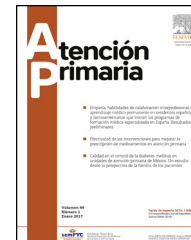




Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL semFYC

Guía de Atención Domiciliaria: pura atención primaria

Home Care Guide: Pure Primary Care



Para el profesional de atención primaria no existe un lugar de atención más propio en cualquier situación (patología aguda, crónica y control de fragilidad) que el domicilio. Se trata del entorno natural de las personas, al que se nos invita no solo para dar respuesta a situaciones que lo requieren, sino también para participar de la privacidad del hogar y de sus vidas.

La atención domiciliaria es compleja, pero es una práctica que cumple con el triple objetivo (*triple aim*) de Berwick et al.¹: mejora la experiencia del paciente, aporta efectividad y es eficiente. Un universo lleno de infinidad de variables a manejar y que necesita de un enfoque adecuado, desde el trabajo en equipo, la mirada centrada en el paciente y la mejor evidencia disponible. Todo ello se puede encontrar en la nueva obra de semFYC, *Guía de Atención Domiciliaria*, en la que han participado profesionales que tienen integrada esta modalidad de atención en su quehacer diario y saben de primera mano las dificultades y oportunidades que se pueden encontrar.

Dadas las circunstancias sociosanitarias, con el aumento de la prevalencia de patologías crónicas, la atención domiciliaria es el tipo de asistencia que se impone, y debe procurarse desde el rigor propio de la atención primaria. La esperanza de vida ya alcanza los 83 años, y se estima que en las próximas dos décadas llegue a los 86. Este envejecimiento poblacional se asocia irremediablemente a un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, a fragilidad, a dependencia, y también a la soledad. Entre un 5-7% de personas no tienen a quien recurrir si enferman². No hay profesional de atención primaria que no se haya encontrado en esa situación de sentir que deja a algunos pacientes «desamparados» cuando sale del domicilio, aunque se haya hecho todo lo que corresponde.

Paralelamente se está produciendo una transformación en los hospitales hacia la reducción de la hospitalización convencional con el desarrollo de unidades de corta estancia, hospital de día u hospitalización a domicilio. Nacen con la filosofía de reducir costes, evitar complicaciones y también, por supuesto, con el fin de que el paciente se sienta

reconfortado en su medio. Pero se necesitan adecuados mecanismos de comunicación y coordinación con atención primaria para que el sistema sea eficiente y se garantice la seguridad del paciente en la transición entre niveles. La aparición de dispositivos de forma fragmentada, que responden a intereses de servicios hospitalarios o simplemente a eficiencia de procesos de gestión, conduce sin remedio a la pérdida de visión de conjunto y a la inequidad para gran parte de la población.

La organización y la cartera de servicios prestados en el domicilio son claves para una asistencia sanitaria y social con valor añadido. Son muchos los pacientes que prefieren ser tratados en casa frente al hospital, estando más satisfechos y presentando menor número de complicaciones. La menor mortalidad en procesos que pueden atenderse en el domicilio frente al hospital también es un aspecto que cobra relevancia, como el menor coste de todo aquello que puede realizarse fuera del hospital³.

En este sentido, la atención domiciliaria es más necesaria que nunca, pero también está más amenazada que nunca. La necesidad existe, pero el sistema sanitario, y más concretamente la atención primaria, no ha sabido o no ha podido dar respuesta ni con la rapidez ni con la intensidad que se precisaba. La infrafinanciación y la enorme sobrecarga asistencial lo justifican en gran medida. Ante esta situación, algunos gestores han optado por incorporar nuevos recursos, ajenos a ella, que se van apilando como estructuras independientes (hospitalización a domicilio, unidades de cuidados paliativos, atención urgente, unidades de cronicidad...) dividiendo la atención y disminuyendo la continuidad asistencial.

Por proximidad, coherencia y eficiencia la atención domiciliaria debería pivotar sobre la atención primaria. La necesidad de atención y apoyo en el hogar del paciente puede ocurrir de forma gradual o repentina. Puede ser el resultado de un accidente, de un proceso intercurrente o bien de una enfermedad degenerativa a largo o a medio plazo. De cualquier manera, la pérdida de capacidad y de independencia puede ser difícil de afrontar, y tener un grupo de «extraños» que dan apoyo en la propia casa puede

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.005>

0212-6567/© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

parecerle al paciente intrusivo y confuso. Es por ello que la atención domiciliaria deben ofrecerla los profesionales de atención primaria, que son los que están más próximos a la cabecera del paciente, quienes atienden a otros miembros de la familia y conocen de primera mano sus circunstancias biopsicosociales. Sin embargo, son numerosas las dificultades a las que nos enfrentamos. A las más relevantes, ya comentadas (sobrecarga asistencial e infrafinanciación presupuestaria y de recursos humanos), se añaden la escasa presencia de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y el mínimo despliegue del potencial que la enfermería de atención primaria tiene, nula implementación de la atención comunitaria en nuestras agendas, falta de soporte informático en domicilio como la historia electrónica, por ejemplo, y todas las dificultades técnicas que el domicilio entraña. No olvidemos, además, la dura competencia que pueden suponer los intereses de servicios hospitalarios y el posible mercado que se abre para el ámbito privado.

La atención primaria de nuestro país necesita un impulso basado, pues, en tres pilares fundamentales: la mejora del presupuesto, el establecimiento de objetivos claros para la mejora del sistema (plazos y presupuesto para cada acción) y la participación de los actores (ciudadanos y profesionales)⁴.

El abordaje, dada la complejidad y tal y como ya hemos reflejado, debe ser multidisciplinar: integrantes de los equipos de atención primaria y unidades de apoyo específicas, diferentes según la comunidad autónoma. Dadas las características intrínsecas a la atención domiciliaria, debe tenerse en cuenta que la visita a domicilio con frecuencia va más allá de los límites de lo puramente sanitario, y es prioritaria una intervención coordinada de diferentes perfiles profesionales sanitarios y sociales. A su vez, a nivel sanitario, deberían coordinarse la intervención de los diferentes niveles asistenciales y recursos del territorio.

La valoración geriátrica integral (como paradigma de valoración multidimensional específica de las personas mayores) es una buena herramienta, y el abordaje protocolizado y proactivo a domicilio de personas mayores desfavorecidas económicamente mejora la calidad de los cuidados y disminuye las urgencias hospitalarias, además de proporcionar una mejor detección y manejo de síndromes geriátricos⁵.

Las herramientas y modelos de asistencia desarrollados en cada situación deben buscar la eficiencia, la calidad y las decisiones compartidas con el paciente. En el entorno sanitario es de vital importancia realizar una atención centrada en las personas⁶ y contar con los valores y las preferencias

del paciente. Así, las decisiones compartidas son las que se toman a partir del diálogo con el paciente y/o su familia. Son especialmente útiles cuando la evidencia no apoya significativamente a ninguna de las alternativas que se presentan o cuando aparecen incertidumbres debido a las zonas grises en las que se mueven muchas decisiones clínicas, de alta prevalencia en la atención domiciliaria y en la atención primaria.

La *Guía de Atención Domiciliaria* de semFYC es una obra completa, escrita por y para profesionales de atención primaria, que da luz y respuesta a muchos de los aspectos que confluyen cuando el lugar de atención de los pacientes se desplaza al domicilio. Esta *Guía* resume la esencia de una forma especial de atender a las personas con patologías. Siempre partiendo del individuo y sus circunstancias. Es pura atención familiar y comunitaria. Es pura atención primaria.

Bibliografía

1. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:759-69.
2. Abizanda Soler P. Actualización en fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:106-10.
3. Echevarria C, Brewin K, Horobin H, Bryant A, Corbett S, Steer J, et al. Early supported discharge/hospital at home for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A review and meta-analysis. *COPD*. 2016;13:523-33.
4. Bayona Huguet X, Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Aten Primaria*. 2018;50:264-6.
5. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298:2623-33.
6. Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten Primaria*. 2009;41:285-7.

Ana Arroyo de la Rosa^a y Xavier Bayona Huguet^{b,*}
^a Grupo de Medicina Rural de SemFYC, Equipo de Atención Primaria, Centro de Salud de La Zarza, Servicio Extremeño de Salud, La Zarza, Badajoz, España
^b Grupo de trabajo de gestión y gestión clínica de la CAMFiC, Equipo de Atención Primaria Bellvitge, Institut Català de la Salut, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: xavier.bayona@gmail.com
 (X. Bayona Huguet).