

BENEFICIO DE LA VISITA DOMICILIARIA PARA LOS ADULTOS MAYORES

THE BENEFIT OF THE HOME VISIT FOR ELDERLY ADULT

María Eugenia Brugerolles*

Enfermera, Centro de Atención Primaria Trinidad, La Florida.

Angelina Dois

Enfermera-Matrona, Magíster en Psicología de la Salud, Profesora Asistente Escuela de Enfermería UC.

Carolina Mena

Enfermera, Centro de Salud Familiar Madre Teresa de Calcuta, Puente Alto.

Artículo recibido el 30 de marzo, 2008. Aceptado en versión corregida el 29 de octubre, 2008

RESUMEN

*Chile ha estado experimentando progresivamente el envejecimiento de la población, lo que se traduce en aumento de adultos mayores y con ello aumento de problemas como el deterioro funcional y enfermedades crónicas. Esto plantea la necesidad de incorporar estrategias promocionales y preventivas que contribuyan a la mantención y recuperación de la salud en esta etapa como la visita domiciliaria. El presente estudio bibliográfico tiene por objetivo conocer el impacto de la visita domiciliaria en distintas poblaciones de adultos mayores (sanos, frágiles y con enfermedades crónicas). A partir de la evidencia revisada se puede concluir que en los adultos mayores sanos la visita domiciliaria, como estrategia preventiva, permite disminuir la mortalidad, mantener su capacidad funcional y de autocuidado. En los adultos mayores frágiles y con enfermedades crónicas contribuye a mejorar la capacidad para realizar actividades instrumentales y de la vida diaria, disminuir los accidentes por caídas, mantener la autonomía y mejorar la evolución del cuadro clínico. Además, deben considerarse los beneficios relacionados con la satisfacción usuaria y la disminución de costos en salud. **Palabras clave:** Atención domiciliaria, visita domiciliaria, adulto mayor, enfermedad crónica, capacidad funcional.*

ABSTRACT

*Chile has been experienced a progressive increase in the age of the population, leading to an increase in the elderly population, and with it, problems such as functional deterioration and chronic diseases. This situation highlights the need to incorporate promotion and prevention strategies that contribute to health maintenance and recuperation. The home visit is one of these strategies. The objective of the present bibliographical study is to better understand the impact of home visits in different elderly populations (healthy, fragile and chronically ill). The reviewed evidence makes it possible to conclude that in the healthy elderly population, the home visit as a preventive strategy can reduce mortality, as well as assist in maintaining functional capacity and self-care abilities. In the fragile elderly population and in those with chronic illness, it contributes to improving the capacity to perform instrumental activities of daily living, reduces fall-related accidents; maintaining autonomy and improving clinical evolution. Finally, the benefits of patient satisfaction should also be considered, as well as decreases in healthcare costs. **Key words:** Home care, home visit, elderly, chronic illness, functional capacity.*

INTRODUCCIÓN

Chile se encuentra viviendo un período de transición demográfica y epidemiológica, que trae como consecuencia el envejecimiento progresivo de la población y la presencia de enfermedades asociadas al subdesarrollo, como las entéricas y transmisibles, junto con enfermedades relacionadas con los estilos de vida, como las enfermedades cardiovasculares, cánceres, accidentes y problemas de salud mental (Montero, 2001).

Es así que los sistemas de salud necesitan urgentemente responder y enfrentar este nuevo escenario, esperando que el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida se vea acompañado de una mejor capacidad funcional, lo cual requiere abordar estos temas con una reorientación del gasto social (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], s.f.).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud [OMS] ha puesto de manifiesto la inexperiencia de los sistemas de salud para abordar las enfermedades, y por ende el gasto derivado del cambio epidemiológico, sin que existan acuerdos absolutos sobre las estrategias para enfrentar la carga de enfermedad. En términos generales, las intervenciones preventivas han mostrado beneficios en áreas como la salud mental, las enfermedades infecciosas, los accidentes y las enfermedades crónicas (Talero & Murillo, 2007).

Entre estas intervenciones, las visitas periódicas al domicilio de los usuarios por parte de profesionales de la salud, juegan un importante papel en actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y especialmente, en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y en período de convalecencia (Alcalde & Tarracon, 2005).

Reconociendo esta realidad es que la visita domiciliaria se propone no solo como estrategia para el cuidado de pacientes, sino como medio para la prevención en salud (Talero & Murillo, 2007).

Razón por la cual el objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia disponible en

relación a los beneficios de la visita domiciliaria en la salud en los adultos mayores

El presente artículo analiza la evidencia disponible en relación a los beneficios de la visita domiciliaria en grupos de adultos mayores sanos, frágiles y con enfermedades crónicas como también el rol de enfermería en este ámbito de acción.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente estudio bibliográfico se realizó una búsqueda de artículos de investigación entre los meses de agosto y noviembre de 2007, en las bases de datos PUBMED, CINALH, PROQUEST y publicaciones impresas de revistas científicas con comité editorial, utilizando las siguientes palabras claves: effects home visits, elderly, preventive home visits, home care, chronic obstructive pulmonary, disease patients, heart failure, home intervention, chronic illness, preventing falls, older people, pulmonary rehabilitation, reduce falls, diabetes mellitus, hipertensión, elder health, satisfacción, health promotion.

Los límites de la búsqueda fueron artículos de revisión y de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa publicados desde el año 1997 al 2007 a texto completo, de acceso libre y restringido en idioma inglés y/o español.

Se seleccionaron 25 artículos, los cuales se agruparon por contenido en tres categorías: adultos mayores sanos, adultos mayores frágiles y adultos mayores con enfermedades crónicas.

RESULTADOS

A partir de los estudios analizados, es posible agrupar los resultados de este estudio bibliográfico en relación a los beneficios de la visita domiciliaria frente a la capacidad funcional y estado de salud de tres grupos de adultos mayores: sanos, frágiles y con enfermedades crónicas.

Beneficios de la visita domiciliaria en adultos mayores sanos

El envejecimiento corresponde a un proceso normal y gradual que conduce a una

pérdida de función del organismo, lo que puede llevar a una disminución en la capacidad funcional de los individuos (Masalán & González, 2003). Debido a esto se hace necesario desarrollar estrategias que promuevan mantener el estado de salud de los adultos mayores.

La visita domiciliaria como intervención preventiva dirigida a adultos mayores sanos, cuando es realizada por personal calificado, permite desarrollar intervenciones educativas enfocadas a mejorar la salud (prevención de caídas, alimentación saludable, actividad física, entre otros) y mejorar la capacidad de autocuidado, lo que aumenta la percepción de seguridad. Este factor ha sido demostrado como importante para el mantenimiento de una buena salud (Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund, & Lindholm, 2006).

Además, les permite mejorar y mantener su capacidad funcional, puesto que aumenta su autonomía con respecto a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que incide en la reducción del número de admisiones a casas de reposo de enfermería (Stuck et al., 2000).

Sin embargo, cabe destacar los resultados obtenidos por Vass et al. (2004), quienes encontraron que las visitas domiciliarias con intervenciones educativas dirigidas a prevenir la disminución funcional tuvieron efectos significativos solo en población femenina. Tales resultados pudieran explicarse debido a que este grupo tuvo mayor aceptación y recepción de las visitas domiciliarias preventivas que los hombres y estos últimos tuvieron menor adhesión a las recomendaciones de cambio en los estilos de vida. Situación que debiera ser considerada al momento de planificar intervenciones educativas desarrollando estrategias que permitan que tanto hombres como mujeres puedan obtener beneficios.

Aún así, la evidencia disponible permite afirmar que la visita domiciliaria en adultos mayores sanos contribuye a disminuir su mortalidad y a mejorar y aumentar su autonomía, otorgándoles mayor capacidad de autocuidado.

Beneficios de la visita domiciliaria en adultos mayores frágiles

Los adultos mayores frágiles o con baja autonomía, se asocian a un mayor riesgo de incapacidad, pérdida de resistencia y aumento de vulnerabilidad, por lo que se encontrarían más propensos a sufrir accidentes como las caídas (Chávez, 2003).

Las caídas son un problema frecuente en las edades extremas de la vida. Las consecuencias en el caso del adulto mayor pueden llegar a ser importantes, provocando en muchos casos, distintos grados de deterioro funcional, hospitalizaciones y muerte prematura, especialmente debido a la ocurrencia de fracturas. La caída puede ser además, un marcador o signo de otros problemas de salud y/o el anuncio de una nueva o más grave caída en un futuro próximo (González, Marín, & Pereira, 2001).

La visita domiciliaria en adultos mayores frágiles, que presentaron caídas con anterioridad, mostró ser eficaz para disminuir la dificultad que presentan para realizar las actividades instrumentales [AIV] y las actividades de la vida diaria [AVD], puesto que por un lado, disminuye el miedo a enfrentarse a situaciones similares (Gitlin, Winter, Dennis, Corcoran, & Hauck, 2006; Van Haastregt et al., 2000), y por el otro, reduce el número de caídas (Nikolaus & Bach, 2003), manteniendo la autonomía e independencia (Pardessus et al., 2002).

Sin embargo, se deben considerar las características de estas intervenciones. Es así que Stevens, Holman, Bennett y Klerk (2001), encontraron que intervenciones orientadas solo a modificar el entorno físico y a instalar dispositivos de seguridad sin evaluar adecuadamente la capacidad funcional del adulto mayor, no tenían ningún impacto en la disminución del número de caídas que estas personas sufrían.

En el caso de adultos mayores frágiles que no presentaron caídas previas, las visitas domiciliarias deben adoptar un carácter preventivo, enfocadas al aumento de la capacidad funcional y a la mantención de la realización de las actividades de la vida dia-

ria (Schein, Gagnon, Chan, Morin, & Grondines, 2005).

Un elemento que debe considerarse al momento de planificar intervenciones domiciliarias en este grupo de adultos mayores es el período durante el cual se mantendrá esta intervención. Los estudios realizados por Dalby et al. (2000) y Hebert, Robichaud, Roy, Bravo y Voyer (2001), que consideraban tres visitas domiciliarias por paciente y control telefónico mensual durante un año para evaluar el cumplimiento del tratamiento, mostraron ser inefectivas para disminuir el deterioro funcional de los adultos mayores frágiles.

Lo contrario a los resultados obtenidos por Schein et al. (2005) quienes implementaron un programa que consideraba 36 visitas domiciliarias y 28 contactos telefónicos realizados por enfermeras durante un período de 10 meses.

De acuerdo a esto es posible decir que la visita domiciliaria con enfoque preventivo es efectiva para disminuir el deterioro funcional de los adultos mayores frágiles cuando el número de visitas realizadas permite reunir la información sobre el entorno familiar y sobre recursos de apoyo social, con los cuales el profesional puede realizar una valoración integral del individuo, identificar su vulnerabilidad y a la vez puede elaborar un perfil que le permita conocer el riesgo biosicosocial. Todo esto permite el diseñar intervenciones orientadas a la promoción de la salud y a la reducción de riesgos ante el declive funcional y llevar a cabo posteriormente la evaluación del cumplimiento y efectividad de dichas intervenciones

En síntesis, la visita domiciliaria brinda a los adultos mayores frágiles herramientas que les permiten disminuir su dependencia, fortaleciendo la capacidad para realizar las actividades instrumentales y de la vida diaria, lo que mantiene y mejora su capacidad funcional.

Para aumentar los niveles de funcionalidad del anciano, se deben detectar en forma anticipada aquellas situaciones que coloquen en riesgo la mantención de esta. Por lo tanto las intervenciones planificadas

deben considerar los factores que condicionan la pérdida de la capacidad funcional, tales como la edad, el entorno y accidentes en el hogar, ya que estos contribuyen a clarificar el nivel de independencia real que posee el paciente para la realización de las actividades cotidianas. Cabe destacar que la valoración integral que se realice al adulto mayor, es para los profesionales una guía que les ayuda a plantear diagnósticos, planificar los cuidados, establecer objetivos de prevención, promoción o rehabilitación y monitorizar la evolución clínica de los ancianos.

Beneficios de la visita domiciliaria en adultos mayores con enfermedades crónicas

El cambio epidemiológico experimentado en nuestro país ha producido aumento en la prevalencia e enfermedades crónicas. Dentro de estas, las cardiovasculares y las del sistema respiratorio constituyen un problema de salud pública por su alta prevalencia y por constituir la primera y tercera causa de muerte respectivamente de la población en nuestro país (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2003).

Las enfermedades cardiovasculares comparten factores de riesgo en su mayoría modificables, como la hipertensión arterial y diabetes. Esta constatación ofrece el flanco lógico por donde intervenir, con el objetivo de prevenir o detener el progreso del daño en las personas. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud del 2003 muestra que solo el 21% de los hipertensos se encontraban en tratamiento farmacológico y de este grupo, apenas un tercio estaba normotenso. Asimismo, solo 25% de los diabéticos que estaban en tratamiento, tenían glicemias normales (Téllez, 2004).

La visita domiciliaria es una estrategia que pudiera promover la compensación de estos pacientes crónicos, como lo constató García-Peña, Thorogood, Armstrong, Reyes-Fausto y Muñoz (2001) quienes observaron en pacientes que recibieron atención domiciliaria, la disminución de la presión arterial sistólica y diastólica en 3.31 mmHg y 3.67

mmHg respectivamente y la mantención del 35.5% de los pacientes con presiones menores a 160/90 mmHg. Asimismo, Chun-Lien, Shiao-Chi, Chii-Yuan y Li-Chan en el 2004 constaron que la visita domiciliaria permitió reducir las glicemias de ayunas y postprandial y la medición de la hemoglobina A1c (Hb A1c) en pacientes diabéticos.

Otro grupo de ancianos con enfermedades crónicas que se benefician con la visita domiciliaria son aquellos que presentan Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC]. Existen estudios que muestran que la visita domiciliaria reduce el número de recaídas en estos pacientes, lo que se refleja en un menor número de consultas de urgencia y la disminución de los días de hospitalización (Antoñaña et al., 2001; Díaz et al., 2005; Farrero, Escarrabillo, Prats, Federal & Manresa, 2001)

Esto tendría un gran impacto sobre su estado de salud y calidad de vida, puesto que se reduce el estrés que conlleva el proceso de hospitalización (Contreras et al., 2001).

En ese sentido el estudio de Regiane et al., (2007), mostró que algunos beneficios obtenidos en pacientes sometidos a un programa domiciliario de rehabilitación de EPOC intenso, se explicaron porque el programa contempló visitas domiciliarias frecuentes, lo que les permitió a los profesionales comprobar el cumplimiento del tratamiento pulmonar, que consideraba técnicas de respiración, entrenamiento muscular, terapia física torácica y ejercicio físico en general, convirtiéndose los ejercicios de entrenamiento en un componente imprescindible en los programas de rehabilitación pulmonar.

Los beneficios otorgados a los pacientes (mayor capacidad de tolerancia frente al ejercicio y para la actividad física) son el resultado del seguimiento, evaluación de la intervención y asesoría profesional que contribuye a que el anciano tenga mayor facilidad para aprender técnicas para controlar la disnea, mejorar el consumo máximo de oxígeno y la capacidad de trabajo, reduciéndose la ventilación y el pulso cardiaco,

lo que se traduce en un mejor acondicionamiento de la función cardiopulmonar y en una mayor sensación de bienestar general (Jairo et al., 1999).

Sin embargo, pese a que un estudio logró demostrar mejoría clínica en pacientes con EPOC avanzada a través de la disminución significativa de la disnea y la fatiga (Regiane et al., 2007), no se encontraron beneficios en la disminución de la readmisión hospitalaria y los costos en salud como tampoco en la disminución de la mortalidad. Esto podría explicarse debido a que estos pacientes poseen necesidades más complejas debido a la gravedad de su cuadro clínico (Pearson et al., 2006).

Entre los beneficios generales de la visita domiciliaria en adultos mayores con enfermedades crónicas se describen los efectos de esta sobre su capacidad funcional ya que la visita domiciliaria contribuye a otorgarles mayor independencia en áreas relativas al manejo de su tratamiento farmacológico y a los desplazamientos dentro y fuera de su domicilio, favoreciendo su percepción de autocuidado (Vargas-Daza, García-Peña, Reyes-Beaman, 2006).

Por último, cabe mencionar el impacto en la percepción de los adultos mayores en la satisfacción con la atención, lo que fue corroborado por Nicolaidis-Bouman, Van Rossum, Habets, Kempen y Knipschild (2007) quienes encontraron que al finalizar el programa de visitas domiciliarias a adultos mayores con problemas de salud, el 93% y 85% de los pacientes se sintió satisfechos con el tiempo y número de visitas realizadas, respectivamente.

Resultados similares fueron encontrados por Vargas-Daza et al. (2006) en adultos mayores hipertensos, en donde el 74.7% refirió mejorar su estado de salud luego de las visitas domiciliarias y el 71% de los pacientes manifestaron satisfacción por la atención y por Antoñaña et al. (2001) en pacientes con EPOC al encontrar que el 83.6% consideró que si en el futuro tuvieran que reingresar por una reagudización desearían ser atendidos mediante visitas domiciliarias, puesto que la atención en el domicilio les

otorgó mayor comodidad y los hizo sentir más confortables y seguros al ser atendidos en un ambiente familiar. Además el 95% de los pacientes manifestó encontrarse satisfecho con la atención recibida en las visitas domiciliarias, debido a que sentían que el personal se encontraba capacitado para entregarles un cuidado adecuado a sus necesidades.

ROL DE ENFERMERÍA

A partir de lo analizado y expuesto en esta revisión, se ha demostrado que la visita domiciliaria otorga varios beneficios al usuario. Para el logro de ellos, las intervenciones de enfermería deben incorporar de manera más activa al paciente dentro del proceso de salud-enfermedad, dando respuesta a las necesidades identificadas.

Esta situación puede ser abordada a través de distintos modelos teóricos, uno de los cuales es el Modelo de los Cuidados Cotidianos, que fundado en el modelo de Virginia Henderson, tiene como eje central la valoración de las necesidades humanas básicas. En este modelo la función de la enfermera es la planificación del cuidado para ayudar al individuo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o su recuperación, con el objetivo de que pueda ser independiente lo antes posible, considerando para ello la valoración del entorno, es decir, de todas las condiciones e influencias exteriores que lo afectan (Marriner & Balle, 2006).

Este modelo puede ser complementado por el Modelo de Autocuidado de Dorotea Orem, que promueve y fortalece las capacidades de autocuidado de las personas, incorporando al usuario en el cuidado de su salud (Urrutia, Contreras, & Doís, 2004). Para Orem existen tres categorías que organizan los requisitos de autocuidado. Los requisitos de autocuidado universales, que son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Cada uno de estos ocho requisitos están íntimamente relacio-

nados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados, de acuerdo a distintos factores condicionantes básicos que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona (Donohue et al., 1999).

Los requisitos de autocuidado del desarrollo promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano y los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para cuidar su salud (Donohue et al., 1999).

Todas las personas tienen capacidades de autocuidado en mayor o menor grado, pero cuando surgen estos problemas, se crean déficits que deberán ser compensados por otros.

De esta manera el personal de Enfermería se convierte en agente de autocuidado, utilizando sistemas de enfermería que le permitan al individuo afectado identificar sus demandas o regular la acción de su autocuidado. Existen tres tipos de sistemas dependiendo de quien pueda o deba realizar las acciones de autocuidado: el sistema de enfermería totalmente compensatorio, el sistema parcialmente compensatorio y el sistema de apoyo educativo (Donohue et al., 1999). El profesional de enfermería al activar algunos de estos sistemas considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee.

A partir del análisis de los estudios revisados, se hace evidente el aporte de estos modelos como marco sobre el cual construir el cuidado de enfermería. La valoración de los requisitos de autocuidado, factores condicionantes básicos y componentes de poder, como también de las características del contexto son esenciales de considerar al planificar la visita domiciliaria y el sistema de enfermería que se utilizará para proveer de un cuidado específico.

Se puede inferir de los estudios analizados, que el sistema de enfermería que más se ajustó para proveer cuidado en pacientes con enfermedades crónicas, fue el sistema parcialmente compensatorio, en que tanto la enfermera como el usuario asumieron actividades en pro del autocuidado para reestablecer los déficits provocados por las patologías de base.

En cambio, el sistema de apoyo educativo aparece como más apropiado para intervenir con ancianos sanos y frágiles y donde se hizo evidente en los estudios que el usuario apoyado por la enfermera, fue capaz de realizar y aprender las medidas que le permitieron mantener su capacidad funcional y aumentar su autonomía, fortaleciendo su autocuidado y ayudándolo a adquirir conocimientos, habilidades y prácticas para poder desarrollar al máximo su potencial personal desarrollando un papel más activo en su cuidado.

CONCLUSIONES

El cambio demográfico y epidemiológico por el cual se encuentra transitando nuestro país, evidencia un aumento de la población de adultos mayores lo que implica la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y mayores costos en salud (Sánchez et al., 2002).

En nuestro país, al producirse un cambio de modelo en la Atención Primaria de Salud, esta dimensión toma especial interés, puesto que a través del enfoque biopsicosocial se pretende satisfacer de mejor forma las necesidades de salud de la población y orientar a las autoridades de salud en la forma de implementar programas eficientes en grupos de alto riesgo y sobre todo en una orientación hacia la promoción y prevención en salud integral (Oliva & Hidalgo, 2004).

Así también se considera fundamental evaluar la satisfacción de los pacientes, ya que esta se asocia de manera positiva y significativa con los resultados obtenidos y con la percepción del servicio salud proporcionado, lo que repercute en la continuidad del uso de los servicios médicos, en el mantenimiento de las relaciones del usuario y el

personal de salud y en la adherencia a los regímenes y tratamientos (Marshall, Hays, & Mazel, 1996).

En la línea de otorgar una atención que satisfaga al usuario, es posible afirmar que las visitas domiciliarias se ajustan a uno de los objetivos sanitarios planteados por el MINSAL para esta década, relacionado con responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena (MINSAL, 2002).

En relación a esto, los estudios revisados mostraron que la visita domiciliaria es una técnica bien evaluada por las personas que se encuentran integradas en programas con esta modalidad. Por otro lado, es una intervención costo efectiva para las distintas poblaciones de adultos mayores tanto en la promoción de la salud como frente a medidas de prevención, tratamiento y recuperación de la misma, favoreciendo su autocuidado, mejorando su estado de salud (Díaz et al., 2005; García-Peña et al., 2002; Pearson et al., 2006) y secundariamente, reduciendo las crisis por descompensaciones, las hospitalizaciones y los costos en salud (González et al., 2001).

La visita domiciliaria es una tarea interdisciplinaria, en la que las enfermeras cumplen un destacado papel como líder del grupo de cuidados y coordinadora de los distintos servicios sociosanitarios. Como profesionales están preparadas para gestionar y otorgar los cuidados adecuados, teniendo en cuenta la situación, capacidades, patología, tratamiento o cuidados previos y las necesidades reales de los usuarios (Gómez, Del Rey, & Sanz, 2004).

Se desprende entonces la importancia que tiene la profesión de enfermería en el desarrollo de la visita domiciliaria, ya que esta actúa como un agente promotor de educación para la salud empoderando a los usuarios en su autocuidado, y como gestora de intervenciones promocionales, preventivas y rehabilitadoras, que tienen por objetivo principal satisfacer las demandas de las personas.

En nuestro país el MINSAL ha implementado el Programa de Apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad con discapacidad severa o pérdida de autonomía, lo cual constituye un paso en la satisfacción de las demandas de la población de adultos mayores dependientes. Sin embargo, debido a los resultados encontrados en los estudios, es importante considerar la implementación de programas de visitas domiciliarias preventivas, las cuales serían un complemento de los servicios asistenciales y de las acciones de promoción y prevención ya implementadas por el Ministerio de Salud, para la población de adultos mayores en general.

Por lo cual es fundamental difundir la información respecto al tema, para que las entidades de salud garanticen la destinación de recursos suficientes para llevar a cabo las visitas domiciliarias y asegurar la continuidad de la actividad.

Frente a esto cabe destacar que en nuestro país existe escasa información sobre los beneficios que la visita domiciliaria puede producir sobre los adultos mayores, lo que podría incentivar al personal de enfermería a participar y contribuir en la actualización del tema, a través de la realización de estudios que permitan fundamentar la importancia de la visita domiciliaria como estrategia de intervención a partir de la realidad de nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalde, S. & Taracon, E. (2005). Atención y asistencia domiciliaria. Recuperado el 4 de noviembre, 2007, de <http://www.udomfyc.org/descarga/sesiones/2004y5/atdomiciliaria.pdf>
- Alexander, J. E., Wertman, D., Laver, T., Marriner, A., & Neal, S. E. (1999). Definición de enfermería En: A. Marriner & M. Alligod (Eds.), Modelos y teorías en enfermería (4a ed. pp. 99-111). Madrid: Harcourt Brace.
- Antoñaña, J., Sobradillo, V., De Marcos, D., Chic, S., Galdiz, J., & Iriberry, M. (2001). Programa de altas precoces y asistencia domiciliaria en pacientes con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma. Archivos de Bronconeumología de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 37(11), 489-494.
- Chávez, J. (2003). Fragilidad, un nuevo síndrome geriátrico. Revista Diagnóstico, 42(4), 161-163. Recuperado el 7 de noviembre, 2007, de <http://www.fihudiagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/julago03/161-163.html>
- Chile, Ministerio de Salud. (s.f.). Instituto Nacional de Geriátria. Recuperado el 5 de diciembre, 2007, de <http://www.portaladultomayor.com>
- Chile, Ministerio de Salud. (2002) Objetivos sanitarias para la década 2000-2010. El Vígía, 5(15). Recuperado el 12 de noviembre, 2007, de <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>
- Chile, Ministerio del Interior. Instituto Nacional de Estadísticas. (2003). Anuario Estadísticas Vitales. Recuperado el 15 de septiembre, 2007, de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php
- Chun-Lien, J., Shiao-Chi, W., Chii-Yuan, J., & Li-Chan, L. (2004). The Efficacy of a Home-Based Nursing Program in Diabetic Control of Elderly People with Diabetes Mellitus Living Alone. Public Health Nursing, 21(1), 49-56.
- Contreras, I., Reyes, A., Marmolejo, M., & Reyes-Ortiz, C. (2001, noviembre). Calidad de vida para los pacientes adultos mayores en las salas de medicina interna del Hospital Universitario del Valle (HUV): el papel de la recreación. Trabajo presentado en el II Simposio Nacional de Vivencias y Gestión en Recreación, Cali, Colombia. Recuperado el 8 de junio, 2007, de <http://www.redcreacion.org/simposio2vg/ICcontreras.htm>
- Dalby, D. M., Sellors, J. W., Fraser, F. D., Fraser, C., Van Ineveld, C., Howard, M. (2000). Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. Canadian Medical Association Journal, 162(4), 497-500.
- Díaz, S., González, F., Gómez, M. A., Mayoralas, S., Martín, I., & Villasante, C. (2005). Evaluation of home hospitalization program in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Archivos de Bronconeumología de la Sociedad Es-

- pañola de Neumología y Cirugía Torácica, 41(1), 5-10.
- Donohue, J., Gashti, E., Hayes, S., Marriner, A., Nation, M., & Nordmeyer, S. (1999). Dorothy E. Orem. En A. Marriner & M. Balle (Eds.), *Modelos y teorías de enfermería* (6ª ed., pp. 181-198). España, Madrid: Elsevier.
- Farrero, E., Escarrabillo, J., Prats, E., Federal, M., & Manresa, F. (2001). Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *Journal American College of Chest Physicians*, 119(2), 364-369.
- García-Peña, C., Thorogood, M., Armstrong, B., Reyes-Fausto, S., & Muñoz, O. (2001). Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1485-1491.
- Gitlin, L., Winter, L., Dennis, M., Corcoran, M., & Hauck, W. (2006). A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 809-816.
- Gómez, C., Del Rey, F., & Sanz, C. (2004). Estudio de un caso desde la perspectiva de Dorothy Orem. *Educare*, 21.
- González, G., Marín, P. P., & Pereira, G. (2001). Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Revista Médica de Chile*, 129, 1021-1030.
- Hebert, R., Robichaud, L., Roy, P.M., Bravo, G., & Voyer, L. (2001). Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline: A randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 30, 147-153.
- Jairo, H., Roa, M. D., Bermúdez, G. M., Maldonado G. D., Colarte, R. I., & Caballero, A. A. (1999). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Recuperado el 4 de noviembre, 2007, de <http://www.ascofame.org.co/guiasmbe/epoc.pdf>
- Marshall, G., Hays, R., & Mazel, R. (1996). Health status and satisfaction with health care: Results from the medical outcomes study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 380-390.
- Marriner, A. & Balle, M. (2006). *Modelos y teorías de enfermería* (6ª ed.). España, Madrid: Elsevier.
- Masalán, P. & González, R. (2003). Autocuidado en el ciclo vital [Software]. Recuperado de http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/index.html
- Montero, J. (2001). *Medicina ambulatoria del adulto*. Programa de medicina familiar y comunitaria. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile.
- Nicolaidis-Bouman, A., Van Rossum, E., Habets, H., Kempen, G., & Knipschild, P. (2007). Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 425-435.
- Nikolaus, T. & Bach, M. (2003). Preventing falls in community dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): results from the randomized Falls-HIT trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 300-305.
- Oliva, C. & Hidalgo, C. G. (2004). Satisfacción usuaria: un indicador de calidad del modelo de salud familiar evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial en la atención primaria. *Psykhé*, 13(2), 173-186.
- Pardessus, V., Puisieux, F., Di Pompeo, C. Gaudefroy, C., Thevenon, A., & Dewailly, P. (2002). Benefits of Home Visits for Falls and Autonomy in the Elderly: A Randomized Trial Study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(4), 247-252.
- Pearson, S. Inglis, S. C., McLennan, S. N., Brennan, L., Russell, M., Wilkinson, D., et al. (2006). Prolonged effects of a home-based intervention in patients with chronic illness. *Archives of Internal Medicine*, 166(6), 645-650.
- Regiane, V., Gorostiza, A., Galdiz, J. B., López de Santa María, E., Casan, P., & Güell, R. (2007). Benefits of a home-based pulmonary rehabilitation program for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Archivos de Bronconeumología de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica*, 43, 599-604.
- Sahlen, K., Dahlgren, L., Hellner, B., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. *Bio Med Central Public Health*, 2, 220-229.
- Sánchez, G., Novella, B., Alonso, M., Vega, S., López, I., Suárez, C., et al. (2004). El

- proyecto EPICARDIAN: un estudio de cohortes sobre enfermedades y factores de riesgo cardiovascular en ancianos españoles: consideraciones metodológicas y principales hallazgos demográficos. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 243-255.
- Stevens, M., Holman, C. D., Bennett, N., & de Klerk, N. (2001). Preventing falls in the elderly: outcome evaluation of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 49, 1448-1455.
- Stuck, A., Minder, C., Peter-Wüest, I., Gillmann, G., Egli, C., Kesselring, A. et al. (2000). A Randomized Trial of In-Home Visits for Disability Prevention in Community-Dwelling Older People at Low and High Risk for Nursing Home Admission. *Archives of Internal Medicine*, 160, 977-986.
- Schein, C., Gagnon, A., Chan, L., Morin, I., & Grondines, J. (2005). The Association Between Specific Nurse Case Management Interventions and Elder Health. *American Geriatrics Society*, 53, 597-602.
- Talero, A. & Murillo, M. (2007). La visita domiciliaria como escenario para la prevención. *Medicina de Familia*, 7(2), 105-115.
- Téllez, A. (2004). Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. *Revista Médica de Chile*, 132, 1453-1455.
- Urrutia, M., Contreras, A., & Dois, A. (2004). Modelo de Atención de Salud basado en el Autocuidado: inicios y evolución. *Horizonte de Enfermería*, 15, 81-88.
- Van Haastregt, J., Diederiks, J., Van Rossum, E., Witte, L., Voorhoeve, P., & Crebolder, H. (2000). Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairment in elderly people at risk: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 991-998.
- Vargas-Daza, E. R., García-Peña, M. C., & Reyes-Beaman, S. (2006). Satisfacción de los pacientes hipertensos de 60 años y más sobre la atención de enfermería en casa. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 14(1), 3-8.
- Vass, M., Avlund, K., Kvist, K., Hendriksen, C., Andersen, C. K., & Keiding, N. (2004). Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22(2), 106-111.