



ARTÍCULO ESPECIAL

La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería

Dolores Corrales-Nevado^{a,*} y Luis Palomo-Cobos^b

^a Centro de Salud Plaza de Argel, Cáceres, España

^b Centro de Salud Zona Centro, Cáceres, España

Recibido el 11 de julio de 2013; aceptado el 29 de agosto de 2013

Disponible en Internet el 11 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Cuidados
domiciliarios;
Enfermería;
Continuidad;
Competencia
profesional

KEYWORDS

Home care;
Nursing;
Continuity;
Professional
competence

Resumen Los cuidados domiciliarios son imprescindibles para las personas dependientes, para las que soportan elevadas cargas de morbilidad, para los ancianos, y también para sus cuidadores, porque permiten a los pacientes continuar en su entorno habitual el mayor tiempo posible, cumpliendo el deseo expreso de la mayoría de la población. La atención domiciliar es la actividad que mejor representa los atributos esenciales (longitudinalidad, integralidad, continuidad, coordinación) de la atención primaria y la que más se resiente cuando estos atributos no impregnan la actividad realizada por los equipos de atención primaria o cuando se aplican políticas de recorte.

El espacio de la atención domiciliar precisa de una enfermería altamente cualificada, polivalente y comprometida, a la que la población identifique como una fuente de cuidados y donde estos se evalúen con criterios de pertinencia y efectividad. Se necesitan enfermeras con amplias competencias clínicoasistenciales, con gran autonomía para desarrollar su trabajo, que realicen un seguimiento continuo de los problemas de salud de sus pacientes, agudos y crónicos, en el ámbito familiar y de la comunidad, y con contenidos curativos y preventivos equilibrados.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The importance of longitudinality, comprehensiveness, coordination and continuity of nursing home care

Abstract Home care is essential for dependent persons, in order to support the high levels of morbidity, for the elderly as well as their caregivers, as it enables patients to remain in their familiar environment as long as possible, fulfilling the wish expressed by most of the population. Home care is the activity that best represents the essential attributes (longitudinality, comprehensiveness, continuity, coordination) of the primary, and that suffers most when these attributes are not included in the activities undertaken by primary care teams, or due to cuts in health-care.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: dolores.corrales@orange.es (D. Corrales-Nevado).

Home care requires highly skilled, versatile and committed nursing staff, with whom the population identifies as a source of care, and where they are assessed for their relevance and effectiveness. Nurses with wide clinical care skills, with a balanced content of treatment and prevention, and the freedom to develop their work, are needed in order to continuously monitor the health problems of their acute and chronic patients, in the family and community.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los avances biomédicos en los tratamientos disponibles y la cronicidad de enfermedades antes incurables, en poblaciones cada vez más longevas, conlleva un aumento de la comorbilidad, con importantes consecuencias tanto para la salud y la autonomía de los pacientes como para los sistemas sanitarios. Estos han de afrontar mayores complicaciones organizativas para que la población reciba sin interrupciones los cuidados más apropiados y en el ámbito sanitario más pertinente.

Precisamente, la comorbilidad y la edad avanzada destacan entre los rasgos epidemiológicos de una buena parte de la población atendida en atención primaria (AP)¹⁻³.

A mayor edad más carga de enfermedad. Igualmente, a mayor número de enfermedades crónicas más dependencia y más complejidad asistencial. Más del 85% de los pacientes que reciben cuidados domiciliarios de los equipos de AP tienen una esperanza de vida de más de 6 meses, padecen enfermedades crónicas incurables y una alta prevalencia de incapacidad funcional¹⁻⁴.

Son pacientes que reúnen en su biografía sanitaria más de 2 enfermedades crónicas, dependen de distintas especialidades médicas, están sometidos a frecuentes pruebas diagnósticas, reciben múltiples tratamientos, soportan más hospitalizaciones y utilizan más los servicios de urgencias. Además, los determinantes sociales de la salud se suman a la vulnerabilidad de estos pacientes, mermando su autonomía personal y la de su familia.

Esta situación se agrava en la actualidad debido a la crisis económica y a las políticas de recorte del gasto sociosanitario, que hacen recaer sobre las personas parte de los costes de las ayudas y prestaciones destinadas a facilitar los cuidados en el entorno domiciliario y comunitario, con la consiguiente repercusión en la salud de los pacientes y cuidadores, sobre todo de los más desfavorecidos económicamente, que son también los que tienen peor salud y peor equipamiento⁵.

Para abordar la complejidad asistencial que comporta la situación de cronicidad han surgido distintos modelos de atención, fuera y dentro de nuestro país, tanto en los sistemas sanitarios más compartimentados como en los más integrados, siendo el modelo de cuidados más conocido y adaptado el Chronic Care Model. Estos nuevos modelos asistenciales basan sus estrategias en la continuidad de la atención, en la coordinación y en la oferta intensiva y proactiva de la atención^{6,7}.

La atención domiciliaria posibilita que estos pacientes ubicados en la comunidad reciban en su entorno familiar,

y en su propia casa, la asistencia que precisan, sin que se produzca fragmentación de los cuidados. Actualmente, en nuestro sistema sanitario este servicio se presta principalmente por la AP.

Existen una serie de recomendaciones que se repiten sistemáticamente en todas las estrategias de mejora de la atención a la cronicidad y a los pacientes mayores, como pueden ser la coordinación entre niveles, los cuidados compartidos, la potenciación del papel de enfermería, la integración sociosanitaria, la AP como referente en el discurrir asistencial de los pacientes, etc.; sin embargo, la traslación de estas premisas a la práctica cotidiana parece más convencional que real. Por ejemplo, el aludido protagonismo de la AP es bastante difuso; el debate en torno al desempeño de la AP y de sus profesionales en los cuidados domiciliarios no está cerrado, aunque persista el acuerdo acerca del papel preeminente que debe asumir la AP tanto en el cuidado directo de los pacientes como en la coordinación de todas sus necesidades sanitarias y sociales.

Garantizar la coordinación y la continuidad de los cuidados en el ámbito comunitario y en el espacio domiciliario es una responsabilidad ineludible para todos los profesionales sanitarios de AP, desde la perspectiva tanto organizativa como funcional. Pero concierne particularmente a los profesionales de enfermería responder a gran parte de las necesidades de este tipo de pacientes, por cuanto muchos de ellos van a precisar cuidados profesionales intensos, prolongados en el tiempo y con distintos grados de complejidad técnica.

En el presente trabajo analizaremos la contribución de la atención domiciliaria a la continuidad asistencial y al cuidado de los pacientes crónicos en el contexto de la AP.

Desarrollo reciente de los cuidados domiciliarios

La atención domiciliaria efectuada por las enfermeras, por los practicantes de la asistencia pública domiciliaria y por los ATS de zona, tuvo un papel predominante, cuantitativa y cualitativamente, hasta finales de los años 70 del pasado siglo. Durante la década de los 80 el ejercicio enfermero alcanzó un desarrollo sustancial en el ámbito de la AP ligado a la reforma sanitaria, que se caracterizó por importantes mejoras laborales (aumento de plantillas, mejora del horario y de las retribuciones); asunción de nuevas funciones y responsabilidades con la población, relacionadas con los cuidados y con la promoción de la salud; nuevos espacios de trabajo (consultas de enfermería, cuidados domiciliarios y

atención comunitaria); presencia de profesionales en tareas de administración y gestión; incremento de las actividades de formación, etc. Todas estas medidas dieron gran visibilidad a la enfermería y supusieron un gran avance en el establecimiento de la enfermería comunitaria. Dentro de los nuevos cometidos de la enfermería en AP, la visita domiciliar es una tarea prioritaria, ampliamente enfatizada por todo el colectivo profesional⁸⁻¹⁰.

Sin embargo, a partir de la década de los 90, diversos obstáculos que no procede analizar en este trabajo se interpusieron en los avances de la enfermería de AP. Algunos están relacionados con la propia deriva de la AP, que acusó los efectos de la continua insuficiencia financiera y de las políticas que apostaron por un sistema sanitario hospitalocéntrico; otros obstáculos son inherentes a la cultura profesional¹¹. El conjunto de sus efectos hizo flaquear al colectivo enfermero a la hora de capitalizar las oportunidades de desarrollo profesional que la reforma de la AP prometía. Se difuminó su papel, no se actualizó la oferta con servicios innovadores y diferenciados a la población, y se reprodujo el modelo organizativo médico, centrado en la atención en el centro de salud. La atención a los pacientes crónicos se sigue aplicando bajo protocolos rígidos, lo cual no ha favorecido la autonomía de los pacientes en el control de su enfermedad. En cambio, los cometidos que mejor hubieran simbolizado la nueva identidad de las enfermeras comunitarias, como la educación sanitaria (tabaquismo, obesidad, prevención de embarazos en adolescentes, autocuidados en problemas de salud crónicos, etc.), o como la atención domiciliaria, no han tenido todo el recorrido esperado¹⁰⁻¹³.

Más recientemente, a partir del año 2000, se han intensificado los esfuerzos destinados a dinamizar y mejorar la atención domiciliaria; prueba de ello es la proliferación de documentos, planes estratégicos y protocolos específicos elaborados con ese objetivo en las distintas autonomías, contribuyendo a mejorar los cuidados domiciliarios prestados por las enfermeras. La propia Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) destaca la importancia de la atención domiciliaria en el cuidado de los pacientes crónicos¹⁴⁻¹⁶.

Los datos disponibles respecto a la práctica de la atención domiciliaria son escasos. En relación con la dedicación de los profesionales, en una revisión sistemática realizada para conocer los efectos de la visita domiciliaria realizada por las enfermeras se pone de manifiesto que las enfermeras realizan el doble de visitas que los médicos: de 3,8 a 5,9 visitas por paciente y año, frente a 2,3 a 2,7 realizadas por los médicos; también hacen más visitas que el conjunto de otros colectivos⁹. Estos datos son similares a los obtenidos por otros autores en relación con la actividad domiciliaria¹⁴.

Los datos procedentes del seguimiento de la AP que se hace desde la estrategia AP 21, impulsada por el Ministerio de Sanidad, muestran un ligero aumento en la actividad domiciliaria realizada por las enfermeras, alcanzando el 8% del total de la actividad en el año 2011¹⁷. Las personas mayores de 65 años recibieron el 80% de estas visitas (el 85,1% en 2011). También se pone de manifiesto el incremento de la valoración que los ciudadanos otorgan a la atención sanitaria recibida en el domicilio, tanto por los profesionales de medicina de familia como por los de enfermería, en ambos

casos referidos a la sanidad pública, situándose esta valoración en 7,3 puntos sobre 10 en el año 2011, con escasas diferencias entre sexos.

En un estudio de prevalencia realizado en 5 comunidades autónomas sobre pacientes que recibían en el domicilio cuidado continuado, aquella se sitúa en torno a 3 casos por 1.000 habitantes; el número medio de casos por profesional oscila entre 5,5 y 9,5².

En la [tabla 1](#), elaborada a partir del estudio realizado por la unidad de coordinación y desarrollo de la investigación en enfermería del Instituto de Salud Carlos III (INVESTEN-ISCIII)⁹ y de otros trabajos relacionados con la atención domiciliaria^{3,14,15,18}, se recogen algunos de los aspectos más comúnmente estudiados en relación con la misma.

En la [tabla 2](#) se presentan algunas de las características de las modalidades de atención domiciliaria que recibe la población española¹⁹⁻²¹.

Reciprocidad de la atención domiciliaria realizada por las enfermeras: buenos cuidados a la población es más prestigio profesional

La AP, por su posición de cercanía con las personas sanas o enfermas, estaba destinada a vertebrar los servicios y prestaciones sanitarias de la población asignada, desplegando ampliamente todas las posibilidades de la longitudinalidad, sobre todo el compromiso de los profesionales con la población. Este compromiso implica el establecimiento de relaciones personales a lo largo del tiempo, posibilitando que las enfermeras tengan un amplio conocimiento de las personas y de su entorno familiar y social, conocimiento imprescindible en el contexto de los cuidados domiciliarios y de atención a la cronicidad, porque permite una mejor identificación de los problemas de salud y una más rápida aplicación de la atención proactiva, tan demandada para este tipo de pacientes^{3,7}.

Organizativamente, la AP no ha conseguido coordinar todos los requerimientos asistenciales de los pacientes. Por su parte, las enfermeras de AP no acaban de aprovechar todo el potencial de desarrollo profesional y de prestigio social que la atención domiciliaria les brinda. Así, por ejemplo, las demandas de los pacientes siguen orientando su actividad. Problemas en parte prevenibles y que evitarían visitas de enfermería, como las UPP, constituyen el factor predictor más destacado para recibir visitas domiciliarias de enfermería²².

Revertir esta situación supone ocupar el espacio de los cuidados domiciliarios, con una enfermería altamente cualificada, polivalente y comprometida, a la que la población identifique también como una fuente de cuidados y donde estos se evalúen con criterios de pertinencia y efectividad. Se necesitan enfermeras con amplias competencias clínico-asistenciales, con gran autonomía para desarrollar su trabajo, que realicen un seguimiento continuo de los problemas de salud de sus pacientes, agudos y crónicos, en el ámbito familiar y de la comunidad, y con contenidos curativos y preventivos equilibrados.

Quizá la enfermera de práctica avanzada sea la figura que mejor integre ese doble componente de cualificación y polivalencia, tan necesario en AP y en los cuidados a domicilio. Además debe contar con competencias reconocidas

Tabla 1 Tipo de datos más comúnmente estudiados en atención domiciliaria

Sociodemográficos ^a	Problemas de salud ^b	Diagnósticos enfermería ^b	Actividades realizadas ^b	Datos valoración pacientes	Diagnósticos médicos ^a	Otros aspectos
Edad	Afectación musculoesquelética	Alteración del patrón del sueño	Curas	Grado de autonomía para ABVD (escalas: Barthel, Katz, Cruz Roja etc.) ^a	<i>Comorbilidad</i> ACVA	Valoración cuidador ^b
Sexo	Alteraciones sensoriales	Alteración de la movilidad	Cuidado estomas	Determinación glucemia capilar	Cáncer	Grado de satisfacción con ATDOM ^b
Estado civil	Ánimo deprimido	Alteraciones de la eliminación	Educación sanitaria	Estado mental (mini-examen cognoscitivo, test de Pfeiffer) ^a	Cardiopatía isquémica	Datos actividad ^b (visitas realizadas)
Estudios	Caídas	Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea	Extracción de sangre	Riesgo de UPP (escala de Norton) ^b	Depresión	<i>Resultados derivados de la intervención ATDOM^c</i>
Nivel económico/clase social	Dieta inadecuada	Alto riesgo de lesiones	Higiene y movilización	Valoración específica enfermería (patrones funcionales Gordon, V. Henderson) ^b	Diabetes	Sobre la mortalidad
Composición familiar	Dolor	Déficit de autocuidados	Sondaje vesical/cuidados sonda		Enfermedad mental	Sobre los ingresos hospitalarios
Cuidador principal	Estreñimiento	Riesgo de traumatismos	Medición constantes vitales		Enfermedades neurológicas	Sobre frecuentación servicios de urgencias
Características de la vivienda	Falta de higiene		Sondaje vesical/cuidados sonda		EPOC	Prevención complicaciones
	Incontinencia esfínteres		Vacunaciones		HTA	
	Incumplimiento terapéutico		Valoración paciente (sin especificar)		Ictus	
	Inmovilidad				IAM	
	Insomnio				Enfermedad osteoarticular	
	Polimedicación				Parkinson	
	UPP					

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; ACVA: accidente cerebrovascular agudo; ATDOM: atención domiciliaria; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; UPP: úlceras por presión.

^a Más datos.

^b Menos datos.

^c Muy pocos datos.

Tabla 2 Características de la atención domiciliaria según modelo organizativo

Características ATDOM	Atención primaria	Gestión de casos	Cuidados paliativos ¹	Hospitalización domicilio
Finalidad	-Prestar atención permanente y continuada en el domicilio a las personas/familias que por su estado de salud o situación social no pueden desplazarse al centro de salud	-Abordaje intensivo, integral e integrado de pacientes crónicos complejos y de sus cuidadores -Mejorar la resolución de problemas en AP mediante la coordinación	-Prestar atención integral e integrada a personas en SEAT -Soporte/mejora de la atención domiciliaria prestada por los EAP	-Proporcionar cuidados de intensidad y complejidad equiparable a los dispensados en el hospital -Disminuir las estancias hospitalarias
Recursos específicos	-Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia -Programas regionales de ATDOM -Recursos asistenciales del EAP (enfermera, médico, trabajador social sanitario)	-Estrategias regionales de atención a la cronicidad -Recursos asistenciales gestión de casos (enfermeras gestoras de casos/enfermeras de enlace)	-Programas de cuidados paliativos de ámbito nacional (ENCP) y regional -Diversos recursos asistenciales propios ^a	-Iniciativas regionales vinculadas a los grandes hospitales -Recursos asistenciales propios
Estratificación de pacientes	-Población adscrita -Personas con limitaciones para desplazarse -Demandas de los pacientes	-Pacientes crónicos con necesidades sociosanitarias	-Básicamente pacientes oncológicos	-Gran variabilidad en función del servicio hospitalario que ofrece esta modalidad de atención
Cuidador principal colaborador con equipo sanitario	Según situación sociofamiliar del paciente	Requisito imprescindible	Requisito imprescindible	Requisito imprescindible
Longitudinalidad	-Relación personal a lo largo del tiempo entre la enfermera y sus pacientes en el contexto de la familia y la comunidad	-Relación temporal hasta estabilización/resolución del caso	-Relación temporal hasta estabilización/resolución del caso	-Relación temporal hasta estabilización/resolución del caso

Tabla 2 (continuación)

Características ATDOM	Atención primaria	Gestión de casos	Cuidados paliativos ¹	Hospitalización domicilio
Coordinación/continuidad	<i>Nivel AP</i> <i>Enfermera referencia</i> -Médico referencia -Trabajador social sanitario del centro de salud para movilización de recursos sociosanitarios y ayudas o dispositivos ortoprotésicos -Cuidador principal (si dispone) -Servicios de ayuda a domicilio^b -Servicios atención continuada del centro de salud <i>Nivel especializada hospitalaria</i> -Hospitalización (informe alta) -Consultas especialistas (informes médicos) -Urgencias hospitalarias	<i>Nivel AP</i> <i>Enfermera enlace</i> -Enfermera y médico de referencia -Gestión directa/adjudicación de recursos sociosanitarios y dispositivos ortoprotésicos -Cuidador principal -Atención continuada centros de salud (sábados, domingos y festivos) <i>Nivel especializada hospitalaria</i> -Servicios hospitalización -Consultas especialistas (informes médicos) -Urgencias hospitalarias	<i>Nivel AP</i> <i>Enfermera cuidados paliativos</i> -Enfermera referencia EAP -Cuidador principal -Gestión directa/adjudicación de recursos psicológicos y sociosanitarios^c -Atención continuada centros de salud (sábados, domingos y festivos) <i>Nivel especializada hospitalaria</i> -Oncología -Otros servicios y consultas hospitalarias (informes médicos) -Urgencias hospitalarias	<i>Nivel AP</i> <i>Enfermera hospitalaria</i> -Enfermera referencia EAP -Cuidador principal -Gestión de recursos propios (sociosanitarios) -Atención continuada centros de salud (sábados, domingos y festivos) -Acceso a los recursos de hospitalización de agudos

AP: atención primaria; ATDOM: atención domiciliaria; EAP: equipo de atención primaria; ENCP: estrategia nacional de cuidados paliativos; SEAT: situación de enfermedad avanzada y terminal.

^a Recursos asistenciales según modalidad de cuidados paliativos (se identificaron 7 modelos organizativos para la atención a los pacientes en situación terminal).

^b Financiación pública y provisión privada de la ayuda domiciliaria. Dependencia de los servicios sociales de base.

^c Según estructura del modelo organizativo para la atención a los pacientes en situación terminal. Cuidados paliativos.

por la organización para proporcionar servicios de consulta a otros profesionales y para gestión de casos, para derivar a otros niveles asistenciales, capacidad diagnóstica y autoridad para prescribir medicación y otros tratamientos. También la propia especialidad de enfermería comunitaria puede promover la cualificación y la polivalencia^{23,24}. Lo que no podemos perder de vista es que la cara visible de la enfermería en el contexto de AP son las enfermeras ahí destinadas actualmente, y que el esfuerzo formativo debería dirigirse a ellas, sin desestimar la importancia de la autoformación y del reciclaje, sobre todo para adquirir, cuando sea necesario, destrezas concretas. No se trata de transferir a los pacientes, sino de proporcionarles los cuidados que precisen, también cuando sean más infrecuentes y complejos: pacientes agónicos, terminales oncológicos, neurológicos, grandes discapacitados, etc. Porque en esencia, con ser importante la formación no es menor la trascendencia del componente relacional de la atención, que nos impele a responsabilizarnos de los pacientes en situaciones muy variadas a lo largo del tiempo^{24,25}.

Si los mejores cuidados son los que se prestan por personal competente, en el menor plazo de tiempo posible y lo más cerca posible del domicilio del paciente, creemos que la enfermería de AP puede proporcionarlos si cuenta con liderazgo profesional y con apoyo político-gerencial para efectuar algunos cambios. Para empezar, es esencial disponer de población formalmente asignada, lo que favorece la longitudinalidad, la permanencia en el cupo y el manejo de agendas. Además, la continuidad de cuidados se favorece cuando es el mismo profesional el que efectúa, coordina y decide el plan a realizar. Es más rápido, eficaz y seguro para el paciente y más coste-efectivo para el conjunto del sistema sanitario. Para eso es necesario disponer de herramientas y de atribuciones suficientes para poner en la cabecera del enfermo lo que pueda necesitar, desde un medicamento (prescripción enfermera) hasta una ayuda ortoprotésica (cama articulada, superficies especiales para el manejo de la presión) o una ayuda sociosanitaria²³.

En relación con el tiempo dedicado por las enfermeras a la realización de visitas domiciliarias, con los datos disponibles es difícil calificarlo en términos de mucho, poco o suficiente. Hemos encontrado distintas formas de recoger la dedicación a la atención domiciliaria, desde horas/semana, horas/día, visitas/día, porcentaje de actividad en relación con el conjunto de la jornada laboral, etc. Conocer con precisión la dedicación a esta actividad es decisivo. En atención domiciliaria bien podría afirmarse que más es más. Lo importante es la intensidad²⁶⁻²⁸, sea quien sea el profesional que realice las visitas, porque la intensidad implica continuidad, una cualidad determinante, ya se trate de un paciente agónico ya de un paciente crónico. La continuidad coloca a las enfermeras en disposición de estar alerta para prevenir complicaciones, es decir, de ofrecer más anticipación que reacción en la aplicación de los cuidados⁷.

Otro factor con gran repercusión sobre la continuidad de los cuidados es la disponibilidad de cuidadores estables. Aun en circunstancias poco favorables de recursos y equipamiento, si una familia asume la participación activa en los cuidados estos se desarrollarán con mayor eficacia. Corresponde a los profesionales estimular la participación de los cuidadores, ofreciendo más visitas, cuidados integrales

(diversidad y complejidad de las prestaciones), longitudinalidad (mismo proveedor a lo largo del proceso y accesible) y mayor eficiencia en la obtención de las prestaciones sociosanitarias facilitadoras del cuidado domiciliario. En este sentido, las políticas sociales deberían posibilitar el pleno desarrollo de la atención a la dependencia, tanto porque se atenuarían los efectos negativos de la crisis en la salud de los más necesitados, como porque se favorecería el crecimiento económico²⁹.

Son numerosas las ventajas de la integración sociosanitaria. A nivel internacional existen distintas propuestas, y en España la ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia supone un avance hacia la prestación conjunta de servicios sanitarios y sociales. Actualmente concurren a nivel nacional y autonómico diferentes estrategias de coordinación o integración sociosanitaria, sin embargo las trabas organizativas y financieras, la distinta vinculación y la falta de comunicación entre los distintos proveedores de los servicios siguen pesando más en el día a día asistencial que los beneficios de la integración, por más que en algunas autonomías, como Castilla-La Mancha o Extremadura, la integración haya alcanzado el máximo nivel³⁰.

Cuidado global y cuidados centrados en el paciente, son términos que las enfermeras deberíamos tener muy presentes, porque la visita domiciliaria no debe circunscribirse a la cronicidad, al envejecimiento y a la discapacidad. En el contexto actual de crisis, con el aumento de la pobreza, y en concreto de la pobreza infantil, es más necesario que nunca conocer las condiciones de vida y de vivienda de la población. En AP deberíamos preocuparnos más del niño pobre que del niño sano³¹.

Conclusiones

Finalmente, y a propósito de las distintas modalidades organizativas para la prestación de atención domiciliaria²⁰, algunos estudios descriptivos sugieren que la gestión de casos por enfermeras de enlace proporciona algunos beneficios en enfermos crónicos complejos con ingresos hospitalarios reiterados y sobre todo en ancianos³²⁻³⁴. De ser así, los recursos de la enfermería de enlace deberían extenderse a todas las enfermeras que realizan atención domiciliaria, las cuales deberían recibir la formación necesaria y las atribuciones pertinentes para acceder a las prestaciones ortoprotésicas y a la movilización de recursos sociosanitarios para atender a su población, porque el efecto beneficioso de esta modalidad de atención se amplificaría extraordinariamente. Sería una situación parecida al caso de la deshabituación tabáquica. Como el porcentaje de abandono guarda relación con la ayuda profesional recibida y con la intensidad de la misma, si todos los profesionales sanitarios ayudaran a sus pacientes fumadores con intervenciones intensivas, la tasa de fumadores descendería significativamente. De manera parecida, las ventajas de la gestión de casos alcanzarían a más población.

En cualquier caso, pensamos que los pacientes recibirán mejor atención domiciliaria si los profesionales de los distintos ámbitos de la atención comparten sus destrezas en lugar de compartimentarlas; si los recursos para dispensarla fueran suficientes, disponibles y fáciles de obtener en el

contexto de la AP; si las enfermeras de AP lideran y asumen la responsabilidad de perseguir la calidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios, y si se acepta que experimentar y comparar las distintas alternativas organizativas³⁵ de los cuidados es más seguro y eficiente que las actuaciones miméticas a la hora de introducir cualquier clase de innovación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20 Supl 1:182-91.
- Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-lloera L, Garcia-Goñi M, Lisbona JM, et al. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. *Gac Sanit.* 2009;23:29-37.
- Gené J, Borrás A, Contel JC, Ascaso C, González M, Gallo P, et al. Factores asociados al ingreso hospitalario en una cohorte de pacientes ancianos incorporados a un programa de atención domiciliaria. *Med Clin (Barc).* 2012;139:473-8.
- Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gómez C, et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gac Sanit.* 2011;25:205-10.
- Carlos AM, Martínez F, Molina JM, Villegas R, Aguilar J, García J, et al. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Sevilla: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía; 2010.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model. Part 2. *JAMA.* 2002;288:1909-14.
- Pan American Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Organizing and delivering high quality care for chronic noncommunicable diseases in the Americas [acceso 4 Jun 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/11dld8C>
- Antón Nardiz MV. Enfermería y atención primaria de salud. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1989.
- Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- Contel JC. Nuevos retos en enfermería comunitaria y en atención primaria. *Nursing.* 2003;21:60-3.
- Del Pino R, Martínez JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. *Rev Admin Sanit.* 2007;5:311-37.
- Corrales D, Galindo A, Escobar MA. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de la enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria.* 2000;25:214-8.
- Frias A, Prieto MA, Heierle C, Aceijas C, Calzada ML, Alcalde A, et al. La práctica enfermera en atención domiciliaria: Perfil sociodemográfico y práctica profesional. *Aten Primaria.* 2002;30:495-501.
- Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i comunitaria. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria.* 2003;31:473-9.
- Corrales D, Palomo L, Magariño MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, et al. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria.* 2004;33:426-33.
- Álvarez JL, Espejo F, Ferrer C, Lifante Z, Martínez A, Miguélez A, et al. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI Estrategia ante las personas con problemas crónicos Estrategia ante la dependencia y fragilidad. 2012. Documento 1.0. Grupo de trabajo FAECAP. [acceso 2 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/las-enfermeras-comunitarias-ante-las-necesidades-de-salud-de-las-personas-con-problemas-cronicos>.
- Proyecto AP21-Informe 2012. Estrategias en atención primaria para el siglo XXI. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España 2007-2012. Informe de seguimiento [acceso 6 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21INFORME2012.pdf>
- Escudero MC, Ibáñez A, González E, Sánchez F, Utrilla F, Hidalgo MA, et al. Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria de enfermería en población anciana. *Enferm Clin.* 2001;11:91-6.
- González VJ, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc).* 2002;118:659-64.
- Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin (Barc).* 2010;135:83-9.
- Lacampa P, Bermúdez C, Vallejo S, García L, Villegas R. Modelos organizativos en cuidados paliativos. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2009.
- Gené J, Borrás A, Contel JC, Camprubí MD, Cegri F, Heras A, et al. Nursing workload predictors in Catalonia (Spain): A home care cohort study. *Gac Sanit.* 2011;25:308-13.
- Corrales D, Alonso A, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl 1:63-8.
- Galao R. Enfermería de práctica avanzada en España. Ahora es el momento [acceso 4 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7090.php>.
- Padilla C, Terol E, Camacho R, Padín S. Gestión compartida de la demanda asistencial en Atención Primaria: ¿una oportunidad para enfermería? *Enferm Clin.* 2012;22:237-8.
- Alonso A, Bruera E, Varela M, Boya MJ, Madero R, Torres I, et al. Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2011;29:1159-67.
- Philips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR, et al. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: A metaanalysis. *JAMA.* 2004;291:1358-67.
- Hermiz O, Comino E, Marks G, Daffurn K, Wilson S, Harris M. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ.* 2002;325:938-40.
- Stuckler D, Basu S. El coste humano de las políticas de recorte. Por qué la austeridad mata. Madrid: Taurus; 2013.
- Jiménez S, Vilaplana C. La interacción del sistema social y sanitario. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl 1:124-33.
- Ortún v, Callejón M. Crisis en España: ¿cómo renovar los servicios sanitarios? En: Casajuana J, Gervas G (Direct.): La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare 2012;157-74.
- Jurado J, Anglada MT, Canet M, Privat ML, Fabrega T, Juvinyà D. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace. Un estudio descriptivo. *Enferm Clin.* 2008;18:253-61.
- Mañes E, Benachi N, López M, Martínez E, Juan C. Estudio descriptivo de la tipología de pacientes atendidos en un programa de enfermeras de enlace. *Enferm clin.* 2009;19:306-13.
- López RM, Mazeret O, Juliá MT, Bertran C, Almeda J. Prevalencia de pacientes con alta complejidad y/o alta dependencia para la gestión de casos en atención primaria. *Enferm Clin.* 2011;21:227-37.
- Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl 1:94-101.