



EDITORIAL

Los enfermos crónicos, la pandemia pendiente

The chronically ill, the pending pandemic

Pedro J. Tárraga López

Medico EAP Zona 5 A. Albacete. Responsable del area de Medicina Familia Universidad de Castilla la Mancha. España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pitarraga@sescam.jccm.es (Pedro J. Tárraga López).

Recibido el 9 de agosto de 2020; aceptado el 16 de agosto de 2020.

Cómo citar este artículo:

Tárraga López PJ. Los enfermos crónicos, la pandemia pendiente. JONNPR. 2021;6(1):1-6. DOI: 10.19230/jonnpr.3949

How to cite this paper:

Tárraga López PJ. The chronically ill, the pending pandemic. JONNPR. 2021;6(1):1-6. DOI: 10.19230/jonnpr.3949



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License

La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

El aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y atención sanitaria y la generalización de estilos de vida poco saludables, tabaquismo, dieta inadecuada, sedentarismo, han convertido a las enfermedades crónicas en el patrón epidemiológico dominante en España.

España, junto a Japón, son los países con mayor longevidad con una media de 83 años. Mas del 17% de la población española actual tiene más de 65 años y se espera que aumente al 35% para 2050, esto conlleva el padecimiento de enfermedades crónicas como HTA, hiperlipemias, diabetes mellitus, artrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Insuficiencia cardiaca....

Entre las enfermedades crónicas destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las



discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad.

Del total de 58 millones de defunciones previstas anualmente por todas las causas, se estima que el 60% corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades.

Además de su impacto personal sobre pacientes y personas cuidadoras, tienen un impacto económico sobre familias, comunidades y sociedad. Y provocan, además, una demanda creciente de servicios al Sistema Nacional de Salud (SNS), que se traduce en una mayor utilización de recursos sanitarios.

Todo ello coloca al Sistema Nacional de Salud (SNS) ante un enorme reto, que ya no se puede afrontar desde la perspectiva tradicional de atención individual a las enfermedades agudas. El abordaje de la cronicidad exige otro enfoque más amplio, con nuevas variables de actuación que tengan en cuenta la prevención, la atención integral, la continuidad asistencial y el protagonismo del propio paciente⁽¹⁾.

En definitiva, un nuevo enfoque que se centrará en la persona y no en la enfermedad y que produce un importante cambio en el pensamiento sanitario, se pasa del concepto clásico de “curar” al nuevo de “cuidar” ya que a los pacientes crónicos no se les cura se les debe cuidar.

Por otra parte, el mismo concepto de enfermo crónico se ha modificado en las últimas décadas, ya no es la persona con una sola enfermedad, sino el paciente con varias patologías crónicas, incapacidad, merma en su autonomía y fragilidad clínica, la mayoría de los enfermos con hipertensión, diabetes, adicción al tabaco, hiperlipemia, insuficiencia cardíaca congestiva, fibrilación auricular, asma y depresión son inadecuadamente tratados⁽²⁾.

La dificultad para el control de las enfermedades crónicas tiene 3 problemas⁽³⁾:

1. Los pacientes pueden estar largos períodos sin que nadie se preocupe por sus condiciones.
2. El sistema sanitario está preparado para la atención reactiva de problemas agudos, reagudizaciones y complicaciones, no para la atención proactiva de los enfermos crónicos.
3. El control de las enfermedades crónicas requiere grandes cambios en el comportamiento de los pacientes, los sanitarios y la organización del sistema.

Ahora hay una relación directa entre cronicidad y dependencia y, además, la cronicidad se asocia al consumo de recursos sanitarios, lo que pone en peligro la propia sostenibilidad del sistema de protección social⁽¹⁾.



Han empezado a surgir sistemas de abordaje de la cronicidad, el **Chronic Care Model (CMM)** es uno de los modelos más difundidos a nivel internacional (Figura 1)⁽⁴⁾



Figura 1. Chronic Care Model.

El Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas^(4,5,6) es una oportunidad para mejorar la atención de estos enfermos. El modelo fue creado mediante encuestas sobre la mejor práctica clínica, opinión de expertos, las intervenciones más efectivas descritas en la bibliografía y el trabajo en la mejora de la calidad desarrollado en 6 organizaciones sanitarias de Estados Unidos⁽⁷⁾. El modelo, hecho con sentido lógico, contiene unos principios filosóficos interesantes, busca el encuentro entre un paciente informado y motivado y un equipo de atención primaria preparado con actitud proactiva.

El Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas enfatiza la participación y un papel de decisión principal al paciente a través del Servicio de Salud. El concepto de *empowerment*, de capacitar al paciente para responsabilizarse de su situación de salud, es el gran desafío en la implementación de este modelo.

Los objetivos principales que se persigue con la implementación del modelo son 2:

1. Capacitar al paciente para evitar que sea un sujeto pasivo en el cuidado de su enfermedad crónica y acuda a la consulta con conocimiento suficiente para que la relación médico-paciente sea mucho más productiva.



2. Capacitar al médico para evitar que actúe de forma reactiva a los problemas que presenta el paciente, para lo que debe conocer los servicios que éste necesita y preparar y seguir un plan específico (individual) de cuidados.

Los objetivos secundarios tratan de resolver los problemas detectados en el cuidado de los enfermos crónicos⁽⁸⁾:

1. Identificación inadecuada de los pacientes en la población.
2. Calidad de los cuidados extremadamente variables.
3. Escasa coordinación entre los servicios que atienden a estos pacientes.
4. Ausencia de sistema de evaluación de resultados en la población.

Este modelo consta de 6 componente^(9,10,11):

1. **Políticas y recursos comunitarios.** La mejora de las enfermedades crónicas necesita de los recursos de la comunidad, por ejemplo, programas de ejercicio físico, hogares de la tercera edad, asistencia social y grupos de autoayuda.

2. **Organización de cuidados en el sistema sanitario.** Se requiere que la organización y los líderes consideren la enfermedad crónica y la innovación en su atención como una prioridad.

3. **Apoyo a los autocuidados.** Las personas viven con las enfermedades crónicas muchos años, por lo que los cuidados de la enfermedad requieren que dieta, ejercicio físico, automediciones (p. ej., glucemias) y manejo de la medicación estén directamente a cargo del paciente. Se pretende que el enfermo adquiera los conocimientos, las habilidades y la confianza para utilizar las herramientas que le permitan el control de su enfermedad.

4. **Equipo de cuidados.** La estructura de la práctica médica debe ser alterada, creando equipos con una clara división y separando los cuidados agudos del control de las enfermedades crónicas. El equipo se anticipa a los problemas, tiene un trabajo regular, comunicación permanente y seguimiento del paciente.

5. **Sistemas de información clínica.** El sistema informatizado permite el registro individualizado del paciente, con sus condiciones y su planificación, y puede integrar las guías y protocolos. El sistema es utilizado tanto por el equipo de cuidados como por el médico, y se puede observar las mejoras de la enfermedad crónica.

6. **Apoyo a las decisiones.** Guías de práctica clínica con protocolos integrados en la práctica. Idealmente, los equipos de trabajo cuentan con la colaboración de los médicos generales y los especialistas.

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo de nuestro país en 2012 se desarrolla La Estrategia de Abordaje de la Cronicidad así como la actualización del abordaje en diferentes



enfermedades crónicas como EPOC y diabetes⁽¹²⁾. Su misión es establecer un conjunto un conjunto de objetivos y recomendaciones para el SNS que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de salud de la población y sus determinantes.

Así pues, desde la sanidad tenemos un gran reto, el abordaje de pacientes crónicos, la provisión de los servicios ha de estar orientada a garantizar un abordaje integral mediante la atención de las necesidades de pacientes y cuidadores de forma equitativa, continuada, segura y eficiente, haciendo hincapié en prevención de complicaciones, deterioro funcional y dependencia y en la mejora del autocuidado y calidad de vida de las personas con enfermedad crónica y las personas de su entorno.

Referencias

1. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775-9.
2. Assessment of chronic illness care: a practical tool for quality improvement. *Health Serv Res* 2002; 37:791-820.
3. Improving chronic disease care in the real world: a step-by-sped approach. *Fam Pract Manag* 1999;6:38-43.
4. A new health system for the twenty-first century. Washington: National Academy Press, 2001.
5. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA* 2002; 288:1909-14.
6. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27:63-80.
7. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clin Pract* 1998;1:2-4.
8. Exploring a chronic care model in a regional healthcare contest. *Health Manage Forum* 2001;6:6-24.
9. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127:1097-102.
10. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569-72.
11. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000;320: 550-4.
12. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. NIPO: 680-12-062-1 (2012).



http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf