



ARTÍCULO ESPECIAL

Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma



José Ramón Martínez-Riera^{a,c,*} y Elvira Gras-Nieto^{b,c}

^a Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España

^b Centro de Salud de Tomás Ortuño, Benidorm, Alicante, España

^c Asociación Enfermería Comunitaria (AEC), España

Recibido el 4 de mayo de 2020; aceptado el 11 de mayo de 2020

Disponible en Internet el 15 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud;
Atención Domiciliaria;
Coronavirus;
COVID-19

Resumen En España, la Atención Domiciliaria como herramienta fundamental de la Atención Primaria de Salud ha tenido desigual desarrollo tanto antes como durante la pandemia de la COVID-19, aunque inicialmente jugó un papel relevante en el control y seguimiento de las personas infectadas y sus familias. Sin embargo, en ningún momento se contempló la deseable perspectiva comunitaria y la participación comunitaria a lo largo del proceso, tal como se ha realizado en otros entornos exitosamente. Posteriormente, con el cierre de centros de salud, dejó de prestarse en algunas comunidades autónomas, al pasar toda la atención al ámbito hospitalario. Este hospitalcentrismo exacerbado, en detrimento de la Atención Primaria de Salud y la Atención Domiciliaria, está demostrando un elevado contagio de profesionales sanitarios. La circulación de profesionales en los hospitales, donde se concentra el mayor foco de contagio, y desde estos a sus domicilios suponen un claro factor de riesgo. Además, no debemos olvidar que la Atención Domiciliaria es de especial importancia para la atención a personas con enfermedades terminales o enfermedades crónicas muy avanzadas (demencias, EPOC, etc.), aunque siempre teniendo en cuenta recomendaciones tendentes a extremar las precauciones de contagio para profesionales, familia y cuidadoras. Esta puede adaptarse a la situación de pandemia mediante la utilización de herramientas que ofrece la salud digital (atención telefónica, videollamadas, etc.). Finalmente, sería muy interesante que, una vez superada la crisis, se llevasen a cabo investigaciones que permitiesen la incorporación a la misma de personas que han sido atendidas por el servicio de salud durante la pandemia, a través de la técnica denominada participación pública en proyectos de investigación.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jr.martinez@ua.es (J.R. Martínez-Riera).

KEYWORDS

Primary Health Care;
Home Care;
Coronavirus;
COVID-19

Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm

Abstract In Spain, Home Care as a fundamental tool of Primary Health Care, has had uneven development both before and during the COVID-19 pandemic, although it initially played a relevant role in the control and monitoring of infected people and their families. However, at no time it was used the desirable community perspective and community participation throughout the process as it has been successfully done in other settings. Subsequently, with the closure of health centers, it ceased to be provided in some autonomous communities, when all the attention was transferred to the hospital setting. This exacerbated hospital-centrism, to the detriment of PHC and Home Care, is showing a high contagion in healthcare professionals. The circulation of professionals in the hospitals, where the main focus of infection is concentrated, and from these to their homes is a clear risk factor. In addition, we must not forget that Home Care is of special importance for the care of people with terminal illnesses or very advanced chronic diseases (dementia, COPD...), although always taking into account recommendations tending to extreme precautions for infection for professionals, family and caregivers. This can be adapted to the pandemic situation by using tools that digital health offers (telephone care, video calls...). Finally, it would be very interesting that, once the crisis was over, research was carried out that allowed the incorporation of people who have been treated by the health service during the pandemic, through the technique called public participation in research projects.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Atención Domiciliaria es un conjunto de intervenciones que aportan gran valor en el aspecto preventivo y de promoción de la salud de las personas. Son el resultado de un análisis de valoración y exploración de las necesidades de las familias y su vivienda. Nos permiten valorar no solo el entorno en el que conviven las familias y detectar posibles riesgos, sino cómo se relacionan con la comunidad. Tienen una alta efectividad en la capacidad funcional del adulto mayor, conservando y mejorando los niveles de independencia de los mismos, favoreciendo el autocuidado.

Tradicionalmente la Atención Domiciliaria ha tenido un claro enfoque biomédico, centrado en la enfermedad y sus factores de riesgo con el fin de disminuir el consumo de recursos. La literatura aconseja que el concepto de visita domiciliaria debería pasar a ser llamado visita familiar domiciliaria dado que este término aporta un sentido más humano y permite acercarlo a la persona¹. Se plantea así un escenario en el que se define la visita familiar domiciliaria como: «Práctica de interacción con la comunidad, donde se busca un acercamiento al sujeto y a su familia en el contexto donde está inmerso, así como también, a las instituciones y otros entornos en donde se desarrolla(n), lo cual exige un esfuerzo de reflexión y acción por parte de los miembros de los equipos de Atención Primaria en Salud (APS), en el sentido de indagar, comprender sus realidades sociales y realizar un acompañamiento en lo que han priorizado para ese momento de sus vidas, de modo que se definan prácticas de educación concretas y de cuidado con orientación cultural, ya sea de conservación, negociación o reorientación, lo que permitirá avanzar en su buen vivir»².

Esta Atención Domiciliaria, desarrollada fundamentalmente desde el ámbito de la APS, ha tenido un desigual

desarrollo y consideración tanto antes como durante la implantación del estado de alarma ante la pandemia de la COVID-19 en nuestro país, pero sin duda es una intervención que parece ajustarse a las necesidades de muchas personas, familias y de la propia comunidad ante una situación que precisa del confinamiento domiciliario de personas sanas, pero susceptibles de contagio, conviviendo con personas contagiadas y sus cuidadoras en situación de aislamiento.

Otro elemento a destacar es la estigmatización que la propia enfermedad incorpora y que, en muchas ocasiones, lleva a las personas a ocultar la sintomatología para evitar su diagnóstico y posterior cuarentena hospitalaria³.

Atención Primaria de Salud y Atención Domiciliaria ante la COVID-19

Al inicio de la pandemia, cuando todavía no se habían decretado medidas de excepción, la APS⁴ jugó un papel relevante en todo el proceso de intervención ante la COVID-19, en el que la Atención Domiciliaria se configuraba como un elemento clave en el control y seguimiento de las personas contagiadas o sospechosas y en el de sus familias, tal como se recogía, en parte al menos, en las guías coordinadas por el Ministerio de Sanidad⁵.

Sin embargo, la perspectiva comunitaria fue descartada desde el principio por parte de los responsables del ministerio, no teniendo en consideración las propuestas que en este sentido se trasladaron desde diferentes sociedades científicas que veían en esta perspectiva una opción de control y seguimiento muy necesaria y que en países como Canadá y sobre todo en Italia, con una situación crítica, contemplan

no tan solo como una alternativa sino como una necesidad para contener y vencer la pandemia^{6,7}.

Sin embargo, con el agravamiento de la situación determinado por el aumento progresivo de contagios y fallecimientos, y la instauración del estado de alarma el 14 de marzo de 2020, cambió radicalmente la perspectiva de atención, hasta el punto de que hubo comunidades autónomas donde se decretó el cierre de los centros de APS, al pasar a focalizar la atención en los hospitales que, por otra parte, se encontraban al borde del colapso y en donde el número de contagios tanto de población general como de sanitarios cada vez es más alto, mientras en algunos países como Gran Bretaña se hace justamente lo contrario, es decir, reforzar el papel de la APS y de la Atención Domiciliaria⁸, o lugares como Canarias, donde la coordinación entre APS y hospitales redujo de manera considerable la diseminación y los contagios.

La Atención Domiciliaria, además, como actividad comunitaria que es, no puede aislarse de otras intervenciones comunitarias que permitan el control y la vigilancia y que no tan solo no se han contemplado, sino que no se ha permitido su puesta en marcha. La participación comunitaria, como elemento esencial de la APS, ha sido sistemáticamente olvidada, lo que supone, por una parte, perpetuar el paternalismo que caracteriza al sistema medicalizado, y por otra, la no utilización de recursos valiosos, como asociaciones de pacientes, voluntariado, líderes comunitarios y de otras personas de sectores diferentes al de salud (intersectorialidad)... que hubiese permitido tanto la transmisión de tranquilidad como la colaboración con profesionales en la identificación de necesidades derivadas del confinamiento y los contagios, lo que además son medidas éticamente más deseables al respetar determinados derechos individuales⁹. En este sentido se han llevado a cabo experiencias exitosas a través de paramédicos en Canadá⁶.

Este hospitalcentrismo exacerbado en detrimento de la APS y la Atención Domiciliaria, más allá de la argumentada falta de personal que no obedece tanto a la misma como a la inadecuada racionalización de los recursos disponibles conlleva, como se está demostrando, un elevado contagio de profesionales sanitarios que nadie ha sabido explicar hasta la fecha y que es muy superior al de otros países, con situaciones incluso peores. La circulación de profesionales en los hospitales donde se concentra el mayor foco de contagio y desde estos a sus domicilios supone un claro factor de riesgo^{7,10}.

Atención Domiciliaria en situaciones especiales

La Atención Domiciliaria que desde la APS se ha venido realizando desde sus inicios, en especial el cuidado a personas muy frágiles y/o paliativas (enfermos terminales o con enfermedades crónicas muy avanzadas como demencias, EPOC, ICC), cobra ahora mayor importancia si cabe que antes de la pandemia, ya que es prioritaria la atención paliativa, tanto a ellos como a sus familias y cuidadoras/es, durante el proceso para evitar que se sientan abandonados por el sistema. Esta atención debe ser modificada por responsabilidad y coherencia con el resto de los servicios, aunque es evidente que se requieren cuidados diferenciados

por la condición añadida de contagio por COVID-19, como los que se recogen en diferentes protocolos de atención paliativa en domicilio a personas contagiadas con por SARS-CoV-2^{11,12}.

La Atención Domiciliaria debe y puede adaptarse a la situación de pandemia. Las visitas presenciales en el domicilio deben reducirse y priorizarse por el riesgo de contagio que conlleva para profesionales, reduciéndolas a aquellos casos imprescindibles en los que haya que realizar valoración, exploración y actuación. Sin embargo, el seguimiento de las personas enfermas, familias y cuidadoras se puede llevar a cabo con eficacia a través de herramientas como llamadas telefónicas a demanda y programadas y o utilizando las herramientas que ofrece la salud digital, por ejemplo, mediante visitas por videollamada cuando sean posibles, ya que abren un abanico de posibilidades de cuidados muy amplio, existiendo evidencias de su oportunidad y resultados⁸.

Pero el cierre de los centros de APS, más allá de las consecuencias descritas, tendrá claros efectos adversos una vez superada la crisis en su fase de contagio, pues las necesidades que se derivarán de todo el proceso, tanto en las personas contagiadas como en sus familias, requerirán de una atención que tan solo desde la APS y la Atención Domiciliaria podrá llevarse a cabo ya que el seguimiento tras la infección será tan importante como antes y durante el estado de alarma, y para ello no se contará con profesionales en condiciones tras los efectos que sobre ellos habrá tenido su movilización y desgaste en los hospitales¹³.

Recomendaciones a tener en cuenta en la Atención Domiciliaria en caso de la existencia de personas en la familia contagiadas por SARS-CoV-2

En cualquier caso, es importante destacar algunas de las recomendaciones a tener en cuenta en la Atención Domiciliaria, pues el seguimiento de las mismas minimiza los contagios y favorece el seguimiento de las personas contagiadas y de su familia, centradas en el rol de la persona enferma, su persona cuidadora y el resto de convivientes, así como en las condiciones de higiene de la vivienda (residuos y limpieza), según la guía para el manejo domiciliario de la COVID-19 del Ministerio de Sanidad de España⁵.

Para la persona enferma con COVID-19:

- Habitación de uso individual ventilada al exterior (si es posible con baño propio); si no es posible, respetar distancia de 2 m.
- Habitación con puerta cerrada, sólo entrada en zonas comunes si es imprescindible y con mascarilla quirúrgica.
- Registro de personas que entran en la habitación si fuese necesario.
- No recibir visitas.
- Evitar corrientes forzadas de aire, sistemas de calor o refrigeración.
- Disponer de teléfono o intercomunicador.
- Uso exclusivo de ropa, ropa de cama y enseres de higiene, que deberán cambiarse asiduamente.
- Seguir las medidas de higiene respiratoria (utilizar el codo al estornudar o pañuelos de un solo uso).

- Lavado de manos frecuente con agua y jabón siguiendo las recomendaciones sanitarias.
- Se le informará de los signos y síntomas de reconsulta, se le proporcionará contacto directo telefónico con atención sanitaria y se le explicará el proceso de seguimiento.

Para personas cuidadoras:

- No deben tener factores de riesgo de complicaciones para COVID-19, evaluación individualizada. Procurar que sea una sola persona.
- Lavado de manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato.
- Si el cuidado requiere una aproximación a una distancia inferior a 1 m, el paciente y cuidadora llevarán una mascarilla quirúrgica.
- Emplear guantes desechables si se va a entrar en contacto con secreciones del enfermo; tras su uso se desecharán y se lavarán las manos inmediatamente después.
- Será informada de que será considerada como contacto estrecho.
- Se le indicará realizar cuarentena domiciliaria durante 14 días¹. Las autoridades sanitarias podrán valorar situaciones individuales que requieran otro tipo de recomendación.
- Si durante los 14 días posteriores a la exposición el contacto desarrollara síntomas, deberá contactar con los servicios de atención sanitaria y si la situación lo permite realizar autoaislamiento domiciliario.
- Dar contacto con su profesional sanitario de referencia para consultas relacionadas con el cuidado de la persona enferma.

Para el resto de convivientes:

- Información clara y simplificada que disminuya el miedo y la ansiedad.
- Se les informará de los signos y síntomas de reconsulta, se les proporcionará contacto directo telefónico con atención sanitaria y se les explicará el proceso de seguimiento.
- Indicaciones, preferiblemente por escrito, sobre las medidas de prevención.
- Permanecer en una habitación diferente, teniendo el mínimo contacto con el caso.
- Evitar el contacto directo con los fluidos corporales, especialmente los orales o secreciones respiratorias, y heces.
- No compartir objetos de uso personal tales como cepillos de dientes, vasos, platos, cubiertos, toallas, ropa, etc.
- Lavado de manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato.
- Vigilar si aparecen síntomas de infección respiratoria aguda como fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad para respirar; y consultar con los servicios de salud si estos aparecieran.

¹ Conviene que las salidas del domicilio para compras u otras necesidades esenciales sean realizadas por otras personas (familiares, servicios de reparto o voluntarios) evitando completamente la salida del domicilio tanto de la persona enferma como de su cuidadora.

Condiciones de higiene de la vivienda (residuos y limpieza):

- Los residuos de la persona aislada (guantes, pañuelos, mascarillas) se eliminan en una bolsa de plástico (bolsa 1) en un cubo de basura con tapa de apertura de pedal con bolsa de residuos en la habitación, sin realizar separación para el reciclaje. La bolsa de plástico (bolsa 1) debe cerrarse e introducirse en una segunda bolsa (bolsa 2), al lado de la salida de la habitación, donde se depositarán guantes y mascarilla utilizados por el cuidador y se cerrará antes de salir de la habitación. La bolsa 2 se depositará en la bolsa de basura (bolsa 3) con el resto de los residuos domésticos y se cerrará. Inmediatamente después se realizará higiene de manos con agua y jabón. La bolsa 3 se depositará exclusivamente en el contenedor de fracción resto, estando prohibido depositarla en los contenedores de recogida separada (reciclaje) o su abandono en el entorno.
- Lavar la ropa de cama, toallas, etc. de las personas enfermas con jabones habituales a 60-90 °C y dejar que se seque completamente. La ropa debe colocarse en una bolsa con cierre hermético hasta el momento de lavarla. No sacudir antes de lavarla.
- Cubiertos, vasos, platos y demás utensilios reutilizables se lavarán con agua caliente y jabón o preferiblemente en el lavavajillas.
- En el baño del paciente, se deben limpiar superficies y baño con lejía tras cada uso.
- Las superficies que se tocan con frecuencia (mesitas de noche, muebles del dormitorio...), el baño y el inodoro deberán ser limpiadas diariamente con un desinfectante doméstico que contenga lejía diluida (una parte de lejía doméstica al 5% en 50 partes de agua) preparado el mismo día que se va a utilizar.
- La persona encargada de la limpieza deberá protegerse con guantes y mascarilla (si está disponible).
- Tras realizar la limpieza se deberá realizar higiene de manos.

Discusión y conclusiones

La Atención Domiciliaria presencial aumenta su eficacia a través del seguimiento de las recomendaciones de seguridad para profesionales, personas enfermas, familiares y cuidadoras, elaboradas por organismos oficiales y sociedades científicas, y resulta fundamental en pacientes terminales. Especialmente en esta situación de crisis, la Atención Domiciliaria presencial puede complementarse con la utilización de la tecnología (teléfono, videollamadas, etc.).

A pesar de su eficacia, la Atención Domiciliaria, desarrollada fundamentalmente desde el ámbito de la APS, ha tenido un desigual desarrollo y consideración tanto antes como durante la implantación del estado de alarma ante la pandemia del COVID-19 y ha adolecido de un necesario enfoque comunitario.

Desafortunadamente, la Atención Domiciliaria, en el marco de la APS, no ha podido desarrollar todo su potencial como consecuencia del enfoque que se le ha dado a la atención de la pandemia.

Existen posibilidades de investigación en las que se incorpore a las personas atendidas por COVID-19 a través de novedosas técnicas como la participación pública.

Como consideración final, sería muy interesante al tiempo que necesario el que, una vez superada la crisis, al menos en su fase pandémica, se llevaran a cabo investigaciones que permitiesen la incorporación a la misma de personas que han sido atendidas por el servicio de salud durante la pandemia, a través de la técnica denominada participación pública en proyectos de investigación, que se relaciona con la denominada «ciencia ciudadana» y que en el sector salud se conoce en Reino Unido como *Patient & Public Involvement*¹⁴, la cual permitiría tener una visión amplia de este y otros procesos de atención desde perspectivas más amplias que las obtenidas a través de diseños más convencionales.

Financiación

No existen fuentes de financiación públicas ni privadas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Sivalli Campos CM, Buffette Silva BR, Forlin DC, Trapé CA, de Oliveira Lopes I. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necesidades de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019;48(Spe):119–25 [consultado 28 Ene 2019]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700119&lng=en&tlng=en
- Giraldo Osorio A, Betancurth Loaiza DP, Orozco Castillo L, Mejía Alarcón AM. Fundamentación de la visita domiciliar desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. *Rev Cienc Cuidad.* 2020;17:99–111.
- Tan NC, Goh LG, Lee SS. Family physicians' experiences behaviour, and use of personal protection equipment during the SARS outbreak in Singapore: Do they fit the becker health belief model? *Asia Pac J Public Health.* 2006;18:49–56.
- Ministerio de Sanidad. Manejo en atención primaria del COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [17 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
- Ministerio de Sanidad. Manejo domiciliario del COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [17 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_domiciliario.de_COVID-19.pdf 17 marzo 2020
- Galuse WR. Proposed protocol to keep COVID-19 out of hospitals. *CMAJ.* 2020;192:E264–5, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1095852>.
- Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M, et al. At the epicenter of the COVID-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/CAT.20.0080>.
- Greenhalgh T. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ.* 2020;368, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1182>.
- Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27, <http://dx.doi.org/10.1093/jtm/taaa020>, taaa020taaa204.
- Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health.* 2020;8:e488–96, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30074-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30074-7).
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos (AECPAL). Recomendaciones para Profesionales de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos. SECPAL; 2020 [17 Mar 2020]. Disponible en: <https://secpal.com/biblioteca-documentos-covid19-1>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID 19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida. SECPAL; 2020 [17 Mar 2020]. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020_03_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20.1.%20Documento%20para%20profesionales_1.pdf
- Gravowski D, Joynt Maddox K. Postacute care preparedness for COVID-19. *Thinking ahead.* *JAMA.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4686>.
- Jacques-Aviñó C, Pons-Vigués M, Elsie Mcghe J, Rodríguez-Giralt I, Medina-Peruchauna L, Mahtani-Chuganisol V, et al. Participación pública en los proyectos de investigación: formas de crear conocimiento colectivo en salud. *Gac Sanit.* 2020;34:200–3.