se han creado algún tipo de fichas familiares o registros propios o personales para visualizar este tipo de instrumentos?

Cuando empezamos sí, yo tengo guardadas todas las fichas de medicina familiar que utilizábamos cuando recién empezamos, pero lo que pasa que, cuando recién

empezamos no teníamos las computadoras, entonces íbamos a la casa y tomábamos los datos a mano, ahí incluso hemos dibujado algunos Familiogramas y tengo esos registros aquí, pero después ya nos dieron acceso al sistema s400 y los medico vamos a la casa con la computadora y ahí mismo hacemos la historia clínica y ya no hacemos el doble registro, porque antes era doble registro hacíamos a mano con las fichas familiares que antes teníamos y luego venimos aquí al centro para redactar en la s400 per ahora solo hacemos una.

5. Y tal vez en el año 2014, ¿hubo cómo hacer algún tipo de registro visual este tipo de visitas con instrumentos especiales?

No, lo que podríamos hacer es ponernos de acuerdo para volver hacer las fichas familiares quizás, lo que pasa es que eso es un doble trabajo.

6. ¿Usted ha visto que esta dificultad merma en su labor como médico familiar, el no aplicar algún tipo de instrumento visual o usted ha visto que hay alternativas como guías anticipatorias, la propia historia clínica podrían reemplazar en alguna manera esta grafica?

Obviamente que no se puede reemplazar el grafico porque es mucho más comprensible para uno mismo ver el familiograma y recordar cómo era la estructura de esa familia y las relaciones, no se puede reemplazar, yo como les dije, hago una especie de resumen en los datos de filiación y ahí pongo con quien vive esa persona y a veces pongo alguna otra cosa para cuando la siguiente consulta que tenga yo poder recordar, ahora que si usamos los instrumentos si los usamos por que los conocemos lo manejamos pero no los podemos registrar y no hemos podido este año 2014 tampoco, como hay muchísimo trabajo, ponernos de acuerdo como para hacer un registro gráfico, tal vez si se nos ocurriría hacer una

investigación o algo así, pero ahí ya dependería de la voluntad de todos los medico familiares que estamos en el servicio para hacer la investigación, con las fichas que hicimos en el año 2010 manuales si el Dr. Iván Dueñas está haciendo una investigación, estaba tratando de publicar los datos pero en aquella época no les habíamos pedido el consentimiento informado a los pacientes para hacer la investigación entonces estábamos ahí un poco trabados.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN...

Anexo 3. Modelo del consentimiento informado aplicado a los pacientes o cuidadores visitados por los Médicos Familiares en el Programa de Visitas Domiciliarias

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN**

Este formulario se dirige a pacientes o cuidadores que fueron atendidos por Médicos Familiares del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao en el Programa de Visitas Domiciliarias, el propósito es proporcionar información sobre la relación médico paciente – empatía.

Nosotras, Grace Chávez Gallegos y Eliana Narváez Caicedo, posgradistas de tercer año de Medicina Familiar de la PUCE, estamos investigando sobre el nivel de comunicación de los Médicos Familiares en el proceso de relación médico paciente.

Si usted accede a participar, favor llenar el cuestionario de relación médico-paciente PDRQ-9 versión de 9 preguntas

Su participación es totalmente voluntaria. La información que se recoja será confidencial sin ningún otro objetivo fuera de los de esta investigación. Las respuestas serán anónimas. Puede negarse a participar del proyecto sin que esto le perjudique de alguna forma.

Si tiene alguna duda, puede contactarse con las investigadoras Chávez y Narváz, vía correo electrónico: beisgrace@hotmail.com o maelis_narvaez@hotmail.com, respectivamente, o con el Dr. Pereira (hugo.pereira.olmos@gmail.com) y Dra. Segarra (kjsegarra@puce.edu.ec), tutores del presente trabajo.

Agradecemos su colaboración.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO – AUTORIZACIÓN

He sido invitado e informado que la presente investigación es conducida por las doctoras Grace Chávez Gallegos y Eliana Narváz Caicedo, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El objetivo de esta es analizar sobre el nivel de comunicación de los Médicos Familiares en el proceso de relación médico paciente.

Declaro que me han indicado que participaré contestando un cuestionario, la información recogida es confidencial y no se usará con ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento

Sé que mi participación es voluntaria y que puedo negarme a participar sin repercusión alguna. Además de tener alguna inquietud sobre el proyecto, puedo contactarme con las investigadoras, mediante los correos: Grace Chávez beisgrace@hotmail.com o Eliana Narváz maelis_narvaez@hotmail.com, o con el Dr. Pereira (hugo.pereira.olmos@gmail.com) y Dra. Segarra (kjsegarra@puce.edu.ec), tutores del presente trabajo.

Cédula de Identidad del Participante: _____

Paciente -----

Cuidador -----

Firma del Participante:

SI ACEPTO PARTICIPAR
PARTICIPAR

NO ACEPTO

Lugar y fecha: _____

Anexo 4. Modelo del cuestionario de satisfacción del paciente en relación a su Médico de Familia(PDRQ-9) aplicado al paciente o cuidador vinculados al programa de Visitas Domiciliarias del Centro de Atención Ambulatoria Cotocollao

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EN RELACION A SU MEDICO DE FAMILIA (PDRQ-9)

PREGUNTA	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
Mi médico me ayuda					
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí					
Creo en mi médico					
Mi médico me entiende					
Mi médico se dedica a ayudarme					
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas					
Puedo hablar con mi médico					
Me siento contento con el tratamiento de mi médico					
Siento a mi médico fácilmente accesible					

PUNTAJE	ITEMS
1	Nunca
2	Rara vez
3	Algunas veces
4	Casi Siempre
5	Siempre

Fuente: Cuestionario de Relación Médico – Paciente (PDRQ-9)

Elaboración: Grace Chávez y Eliana Narváez