

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
"Dr. JOSÉ ASSEF YARA"

**Propuesta de un instrumento docente para ser utilizado por los estudiantes de medicina como guía en la realización de la visita de terreno a partir de los determinantes del estado de salud.**

**Proposal of an educational instrument to be used by the medicine students as a guide in the accomplishment of home visit from the determinants of the health state.**

Olga Aida Alfonso Pérez, Magaly Rita Gómez Verano, Tania Galván Noa, Kattia Villamil Fumero, Sonia Díaz Fernández.

### **RESUMEN**

Se confecciona un modelo para la visita de terreno, con el objetivo de proponer un instrumento docente que sirva al alumno de guía para la realización de esta visita, motivado porque durante esta actividad el educando recibe docencia al mismo tiempo que participa en la atención a personas sanas o enfermas, a las familias y a la comunidad y contribuye a la transformación del estado de salud de la persona o su colectividad. Al tener en cuenta los determinantes del estado de salud de la población se propone una guía para detectar en el hogar y el entorno aquellos posibles riesgos o daños que intervienen en el proceso salud enfermedad; se culmina con una labor educativa que responda a la modificación o erradicación de los elementos identificados. También se enumeran las ventajas de las visitas médicas al hogar, su necesidad como componente fundamental e insustituible de la atención a los pacientes, y como complemento necesario del trabajo en el consultorio. El material y el método están representados por una revisión bibliográfica que de forma resumida expresan la técnica a utilizar en este tipo de actividad. Se concluye la propuesta con la descripción de los distintos pasos a seguir en la realización del terreno docente.

**Palabras clave:** VISITA DOMICILIARIA, ESTADO DE SALUD.

1. Especialista de 2do Grado en MGI. Profesora Asistente. Máster en Atención Integral al Niño.
2. Especialista de 2do Grado en MGI. Profesora Auxiliar. Máster en APS.
3. Especialista de 1er Grado en MGI. Profesora Asistente.
4. Especialista 1er Grado Pediatría. Profesor Asistente. Máster en Atención Integral al Niño.
5. Especialista de 1er Grado en MGI. Profesora Asistente. Máster en Medicina de Desastres.

### **INTRODUCCIÓN**

Desde los tiempos primitivos los médicos visitaban a sus pacientes en el hogar para brindarles atención; no había hospitales y las personas, sobre todo las que no podían deambular, recibían asistencia médica en su casa. En la Edad Media surgieron los primeros hospitales y se fueron desarrollando paulatinamente. En el siglo XIX, sobre todo en su segunda mitad y finales, las visitas médicas al hogar fueron disminuyendo poco a poco.

En Cuba, antes de la Revolución, recibían visitas médicas en el hogar los que podían pagar la medicina privada, los usuarios de algunas clínicas mutualistas y algunos pacientes pobres beneficiados con la atención del facultativo de la semana (1-2). Ya en el siglo XX, el modelo de las Casas de Socorro, en algunas de las ubicadas en la capital, mantuvo el servicio de asistencia a domicilio a los pacientes pobres.

Con la creación de los policlínicos integrales (1964), las visitas médicas al hogar quedaron un poco relegadas hasta los primeros años de la década de los 70, en que se fortaleció el servicio. En este caso se proveía al médico de un vehículo y se le financiaba el combustible, debiendo

realizar 18 visitas diarias, 3 días por semana en horas de la tarde y noche a los pacientes que las solicitaban.

En 1974, con el surgimiento y ulterior desarrollo de la medicina en la comunidad, las visitas domiciliarias por parte del médico del sector, programadas por la dispensarización y a solicitud de los pacientes, tomaron un impulso nunca antes visto en el país, y esa actividad entró a formar parte insustituible del trabajo del médico (3). Con la creación en 1984 del modelo del Médico y Enfermera de Familia y su desarrollo, la visita médica al hogar cobra un nuevo impulso y dimensión, sobre todo, después de implantarse la iniciativa del ingreso en el hogar (4-10).

La visita de terreno es una modalidad de la educación en el trabajo que tiene objetivos docentes y asistenciales íntimamente relacionados. Durante esta actividad el educando recibe docencia al mismo tiempo que participa en la atención de personas sanas o enfermas, las familias y la comunidad y en algunas medidas contribuye a la transformación del estado de salud de la persona o su colectividad.

El terreno también se define como la actividad realizada por el Equipo Básico de Salud (EBS) que lo integran el Médico, la enfermera y estudiantes, fuera del local del consultorio (visita al hogar, al hospital u otras instituciones de salud). El mismo debe ser planificado para definir las evaluaciones independientes y de conjunto a realizar, también se realiza según el establecimiento de prioridades, se tiene en cuenta la solicitud de visitas al hogar (siempre y cuando la visita no sea urgente, si es urgente acudir de inmediato), ingresos en el hogar, seguimientos periódicos, visitas a pacientes enfermos vistos en el horario de consulta que por su estado lo requieran, vistas a hospitales y otras instituciones de salud, así como las vistas programadas a través de la dispensarización. La actividad realizada en el terreno debe quedar debidamente registrada en los documentos establecidos (11).

La visita domiciliaria, le permite al EBS actuar conforme a las necesidades de salud identificadas e insatisfechas, logra el compromiso del individuo y de la familia con respecto a su autocuidado, se consigue el mayor grado de autonomía individual y familiar, se evita así la dependencia del sistema de salud. Por tanto, es esta la actividad básica del médico y la enfermera de la familia, en el sentido de modificar o resolver los problemas de salud y crisis del individuo, la familia y la comunidad, ya que le brinda la oportunidad al EBS, de observar a estos en su ambiente social, cultural, religioso, laboral, por lo que debe saber buscar estrategias que le faciliten ganarse su confianza. Para ello es necesario que el EBS conozca la composición del núcleo familiar, las interrelaciones con sus vecinos y con los demás miembros de la comunidad. También su economía, educación, recreación, emociones y sus relaciones de trabajo y sociales. Por tanto, durante todo el terreno el EBS tiene en cuenta los determinantes del estado de salud de la población que lo componen el modo y estilo de vida, la biología humana, las características del medio ambiente y la organización de los servicios de salud (12).

Este trabajo se centra en la actividad médica de visita domiciliaria o terreno al hogar, como se le denomina; esta se convierte en una de las acciones fundamentales de educación en el trabajo para desarrollar por el propio estudiante de medicina y su tutor. El tutor controla la actividad independiente del estudiante en la atención a los pacientes y la familia, además de la confección de historia clínica individual y la historia de salud familiar y el proceso de dispensarización de cada uno de los integrantes del núcleo familiar.

Deben controlarse las habilidades prácticas con el enfoque clínico-epidemiológico social que va adquiriendo el estudiante en relación a la atención médica integral a las personas la familia y la comunidad, y fomentar el trabajo en equipo. Se analiza desde una visión integral a la persona sana o enferma en el contexto del medio familiar, se emplea el método clínico y epidemiológico en el análisis y solución de los problemas de salud social y familiar, persigue desde el punto de vista docente, desarrollar habilidades en los estudiantes, encaminadas a lograr un enfoque sanológico en la atención integral de la salud.

Participan los integrantes del equipo de salud de la atención primaria y los estudiantes de medicina. El número de estudiantes no excederá de cuatro pues un número mayor podría afectar la calidad de esta actividad, y la privacidad de la familia. No debe olvidarse que para el desarrollo de esta actividad se debe contar con el consentimiento informado de cada familia.

Para el desarrollo de la misma se debe garantizar que la historia de salud familiar y la historia clínica individual estén correctamente confeccionadas (13).

Es por ello, que entre los objetivos docentes educativos de la visita al hogar se plantea que los estudiantes:

- Adquieran el dominio de los métodos y técnicas de trabajo de la Atención Primaria de Salud, el método clínico-epidemiológico, lo que le permitirá desarrollar la capacidad para aplicar los conocimientos adquiridos, las habilidades formadas y desarrollar nuevas cualidades y hábitos de trabajo.
- Se eduquen en los principios de la ética médica socialista y en particular en el logro de una relación efectiva con el individuo, familia y comunidad y del trabajo en equipo.
- Desarrollen el enfoque humanista del ejercicio de la profesión en la atención al individuo sano o enfermo y adquieran el hábito de razonar científicamente los datos recogidos en la historia clínica, la influencia de las relaciones familiares y otros factores socioeconómicos, las posibilidades diagnóstica, las indicaciones de las investigaciones complementarias, la valoración de sus resultados y las acciones profilácticas según los factores de riesgos identificados y terapéuticas a emprender con los pacientes y sus consecuencias, así como la planificación de los cuidados de enfermería según correspondan.
- Enriquezcan su experiencia práctica en la promoción de salud y en la prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados de los pacientes.
- Dominen el método epidemiológico y los principios de higiene individual y colectiva que permitirán la modificación del ambiente en beneficio de la colectividad.
- Se apropien del método de trabajo empleado en el consultorio del médico y la enfermera de la familia y en los policlínicos.
- Profundicen en el análisis semiológico de los datos del interrogatorio y del examen físico, de los aspectos patogénicos de la enfermedad, la confirmación del diagnóstico clínico o epidemiológico.
- Desarrollen conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para lograr una correcta atención ambulatoria.
- Establezcan la relación existente entre la evolución y el pronóstico de los pacientes
- Adquieran conocimientos, hábitos y habilidades en la rehabilitación de pacientes del grupo dispensarial IV.

Durante las evaluaciones frecuentes, parciales y finales, se ha detectado que existe insatisfacción en los docentes y estudiantes de nuestra universidad, sobre la existencia de bibliografía insuficiente, que aborde lo relacionado con las características de terreno o visita al hogar, también es importante mencionar que en reuniones metodológicas se ha constatado que existe la carencia de una guía metodológica para la realización de este tipo de educación en el trabajo de forma uniforme para los profesores y tutores de la disciplina de Medicina General Integral, es por ello que el objetivo general de nuestra investigación consiste en:

Objetivo: Proponer un instrumento docente que sirva al alumno de guía para la realización de la visita de terreno, según los determinantes del estado de salud de la población

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un revisión bibliográfica de artículos editados en la red nacional y disponibles en nuestras bibliotecas, además de las publicaciones registradas en las bases de datos de Infomed, donde están incluidos autores cubanos relacionados con la Atención Primaria de Salud y otras ediciones que tienen que ver con la entidad objeto de revisión, los procedimientos a realizar en el ejercicio docente fueron redactados en correspondencia con el soporte bibliográfico específico a cada uno de ellos, los mismos fueron organizados y editados se utilizó una computadora personal.

## **RESULTADOS**

Desarrollo:

Se han señalado múltiples ventajas de las visitas y atención médica en el hogar, entre las que tenemos:

- La visita al hogar permite al médico obtener mucha información sobre la unidad familiar y su funcionamiento, la interacción de sus miembros y el papel del paciente. Esto no puede lograrse en el ambiente "artificial" del consultorio. No hay un sustituto satisfactorio para la visita domiciliaria.
- En el consultorio se atiende solamente al paciente, en la visita al hogar puede atenderse toda la unidad familiar.

- La atención en el hogar permite un egreso más rápido del hospital, es una alternativa aceptable para la atención institucional a largo plazo y para los que sufren una discapacidad seria y permanente, muchos de los cuales son ancianos; además, es económicamente más eficiente que el ingreso en el hospital.
- Los pacientes se enfrentan mejor a su enfermedad si permanecen en un ambiente familiar.
- Para los ancianos la visita y atención en el hogar son muy satisfactoria, sobre todo en el caso de tener discapacidades físicas. El ingreso en el hospital de un anciano puede tener consecuencias indeseables motivadas por la separación de su medio.
- En el hogar se pueden detectar condiciones que rodean al enfermo y que pueden ser nocivas para su salud, tales como: mal estado estructural de la vivienda, condiciones inadecuadas de vida, riesgos de accidentes, hacinamiento, higiene deficiente, mal funcionamiento familiar, insuficiente apoyo y ayuda al paciente por parte de la familia, poca adherencia al tratamiento, etcétera.
- La visita del médico al hogar le inspira al paciente confianza y seguridad, se logra una empatía superior a la que puede establecerse en el consultorio, el paciente siente que el médico lo acompaña en su padecimiento, que lo atiende no solo como un paciente, sino como si fuera un familiar o amigo.
- La muerte con dignidad es más fácil cuando el paciente muere en el ambiente que le dio significado a su vida, y en compañía de aquellos cuya presencia le proporcionó la mayoría de las recompensas de su vida. (11) La atención a los pacientes terminales y moribundos es una de las justificaciones de la visita en el hogar.
- Aunque la ciencia de la medicina probablemente puede ejercerse en forma más correcta en el bien equipado ambiente del consultorio, el arte de la medicina se aplica mejor en el hogar del paciente, por eso la conveniencia de combinar ambas actuaciones. (14-15)

Los casos que requieren visitas domiciliarias son múltiples (16), entre los más frecuentes se encuentran:

- Evaluación y atención de enfermedades agudas en casos de que el paciente tenga dificultad para trasladarse al consultorio porque esté muy enfermo o débil, tenga fuertes dolores, sea muy anciano, su problema se pueda exacerbar con el movimiento, necesite tratamiento de inmediato o guardar reposo. En el caso de solicitud del paciente o familiares, también debe ser visitado. La visita domiciliaria para atender enfermedades agudas nos permite evaluar las condiciones del hogar y el apoyo familiar para decidir o no el ingreso domiciliario u hospitalario en los casos necesarios.
- Evaluación y tratamiento a pacientes recién egresados del hospital, tras una intervención quirúrgica u otra situación. Esto nos permite el alta precoz y la incorporación del paciente a su medio habitual. En estos casos son necesarios mecanismos estrechos de coordinación entre la atención primaria y secundaria.
- Atención de pacientes con enfermedades crónicas o discapacidades para poder seguir su evolución, supervisar el tratamiento y valorar las condiciones del hogar y el apoyo familiar.
- Tratamiento a pacientes con enfermedades terminales, que pueden morir más tranquilos y rodeados de un ambiente de afecto en su casa, aunque no haya nada que hacer con respecto al resultado final de la enfermedad. Consideramos que sí hay mucho que hacer, pues resulta insustituible el apoyo y afecto que se le da al paciente y a su familia, además del auxilio que se le proporciona a esta en períodos de crisis.
- Evaluación de las condiciones domiciliarias y visión de la familia. El hogar refleja los valores de la familia, y los pacientes expresan sus sentimientos con más facilidad en la casa.
- Según lo normado para los diferentes grupos de la dispensarización (17).
- En las personas incapacitadas para desplazarse al consultorio.
- En casos de ingresos domiciliarios.

Se debe recordar que, para las visitas al hogar, sobre todo en caso de ingresos, se requiere un mínimo de habilidades clínicas, de apoyo tecnológico y medicamentos básicos. Algunos aspectos esenciales a la hora de realizar una visita en el hogar son:

1. Cumplir con las visitas programadas de acuerdo con la dispensarización.
2. Tratar al paciente y la familia con la ética y respeto necesarios.

3. Nunca demostrar apuro o desinterés.
4. Evitar la curiosidad que pueda ofender y las bromas de mal gusto. Mostrar siempre tacto, discreción, prudencia y sentido común, lo cual es mucho más importante en la visita al hogar.
5. Escuchar atentamente al individuo y la familia.
6. Inspirar confianza, respeto y seguridad. No diga “no sé” o “no se puede”, pues el médico tiene derecho a no saber, pero no a no saber por dónde continuar.
7. Evite proceder riesgosos y complicados.
8. Cerciórese de que se le entiende al hablar, evite los términos técnicos.
9. Inspeccionar aspectos vitales como: riesgo de accidentes, hábitos tóxicos, alimentación, dinámica familiar, higiene personal y del hogar, condiciones de vida, apoyo familiar al paciente, etc., y realizar las intervenciones necesarias para solucionar las deficiencias detectadas.
10. Aunque la visita esté focalizada en un integrante de la familia, por ejemplo, un lactante, hay que evaluar y atender a la familia en su conjunto, en este caso puede ser la abuela que cuida al niño.
11. Por último, antes de terminar la visita, verifique que no haya quedado ningún asunto importante pendiente, y estimule al paciente y la familia a aclarar todas sus dudas. Indique cuándo los va a visitar de nuevo, o si fuera necesario, los cita para la consulta.

Para el desarrollo de la visita de terreno será necesaria la documentación, que estará representada por la Historia Clínica Familiar y la individual, que recogerán todo lo relacionado con la detección de los problemas de salud que alteren el equilibrio salud y enfermedad. Es necesario que durante toda la visita se cumplan los aspectos comunicativos propios de la relación médico paciente y se cuide la ética de cada individuo, así como a través de todo este proceso se revisan las determinantes del estado de salud, de forma interrelacionada. Se propone comenzar, por la valoración de las condiciones del entorno físico, que rodea el hogar, seleccionado para realizar la visita.

Guía para realizar visitas de terreno o visitas al hogar según determinantes del estado de salud de la población.

Dimensión 1: Ambiente físico, alrededor de vivienda, modo y estilos de vida.

Indicadores:

- Presencia de desechos sólidos
- Residuales líquidos
- Contaminación atmosférica
- Iluminación
- Ruidos
- Peligros potenciales de accidentes
- Existencia de animales y vectores en el hogar y entorno
- Condiciones estructurales de la vivienda
- Cultura sanitaria
- Características psicosociales
- Satisfacción de las necesidades básicas
- La evaluación de la salud familiar (estructura y constitución de la familia, funcionabilidad familiar, condiciones materiales de vida y estado de salud de los integrantes de la familia)

En esta primera parte se hace necesario observar las condiciones físicas de calles, aceras, portales, que rodean la vivienda, donde se debe valorar elementos como son:

- Presencia de desechos sólidos (presencia o no de micro vertederos, acumulación de escombros o aglomeración de cualquier tipo de desechos sólido) que afecta la higiene y constituyen riesgos para la salud de los habitantes.
- Desbordamiento de residuales líquidos (presencia o no de desbordamientos de aguas albañales u otras).
- Presencia de contaminación atmosférica: presencia o no de contaminantes atmosféricos, tales como polvo excesivo, humo, hollín, emanaciones de sustancias tóxicas.

- Iluminación: si existe una iluminación deficiente o no del entorno.
  - Ruidos: la existencia o presencia de ruidos o no, dañinos a la salud para los habitantes del entorno y en el hogar propiamente dicho.
  - Peligros potenciales de accidentes: existencia de condiciones estructurales o ambientales que constituyen riesgos de accidentes (vías en mal estado, alcantarillas sin tapas, deficiencias del tendido eléctrico, irregularidades del pavimento, aceras con irregularidades). También es importante identificar los posibles riesgos de accidentes propios del hogar, como en el caso de que existan infantes, se debe observar la ubicación de sustancias tóxicas, identificar si se practica el colecho, la desprotección de tomacorrientes, etc. En el caso de los ancianos se debe identificar todas aquellas situaciones que contribuyan a que se produzcan accidentes por caídas, ingestión de sustancias tóxicas, etc.
  - Animales en la vivienda: Identificar la existencia de animales en la vivienda que afecten la higiene y si constituyen un problema.
- Condiciones estructurales de la vivienda: Si es sólida, con puntal de 2,5 metros y más, si los elementos están diferenciados, si requiere reparación, si es insegura con puntal bajo.
- Cultura sanitaria: Si aceptan la orientación médica, si conocen o no las orientaciones sobre promoción de salud y las practican y cómo es la higiene personal y colectiva.
  - Características psicosociales: Identificar si todos los miembros con edad laboral trabajan y los de edad escolar estudian, cómo son las relaciones con los vecinos y si participan en las tareas de las organizaciones de masas. Si existen actividades delictivas.
  - Satisfacción de las necesidades básicas: Si satisfacen sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción, y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.

Otros elementos importantes de esta dimensión:

- La sala o recibidor: es frecuente situar allí elementos perjudiciales para algún tipo de paciente (como los asmáticos o alérgicos), tales como: flores artificiales, ubicadas en recipientes que conjuntamente con cuadros, alfombras y cortinas acumulan gran cantidad de polvo, lo que resulta esto uno de los alérgenos más perjudiciales para enfermedades respiratorias.
- La habitación de dormir: aquí en este local existen varios elementos que tienen que ver directamente con la estabilidad y compensación de algunas enfermedades respiratorias, son ellas la ventilación, el hacinamiento, la cubierta de colchones y almohadas que debe ser con nylon, cortinas, armarios y roperos, por lo que aquí deben tomarse medidas preventivas que impidan que el paciente aspire el polvo que en ellos se acumula, también hay que tener en cuenta la cómoda donde se ubican, talcos, perfumes y cosméticos, compuestos químicos que intervienen al igual que el polvo en los procesos inmunoalérgicos. En esta habitación es importante observar el uso de lámparas de noche para evitar caídas en personas ancianas u otro tipo de situación que requiera de iluminación tenue, en caso de personas intervenidas quirúrgicamente, lactantes, etc.
- El baño: en este local también pueden existir compuestos perjudiciales como son las sustancias de desinfección del inodoro, compuestos químicos, cosméticos, detergentes, etc., que deben estar almacenados en lugares adecuados para evitar los accidentes en niños u otro tipo de personas; observar la presencia de muros en el área de baño, pues estos impiden el almacenamiento de agua en este local, evitan así las caídas de niños y personas en general. También observar el uso de alfombras antirresbaladizas. Observar la limpieza e higiene de todas las partes del baño.
- La cocina: es el lugar donde se observa y se evalúa cualitativamente la higiene, almacenamiento y preparación de los alimentos y existen tres elementos a tener en cuenta: primero el combustible con se cocina, la humedad, el humo; también se debe observar si existe alguna fuente de almacenamiento de agua y si esta se tapa o no. En este local es donde se confeccionan los alimentos y donde pudieran existir, de no detectarse, situaciones contribuyentes de infecciones de transmisión digestiva.

Del entorno hogareño, la representación fundamental es el patio y se deben valorar elementos como las hierbas, los residuales sólidos y líquidos, los animales domésticos, los depósitos de sustancias alergénicas como combustibles, pinturas etc. También deben identificarse posibles elementos de riesgo para provocar caídas en ancianos, niños u otros miembros de la familia. Es importante también identificar la presencia de focos de *Aedes Aegyptis*.

Con el propósito de alcanzar la salud familiar integral, es conveniente considerar familia, también lo que algunos autores llaman persona sin familia, equivalentes familiares o núcleo censal; es

decir, el núcleo constituido por la persona o grupo de personas con vínculo de parentesco o sin este, que tienen presupuesto común, cocinan para el conjunto, conviven de forma habitual y ocupan una vivienda o parte de ella.

Es preciso distinguir entre salud de los miembros de una familia y salud familiar; la primera se refiere a la incidencia y prevalencia de enfermedades en una familia dada, en tanto la segunda tiene que ver con el funcionamiento de la familia como un todo, como una unidad; la salud de una familia rebasa la suma de sus partes. El funcionamiento del grupo familiar es un elemento dinámico que puede ejercer influencia en la preservación de la salud o en la aparición de enfermedades y otros daños. Para ser una familia saludable no es imprescindible que todos sus integrantes no presenten problemas de salud y sí que todos sus miembros estén a favor de la salud. Una familia por la salud será aquella cuyos integrantes hagan saber su decisión a la unidad de medicina familiar o atención primaria; esta decisión debe aparecer reflejada en su historia de salud familiar y comprometerse, de hecho, al cumplimiento de las medidas que faciliten la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para alcanzar lo que es realmente la sanidad (18).

Otro aspecto para evaluar en el terreno es lo concerniente a la salud familiar, y es en la visita al hogar donde el equipo básico de salud puede observar de forma más directa lo concerniente a este grupo.

Este debe basarse en:

- Estructura y constitución de la familia (aquí se describirá la clasificación de la familia, la etapa del ciclo vital que atraviesa la familia en ese momento, y se realizará la representación gráfica de esta o el familiograma. También se señalará la presencia de crisis transitoria o no transitoria.
- Funcionabilidad de la familia: Esta abarca las áreas de cumplimiento de las funciones básicas (económica, educativa, afectiva y reproductiva), la percepción del funcionamiento familiar que tiene uno de los integrantes de la familia (este integrante tendrá la característica de convivir de manera estable en el hogar y su capacidad de respuesta).
- Condiciones materiales de vida: Incluye los ingresos económicos del hogar que es el ingreso per cápita familiar, el monto de dinero que se calcula a partir de la suma de los ingresos entre el total de familiares que dependen de él e incluye ingreso estable por pensiones u otras ayudas económicas (no solo salario). Los servicios básicos es el conjunto de servicios de que dispone el hogar para la satisfacción de necesidades básicas: electricidad, agua e instalaciones sanitarias dentro del hogar. El equipamiento doméstico es la tenencia en el hogar de equipos electrodomésticos para la satisfacción de necesidades básicas de la vida cotidiana; se considera como un módulo básico la tenencia de refrigerador, televisor y radio. La densidad habitacional si la familia cuenta con un dormitorio para cada 2 personas como mínimo. Se considera hacinamiento cuando existen 3 personas por locales para dormir con privacidad.
- Estado de salud de los integrantes de la familia: Es la incidencia y prevalencia de enfermedades en los miembros de una familia dada (19-22).

Dimensión: Biología Humana y Organización de los servicios de salud.

Indicadores: Interrogatorio

Examen físico

Medios complementarios

Indicación de tratamiento preventivo, curativo y de rehabilitación

Educación sanitaria

Seguimiento posterior

- Primeramente, realizar un interrogatorio minucioso para tratar de encontrar elementos que orienten el diagnóstico o el estado del paciente, si sufre alguna enfermedad crónica o aguda.
- El examen físico general, regional y por sistemas y aparatos en correspondencia con la situación de salud.

Impresión diagnóstica

- La indicación de algún complementario que nos ayudaría al diagnóstico o estaría incluido en el programa de tecnología de avanzada en el caso de niños y gestantes u otro que correspondería a algún programa en específico.

- Tratamiento preventivo, curativo y de rehabilitación.
- La educación sanitaria sería el último elemento a tener en cuenta, importante en Atención Primaria de Salud, considerado como uno de las armas fundamentales con que cuenta el médico de familia para lograr la prevención de las enfermedades.
- La indicación de su posterior seguimiento en el sistema de salud.

Después de haber recorrido la casa, el entorno, y haber identificado todos los elementos socio-ambientales adversos para el paciente objeto de la visita al hogar, se procede al registro en la Historia Clínica Familiar e Historia Clínica Individual de los mismos, se escribe el control realizado y se da cumplimiento al programa de pesquisas normadas por MINSAP. Es importante también citar al paciente objeto del terreno a la próxima actividad de control médico, sea esta una consulta, interconsulta u otra modalidad de atención médica.

La terminación de la visita de terreno se fundamenta en la detección de todos aquellos factores que resulten agresivos y puedan desencadenar en una afectación al binomio salud-enfermedad.

Cuando termina el recorrido de la casa y el entorno, se reúne el Equipo Básico de Salud conjuntamente con los alumnos que realizaron dicha actividad y los componentes del núcleo familiar presentes y se realiza una labor educativa con el objetivo de señalar todos elementos de riesgo detectados que afectan al paciente y al resto de los convivientes para atenuarlos, modificarlos o erradicarlos.

## CONCLUSIONES

Se describen elementos a tener en cuenta en una visita de terreno según los determinantes del estado de salud de la población, que de forma organizada permita reconocer e identificar posibles riesgos y daños a la salud.

Se pone en manos del alumno un modelo guía para realizar una visita de terreno en una entidad determinada, que cumpla los requisitos establecidos para dicha actividad. Se identifican algunos factores necesarios a tener en cuenta en la evaluación de la salud familiar.

## ABSTRACT

A model for the home visit is carried out and whose objective goes to the proposal of an educational instrument that is used for the student as a guide for the accomplishment of this visit, motivated because during this activity the student receives teaching at the same time that participates in the attention to healthy or ill people, to the families and the community and contributes to the transformation of the person's health status or their community. Taking into account the determinants of the population health status a guide is suggested to detect in home and the surroundings possible risks or damages that take part in the health disease process; culminating with an educative work that responds to the modification or eradication of the identified elements. Also the advantages of the home medical visits are enumerated, its necessity as fundamental and irreplaceable component of the attention to patients and as necessary complement of work in the doctor's office. Method and material are represented by a bibliographical revision that in a summarized form expresses the technique to use in this activity. The proposal is concluded with the description of the different steps to follow in the accomplishment of the educational area.

**Key words:** HOME VISIT, HEALTH STATUS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Públ [Internet] 2005 [citado 15 Mar 2006]; 31(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31-2-05/spu\\_12205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31-2-05/spu_12205.htm)
2. Delgado García G. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 15 Mar 2006]; 31(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31-2-05/spu\\_10205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31-2-05/spu_10205.htm)
3. Díaz Novás J, Fernández Sacasas J. Del policlínico integral al médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1989; 5(4):556-64.
4. Rubio Jánez M. Informe preliminar sobre ingresos en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1986; 2(1):5-12.

5. Márquez Morales N, Jiménez Cangas L, Torres Díaz H. Costos y beneficios del ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1998; 14(5):445-9.
6. Saura de la Torre I, Hernández Vergel L, Rodríguez Brito M. Requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1998; 14(5):479-83.
7. Saura de la Torre I, Hernández Vergel L, Rodríguez Brito M. Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1998; 14(5):494-8.
8. Naranjo Ferregut J, Delgado Cruz A, Forcellado Llano C, Camejo Macías M. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000; 16(6):606-8.
9. Vera Miyar C, Fernández Aspiolea E, Alfonso Freyre J, Basanta Marrero L, Zuazaga Cabrera G. Comportamiento del ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001; 17(5): 429-34.
10. Reyes Sigarreta M, Garrido García R, Villar MT, Díaz Castellón M. Distribución de las principales causas de morbilidad por ingresos domiciliarios en el municipio Cerro durante el año 2000. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].* 2003 [citado 15 Mar 2006]; 19(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sldcu/revistas/mgi/vol\\_19\\_2\\_03/mgi05203.htm](http://bvs.sldcu/revistas/mgi/vol_19_2_03/mgi05203.htm)
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. La Habana: MINSAP; 2000.
12. Colectivo de Autores. Enfermería familiar y social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
13. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
14. Rakel R, Storey P. Asistencia al paciente agonizante. En: Rakel R, editor. Tratado de medicina familiar. Río de Janeiro: Guanabara; 1997. p. 119-34.
15. Shires DB, Hennen BK. Medicina familiar. México: McGraw-Hill; 1983.
16. McWhinney I. Introducción a la medicina familiar. Mérida: Universidad de los Andes; 1984.
17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. La Habana: MINSAP; 1998.
18. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.
19. Louro I, Infante O, de la Cuesta D, Pérez E, González I, Pérez C, et al. Manual de intervención en salud familiar [Internet]. 2001 [citado 20 Sep 2001] [aprox. 20 pantallas]. Disponible: <http://bvs.sld.cu/libros/manual/indice.html>
20. Louro I. Enfoque familiar en la salud. En: Escuela Nacional de Salud Pública. Temas de actualización en salud pública [CD-ROM]. La Habana: ENSAP; 2003.
21. Louro I. La psicología de la salud y la salud familiar. En: Hernández ME, Grau AJ, de los Santos AF. Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias Sociales; 2004.
22. Louro I. Modelo teórico metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en el nivel primario [Internet]. 2000 [citado 20 Sep 2001] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revsalud/temas.php?idv=2190>