



EDITORIAL

Lecciones aprendidas durante la pandemia COVID-19 sobre el seguimiento de pacientes crónicos



Lessons learned during the COVID-19 pandemic on the follow-up of chronically ill patients

Lo suyo es comenzar por el tópico del importante envejecimiento en España, con una población de ≥ 65 años cercana al 20%, con octogenarios del 6% ("envejecimiento del envejecimiento"), y prolongada esperanza de vida al nacer, de 86 años en mujeres y de 81 en hombres. Lo que suele resaltarse menos es el periodo de esperanza de vida saludable y con buena funcionalidad, que a partir de los 65 años es del 59% en hombres y del 48% en mujeres.¹ También es bien conocido el consecuente aumento de enfermedades crónicas, que ha guiado gran parte de las estrategias organizativas de los sistemas sanitarios los últimos años. Así, en casi todas las comunidades autónomas existen programas o directrices asistenciales relacionadas con el manejo de las principales patologías crónicas o su prevención, comorbilidad, pacientes pluripatológicos o complejos, con creación de hospitales, unidades y profesionales específicos (por ej. "hospitales de crónicos, o enfermeras gestoras o de prácticas avanzadas). Aunque no se debe olvidar que el objetivo global común para afrontar esta realidad demográfica, atendiendo a su raíz, debe orientarse a conseguir un envejecimiento activo y comprensión de la etapa de supervivencia con mala salud y discapacidad;^{2,3} constituyendo la situación funcional el mejor indicador del estado de salud global de una persona mayor y a su vez principal enfoque para mantenerla, teniendo también por sí misma valor pronóstico. Focalizar excesivamente en la enfermedad y cronicidad es nuevamente una de las causas que han alejado parcialmente la orientación asistencial a aspectos específicos de la población mayor, como son la funcionalidad, valoración geriátrica, fragilidad, o los síndromes geriátricos. Como esta realidad es difícil de obviar, estaban coexistiendo programas y directrices con cariz preventivo de valoración y orientados a la funcionalidad, de atención a pacientes domiciliarios-dependientes, de detección y manejo de fragilidad (síndrome geriátrico prevenible, diagnosticable y con intervenciones efectivas, íntimamente asociado con la funcionalidad y que precede a la discapacidad),³ de atención al

final de la vida considerando causas no oncológicas (hoy en día más prevalentes ya que las oncológicas), de coordinación sociosanitaria y comunitaria, de promoción de intervenciones efectivas y prioritarias como son el ejercicio físico, o de síndromes geriátricos prioritarios como las caídas. Y todo ello sostenido fundamentalmente en atención primaria (AP) con un binomio elemental enfermera-médico de AP.

Y a todo esto llega la pandemia covid-19, con sus medidas de confinamiento, aislamiento, y restricción de contactos tanto sociales como con los centros sanitarios (acrecentado por el miedo a acudir a los mismos), centrándose la inmensa mayoría de actividad sanitaria en la atención a la enfermedad covid, con una abrumadora sobrecarga en AP. Los pacientes con enfermedades crónicas dejan prácticamente de ser seguidos y controlados, y la prevención brilla por su ausencia. Y si esto pasaba con la patología crónica, no era menor con aspectos tan importantes como la detección y manejo de la fragilidad o el ejercicio y actividad física. A pesar de ello, durante la pandemia, se establecieron acciones para contrarrestar esta carencia de presencialidad y asistencial, como son el empleo de telemedicina y TICs (considerando el contacto telefónico la más utilizada y fundamental), el modular las restricciones en las personas mayores para que pudieran salir y realizar actividad física, el emplear recursos comunitarios y vías de interacción con lo sanitario. Incluso procurando adaptar y promover estrategias prioritarias previas, como la detección y manejo de fragilidad, a esta situación específica.⁴ A pesar de ello, insuficientes para reestablecer una asistencia adecuada o equiparable a la previa.

Era esperable, y contamos con datos de la repercusión negativa en cuanto a control de procesos crónicos y eventos desencadenados como consecuencia de ello y de una prevención carente. Por otro lado, las enfermedades crónicas más prevalentes en los afectados por covid (HTA, diabetes, enfermedad cardiovascular, broncopatía, insuficiencia renal), se asocian a un curso más adverso de esta enfer-

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102180>

0212-6567/© 2021 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/>).

edad, fundamentalmente en personas de ≥ 65 años.^{5,6} Lo mismo pasa con la concurrencia de polifarmacia, en especial cuando incluye determinados medicamentos: inmunosupresores, psicotrópicos, opioides, o anticolinérgicos. Y entre los aspectos geriátricos más específicos cabe resaltar el menoscabo en la detección e intervención en fragilidad, condición que aumenta la severidad y riesgo ante la covid, siendo a su vez esta una enfermedad fragilizante.^{4,7}

¿Por dónde seguir una vez haya retrocedido/remitido la pandemia, considerando aspectos de mejora evidenciados durante la misma?^{6,8}

Es una necesidad imperante poner, de una vez por todas, la *Atención Primaria en el centro de la asistencia sanitaria, con recursos, presupuesto, y organización acorde a su importancia*. Más allá de las intenciones políticas o institucionales que no se hacen efectivas.

Los cambios organizativos para una mejor atención a la cronicidad y envejecimiento incluyen *organizaciones sanitarias integradas (OSI)*, con una *adecuada coordinación sociosanitaria y comunitaria*. Aunque habría que alejarlas del hospitalocentrismo que tienen la mayoría de ellas, perdiendo su esencia y oportunidad, e *integrarlas cercanas y con visión al soporte fundamental de nuestro sistema sanitario que debiera ser la AP*.

Conviene impregnar la atención a las personas mayores con enfermedades crónicas con la esencia de la atención específica al envejecimiento, con su realidad asistencial, demográfica y objetivos. Incidir en acciones y estrategias de mayor efectividad considerando la funcionalidad: prevención de la discapacidad, visión multidimensional y más sindrómica, abordaje de fragilidad, ejercicio físico, etc.

Es oportuno mantener y proseguir con la *desburocratización* de poco valor asistencial, cuya factibilidad ha quedado patente durante la pandemia (por ej. con las bajas laborales).

Ha adquirido importancia la *atención no presencial*, mayoritariamente telefónica, como herramienta básica de atención. Junto a otras formas de TIC (como la telemonitorización), pueden contribuir a racionalizar y ser más eficientes en la atención, control y prevención de procesos crónicos, ayudando a recuperar a su vez el contacto y confianza de los pacientes en el sistema sanitario. Aunque no hay que olvidar la importancia de la atención presencial, del contacto directo y su esencia asistencial.

En definitiva, la pandemia ha contribuido a replantearse ciertos aspectos asistenciales y puede ser un interesante punto de inflexión para discriminar la actividad más esencial y más efectiva, cambiar aspectos organizativos, e impregnar la atención a la cronicidad con la atención al envejecimiento.

Financiación y Conflicto de intereses

El autor no presenta conflictos de intereses referentes al contenido de la editorial, ni ha recibido financiación para su elaboración.

Bibliografía

1. Pérez J, Abellán A, Aceituno P, Ramiro D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020 Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red (EnR). 2019;22. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf> [último acceso, 15 de septiembre de 2021].
2. Kalache A. Envejecimiento activo, un marco político ante la longevidad. International Longevity Centre Brazil, (edición en español, Escuela Andaluza de Salud Pública). 2015. <https://www.easp.es/project/envejecimiento-activo-un-marco-politico-ante-la-revolucion-de-la-longevidad/> (último acceso, 15 de septiembre de 2021).
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS). 2014. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>. (último acceso, 15 de septiembre de 2021).
4. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19. Madrid: 2021. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable.Fragilidad/Covid19.Fragilidad.htm> (último acceso, 15 de septiembre de 2021).
5. Tisminetzky M, Delude C, Hebert T, Carr C, Goldberg RJ, Gurwitz JH. Age. Multiple Chronic Conditions, and COVID-19: A literature review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020;24:glaa320, <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glaa320>.
6. Hacker KA, Briss PA, Richardson L, Wright J, Petersen R. COVID-19 and Chronic Disease: The Impact Now and in the Future. *Prev Chronic Dis*. 2021;18:E62, <http://dx.doi.org/10.5888/pcd18.210086>.
7. Maltese G, Corsonello A, Di Rosa M, Soraci L, Vitale C, Corica F, Lattanzio F. Frailty and COVID-19: A Systematic Scoping Review. *J Clin Med*. 2020;9:2106, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9072106>.
8. Desborough J, Dykgraaf SH, Phillips C, Wright M, Maddox R, Davis S, et al. Lessons for the global primary care response to COVID-19: a rapid review of evidence from past epidemics. *Fam Pract*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmaa142>.

Iñaki Martin Lesende
Médico de Familia. Centro de Salud Indautxu-Dr. Areilza,
OSI Bilbao-Basurto. Miembro de los GdT del Mayor de semFYC y de Prevención en el Mayor del PAPPs-semFYC.
Profesor del Departamento de Medicina de la UPV/EHU
Correo electrónico: inaki.martinlesende@osakidetza.eus