



EDITORIAL

Atención primaria en el domicilio en el marco de la pandemia COVID-19



Primary care at home in the framework of the COVID-19 pandemic

Con 1.730.575 casos confirmados y 47.624 muertes a fecha de 14 de diciembre, España sigue siendo uno de los países europeos más gravemente afectados por esta pandemia de COVID-19^{1,2}. Gran parte de los casos (cerca del 80%) de COVID-19 que se han notificado hasta el momento son leves. Actualmente solo se puede realizar tratamiento sintomático en los casos leves y moderados, y medidas de soporte o tratamiento de complicaciones en casos graves, ya que no existe tratamiento específico³. Por ello, el diagnóstico y el seguimiento de los casos leves, así como su vigilancia epidemiológica, debe realizarse desde atención primaria (AP) y de forma coordinada con los servicios de Salud Pública y de Medicina Preventiva⁴.

La atención en el domicilio en el marco de la pandemia COVID-19 se puede considerar para casos confirmados o sospechosos cuando la atención hospitalaria no está disponible, no hay criterios de ingreso hospitalario o en pacientes que han sido dados de alta del hospital pero requieren seguimiento y medidas de aislamiento^{4,5}. La decisión de atender a una persona infectada en el hogar depende de la evaluación clínica, de la evaluación del hogar y de la capacidad de monitorizar la evolución^{4,5}.

AP es el nivel asistencial que incluye la atención en el domicilio y permite una valoración más proactiva y centrada en el paciente, no solo clínica sino también sociosanitaria⁶, lo que es clave en esta pandemia al estar aumentando las desigualdades, el aislamiento de los ancianos y el incremento de otros problemas sociales, como la violencia de género. La estratificación de los pacientes crónicos desde AP permite detectar y priorizar la atención domiciliaria a los de mayor riesgo y complejidad⁷. Por ello, la atención domiciliaria desde AP es una herramienta fundamental para el control y el seguimiento de las personas infectadas y sus familias, especialmente personas mayores, con enfermedades terminales o con enfermedades crónicas avanzadas (demencias, EPOC, insuficiencia cardíaca, etc.), teniendo especial precaución en las medidas preventivas de contagio

tanto para profesionales sanitarios como para familias y cuidadores. Para favorecer esta atención es imprescindible, dada la situación actual, incorporar las nuevas tecnologías (suficientes dispositivos móviles, sistema de videollamadas y de mensajería, sistemas de telemonitorización...), recursos que están aún muy lejos de ser una forma de acercamiento al paciente debido a la escasa implantación en el sistema sanitario español⁸. Estas herramientas se postulan como una alternativa a corto plazo para mejorar la continuidad asistencial y el acercamiento al domicilio de los pacientes durante y tras la pandemia⁹.

Al comienzo de la pandemia, en el mes de marzo, la atención domiciliaria a pacientes con sospecha de COVID-19 supuso un reto, pues en ese momento no disponíamos de equipos de protección individual (EPI) suficientes y desconocíamos muchos aspectos de la enfermedad. Los equipos de AP nos vimos desbordados por el miedo al contagio propio y de los pacientes, y por las bajas de los profesionales. Se mantuvo la atención domiciliaria con el convencimiento de que teníamos que resistir y acompañar a nuestra población, pues éramos su recurso sanitario más cercano capaz de detectar, cribar, seguir y derivar, en caso necesario, con mayor efectividad por conocimiento clínico y biográfico, accesibilidad y longitudinalidad. Con los precarios medios de que disponíamos llevamos a cabo la atención domiciliaria a pacientes COVID y no COVID intentando priorizar la atención que necesitaban las personas con enfermedades crónicas y mayores dependientes, que no podían acercarse al centro y que coincidió con situaciones de soledad, precariedad, inmovilismo, barreras estructurales, multimorbilidad y dependencia. En este periodo, dadas las noticias y la mortalidad elevada, estas personas se sintieron especialmente señaladas, no llamando ni demandando asistencia en muchas ocasiones por el miedo a acabar ingresados y morir solos en el hospital, sin poder tener contacto con su familia.

Sin recursos suficientes, debíamos haber sido más proactivos, pero ¿cómo? Atendíamos la emergencia, sin poder

atender adecuadamente a los mayores y crónicos que estaban solos, sin ni siquiera ver a sus hijos o su familia por el miedo al contagio, con un alto coste afectivo y cognitivo. En algunas comunidades autónomas se organizaron equipos de atención domiciliaria que, junto a equipos de soporte de atención domiciliaria paliativa, ayudaron en situaciones sobre todo de final de vida.

Después tuvimos más EPI y capacidad diagnóstica y nos convertimos en rastreadores, diagnosticadores, asesores en aislamientos, controladores del confinamiento y procuradores de todo tipo de incapacidad temporal, certificados, recetas y actualizaciones. Pero seguíamos sin recursos humanos y materiales, y de nuevo tuvimos que reorganizarnos y priorizar, y el COVID-19 ganó. Una vez más, en detrimento de la atención a pacientes crónicos y mayores frágiles.

La atención domiciliaria es una de las funciones esenciales de los equipos de AP para proveer cuidados y atención sanitaria a las personas dependientes en igualdad de condiciones que las personas que puedan acudir al centro de salud, siendo conscientes de que son la población más vulnerable. Pero es obvio que sin más recursos humanos y materiales en AP no podemos asumir la atención domiciliaria y el trabajo comunitario a toda nuestra población como es necesario. Así, la atención proactiva de los pacientes con necesidad de seguimiento domiciliario se ha desplazado hacia una atención aguda y hospitalaria. Esto está produciendo un aumento de complicaciones graves de problemas cardiovasculares, neurológicos y de salud mental, así como un empeoramiento del estado funcional, encontrando a pacientes en situaciones avanzadas de deterioro de sus problemas crónicos y discapacidad cuando finalmente contactan con el sistema sanitario.

Se han postulado muchas soluciones para seguir fomentando la atención domiciliaria desde la perspectiva tanto sociosanitaria como comunitaria que ofrece la AP. La primera y fundamental es seguir dejando que los equipos de AP sean los encargados de la atención holística del paciente y de la continuidad de cuidados, apoyados en la comunidad y en las nuevas tecnologías, así como en el cribado efectivo de los problemas, tanto de forma pasiva como proactiva. Garantizar los recursos materiales y humanos adecuados para ello, llegando así a donde más se nos necesita. Y por supuesto sacando la patología COVID-19 del centro de la AP mediante equipos específicos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento alternativo que no desplacen la atención que siempre deberíamos realizar desde los centros de salud.

Bibliografía

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382:727–33.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 situation update worldwide, as of 19 November 2020 [consultado 6 Dic 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>.
3. WHO Solidarity Trial Consortium Pan H, Peto R, Henao-Restrepo AM, Preziosi MP, Sathiyamoorthy V, Abdool Karim Q, et al. Repurposed antiviral drugs for Covid-19 — Interim WHO Solidarity Trial Results. *N Engl J Med*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2023184>.
4. Ministerio de Sanidad. Documento técnico. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Madrid; 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo-primaria.pdf>.
5. World Health Organization. Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts. *World Heal Organ*. 2020; August: 1-4. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1292529/retrieve>.
6. Arroyo de la Rosa A, Bayona Huguet X. Guía de atención domiciliaria: pura atención primaria. *Aten Primaria*. 2019;51:527–8.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012.
8. Martínez-Riera JR, Gras-Nieto E. Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm. *Enferm Clin*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>.
9. Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Pastor Hernández N, Sánchez Luque U, Morrison D, Narejos Pérez S. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria*. 2020;52:418–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>.

Jaime Barrio Cortes^{a,*}, Carolina Mir Sánchez^b
y Pilar Regato Pajares^c

^a Medicina de Familia, Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de SemFYC y SoMaMFyC. Vocal de investigación de la Junta Directiva de SoMaMFyC

^b Medicina de Familia, Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de SemFYC. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de SoVaMFyC

^c Medicina de Familia, Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de SemFYC

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaime.barrio@salud.madrid.org
(J. Barrio Cortes).