



Atención al paciente crónico complejo a domicilio en situación de Pandemia Covid-19

TRABAJO FIN DE GRADO

Alumno: Javier Moujir Núñez

Tutor: Martín Rodríguez Álvaro

GRADO EN ENFERMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería

Universidad de La Laguna. Sede La Palma

Junio 2021

RESUMEN

El incremento de la cronicidad y el envejecimiento poblacional, junto con la pandemia por el virus SARS-Cov-2, constituyen un reto para los Servicios Sanitarios de Salud a nivel nacional y autonómico. El fin es ofertar una atención de calidad basada en un modelo asistencial proactivo, continuo e integrado, centrado en el paciente y el cuidador. En este trabajo se lleva a cabo una revisión narrativa con el objetivo de analizar el papel de la enfermería de enlace en la atención del paciente crónico complejo en domicilio, donde tiene lugar la mayoría de los cuidados y se desarrolla la atención sociosanitaria de forma coordinada, simultánea y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención.

Además, identificar las principales características de la tele-enfermería, como una nueva estrategia de relación entre el personal sanitario y el paciente. Así mismo revisar las estrategias anti-Covid, dirigidas a la prevención y disminución de la transmisión del virus SARS-Cov-2 y con ello la protección de la salud de los pacientes de mayor riesgo y complejidad

Palabras clave: Covid-19, enfermería comunitaria de enlace, paciente crónico complejo, atención domiciliaria, nuevos modelos de atención

ABSTRACT

The increase in chronicity and the aging of the population, together with the pandemic caused by the SARS-Cov-2 virus, constitute a challenge for the Health Services at the national and regional level. The aim is to offer quality care based on a proactive, continuous and integrated care model, centered on the patient and the caregiver. This work carry out a journalistic literature review whose objective is to analyze the role of liaison nursing in the care of complex chronic patients at home, where most of the care takes place and the social health care is developed in a coordinated, simultaneous and stable way, adjusted to the principle of continuity of care.

In addition, to identify the main characteristics of tele-nursing, as a new relationship strategy between health personnel and the patient. Likewise, review the anti-Covid strategies, aimed at preventing and reducing the transmission of the SARS-Cov-2 virus and thereby protecting the health of patients at higher risk and complexity.

Key words: Covid-19, liaison nursing, complex chronic patient, home care, new models of care.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Concepto de cronicidad	1
1.2. Características de las enfermedades crónicas.....	2
1.3. Clasificación de las enfermedades crónicas.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS	4
4. METODOLOGÍA.....	5
4.1. Estrategia de búsqueda.....	5
4.2. Protocolo y registro.....	6
4.3. Criterios de elegibilidad	6
4.4. Selección bibliográfica.....	6
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	7
5.1. Modelos para abordar la cronicidad	7
5.1.1. Detección e identificación del paciente crónico complejo	7
5.2. Modelo de atención a crónicos. The Chronic Care Model (CCM).....	10
5.3. Modelo de Kaiser Permanente.....	11
5.4. Estrategias de atención a pacientes crónicos.	13
5.5. Modelo de atención al paciente crónico complejo	14
5.6. Enfermería comunitaria de enlace	15
5.6.1. Población diana	16
5.6.2. Funciones de la enfermería comunitaria de enlace	16
5.7. Nuevos modelos de atención domiciliaria. Tele-enfermería	17
5.8. Atención a domicilio en pacientes dependientes.....	19
5.8.1. Seguimiento telefónico para pacientes afectados de Sars-Cov-2.....	20
5.8.2. Protocolo de atención domiciliaria para evitar contagios de Covid-19	21
6. CONCLUSIONES.....	25
7. BIBLIOGRAFÍA.....	26
8. ANEXO.....	32

1. INTRODUCCIÓN

Con 3.615.860 casos confirmados a fecha de 17 de mayo de 2021 y más de 79.000 muertes, España es el 5º país de Europa, más afectado por la pandemia de Covid-19. A día de hoy desde atención primaria se sigue luchando contra ella con la gran esperada campaña de vacunación, con el objetivo real de en pocos meses alcanzar la inmunidad de grupo.¹

El incremento sostenido de la esperanza de vida ha llevado al aumento de pacientes con patologías crónicas. La atención a la cronicidad es uno de los desafíos prioritarios a los que se deben enfrentar los sistemas de salud y la sociedad en general. Se establece un nuevo modelo de atención que permita afrontar el abordaje de la cronicidad, reorientando los recursos para lograr una atención al paciente más proactiva y eficiente en el domicilio, basándose en que el foco de atención sea la persona y la familia que conviven con un proceso crónico.² Según Wagner³ el mejor cuidado para un paciente crónico se encuentra en la atención primaria, ya que es donde realmente se conoce a la persona en su ámbito familiar y social.

La Atención Domiciliaria en nuestro país se lleva realizando desde los inicios en la Atención Primaria Sanitaria (APS), dirigido especialmente a personas muy frágiles y/o paliativas, o con enfermedades crónicas en estado avanzado. Actualmente debido a la pandemia, esta atención ha cobrado una mayor importancia, ya que es prioritaria tanto a ellos como a su familia o cuidadores durante el proceso, con el fin de que no se sientan abandonados por el sistema. Esta atención debe ser modificada con responsabilidad y coherencia por la condición añadida de contagio por Covid-19, como los que se recogen en diferentes protocolos de atención a domicilio a personas mayores contagiadas por Sars-Cov-2.^{4,5}

1.1. Concepto de cronicidad

Paciente crónico es el que padece una o varias enfermedades crónicas, que es definida por la OMS como “afecciones de larga duración” (más de 6 meses)” con una progresión generalmente lenta, pudiendo llegar a durar toda la vida de la persona.⁶ Las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles (ENT): enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.⁷ Los síntomas pueden manifestarse de forma continua o en forma de crisis, entre remisiones más o menos largas. Existen varias razones que pueden explicar la cronicidad de una enfermedad, como

predisposiciones genéticas hereditarias, y factores ambientales, laborales y sociales, hábitos y estilos de vida, y agentes infecciosos.⁷

Paciente crónico complejo (PCC) es aquel en el que coexisten varias patologías con frecuentes descompensaciones y alto riesgo de pérdida funcional, que hacen necesaria la utilización ordenada de los diversos niveles asistenciales y en algunos casos sanitarios y sociales. El PCC, supone el 5% de los pacientes crónicos, y por su alta frecuentación de los servicios asistenciales, suponen un elevado coste sanitario (65%). Además, las previsiones epidemiológicas sugieren que las patologías crónicas complejas aumentarán en el futuro.⁸

1.2. Características de las enfermedades crónicas

Lo que define a la enfermedad crónica, más que su duración, es que es incurable, progresiva e irreversible, convirtiéndose en un problema de salud mundial porque son causa del 63% de las muertes.⁹ Las enfermedades crónicas suponen actualmente las principales causas de muerte en el mundo y su aumento de la prevalencia se ha convertido en un reto para los sistemas sanitarios.

Hay unas características comunes en las enfermedades crónicas:¹⁰

- Padecimiento incurable: permanente e irreversible con periodos de remisión y recaídas, aplicándose exclusivamente tratamiento paliativo.
- Multicausalidad: están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales.
- Multiefectividad: un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud.
- No Contagiosas: al no estar producidas por agentes microbianos no tiene poder de transmisión.
- Incapacidad Residual: dejando secuelas psicofísicas, empeorando notablemente la calidad de vida.
- Rehabilitación: requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado
- Importancia Social: determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan.
- Prevenibles: tanto a nivel primario con una buena promoción de la salud desde una temprana edad, como a nivel secundario, mediante su detección precoz.

- Impacto psicológico: generado en el paciente debido a la situación que vive comparándola con su vida anterior.

1.3 Clasificación de las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son cada vez más comunes, por tanto, la necesidad de preverlas, comprenderlas y tratarlas es de vital importancia para el profesional de enfermería que debe buscar la manera de cuidar desde una perspectiva más humana, integral, y organizada en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda a los pacientes con enfermedad crónica.¹¹

Las enfermedades crónicas se pueden agrupar en 3 grandes grupos:¹⁰

1. Enfermedades que ocasionan un gran sentimiento de amenaza física, como las enfermedades oncológicas o las que implican un grado alto de dependencia.
2. Enfermedades que causan dolor y mutilación, como las que causan dolor crónico o implican alguna modificación del aspecto físico.
3. Enfermedades que requieran algún cambio en el estilo de vida para su rehabilitación.

Según la OMS, las principales enfermedades crónicas no transmisibles son:¹²

- Las enfermedades cardiovasculares.
- El cáncer.
- Las enfermedades respiratorias crónicas.
- Diabetes.

De acuerdo al proyecto de estratificación de la población por Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA), la prevalencia de las enfermedades crónicas acorde a su complejidad son el EPOC, HTA, diabetes mellitus (DM), Insuficiencia renal crónica (IRC) e insuficiencia cardíaca (IC).¹³

En la comunidad canaria las patologías crónicas con mayor prevalencia son especialmente la depresión y la DM, con una incidencia superior al 8%, así como la cardiopatía isquémica y la EPOC, con una prevalencia en torno al 3%. Cabe indicar que, si bien las enfermedades crónicas aumentan considerablemente con la edad, cada vez se dan más casos en personas jóvenes (15 millones de muertes atribuibles a enfermedades crónicas se producen entre los 30 y los 69 años).¹³

2. JUSTIFICACIÓN

Debido a un incremento notable en la calidad de vida de nuestra sociedad el envejecimiento de la población se ha hecho una realidad con la que la sanidad ha tenido que lidiar. Los cambios en el estilo de vida y los grandes avances en el ámbito sanitario han ocasionado, que cada vez sean más las personas que precisen de una atención continuada de enfermería como consecuencia de las enfermedades crónicas no transmisibles que padecen, y por ello, es fundamental la labor de los enfermeros que mejoran la calidad de vida del enfermo y de sus cuidadores, que a su vez benefician al sistema sanitario.

Las enfermedades no transmisibles son, en muchas ocasiones prevenibles, llevando a cabo una serie de intervenciones que las aborden, ya que existen factores de riesgo como el tabaquismo, el uso nocivo del alcohol, la mala alimentación y la falta de actividad física condicionantes que deriven en enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, renales, entre otras. Dificultándonos en nuestro día a día, deteriorándonos paulatinamente y sin duda perdiendo calidad de vida

Con este trabajo se pretende reflejar que la enfermería juega un papel fundamental en nuestra sociedad, demostrándose con gran claridad en este último año, marcado por la pandemia de Covid-19. Que la enfermería tiene una gran variedad de roles como la enfermería comunitaria de enlace y que desde esta profesión ha habido adaptaciones y cambios a favor del paciente como la tele-enfermería, siendo una gran alternativa a la práctica de la enfermería convencional en estos tiempos de tanto miedo e incertidumbre.

3. OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer las estrategias de atención al paciente crónico complejo.

Objetivos específicos:

- Describir la situación actual de las enfermedades crónicas.
- Describir los criterios que identifican al paciente crónico complejo
- Conocer la estrategia de atención del paciente crónico complejo en domicilio.
- Describir el rol de enfermería comunitaria de enlace.
- Conocer los nuevos modelos de atención al paciente crónico durante la pandemia.
- Promover las medidas para evitar el contagio del Sars-Cov-2 en la atención domiciliaria a pacientes crónicos complejo.

4. METODOLOGÍA

4.1. Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una revisión de artículos científicos con el objetivo de conocer la evidencia disponible sobre este tema. La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando las bases de datos Pubmed, Scielo, Dialnet, Google académico, y revistas electrónicas de Elsevier.

Recursos utilizados en Punto Q	Fuentes de Información
Ciencias de la Salud	<ul style="list-style-type: none">- CINAHL- SciELO- ScienceDirect - Revistas electrónicas (Elsevier)
Recursos en español	<ul style="list-style-type: none">- Dialnet- DOAJ. Directory of Open Access Journals- ScienceDirect - Revistas electrónicas (Elsevier)
Recursos en inglés	<ul style="list-style-type: none">- DOAJ. Directory of Open Access Journals- EBSCOhost- MEDLINE- SciELO- PubMed

Para la búsqueda se han utilizado los idiomas, español e inglés y las palabras claves como: “paciente crónico”, “enfermedades crónicas”, “paciente crónico complejo” “modelos de atención a pacientes crónicos”. “enfermería de enlace”, “tele-enfermería”, “atención domiciliaria”, “cuidados de enfermería”, “Covid-19”, “enfermería en tiempos de pandemia Covid-19”, “protocolo Covid-19”.

También se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos de diferentes organismos e instituciones públicas nacionales e internacionales: Servicio Canario de Salud (SCS), Ministerio de Sanidad, Organización mundial de la salud (OMS) e Instituto Nacional de Estadística (INE).

4.2. Protocolo y registro

En un principio se acotó la búsqueda a los últimos 5 años. No obstante, esta fue ampliada a años anteriores cuando referencias de los artículos eran clarificadores para la redacción del trabajo.

El operador booleano utilizado fue AND y OR, para combinar los términos de búsqueda de manera que en cada resultado se obtuvieran todos los términos introducidos.

4.3. Criterios de elegibilidad

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión con el fin de seleccionar los trabajos a considerar en la revisión sistemática:

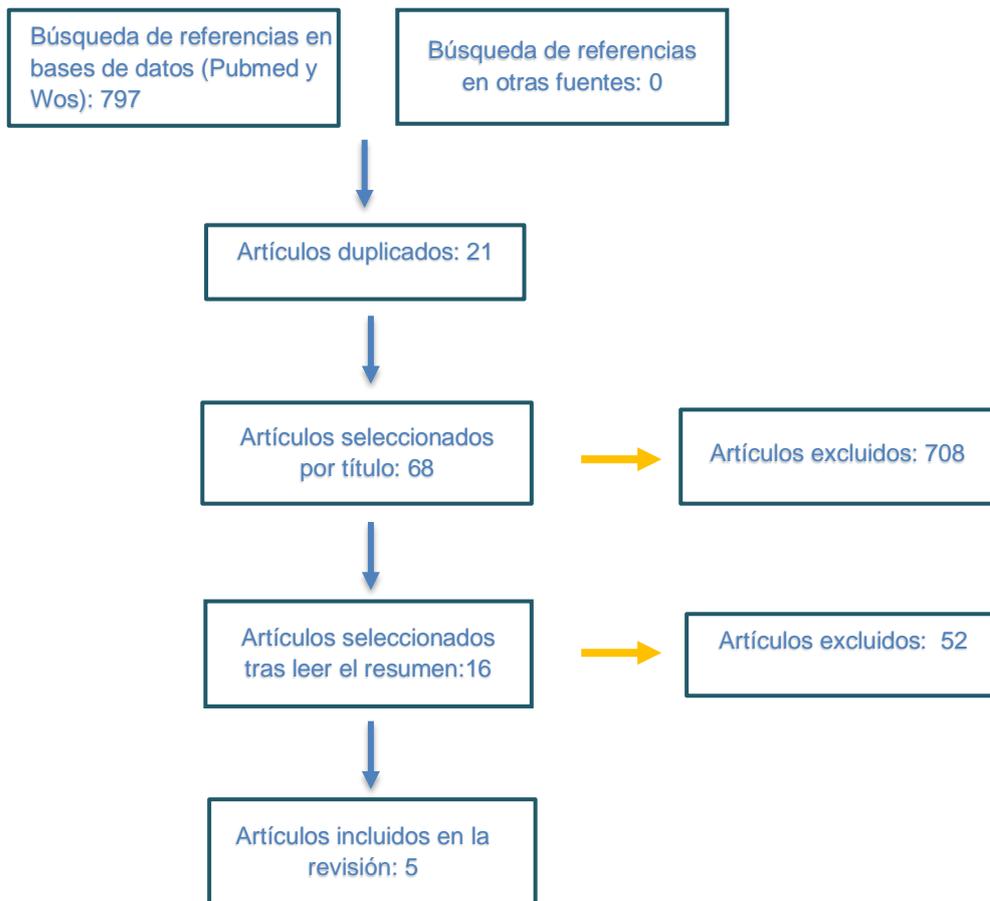
Criterios de inclusión	Artículos de publicación libre o que se pueda acceder a ellos a través de la biblioteca de la Universidad de La Laguna.
	Artículos que proporcionen información adecuada al tema del presente trabajo y los objetivos planteados en esta revisión.
	Artículos publicados en los últimos 5 años.
	Estar publicados en inglés o castellano.

4.4. Selección bibliográfica

En la búsqueda bibliográfica como se indica en el diagrama de flujo de la información fueron encontrados 797 referencias. Tras evaluar los títulos de los artículos, 68 artículos fueron los seleccionados. De estos 68 seleccionados se incluyeron 5 en la revisión, todos aquellos que cumpliesen con los criterios de inclusión y que, tras la lectura completa del artículo, aportase información adecuada al objetivo del trabajo.

Para la revisión, se procedió a leer los títulos de los trabajos que resultaron al aplicar la búsqueda y seleccionar aquellos que estaban relacionados con la atención domiciliaria al paciente crónico complejo y la pandemia de Covid-19.

Durante la lectura de los trabajos finalmente seleccionados, se iba extrayendo la información de una manera organizada. Para ello, se elaboró una base de datos con las siguientes variables: Título, Autor y año, Métodos, Resultados, Conclusión (Anexo 1).



5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Modelos para abordar la cronicidad

Debido al incremento de la cronicidad se ha creado la necesidad de abordar este tipo de problemática que produce la principal causa de mortalidad en el mundo y cambiar el antiguo enfoque centrado en la resolución de las patologías agudas, pasando a favorecer una atención episódica de los problemas con un enfoque curativo, preventivo, de autocuidado y responsabilidad.⁴

5.1.1. Detección e identificación del paciente crónico complejo

Para detectar e identificar al paciente crónico complejo y ser valorados de manera integral, y multidimensional se seguirán los criterios indicados en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios del Programa de Prevención y Atención de la cronicidad (PPAC).^{8,14}

<p>Criterios propios del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Multimorbilidad entendida como presencia de 2 o más enfermedades crónicas en un mismo individuo. - Patología crónica única grave o progresiva: enfermedad neurológica o trastorno mental grave, demencia y discapacidades intelectuales, físicas o sensoriales. - Alta probabilidad de sufrir descompensaciones con importante sintomatología y mal control. - Síntomas persistentes, intensos y refractarios. - Evolución dinámica, variable y que requiere un seguimiento continuo. - Frecuente utilización de servicios de salud tanto de atención primaria como especializada. - Polifarmacia (más de 5 medicamentos) y/o alto consumo de recursos sanitarios y sociales. - Pacientes frágiles con pérdida de la funcionalidad o deterioro agudo (funcional o cognitivo) o aparición de síndromes geriátricos. - Edad extrema: pediatría y mayores de 85 años. - Enfermedades raras.
<p>Criterios que dependen de los profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión multidisciplinar. - Concordancia en la identificación del PCC entre profesionales según criterios de gestión clínica. - Activación y gestión del acceso a los distintos dispositivos y recursos. - Toma de decisiones, manejo y gestión del PCC.
<p>Criterios de la esfera social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento. - Problemas económicos. - Pérdida de autonomía funcional.

Además de estos criterios diagnósticos y según García-Morillo y Ollero Barturone^{15,16} debería incluirse la situación funcional y repercusión biológica en la identificación del PCC, clasificando a los pacientes por 21 categorías según patología orgánica.

El paciente crónico complejo (PCC) puede presentar:^{15,16}

- **Una sola enfermedad crónica con grave afectación** que conlleve una importante pérdida tanto funcional como cognitiva. Para ello, se emplea las escalas de Barthel y Pfeiffer. Además, considerar la presencia de síntomas y/o descompensaciones frecuentes ya que refleja con mayor precisión la fragilidad.

- **Dos o más de las enfermedades de las siguientes categorías:**

Categoría A: insuficiencia cardiaca; cardiopatía isquémica.

Categoría B: vasculitis y conectivopatías; enfermedad osteoarticular con limitación funcional; insuficiencia renal crónica.

Categoría C: limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional; cor pulmonale crónico (hipertensión pulmonar).

Categoría D: enfermedad inflamatoria intestinal; hepatopatía crónica.

Categoría E: ataque cerebrovascular; enfermedad neurológica con déficit motor que genere discapacidad; enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente moderado.

Categoría F: arteriopatía periférica sintomática; diabetes mellitus con repercusión visceral diferente a cardiopatía isquémica.

Categoría G: enfermedad hematológica sintomática no subsidiaria de tratamiento con intención curativa; enfermedad oncológica activa no subsidiario de tratamiento oncológico activo.

La base de la atención a la cronicidad se encuentra en la atención centrada en el paciente y en la situación de comorbilidad, que puede ser muy compleja. Para afrontar esta transformación, la mayoría de países avanzados del mundo y que en España ha dado lugar a la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el SNS⁴ y al desarrollo de varias iniciativas y planes específicos a nivel autonómico. Para ello, en Canarias se ha implantado una estrategia que lo en la que se han definido los siguientes principios:¹⁷

- 1) Reorientar la asistencia hacia un modelo proactivo.
- 2) Situar al paciente como centro del sistema.
- 3) Enfoque de salud poblacional personalizando la atención a partir de una identificación y segmentación de la población en base al nivel de cuidados a aplicar por el riesgo y el nivel de desarrollo de patologías crónicas.

4) Aumentar la capacidad resolutoria a partir de una mayor capacidad en Atención Primaria, siendo ésta el eje principal sobre el que se centra la atención al paciente crónico

5) Integración de la atención al paciente crónico entre niveles asistenciales

6) Empoderamiento y autonomía del paciente, impulsando su participación y competencia, la corresponsabilidad en la gestión de su patología y el autocuidado, empleando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías.

Citar que para abordar esta situación, en los últimos años se han desarrollado distintos modelos sobre todo en Estados Unidos, con la finalidad de determinar cómo llevar a cabo el cambio en la provisión de atención sanitaria a pacientes con enfermedades crónicas con el objetivo de realizar una prospección individualizada del riesgo e identificar a los subgrupos de población que más puedan beneficiarse de las medidas preventivas que se plantean en la gestión de cuidados, así como el diseño de intervenciones adaptadas a las características individuales o de subgrupos de pacientes.¹⁸

Podemos diferenciar entre *modelos teóricos*, cuyo objetivo es proponer marcos de trabajo con vocación universal o global, y *modelos de provisión*, con un enfoque práctico mediante la implantación de las diferentes características de los modelos teóricos.⁴

5.2. Modelo de atención a crónicos. The Chronic Care Model (CCM)

El modelo de cuidado crónico (CCM) fue desarrollado en el “MacColl Institute” por Edward Wagner en el año 1998, siendo uno de los modelos más conocidos para el cuidado de personas con enfermedades crónicas.¹⁹ Es un modelo organizativo basado en la mejora de la coordinación a la atención de enfermos crónicos, con la finalidad de obtener mejores resultados clínicos y funcionales, centrado en vincular a personas informadas, activas y con enfermedades crónicas a equipos de profesionales. Al reconocerse que una parte esencial de la atención al paciente crónico ocurre fuera del entorno que abarca los sistemas de salud se sugieren cinco elementos de importancia en las iniciativas para mejorar la atención crónica:^{20,21}

1. El sistema de salud.
2. La autogestión del paciente.
3. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones.
4. Rediseño del sistema de asignación de cuidados.
5. Los sistemas de información clínica.

El modelo CCM es el resultado estructurado como un marco multidimensional para enfocar iniciativas de mejora frente a un problema complejo.^{22,23}

- Énfasis en la prevención
- La comunidad, con sus políticas y diversos recursos público o privados.
- El sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento.
- La interacción con el paciente y la práctica clínica.

Desde su origen en los Estados Unidos, este modelo ha sido empleado en numerosos sistemas y dispositivos, ya que, en los planes de atención a la cronicidad en la mayoría de los países desarrollados suelen recurrir a este modelo en cierta medida. “El CCM no es una clave mágica para solucionar la cronicidad, es una respuesta multidimensional para abordar un problema complejo.”²⁴



Figura 1. Modelo CCM. Tomado de <http://www.improvingchroniccare.org>

5.3. Modelo de Kaiser Permanente

El modelo Kaiser permanente apareció en 1945 en EEUU. Se basa fundamentalmente en la estratificación de riesgos y clasifica a los individuos en categorías, de acuerdo con la probabilidad de que sufran un deterioro de su salud.^{22,25}

La estratificación de riesgos consiste en identificar y/o agrupar pacientes con mayor riesgo de empeorar o de padecer un nuevo problema de salud, que requieran una atención más intensa y mayores recursos de salud en el futuro. Sirve así para definir anticipadamente intervenciones que se adapten a sus necesidades de cuidados sanitarios futuras. La realización de la estratificación se realiza con el fin de:

- Evitar que la población sana enferme mediante prevención y promoción de la salud.
- Mantener un control sobre la población enferma evitando que desarrolle complicaciones.
- Potenciar la implicación y autonomía del paciente en sus cuidados.
- Asegurar la coordinación entre todos los profesionales implicados en el proceso del paciente.²⁶

La Pirámide de Kaiser, aplica niveles de intervención, dependiendo de su nivel de complejidad. Se trata de una clasificación piramidal, en la cual se pueden diferenciar 4 estratos de la población, en cada una de las cuales se llevará a cabo un abordaje distinto (Figura 2).

✚ Población en general: En la base de la pirámide, la población sana/no diagnosticada sobre la que se prioriza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

✚ Pacientes crónicos: Primer nivel de pacientes cuya situación les permite gestionar su propia enfermedad, con apoyo puntual prestado por profesionales del sistema. Constituye el 70-80 % del total, con lo que cambian los determinantes y los factores de riesgo. En estas etapas es fundamental el manejo de la enfermedad, la promoción del autocuidado, la administración apropiada de medicamentos y la educación en aspectos sanitarios de la enfermedad.

✚ Pacientes de alto riesgo: El nivel de Gestión de la enfermedad crónica, abarca al 15% de la población. Serían personas con condiciones crónicas que requieren atención médica de forma constante, y aquellos cuyo estilo de vida los hace relativamente usuarios intensivos del sistema.

✚ Pacientes de alta complejidad: en el nivel más alto aparecen los pacientes identificados como complejos (del 3% al 5% del total) a los que se les asignan planes de cuidados específicos de casos. Conforme el paciente va ascendiendo por la pirámide precisa más intervenciones sanitarias, más específicas y que generan un mayor consumo de recursos.



Figura 2. Pirámide de Kaiser permanente. Tomado de: <https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=31>

5.4. Estrategias de atención a pacientes crónicos.

La manera de afrontar la cronicidad supone un desafío para los sistemas de salud en el que se deben comprometer todos los niveles asistenciales para mejorar la atención de los pacientes crónicos, lo que supone un cambio cultural de “curar a cuidar”. Este concepto, implica la necesidad de una modificación en la orientación del sistema, es decir hacia una asistencia proactiva con una verdadera visión centrada en la población y el paciente. Además, hay que identificar sus necesidades y las medidas preventivas o de cuidados necesarios para retrasar la aparición y el desarrollo de patologías crónicas o limitar la evolución del que lo padece, implicándoles en la corresponsabilidad de la gestión de su proceso. Con ello, conseguimos la integración de los cuidados en los diversos niveles asistenciales y con ámbito social.²⁷

El Servicio Canario de Salud desarrolla las estrategias de cronicidad, a partir de los modelos indicados anteriormente, cuyos elementos son la estratificación de la población, la valoración integral y la planificación y seguimiento del caso (Figura 3).



Figura 3. Fuente: Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial.¹⁹

5.5. Modelo de atención al paciente crónico complejo

El proceso de atención al PCC comienza con la estratificación de la población siguiendo el modelo de la Pirámide de Kaiser Permanente. Esta identificación del paciente se realizará de forma proactiva. A continuación, los pacientes serán remitidos a los profesionales de AP para su valoración de manera integral y multidimensional. Se lleva a cabo para identificar los problemas derivados de su cronicidad y establecer cuáles son sus necesidades.²⁸ Para ello, se recaba información en las áreas definidas a continuación:

Situación clínica actual: recabada de la historia clínica del paciente en el que se debe incluir una entrevista sobre los síndromes geriátricos asociados (inmovilidad, depresión, disminución aditiva o visual, incontinencia, estreñimiento).

Valoración enfermera: principales diagnósticos de independencia y autonomía.

Valoración funcional: recoge información sobre la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria, Las actividades de la vida diaria pueden clasificarse como:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): incluyen tareas que la persona realiza cada día para mantener su autocuidado, como el aseo, la alimentación o el vestido. Se evalúa principalmente mediante el índice de actividades de la vida diaria (KATZ), índice de Barthel.

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son aquellas en las que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia como por ejemplo cocinar o comprar. Se evalúa mediante el índice de Lawton y Brody.

Valoración cognitiva: conocer el grado de deterioro cognitivo es útil para evaluar la calidad de la información que el paciente aporta sobre su enfermedad y sobre sí mismo, y también para valorar su capacidad a la hora de entender la información que recibe. Cuestionario de Pfeiffer.

Valoración social: permite conocer la relación entre la persona y su entorno. Se debe incluir la calidad de vida como factor importante en su evaluación. La escala OARS de recursos sociales, la escala de valoración sociofamiliar de Gijón son las más utilizadas.

Valoración del cuidador: permite explorar el impacto del hecho de cuidar en la salud del cuidador principal midiendo el grado en el que éste percibe que su trabajo asistiendo al enfermo altera su propia salud física, emocional y su situación económica. Se valora mediante la escala de Zarit.

Valoración del estado nutricional: preguntando sobre la dieta habitual, el número de comidas al día, el número de alimentos por comida o las dietas prescritas; evaluando los factores que afectan al estado nutricional, ya sean problemas funcionales que afecten tanto a la independencia para comer como a la capacidad para la adquisición y preparación de los alimentos. La escala más utilizada es el Mini Nutricional Assesment (MNA).

Valoración del dolor: evaluando la percepción del dolor por parte del paciente. Esto permite obtener datos de si la respuesta al tratamiento es efectiva o si por el contrario es insuficiente. Las escalas que se emplean son la escala analógica visual (EVA) y la Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).

5.6. Enfermería comunitaria de enlace

La aparición de enfermedades crónicas y la presencia de un elevado número de pacientes crónicos complejos, han repercutido directamente en una mayor demanda de cuidados a domicilio. “Estos cambios han obligado implantar un nuevo modelo de gestión que oriente la actividad hacia el proceso asistencial y a la atención integral de salud del paciente, evitando el fraccionamiento, la duplicación de servicios y la simple superposición entre procesos asistenciales. De ahí la presencia de nuevos perfiles profesionales como el de la enfermera de enlace, referente para los pacientes complejos, como los pluripatológicos. Su labor, es garantizar la continuidad de la atención en la transición entre niveles, en coordinación con la enfermera de atención primaria y/o resto del sistema sociosanitario”.²⁹

Es por ello que el Servicio Canario de Salud, incorpora a las zonas básicas de salud un nuevo perfil de enfermeros, los enfermeros comunitarios de enlace (ECE), que desde 2002 viene realizando que se les conoce como el profesional sanitario gestor de casos el cual proporciona una práctica avanzada de cuidados.³⁰ El Servicio Canario de Salud junto al andaluz, fueron las comunidades pioneras en la implantación de los ECEs en el territorio español, cuya misión fundamental es servir de enlace entre el paciente, su familia y los sistemas formales de cuidados sanitarios y sociosanitarios, con el fin de mejorar su calidad de vida, la atención a las personas cuidadoras familiares es cada vez más importante. Por otro lado, la disminución del número de cuidadoras potenciales hace necesario la creación de este nuevo puesto de enfermería con la necesidad de reorientar su atención a un cuidado más concreto.³¹

El trabajo de los enfermeros comunitarios de enlace, se encuadra dentro del denominado Servicio de Continuidad de cuidados en domicilio y su trabajo es la gestión de

casos. Comienza con la búsqueda de pacientes con un alto grado de dependencia y sus cuidadoras, y tras una completa valoración inicial, proponen y consensuan un plan de cuidados con los profesionales responsables de la atención, y gestiona, si fuera necesario, recursos complementarios para el cuidado. Además, también están implicados en impartir cursos y talleres formativos a las personas cuidadoras, y gestionan el material de apoyo para el cuidado en el hogar, siendo los responsables de la continuidad de los cuidados cuando los pacientes ingresan o son dados de altas del hospital.^{31- 33}

5.6.1. Población diana

La Población diana a la que principalmente se dirige la enfermería comunitaria de enlace es a aquellas personas susceptibles de recibir atención en el domicilio que bien por su situación de salud o por problemas sociosanitarios, requieren cuidados sin la necesidad de salir de sus hogares, ya sea de carácter temporal o permanente.³⁴ A todos los pacientes que son incluidos dentro del grupo de población diana, los enfermeros comunitarios de enlace les debe dar un trato de calidad, haciendo una valoración, planificación y ejecución de los recursos necesarios, y con ello fomentar la eficiencia. Para ello, necesita poner en marcha elementos de coordinación con diferentes profesionales y de la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que dé respuesta a sus necesidades de cuidados y de sus cuidadoras. De este modo se distinguen los siguientes grupos de personas:³⁵

- Personas inmovilizadas o con discapacidad. Estimándose ésta en el 15% de la población mayor de 65 años.
- Personas con procesos terminales necesitadas de cuidados paliativos.
- Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados con cierta complejidad.
- Personas cuidadas en instituciones residenciales.
- Cuidadores principales de las personas susceptibles de recibir atención a domicilio.

5.6.2. Funciones de la enfermería comunitaria de enlace

La enfermería comunitaria de enlace (ECE) en Canarias desde el 2002, viene realizando la labor de gestora de casos con el objetivo de mejorar la atención domiciliaria que se presta desde los Equipos de Atención Primaria (EAP). ECE gestiona de manera coordinada, con todos los profesionales de la zona (entre niveles asistenciales y los sectores implicados) los cuidados domiciliarios entre. La ECE, gestora de casos, hace una valoración integral del paciente domiciliario y de su cuidador/a principal, enfocada fundamentalmente a valorar, detectar e intervenir de manera rápida los problemas de salud

y disminuir los existentes. Esta nueva figura sanitaria contribuye enormemente tanto en aplicar cuidados, educar sanitariamente a cuidadores y coordinar y gestionar la comunicación entre los profesionales sanitarios y no sanitarios fomentando una continuidad de cuidados de calidad.³¹

Las funciones que realiza la enfermería de enlace son:³⁴

- Captación proactiva o a demanda, de todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria.
- Captación de las cuidadoras principales de todas las personas incluidas en atención domiciliaria.
- Coordinar con otros servicios hospitalarios según necesidades surgidas (trabajo social, terapia ocupacional).
- Coordinar plan cuidados ajustado a las necesidades del paciente y cuidador con los profesionales que intervienen en la provisión del servicio, directamente y/o de forma complementaria en todos los casos necesarios
- Coordinar/gestionar las citas.
- Consensuar modelos de actuación para la mejora de la atención domiciliaria.
- Realizar la valoración y petición del material de ayuda teniendo como referencia el protocolo de asignación de dicho material junto al resto de miembros.
- Apoyo de los Distritos Sanitarios.
- Ofrecer talleres de apoyo al cuidado para las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.
- Solicitar consejo sanitario para seguimiento o seguridad al alta.

5.7. Nuevos modelos de atención domiciliaria. Tele-enfermería

En la actualidad se defiende el uso de nuevas tecnologías, como la tele-enfermería, para proporcionar un cuidado individualizado e integral a los pacientes crónicos. La tele-enfermería hace referencia al uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) para favorecer un cuidado individualizado centrado en la persona y sus necesidades relacionadas con la enfermedad.³⁶ De hecho se considera a las TICs, como un apoyo en el cuidado del paciente crónico.⁴

Las TICs nos permiten el control, la vigilancia y la educación de pacientes y cuidadores, siendo una alternativa que mejora la gestión de los gastos sanitarios, disminuyendo los reingresos y potenciando una mejora en la calidad de vida de los pacientes, mayor respuesta de afrontamiento, mejor control de los síntomas, reducción de

ansiedad, o mayor capacidad de automanejo. Cabe indicar que el domicilio se configura como un espacio futuro de desarrollo de la telemedicina, y en ese sentido ya existen múltiples experiencias, en aras de mejorar el seguimiento y la seguridad, evitar ingresos potencialmente evitables y retrasar institucionalizaciones.³⁸⁻⁴⁰ Así mismo, la posibilidad de detectar tempranamente cambios en el seguimiento del proceso en pacientes crónicos afectados de diabetes mellitus, EPOC, esclerosis lateral amiotrófica.⁴¹ Independientemente del tipo de dispositivo, favorecen una relación enfermera-paciente constante y directa, ya que constan de chats, de llamadas y de vídeos. En distintos trabajos científicos se indican que características como la edad del paciente y el nivel educativo influyen directamente en el uso de la tele-enfermería. Así, los pacientes crónicos con un nivel socioeconómico y/o educativo bajo presentaron mayor dificultad para el uso y comprensión del uso de dispositivos y aplicaciones electrónicas que aquellos con un nivel educativo medio-alto.³⁹

La tele-enfermería desde el inicio de la pandemia, tuvo un papel fundamental no solo en el control de los afectados y/o sospechosos de Covid-19.⁴² Además, la Atención Primaria sufrió fuertes cambios organizativos y asistenciales debido al cierre de numerosos centros por contagio de trabajadores sanitarios y a la necesidad de limitar el contacto asistencial no estrictamente necesario con el fin de evitar la propagación del virus.⁴³ Exigió una rápida adaptación de los profesionales de enfermería de los Centros de AP en el modo de ejercer su actividad diaria. La atención primaria tuvo que reorganizarse y adaptarse mediante un cambio en el modelo asistencial marcado por la necesidad de reducir la presencialidad en los centros de atención primaria.⁴⁴

Además, la redistribución de recursos humanos para asistir a las emergencias de la salud y las restricciones añadidas, alteraron el desarrollo normal de los programas de prevención, seguimiento y gestión de la cronicidad y/o atención a personas frágiles. Como motivo de ello, se gestionó la demanda del usuario telefónicamente para evitar desplazamientos al centro y dar respuesta a las necesidades de la población.^{45,46}

En determinados centros de salud de España se creó la figura de la enfermera de incidencias de atención telefónica que atendía, resolvía o gestionaba la demanda de salud según cada caso. Dichas demandas eran:⁴⁷

- Detección y gestión de casos sospechosos de infección por coronavirus. En el inicio de la pandemia también búsqueda de contactos.
- Dudas relacionadas con la pandemia y confinamiento.
- Síntomas de ansiedad.
- Control y seguimiento del paciente con patología crónica descompensada (HTA, DM, ICC).

- Programa de ayuda al fumador.
- Solicitudes de dietas.
- Gestión del material del diabético.
- Educación diabetológica al iniciar una pauta de insulina.
- Enfermedades agudas, gestión de la demanda.
- Gestión de analíticas.
- Gestión de las visitas para el control del tratamiento anticoagulante oral.
- Consultas y gestión de visitas de heridas e inyectables.

Según los informes la media de las llamadas rondaba las 40 visitas telefónicas con duraciones de entre 15-20 minutos por llamada.

5.8. Atención a domicilio en pacientes dependientes

Los cuidados domiciliarios son indispensables para las personas dependientes, las que soportan elevadas cargas de morbilidad, los ancianos, y también para sus cuidadores, porque permiten a los pacientes continuar en su domicilio, el mayor tiempo posible.⁴⁷ La atención domiciliaria es la actividad que mejor representa las características esenciales de la atención primaria; longitudinalidad, integralidad, continuidad, coordinación, además la continuidad asistencial se relaciona con la satisfacción de los pacientes y con su calidad de vida. Se asocia a menos medicalización, menos intervencionismo y menos hospitalizaciones.⁴⁶ Este tipo de atención se ve afectada cuando estas características no se consiguen por parte de los equipos de AP ya sea porque se apliquen recortes sanitarios, o como recientemente ha ocurrido debido a la pandemia.

La atención domiciliaria necesita 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 enfermeros especializados, 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.⁴⁷

La pandemia por Covid-19 está teniendo importantes implicaciones no solo desde el punto de vista sanitario, sino también en los aspectos éticos y sociales de nuestra vida.⁴⁸ Todo ello, resulta en una serie de vivencias particulares en los domicilios donde viven personas mayores con patologías crónicas con un alto grado de dependencia.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad informó donde se establecían los grupos con mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave por Covid-19, entre los que se encontraban la diabetes mellitus o las enfermedades pulmonares crónicas. Esto supone que los pacientes con enfermedades crónicas tengan una doble preocupación: no contagiarse de COVID-19 y empeorar su patología crónica, hecho que los hace mucho más vulnerables. Esto, junto con que, desde el inicio de la alerta sanitaria, gran parte de la actividad asistencial tanto en atención primaria como hospitalaria tuvo ser anulada o aplazada, ha supuesto un verdadero reto por el que los profesionales sanitarios teníamos que dar respuesta. Se planteó la necesidad de resolver las inquietudes de los pacientes y retomar la continuidad asistencial y la longitudinalidad, siempre adecuándose a las necesidades que conllevase la pandemia llevando a cabo una correcta organización del centro que impidiese los contagios en él.⁴⁵

Uno de los objetivos sería: llevar a cabo una intervención proactiva y temprana mediante estrategias de anticipación que incluyesen una valoración integral del paciente crónico.⁴⁵

La atención domiciliaria es insustituible si se pretende garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples necesidades sociosanitarias que presentan los pacientes. De hecho, hasta el 85% de los pacientes crónicos en su domicilio tienen una esperanza de vida superior a 6 meses, y los procesos que padecen son principalmente enfermedades crónicas e incurables, que afectan profundamente a su salud y su capacidad funcional.²²

5.8.1. Seguimiento telefónico para pacientes afectados de Sars-Cov-2

El seguimiento telefónico de pacientes con infección de Covid-19 supuso y supone una gran alternativa para no exponer al personal y demás pacientes a una posible infección. La estrategia de trabajo se centra en identificar los casos moderados y graves para derivarlos al hospital, diagnosticar los casos leves, que se enviaron a su domicilio con tratamiento sintomático y normas de cuarentena y aislamiento, además de seguimiento telefónico y, por último, hacer un seguimiento de los pacientes que se ponían en contacto con los profesionales por haber tenido un contacto estrecho de personas con infección confirmada o posible por SARS-CoV-2.⁴⁴

En diversos estudios de seguimiento telefónico en personas con contacto estrecho de algún infectado, se evidenció que la aplicación de un protocolo de seguimiento telefónico acompañado de medidas de cuarentena y aislamiento es eficaz, pero que, debido a la ausencia de un control presencial con el paciente, debamos de estar más atentos y ser más minuciosos a la hora de interpretar lo que nos refiera el paciente.⁴⁴

Las TICs se perfilan como herramientas que pueden ayudar a los profesionales de enfermería, a la hora de prestar unos cuidados seguros y de calidad, permitiendo, la atención de pacientes crónicos de una manera más eficiente.⁴⁰

En el marco de la Pandemia el seguimiento telefónico ha permitido utilizar el consejo breve para concienciar y comprometer a las personas aisladas, considerando que en general ha sido efectivo y positivo, contribuyendo a implicar a los pacientes y controlar la transmisión familiar o comunitaria. Papel fundamental en la toma de conciencia de los familiares y cuidadores de cara al paciente susceptible, el crónico.⁴⁴

Dentro de la mejora de la coordinación sociosanitaria, se deben revisar las relaciones con el servicio de teleasistencia ampliamente extendido y bien valorado por sus usuarios. Dado que la composición de los equipos de teleasistencia es muy variada, para evitar generar un incremento no justificado de visitas, es necesario establecer un sistema de comunicación entre los responsables de teleasistencia y los profesionales que habitualmente atienden al paciente (médico y enfermero de AP), cuando éste cuenta con un seguimiento adecuado por parte de su enfermera y médico de familia.^{44,45}

5.8.2. Protocolo de atención domiciliaria para evitar contagios de Covid-19

Teniendo en cuenta la situación declarada como estado de alarma el 14 de marzo del 2020 en todo el territorio nacional (Real decreto 463/2020, de 14 de marzo, prorrogado por Real decreto 476/2020, de 27 de marzo) a consecuencia de la pandemia provocada por el COVID-19, es conveniente llevar a cabo una serie de recomendaciones preventivas básicas que se deben tener en cuenta en la actividad de servicio de ayuda a domicilio según las informaciones de las autoridades sanitarias sobre el coronavirus y la diversidad funcional del usuario.⁴⁶

El objetivo de ello es garantizar unos niveles adecuados de protección de los trabajadores y de las personas que reciben este tipo de atención en sus domicilios.⁴⁶

Medidas para evitar el contagio próximo

Como se lleva diciendo desde que comenzó la crisis por Covid-19 a principios del 2020, las medidas fundamentales a llevar a cabo serían en primer lugar, mantener un distanciamiento social de como mínimo 2 metros. El distanciamiento social es una medida de mitigación comunitaria, frecuentemente, utilizada en pandemias o en el contexto de

alerta sanitaria, ya que corresponde a la disminución del contacto físico básico entre personas, en cualquier situación.

No obstante, son precisas otras medidas, además del distanciamiento social, el aislamiento domiciliario, la disminución de la movilidad o las limitaciones al ocio y al comercio, entre otras, para reducir la transmisión comunitaria, como el uso de mascarillas, protectores faciales, debido a la importancia de la transmisión por los aerosoles del Sars-Cov-2. Una reciente revisión sistemática ha mostrado la eficacia de estas medidas, con reducciones del contagio incluso superiores al 80% para cada una de las medidas nombradas. Asimismo, es necesaria la rápida detección y control de los casos y sus contactos, y proceder a su cuarentena y aislamiento, además de que es preciso disponer de servicios eficaces de vigilancia y control.⁴⁶

Medidas higiénicas por parte del personal del servicio de atención en el domicilio

En este tipo de medidas se hace una diferenciación entre cuidados en domicilio sin ninguna sospecha de caso Covid-19, o cuidados en el domicilio donde se identifique o se sospeche algún caso de Covid-19.⁴⁶

“En la variante sin sospecha de Covid-19 las medidas a llevar a cabo son las siguientes”:⁴⁷

- Hacer uso de los materiales de protección suministrados por la asociación.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Cubrirse la boca al toser o estornudar con la parte interna del codo o con un pañuelo desechable que se tirará tras su uso.
- Se recomienda que las uñas estén cortas y cuidadas y el pelo recogido.
- Se desaconseja el uso de anillos, pulseras, relojes u otros adornos que dificulten el lavado de manos y muñecas, y que sea objeto donde pueda residir el virus u otros microorganismos.
- Lavarse las manos frecuentemente después de cualquier contacto con el usuario o su entorno inmediato. El lavado de manos se realizará con agua y jabón, preferentemente con solución hidroalcohólica y se secará con toallitas de papel desechables. Los momentos del día dónde se le tendría que dar más importancia a esta higiene es:
 - Al llegar al domicilio, antes de entrar en contacto.
 - Antes y después de tocar al usuario o su entorno.
 - Antes y después de utilizar guantes.
 - A la salida del domicilio.
 - Antes de tocar a un nuevo usuario

- Antes de iniciar un procedimiento estéril
- Después del riesgo de contacto con fluidos corporales
- Después de tocar al usuario
- Después de tocar las superficies alrededor del paciente
- No compartir comida, objetos y utensilios sin limpiarlos previamente.
- Extremar las medidas de higiene personal: ducha al volver del trabajo antes de realizar las actividades tanto domésticas como familiares.

“En la variante donde en el domicilio se identifica o se sospecha de un caso posible de COVID-19 tendremos que llevar con extrema precaución este tipo de medidas”:⁴⁷

- Ante un caso de contagio o sospecha de coronavirus, se avisará a la familia para adoptarlas medidas pertinentes.
- Se contactará con las Autoridades Sanitarias.
- De manera inmediata, se suspenderá el servicio. El trabajador que haya estado atendiendo dicho domicilio, se pondrá en contacto tanto con la Asociación como con las autoridades sanitarias. Se procederá según instrucciones indicadas por las autoridades sanitarias.

Medidas de protección personal del servicio de atención domiciliaria

“Como medida primordial está la utilización de los EPI que le proporcione la asociación, en todo caso, se recomienda”:⁴⁶

Tareas domésticas: el personal deberá usar batas, mascarilla y guantes de protección desechables para uso individual en cada domicilio. El material desechable se eliminará en el contenedor correspondiente, en el de restos orgánicos. Para las tareas de limpieza, puede utilizarse guantes de uso doméstico. Estos guantes deberán ser desinfectados con lejía tras su uso.

Tareas de cuidado donde impliquen cercanía con una persona usuaria sin síntomas: el personal deberá usar batas, mascarilla y guantes de protección desechables para uso individual en cada domicilio. El material desechable se eliminará en el contenedor correspondiente. Para prevenir el contagio de las personas cuidadas, al tratarse de personas vulnerables, se recomienda el uso de mascarillas por parte de los usuarios, especialmente, cuando no es posible mantener la distancia de seguridad.

- Lavar siempre las manos antes de poner y después de quitar los EPI. Evitar tocarse la cara cuando se lleven puestos.
- Es muy importante colocar y retirar los EPI en el orden adecuado.
- No se recomienda utilizar guantes en la calle, puesto que llevarlos durante largos periodos de tiempo, favorece la contaminación. Si se decide llevar guantes en la calle, deberán ser retirados antes de entrar en el domicilio.
- Reducir el uso del móvil por motivos de higiene. En caso necesario, introducirlo en una bolsa de plástico y desinfectarlo tras su uso con los productos adecuados.^{46,49}

Medidas preventivas en el desarrollo de terapias no farmacológicas⁴⁸

- Se recomienda el uso individualizado de herramientas y otros equipos de trabajo, debiendo desinfectarse tras su utilización. Cuando el uso de herramientas u otros equipos no sea exclusivo de un solo trabajador, se desinfectarán entre usos.
- Los materiales para la realización de las terapias serán aportados por la asociación, quedando su uso restringido sólo a la persona usuaria y quedarán depositadas en el domicilio.
- Se aconseja que material no terapéutico sea aportado por la familia.
- El material fungible facilitado por la Asociación será de uso exclusivo del usuario.

6. CONCLUSIONES

- La figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace contribuye a la descongestión del sistema sanitario de salud, siendo la gestora de casos de pacientes dependientes demandantes de la atención en el domicilio. Con ello, se disminuye las posibles complicaciones que se derivan tanto del tratamiento como de su patología de base. La ECE pretende, por un lado, la eficiencia del sistema sanitario de forma que exista un equilibrio entre las cargas asistenciales y por otro, mejorar el acceso de los pacientes crónicos a los distintos servicios. Por ello, desde atención primaria se debe promover y fomentar el rol de la enfermera comunitaria de enlace en beneficio de una mejor calidad asistencial para estos pacientes tan vulnerables
- Cada vez existe mayor evidencia sobre la efectividad y los beneficios que aporta la tecnología al ámbito sanitario, como con el desarrollo de la tele-enfermería debido al gran avance que ha supuesto en los últimos años, generando resultados a corto-medio plazo. Con la pandemia promoviendo el distanciamiento y aislamiento social ha ocasionado que recursos como la digitalización de la sanidad se haya convertido en herramienta fundamental en tiempos de crisis sanitaria.
- La pandemia ha perjudicado aún más si cabe al paciente crónico aislándolo de sus familiares y seres queridos, y también de los profesionales de la salud que los atienden continuamente, pero no por ello ha sido motivo para no atender sus necesidades de salud. Se ha demostrado que, con las medidas aportadas por los expertos para paliar la pandemia y los protocolos adoptados por cada Comunidad Autónoma, una asistencia sanitaria de calidad es posible y segura.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Centro de documentación europea de Almería. Coronavirus Situación actual en Europa. [Internet]. 2021 [Consultado el 20 de mayo 2021] Disponible en: <https://www.cde.ual.es/coronavirus-situacion-actual-en-europa/>
2. Ambrosio L., García-Vivar C. Horizonte 2025 para la atención a la cronicidad. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2020; Vol. 43(1): 5-8. [Consultado el 19 abril de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0779>
3. Wagner EH. Organizing care for patients with chronic illness revisited. Milbank Quarterly Classics. [Internet]. 2019. [Consultado el 19 abril de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12416>
4. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet] 2012. [Consultado el 19 abril de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_A_BORDAJE_CRONICIDAD.pdf
5. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Ministerio de sanidad. [Internet].2020. [Consultado el 29 abril de 2021] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejoprimeria.pdf>
6. Temas de salud “Enfermedades crónicas”. [Internet]. [Consultado el 31 abril de 2021] Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
7. Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, Sierra Moros MJ, Cano Portero R, González Moran F, Pousa Ortega A. *Temas de salud: Enfermedades crónicas*”. Organización Mundial de la Salud / Web en español. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España, Gaceta Sanitaria. [Internet] .2016; Vol.30 (2): 154-157. [Consultado el 30 abril de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.12.008>
8. Albertí F, Miguélez A, Moragues G, Serratusell E. Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado. Servei Salut Illes Balears. [Internet] 2017. [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente>.
9. Lizama-Lefno A. Multidisciplinariedad en el manejo de enfermedades crónicas. An Fac med. [Internet]. 2016; Vol.77(3):263-7. [consultado 19 mayo 2021] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i3.12415>

10. Salvá RP. sitio Web de Nicanor Aniorte Hernández. [Internet]. 2013 [consultado 16 mayo 2021]. Disponible en: http://aniortenic.net/apunt_cuidad_cronic_1.htm
11. Sánchez Martín I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin. [Internet] 2014; Vol.24(1):79-89. [consultado 29 abril 2021] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964>
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles. [Internet]. [consultado 24 abril 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
13. Informe del proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados en el Sistema Nacional de Salud. Informes, estudios e investigación. Ministerio de sanidad, consumos y bienestar social. [Internet].2018. [consultado 29 abril 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS_2014-2016.pdf.
14. Hernansanz Iglesias F, Alavedra Celada C, Berbel Navarro C, Palau Morales L, albi Visus N, Cobo Valverde C. Complex Care Needs in Multiple Chronic Conditions: Population Prevalence and Characterization in Primary Care. A Study Protocol. Int. J. Integr. Care. [Internet]. 2018; Vol. 18(2):16. [consultado 7 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6095050/>
15. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente M, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. MedClin (Barc). [Internet].2005; Vol.125(1):5-9. [consultado 23 abril 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13076399>.
16. Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Espinosa JM, García R, Morilla JC, Rodriguez MD. Atención a Pacientes pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado. [Internet] 2018. [consultado 9 mayo 2021]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf
17. Gobierno de Canarias. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. [Internet]. [consultado 9 mayo 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>

18. Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Kaknani S, García Mayor S. Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. *Enferm clin.* [Internet]. 2016; Vol.26(1):55-60. [consultado 11 mayo 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.001>
19. Institute for Healthcare Improvement. Changes to Improve Chronic Care. [Internet]. [consultado 19 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ChangestoImproveChronicCare.aspx>
20. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. Editada Multimédica Proyectos. [Internet]. Disponible en: <https://aprenderly.com/doc/3437799/proceso-asistencial-de-pacientes-con-enfermedades>
21. Corrales-Nevaldo D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MÁ. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS; [Internet]. 2012; Vol. 26:63-68. [consultado 10 mayo 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.032>
22. Nuño-Solinís R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit.* [Internet]. 2007; Vol. 5(2):283-92. [consultado 11 mayo 2021] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-buenas-practicas-gestion-sanitaria-el-13107524>
23. Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clin.* [Internet]. 2012; Vol. 73 (Supl.1): S7-S14. [consultado 11 mayo 2021] Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/17/306.pdf>
24. Curing the System: Stories of Change in Chronic Illness Care. US: ACT. [Internet]. 2002. [consultado 13 mayo 2021]. Disponible en: www.improvingchroniccare.org/downloads/act_report_may_2002_curing_the_system_copy1.pdf
25. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Aten primaria.* [Internet]. 2018; Vol.50(2): 114-129. [consultado 13 mayo 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001>

26. Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial. [Internet] 2014-2017. [consultado 9 mayo 2021]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/boletin/files/9494_plan_cronicos.pdf
27. Beltrá Payá C, Vivancos Aparicio D, Jordá Ballesta M, Gómez Bellvert N, Ortiz Díaz F, Gisbert Sellés C. Estrategia proactiva y de homogeneización en el seguimiento de los pacientes con patologías crónicas durante la pandemia COVID-19 en el Centro de Salud San Vicente del Raspeig. [Internet]. fml. 2020; Vol. 25(2): 6p. [consultado 9 mayo 2021] Disponible en: <https://www.revistafml.es/estrategia-proactiva-y-de-homogeneizacion-en-el-seguimiento-de-los-pacientes-con-patologias-cronicas-durante-la-pandemia-covid-19-en-el-centro-de-salud-san-vicente-del-raspeig-1/>
28. Brito ML, Burgazzoli JL, Company MC, De la Nuez F, De la Vega M, Estupiñán M. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. [Internet] 2015. [consultado 19 mayo 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
29. Garde Echalecu R Álvarez Sagüés I. Enfermera de enlace hospitalaria: garantía de continuidad asistencial. [Internet]. 2019. [consultado 12 mayo 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/enfermera-de-enlace-hospitalaria-continuidad-asistencial/>
30. Jódar-Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Atención Primaria. [Internet]. 2005; Vol. 36 (10), 558-562. [consultado 12 mayo 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(05\)70566-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(05)70566-7).
31. Hernández Pérez RS, Hernández Delgado CR, Rojas González Y, Montesinos Sánchez N, Parrilla Suarez I, García Cabrera CL. Análisis de la gestión de casos de enfermería comunitaria de enlace de Tenerife desde la perspectiva del uso de la taxonomía Nanda-Noc-Nic: consenso de expertos. Ene. [Internet]. 2018; Vol. 12(2). [consultado 11 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/821>
32. Perfil de la enfermería comunitaria de enlace. Servicio Canario de Salud. [Internet]. [consultado 9 mayo 2021]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/.../Perfil_ECE.pdf
33. Tinoco Camarena JM, Vaquero Cruzado J, Puig Llobet M, Hidalgo MA, Lluch Canut T, Moreno Arroyo C. Intervención enfermera “círculos de diálogo” para la disminución del nivel de sobrecarga de cuidadores de pacientes crónico complejos y con enfermedad crónica avanzada. Nure Inv. [Internet]. 2021; Vol. 18(111).

- [consultado 29 mayo 2021] Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2054>
34. Duarte Clímets G, Rodríguez Álvarez C, Sierra López A, Rodríguez Gómez JA, Aguirre Jaime A, Sánchez Gómez MB. Evaluación del Modelo de Gestión de Casos en Atención Primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace. Ene. [Internet]. 2019; Vol. 13(3): 1336. [consultado 21 mayo 2021] Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/908>
35. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Servicio Canario de Salud. [Internet]. [consultado 21 mayo 2021]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/.../Protocolo_SCCE.pdf
36. Karsh C, Severtson B D J, Severtson D, Burke L, Brown R, Brennan P. Factors affecting home care patients' acceptance of a web-based interactive self-management technology. J Am Med Inform Assoc. [Internet]. 2011; Vol. 18: 51-59. [consultado 22 mayo 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jamia.2010.007336>
37. Cadena Estrada JC. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. [Internet]. 2017; Vol.19(1) [consultado 22 mayo 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.ecep>
38. Pascual-de la Pisaa B, Palou-Lobatoc M, Márquez Calzadad C y García-Lozano MJ. Efectividad de las intervenciones basadas en telemedicina sobre resultados en salud en pacientes con multimorbilidad en atención primaria: revisión sistemática. [Internet]. 2020; Vol. 52(10),759-768. [consultado 23 mayo 2021] Disponible en: <http://10.1016/j.aprim.2019.08.004>
39. Alcázar B, Ambrosio L. An. Sist. Sanit. Navar. Tele-enfermería en pacientes crónicos: revisión sistemática. [Internet]. 2019, Vol. 42 (2). [consultado 23 mayo 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0645>.
40. Ramos Rodríguez JM. Las TICs en Enfermería de Práctica Avanzada. [Internet]. 2017. [consultado 22 mayo 2021]. Disponible en: <https://files.sld.cu/redenfermeria/files/2017/06/Las-TICs-en-Enfermer%C3%ADa-de-Pr%C3%A1ctica-Avanzada.pdf>
41. Kamei T, Yamamoto Y, Kanamori T, Nakayama Y, Porter SE. Detection of early-stage changes in people with chronic diseases: A telehome monitoring-based telenursing feasibility study. Wiley Nursing and Health Sciences. [Internet]. 2018; Vol.20:313–322. [consultado 23 mayo 2021] Disponible en: <http://10.1111/nhs.12563>

42. Vidal-Alaball J, Camps-Vilà L. Directrices para una buena y segura atención telefónica en época de COVID-19. [Internet]. 2021; Vol. 53 (4). [consultado 23 mayo 2021]. Disponible en: <http://10.1016/j.aprim.2020.12.006>
43. Batalla Martínez C, Gené Badia J, Mascort Roca J. ¿Y la Atención Primaria durante la pandemia? Aten Primaria. [Internet] 2020; Vol. 52 (9):598-599. [consultado 25 mayo 2021]. Disponible en: <http://10.1016/j.aprim.2020.10.001>
44. Fontgivell Yeste C, Rofes Salsench N, Mora Herrera S, López Barranco V, Guasch Domènech M, Irene Chivite Marín I, Cabezas Pinchao N, Soriano Escobar C, Subirats Solé MJ, Esteruelas Álvarez E. La visita telefónica enfermera como eje de la atención sanitaria en pandemia. Congreso Covid-19. [Internet]. 2021. [consultado 4 mayo 2021]
45. Baena-Díez JM, Phyllis Pinnegar H, Paredes-Millán MK, Plaza-Cerrato L, Palomino-Español E, María Cots J. Incidencia de infección por SARS-CoV-2 en contactos estrechos. Seguimiento telefónico en Atención Primaria, Medicina Clínica. [Internet]. 2021; Vol.156 (9),444-446. [consultado 14 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2387020621001674>
46. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar. Gobierno de España. 2020. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2020/06/protocolo-atencion-domiciliaria-3.pdf>
47. Protocolo de atención domiciliaria para evitar el contagio COVID-19. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar. Gobierno de España. [Internet].2020. [consultado 23 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2020/06/protocolo-atencion-domiciliaria-3.pdf>
48. Prevención en el Servicio de Ayuda a Domicilio frente al Coronavirus – Consellería de Economía, Empleo e Industria de Xunta de Galicia. [Internet]. 2020. [consultado 20 mayo 2021]. Disponible en: http://issga.xunta.gal/portal/contido/actualidade/novas/nova_1254.html?lang=es
49. Medidas higiénicas para la prevención de contagios COVID-19 – Ministerio de Sanidad. [Internet]. 2020. [consultado 20 mayo 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Medidas_higienicas_COVID-19.pdf

8. ANEXO

Anexo 1

Título	Autor/Año/Lugar	Métodos	Resultados	Conclusión
<p>Efectividad de las intervenciones basadas en telemedicina sobre resultados en salud en pacientes con multimorbilidad en atención primaria: revisión sistemática</p> <p>-Artículo de revisión</p>	<p>Pascual-de la Pisa B, et al. 2020 España</p>	<p>Evaluar la efectividad de intervenciones basadas en telemedicina para mejorar resultados en salud en PC en AP. Revisión sistemática. Adultos PCC con 2 o más enfermedades crónicas o un Índice de Charlson ≥ 3. Diseño del estudio: Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o metaanálisis, ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) o estudios cuasiexperimentales</p>	<p>No se observaron resultados significativos en la reducción de la mortalidad (Tele-ERA Study) o mejora de la calidad de vida (medida por el cuestionario SF-12). La efectividad de la telemedicina mostró resultados contradictorios. La variable satisfacción no fue valorada en ninguno de los 5 artículos incluidos.</p>	<p>El escaso número de estudios, la relativa heterogeneidad y limitaciones metodológicas no permiten confirmar la efectividad de las intervenciones basadas en telemedicina en pacientes con multimorbilidad en atención primaria, sobre la mejora de la mortalidad, el número de ingresos hospitalarios o consultas a urgencias y calidad de vida relacionada con la salud, respecto a la práctica habitual.</p>
<p>-Tele-enfermería en pacientes crónicos: Revisión sistemática</p> <p>-Artículo de revisión</p>	<p>- Alcázar B, Ambrosio L - 2019 - España</p>	<p>Identificar las barreras y facilitadores para la implantación de la tele-enfermería. Se analizan 34 artículos (2008-2019)</p>	<p>Las barreras: edad, nivel de estudio (paciente), falta de tiempo, sobrecarga (enfermero)</p>	<p>Recomendar la incorporación de la tele-enfermería en el ámbito práctico nacional para fomentar la autonomía del paciente, el seguimiento individualizado por parte de enfermería, y mejor relación enfermera-paciente.</p>
<p>Detection of early-stage changes in people with chronic diseases: A telehome monitoring-based telenursing feasibility study</p> <p>-Artículo de investigación</p>	<p>Kamei T, et al. -2018 -Japón</p>	<p>Determinar si el monitoreo en el hogar permite identificar signos tempranos de deterioro. Seguimiento en 43 pacientes con EPOC (24), DM (10) y ALS (9) semanas durante 12 semanas Estudio cualitativo y cuantitativo</p>	<p>Aceptación de la tele-enfermería por los pacientes y permitió activar el protocolo de alerta en los 3 casos EC</p>	<p>La teleasistencia con monitorización domiciliaria permite detectar cambios en las primeras etapas. Se recomienda realizar un ensayo controlado aleatorio utilizando este modelo con algunas modificaciones.</p>

<p>Evaluación del Modelo de Gestión de Casos en Atención Primaria mediante enfermeras comunitarias de enlace</p> <p>-Estudio cuasi experimental y de revisión</p>	<p>Duarte Clíments G, et al. 2019 España</p>	<p>Evaluar del impacto del modelo ECE en el paciente y cuidador. Eficiencia para el sistema sanitario. Se realiza en Centros de AP de Tenerife. 2004 a febrero de 2012. Grupo control (CAP sin aplicación de ECE) Se analiza cada mes los indicadores de actividad y de resultado</p>	<p>Se produce una mejoría en los centros de aplicación de ECE. Comparación con los resultados publicados por otros autores se detecta limitaciones en las revisiones debido a la heterogeneidad metodológica, a los perfiles de pacientes descritos y los indicadores utilizados en los diferentes estudios disponibles</p>	<p>A pesar de las limitaciones del estudio, se obtiene mejor control de los pacientes en centros de ECE</p>
<p>Intervención enfermera “círculos de diálogo” para la disminución del nivel de sobrecarga de cuidadores de pacientes crónico complejos y con enfermedad crónica avanzada</p> <p>Proyecto</p>	<p>Tinoco Camarena et al. 2020 España</p>	<p>Estudio en 2 fases. Analizar la relación entre nivel de sobrecarga del cuidador y las variables sociodemográficas; y la relación entre nivel de sobrecarga y las características clínicas del paciente. Segunda fase, determinar la eficacia de la intervención de la enfermera en círculos de diálogo, para reducir el nivel de sobrecarga Metodología. Estudio cuantitativo: estudio descriptivo transversal (1º fase) y ensayo clínico aleatorizado (2º fase).</p>	<p>La técnica de muestreo utilizada será aleatorizada con grupo control. Escalas de Zarit y salud mental positiva al inicio y cada 15 días y después de finalizar</p>	<p>El conocimiento del impacto personal y la realidad social de los cuidadores permitirá plantear, diseñar y planificar estrategias de intervención desde Atención Primaria y Especializada, para conseguir una mayor calidad de vida</p>