

ORIGINAL

Características de la atención médica prestada en atención primaria al paciente pluripatológico durante la primera ola de pandemia de COVID-19 (proyecto GASAP-COVID)

Martínez Palomo M¹, Peña Arredondo M²,
Megías Fernández L³, Ceacero Martínez S¹,
Ramírez Rodríguez FA¹,
Pérez Milena A⁴

¹Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén), Servicio Andaluz de Salud

²Médico de Familia. Centro de Salud Belén (Jaén), Servicio Andaluz de Salud

³Médico de Familia. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud

⁴Doctor en Medicina, Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén), Servicio Andaluz de Salud

CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena

Correo electrónico::

alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Twitter: @alejandro_pemi

PALABRAS CLAVE

atención primaria, enfermedad crónica, citas y horarios, covid-19, confinamiento controlado, telemedicina.

RESUMEN

Título: Características de la atención médica prestada en Atención Primaria al paciente pluripatológico durante la primera ola de pandemia de COVID-19 (proyecto GASAP-COVID).

Objetivo: Conocer las características de la atención médica prestada a pacientes pluripatológicos durante el confinamiento estricto de la primera ola pandémica por COVID-19.

Diseño: Estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Población y muestra: Pacientes pluripatológicos ≥ 30 años, excluyendo pacientes sin registros clínicos el año previo o atendidos por COVID-19. Muestreo aleatorio simple.

Intervenciones: Auditoría de historias clínicas recogiendo datos del paciente (edad, sexo, patologías crónicas y grado de complejidad, registro del plan de acción personalizado -PAP-), frecuentación sanitaria (número/tipo de citas -presencial, telefónica, urgente, domiciliaria-) y motivos de consulta. Análisis descriptivo y bivariante.

Resultados: 96 pacientes (51% mujer, edad $70,9 \pm 13,5$ años). Categorías de cronicidad más frecuentes: A (enfermedad cardíaca-47%) y C (enfermedad respiratoria-44%). Criterios de complejidad 60%: polimedicación (38%), trastorno mental (8,9%). Registro del PAP 83,5%. Un 76% consultaron con su médico/a de familia, con 100% primer contacto telefónico. Media de frecuentación médica $2,2 \pm 2,0$ consultas (rango 1-12), con $1,9 \pm 1,6$ llamadas por paciente (rango 1-10), más frecuente en delirium, polimedicación o trastorno mental ($p < 0,10$ test χ^2). 12,5% consultaron presencialmente con $1,6 \pm 1,1$ consultas (rango 1-4), superior en pacientes con complejidad ($p < 0,05$ test χ^2). La atención urgente (3,7%) y domiciliaria (2,4%) fue inferior. En 76% consultas se expusieron ≥ 2 demandas por consulta (motivos clínicos 49%, renovación de medicación 41% y pruebas+informes 13%).

Conclusiones: El contacto de los pacientes pluripatológicos con su médico/a de familia fue frecuente, sobre todo en aquéllos con criterios de complejidad. La atención telefónica mejoró la accesibilidad y continuidad de la atención médica. Las demandas fueron mayoritariamente por motivos clínicos.

Recibido el 19-02-2023; aceptado para publicación el 12-06-2023.

Med fam Andal. 2023; 1:34-45

KEYWORDS

Primary Health Care, Chronic Disease, Appointments and Schedules, COVID-19, Controlled Confinement, Telemedicine

SUMMARY

Title: Characteristics of the medical care provided in Primary Care to patients with poly pathology during the first wave of the COVID-19 pandemic (GA-SAP-COVID project)

Objective: To know the characteristics of the medical care provided to patients with poly pathology during the strict confinement of the first pandemic by COVID-19.

Design: Descriptive study.

Population and sample: Primary Healthcare Center.

Interventions: Audit of medical record, collecting patient data (age, sex, chronic pathologies and degree of complexity, record of specific personalized action plan -PAP-), medical appointments (number/type: face-to-face, telephone, urgent, home) and reasons for consultation. Descriptive and bivariate analysis.

Results: 96 patients (51% female, age 70.9 ± 13.5 years). Most frequent chronicity categories: A (heart disease-47%) and C (respiratory disease-44%). Complexity criteria 60%: polypharmacy (38%), mental disorder (8.9%). PAP registration 83.5%. 76% consulted with their family doctor, with 100% first telephone contact. Mean medical attendance 2.2 ± 2.0 consultations (range 1-12), with 1.9 ± 1.6 calls per patient (range 1-10), more frequent in delirium, polypharmacy or mental disorder ($p < 0.10$, χ^2 test). 12.5% consulted face-to-face with 1.6 ± 1.1 consultations (range 1-4), higher in patients with complexity ($p < 0.05$, χ^2 test). Urgent (3.7%) and home care (2.4%) were lower. ≥ 2 requests per consultation were presented in 76% of consultations, (clinical reasons 49%, medication renewal 41% and tests+reports 13%).

Conclusions: The contact of poly pathological patients with their family doctor was frequent, especially in those with higher complexity. Telephone assistance improved the accessibility and continuity of medical care. Patients requested care for health problems rather than for bureaucratic reasons.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud advierte desde el año 2006 sobre la silenciosa epidemia mundial de enfermedades crónicas (EC) (1). El término EC (o enfermedad no transmisible) engloba enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta (1,2). Provocan un 74% de todas las muertes a nivel mundial, y el 80% de todas las muertes prematuras por enfermedades crónicas son debidas fundamentalmente a enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los trastornos respiratorios crónicos y la diabetes mellitus (1). Además de esta elevada mortalidad, la condición de cronicidad empeora la calidad de vida al asociarse a distintos grados de discapacidad y/o de dependencia.

La Encuesta Europea de Salud en España (2) muestra porcentajes superiores al 50% en la percepción de problemas de salud crónicos en la población general, incrementándose en mujeres y en edades más avanzadas. En Estados Unidos, esta cifra de pacientes con enfermedad crónica supera el 60% (3). Dentro de este grupo poblacional, es preciso distinguir a aquellos pacientes especialmente vulnerables, identificados como pacientes pluripatológicos según los criterios del Proceso Asistencial Integrado (PAI) del Servicio Andaluz de Salud (4). Un reciente estudio estima una prevalencia de pacientes pluripatológicos estimada entre un 5% a un 8% en la población andaluza atendida en Atención Primaria de Salud (APS) (5), con una mediana de edad de 77 años y similar distribución por sexos, siendo los problemas más frecuentes la afectación neurológica central, la patología cardiológica y la polimedicación.

Las características y prevalencia de las enfermedades crónicas y, en especial, la mayor complejidad sanitaria y social de los pacientes pluripatológicos, obligan a diseñar una atención sanitaria basada en estrategias amplias e integradas (1), que incluyen la

detección, cribado y tratamiento, así como los cuidados paliativos. La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (6) plantea tanto la reducción de la mortalidad prematura como la disminución las limitaciones inherentes a la condición de cronicidad mediante la prevención del deterioro de la capacidad funcional y las mejoras en la calidad de vida del enfermo y de la persona cuidadora. Estos pacientes precisan estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, la adecuación al tratamiento, los cuidados y la conciliación del tratamiento durante las transiciones asistenciales, y el diseño e impacto de un plan de acción personalizado (4). Para este fin, la cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (7) promueve un conjunto de actividades que prestan una asistencia integral, con una oferta de atención programada y a domicilio.

Esta oferta de atención multidisciplinar fue parcialmente interrumpida por las medidas de aislamiento impuestas por el estado de alarma decretado el día 14 de marzo de 2020, ocasionando una solución de continuidad en la atención sanitaria prestada a este colectivo. En Andalucía, las personas con EC percibieron dificultades para recibir de forma continuada atención y cuidados sanitarios durante el confinamiento debido a la pandemia por COVID-19 (8,9). Es preciso cuantificar si este sentimiento generalizado fue debido a la falta de información y el miedo al contagio (10) o a si realmente la atención sanitaria fue deficitaria en ese periodo de tiempo (11).

Por todo ello, se plantea cuantificar la frecuentación sanitaria y el tipo de atención médica recibida por los pacientes pluripatológicos en un centro de salud durante la fase inicial de confinamiento debido a la pandemia por SARS-CoV-2, describiendo los motivos de consulta y el perfil del paciente según la atención prestada.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional descriptivo mediante auditorías de historias clínicas de Atención Primaria de Salud (APS). La población de estudio fueron los enfermos clasificados como “pacientes pluripatológicos”, según los criterios descritos en el PAI “atención a pacientes pluripatológicos” (3ª edición del año 2018), de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (4). Para ello debían padecer alguna de las enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las categorías clínicas del anexo 1 o bien una sola categoría con al menos uno de los criterios de complejidad contemplados. La población diana estuvo compuesta por las personas con 30 o más años de edad, residentes en la zona básica de salud perteneciente al Centro de Salud El Valle (Jaén capital), que atiende a unas 12.000 personas, con un 40% de ellas viviendo en zonas necesitadas de transformación social.

Se excluyeron aquellos pacientes que no presentaron ningún registro clínico en la historia de salud durante el año previo al inicio del periodo de estudio, o bien que hubieran estado en seguimiento por ser caso sospechoso o confirmado de infección por COVID-19. El tamaño de muestra mínimo calculado fue de 73 pacientes (con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3%, una prevalencia de pacientes pluripatológicos del 2% y unas pérdidas del 15%). El reclutamiento se realizó a partir del listado completo de todos los pacientes incluidos en el PAI “atención al paciente pluripatológico”, mediante un muestreo aleatorio simple del listado obtenido de la historia clínica digital Diraya del Servicio Andaluz de Salud.

Se realizó una auditoría de historia clínicas recogiendo los datos de la atención prestada durante 56 días, correspondientes al periodo comprendido desde el inicio del confinamiento obligatorio en la primera ola de

pandemia (16/03/2020) hasta el día previo al inicio de la fase 1 de desescalada en la provincia de Jaén (10/05/2020). Las variables recogidas fueron:

- Variables sociodemográficas:
 - » Edad y sexo.
- Variables clínicas:
 - » Categoría/s a las que pertenece el paciente seleccionado en función de sus patologías, definidas (4) (anexo 1).
 - » Criterios de complejidad en la atención a estos pacientes (4) (anexo 1)
 - » Registro de un plan de acción personalizado (PAP) donde consta la valoración integral en su historia clínica, realizado durante el último año.
- Variables de frecuentación sanitaria
 - » Tipo de atención en el primer contacto desde el inicio del confinamiento por el estado de alarma debido a la pandemia por SARS-CoV-2: atención presencial, telefónica, urgente o tras un alta hospitalaria.
 - » Número de consultas en medicina de familia, diferenciando presencial, telefónica, a domicilio o urgente.
 - » Características de las consultas telefónicas: día de la semana en las que se efectúan y motivos de la misma (emisión de receta, solicitud de informes, entrega de resultados, patología aguda, reagudización de su patología crónica).

Los datos fueron analizados mediante el programa informático SPSS (versión 21), comprobándose la Normalidad de los datos y la homocedasticidad de las varianzas. Los resultados se muestran como medias o proporciones con su correspondiente error

estándar, o como intervalos de confianza (IC) al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con un valor de $p < 0,05$, aplicando la prueba de t de Student o ANOVA de una vía para comparación de medias (o sus equivalentes testes no paramétricos) y la prueba χ^2 para la comparación de proporciones, diferenciando según el tipo de atención prestada y las categorías de enfermedad crónica.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Jaén, justificándose la exención de la recogida del consentimiento informado y asegurando la confidencialidad de los datos recogidos conforme al Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. También se tuvieron en cuenta los preceptos incluidos en el informe Belmont y la Declaración de Helsinki (Brasil, 2013). El acceso a las historias se ha realizado mediante clave y contraseña individual empleada para la actividad asistencial, estando identificado el investigador en cada auditoría realizada. La base de datos final se realizó con datos anonimizados, sin posibilidad de reidentificación de los pacientes incluidos.

RESULTADOS

Características de la muestra estudiada

Se estudiaron un total de 96 pacientes (48,8% hombres y 51,2% mujeres) con una media de edad de $70,9 \pm 13,5$ años y un rango situado entre los 37 y los 97 años de edad. Los datos que caracterizan a la muestra estudiada según edad y sexo se exponen en la tabla 1. Las categorías de cronicidad más frecuentes fueron la categoría A (insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica) (47%) y la categoría C (Enfermedad respiratoria crónica) (44%). Las categorías menos habituales la B (vasculitis, enfermedades autoin-

munes sistémicas y enfermedad renal crónica) (11%) y la H (enfermedad osteoarticular crónica, fractura de cadera osteoporótica) (5%). La edad fue superior en las categorías F, G y H ($p < 0,05$ ANOVA 1 vía), las muje-

res presentaron más frecuentemente patologías de las categorías C y F ($p < 0,10$ test χ^2) mientras que los hombres estuvieron más presentes en la categoría E ($p < 0,05$ test χ^2) (tabla 1).

Tabla 1. Distribución en la muestra estudiada de las categorías de enfermedad crónica y complejidad según la edad y el sexo.

	Edad (en años)	Frecuencia total	Frecuencia por sexo	
			Hombre	Mujer
Categorías de cronicidad				
A	71,1±9,6	46,8%	40,5%	59,5%
B	68,9±14,6	11,4%	48,6%	51,4%
C	67,9±15,2	44,3%	38,6% (*)	61,4% (*)
D	68,6±12,7	17,7%	47,7%	52,3%
E	69,2±15,6	35,4%	60,8% (†)	39,2% (†)
F	73,6±12,2 (‡)	25,3%	42,4% (*)	57,6% (*)
G	75,5±13,5 (‡)	29,1%	48,2%	52,2%
H	88,5±6,6 (‡)	5,1%	50,7%	49,3%
Complejidad				
No	69,7±13,7	40,5%	51,1%	48,9%
Sí	71,8±13,4	59,5%	48,9%	51,1%
Criterios de complejidad				
Trastorno Mental	62,2±14,5	8,9%	57,1%	42,9%
Polimedicación	73,8±13,7 (‡)	38%	46,7%	53,3%
Ulcera por presión	69,5±6,4	2,5%	50%	50%
Delirium	85,7±3,2 (‡)	3,8%	33,3%	66,7%
Desnutrición	73,5±0,7 (‡)	2,5%	100%	0%
Alcoholismo	59,0±13,5	3,8%	33,3%	66,7%
PAP				
No	65,7±13,6	16,5%	53,8%	46,2%
Sí	72,0±12,7	83,5%	46,2%	53,8%

Frecuentación y tipos de consulta médica

Un 75,9% de los pacientes consultaron durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, estableciéndose en todos los casos un primer contacto telefónico sin diferencias según la categoría diagnóstica de cronicidad, la presencia de criterios de complejidad, la edad ni el sexo. Para los pacientes que consultaron, la media de frecuentación médica fue de 2,2 consultas ($\pm 2,0$) (rango de 1 a 12) durante este periodo de tiempo. La atención médica es más frecuente en los días centrales de la semana (jueves 37%, martes y miércoles 22% respectivamente) frente a lunes (12%) y viernes (7%), independientemente del formato de la consulta.

Los datos sobre frecuentación y perfil del paciente relacionados con los criterios de cronicidad y complejidad se muestran en la tabla 2 y la figura 1. A continuación se expo-

nen los resultados más relevantes:

- Consultas telefónicas: el 76,2% de la muestra estudiada demandó este tipo de atención, con una media de frecuentación de 1,9 llamadas ($\pm 1,6$) por paciente (rango de 1 a 10, con valor 1 para mediana y moda). La presencia de algún criterio de complejidad se relaciona con una mayor demanda de atención telefónica (aproximadamente un 23% más) ($p < 0,05$ test χ^2) (tabla 2). Los criterios de complejidad más frecuentes en esta demanda fueron el delirium, la presencia de polimedicación y el trastorno mental ($p < 0,10$ test χ^2) (tabla 2). Tres de cada cuatro pacientes solicitaron 2 o más consultas telefónicas, y más de un 16% de los pacientes tuvieron 4 o más citas telefónicas (figura 1).

- Consulta presencial: fueron utilizadas por el 12,5% de los pacientes, con una media de frecuentación de $1,6 \pm 1,1$ consultas (rango de 1 a 4, con valor 1 para mediana y moda). La atención presencial fue más demandada en las categorías H, G y D ($p < 0,05$ test χ^2) y en los pacientes con complejidad (un 7% superior) ($p < 0,05$ test χ^2) debido a trastornos de salud mental, polimedicación y delirium ($p < 0,10$ test χ^2) (tabla 2). Un 11% requirieron 3 o más consultas presenciales (figura 1).
- La atención en domicilio (2,4%) y en urgencias (3,7%) fueron menos demandadas y en su mayoría precisaron una sola consulta (figura 1). Los grupos diagnósticos que solicitaron atención domicilia-

ria fueron pacientes de las categorías A y C, y para la atención urgente las categorías A, C y G ($p < 0,05$ test χ^2) (tabla 2). El alcoholismo fue el único criterio de complejidad que determinó este tipo de asistencia (tabla 2).

El primer contacto telefónico fue más frecuente en aquellos pacientes con PAP realizado (77,3% vs 69,2%) pero sin diferencias estadísticas. Tanto la solicitud de demanda de atención telefónica como la cita presencial fue independiente de la realización previa del PAP, aunque la atención a domicilio y urgente solo se realizó en pacientes con un PAP registrado en su historia (figura 2).

Figura 1. Distribución porcentual del número de citas de los pacientes pluripatológicos según el tipo de atención médica recibida.

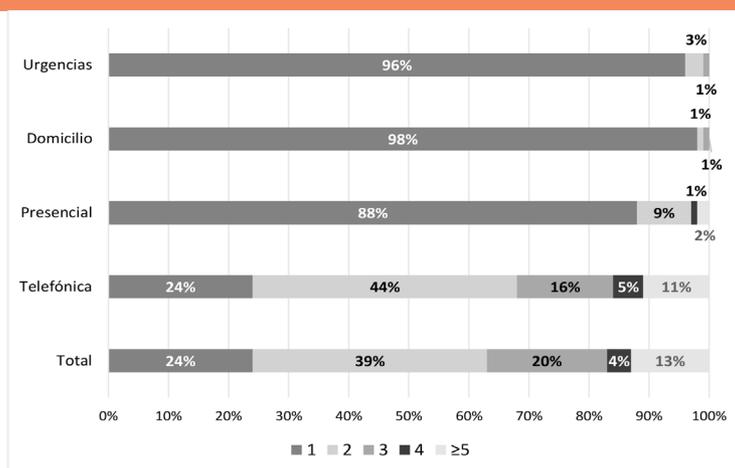


Figura 2. Tipo de atención médica según el registro en la historia clínica del plan de acción personalizado

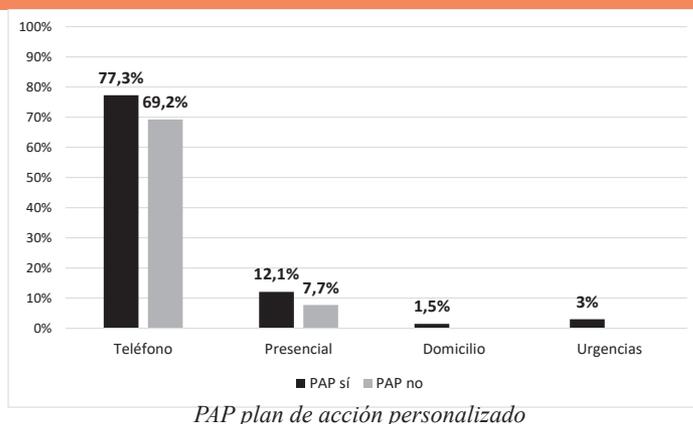


Tabla 2. Frecuentación sanitaria y tipos de consulta médica según las categorías de enfermedad crónica y complejidad.

	Tipo de atención médica			
	Teléfono	Presencial	Domicilio	Urgencias
Categorías de cronicidad				
A	75,7%	5,4%	2,7%	2,7%
B	77,8%	0%	0%	0%
C	74,3%	14,3%	2,9%	5,7%
D	64,3%	21,4%	0%	0%
E	64,3%	0%	0%	0%
F	85,0%	10%	0%	0%
G	78,3%	26,1%	0%	4,3%
H	75,0%	50%	0%	0%
Complejidad (*)				
No	62,5%	8,5%	0%	3,1%
Sí	85,1%	15,6%	2,1%	2,1%
Criterios de complejidad (†)				
Trastorno Mental	85,7%	14,3%	0%	0%
Polimedicación	90%	6,7%	0%	0%
Úlcera por presión	50%	0%	0%	0%
Delirium	100%	0%	0%	0%
Desnutrición	50%	0%	0%	0%
Alcoholismo	66,7%	33,3%	33,3%	33,3%

Diferencias significativas con (*) $p < 0,05$ test χ^2 (†) $p < 0,10$ test χ^2

Motivos de consulta médica

En cada contacto, los pacientes expusieron 1 motivo de consulta en un 24,1% de las ocasiones, 2 motivos en el 46,3% y ≥ 3 motivos en el 29,6%. En casi la mitad de los casos, las consultas se relacionaron con patología aguda (26,6%) o por reagudización de las enfermedades crónicas previas (22,8%). Un 40,5% de las peticiones estaban relacionadas con la prescripción o renovación de medicación de uso crónico. La recepción de informes de otros ámbitos sanitario supuso un 8,9% de las consultas y se valoraron resultados de pruebas complementarias en un 3,8%.

Los motivos de consulta varían según los criterios de cronicidad y la presencia de complejidad. Los pacientes que consultaron por motivos clínicos (patología aguda o crónica) pertenecieron con mayor frecuencia a las categorías A, D y H ($p < 0,05$ test χ^2) y presentaron más frecuentemente criterios de complejidad ($p < 0,10$ test χ^2) (tabla 3). Entre los pacientes que no tenían realizado el PAP, la solicitud de prescripción de medicamentos fue casi el doble que para los pacientes a los que se les había realizado la valora-

ción integral, con una mayoría de peticiones de valoración de informes y de resultados ($p < 0,05$ test χ^2) (figura 3).

DISCUSIÓN

Los pacientes incluidos en el estudio tuvieron un perfil similar a estudios previos (5), destacando una elevada edad, la presencia de enfermedad cardíaca, la polimedicación y la realización previa en el último año de un PAP. El tipo de enfermedad crónica no determinó la frecuentación sanitaria pero sí la presencia de complejidad, sobre todo en personas con trastornos mentales, polimedicadas y con antecedentes de delirium. El registro del PAP no fue un elemento diferenciador para la frecuentación de las consultas médicas, aunque fueron los únicos que solicitaron atención domiciliaria y urgente, con motivos enfocados en síntomas clínicos y renovación de medicación. Los motivos de consulta fueron múltiples en cada contacto y no centrados exclusivamente en tareas administrativas como la renovación de recetas.

Tabla 3. Motivos de consulta según las categorías de enfermedad crónica y complejidad

	Motivos de consulta			
	Receta	Informe	Resultados	Patología
Categorías (*)				
A	29,7%	5,4%	5,4%	54,1%
B	44,4%	22,2%	11,1%	33,3%
C	34,3%	2,9%	2,9%	34,3%
D	35,7%	14,3%	7,1%	57,1%
E	42,9%	7,1%	0%	7,1%
F	45%	15%	5%	40%
G	43,5%	13%	4,3%	39,1%
H	50%	0%	0%	50%
Complejidad (†)				
No	34,2%	6,3%	0%	34,4%
Sí	44,7%	10,6%	6,4%	53,2%
Trastorno Mental	0%	6,3%	0%	57,1%
Polimedicación	46,7%	0%	28,6%	50%
Úlcera por presión	50%	16,7%	3,3%	0%
Delirium	100%	0%	0%	66,7%
Desnutrición	50%	0%	0%	0%
Alcoholismo	66,7%	0%	0%	33,3%
Diferencias significativas con (*) $p < 0,05$ test χ^2 (†) $p < 0,10$ test χ^2				

Las tres cuartas partes de los pacientes pluripatológicos consultaron con su médico/a de familia durante los primeros 50 días de la pandemia y, de ellos, 3 de cada 4 concertaron dos o más citas en este periodo. Estos resultados señalan el esfuerzo de los médicos/as de familia para mantener la continuidad de la atención a los pacientes pluripatológicos mediante cambios organizativos y de gestión, así como la definición de nuevos roles en el equipo multidisciplinar (12,13). Los médicos/as de familia aportaron un esfuerzo extra para mantener la atención a esta población, sumado al ingente trabajo realizado en la gestión de la atención a los pacientes con sospecha de COVID-19 (14). De igual forma, señala la compresión por parte de la población de la necesidad de evitar la transmisión de la infección al optar preferentemente por la atención telefónica (9).

Pese a ello, los pacientes han percibido dificultades de acceso a los servicios sanitarios y una brusca interrupción de la atención que

recibían previamente (8,15), hecho asociado en algunos estudios a un incremento de la mortalidad (15). Habría que tener en cuenta que los problemas de accesibilidad no han sido exclusivamente atribuibles a la gestión de la demanda por parte de la APS, sino que han coexistido otros factores muy influyentes. En primer lugar, es relevante el elevado número de citas perdidas debido a que los pacientes decidieron no acudir por miedo a ser contagiados, hasta un 15% del total, más frecuentemente en personas de mayor edad y en seguimiento por sus patologías crónicas (11,16). En Alemania se cancelaron hasta un 44% de las citas con servicios médicos del hospital frente a un 17% de las de Atención Primaria (11). En segundo lugar, los Servicios de Salud cerraron de forma temporal muchos servicios hospitalarios, con lo cual se provocó una redirección del flujo de atención de los pacientes pluripatológicos hacia los centros de salud. Por último, durante ese periodo surgieron grandes dificultades técnicas del Call Center de Andalucía (Salud Responde), incapaz de dar respuesta a todas

las llamadas y de priorizar la atención a los usuarios según sus motivos de consulta, lo que limitó en gran medida la accesibilidad a la atención médica (17) (18).

La atención médica a los pacientes pluripatológicos prestada durante este periodo más severo de confinamiento se realizó fundamentalmente por teléfono, disminuyendo la atención presencial en el centro de salud y en el domicilio a los casos estrictamente necesarios. Aunque la atención telefónica ha sido denostada por medios ajenos al sistema sanitario (19), ha sido de elevada utilidad para facilitar la accesibilidad de esta población a un profesional de confianza y conocido, como su médico/a de familia (20). De hecho, el uso de la telemedicina se asocia con un menor número de citas perdidas (21).

El propio Servicio Andaluz de Salud propone estas consultas telefónicas para responder a motivos de consulta tanto de situaciones agudas como crónicas y para realizar controles personalizados y seguimiento de patología habitual de forma proactiva (22). Esta atención virtual es posible gracias a la relación previamente establecida entre médico/a y paciente, lo que ha mejorado la adherencia a las medidas propuestas durante el confinamiento, la oferta de soporte emocional y el suministro de medicación y ayuda social (23). Estudios cualitativos muestran la utilidad de las consultas telefónicas para el seguimiento de pacientes crónicos estables cuando ya existe una relación médico-paciente establecida, siendo aceptable para los médicos/as facilitando discriminar qué pacientes precisaban un encuentro presencial para realizar un examen físico, catalogar nuevos síntomas o valorar una descompensación grave de la patología crónica (24,25).

El estudio tiene un diseño unicéntrico y descriptivo basado en auditorías de histo-

rias, por lo que puede incurrir en sesgos de selección y de información. Se desconoce la calidad de la atención médica prestada y es muy posible que algunos datos de la entrevista no hayan sido registrados en la historia clínica, como la información sobre la pandemia, la forma de evitar el contagio, el apoyo emocional prestado y los consejos para mantener la salud. Otros estudios indicaron que desde los centros de salud se realizó una educación sobre la alimentación, la actividad física y la adherencia al tratamiento farmacológico, aspectos deficitarios en los pacientes pluripatológicos durante el confinamiento (9,26). Estos aspectos de educación para la salud no pudieron valorarse en el presente estudio dado que estos datos de las entrevistas no suelen registrarse en las historias clínicas. También se desconoce el tiempo entre la solicitud de cita y el contacto con el profesional médico. Un mayor tamaño de muestra y la inclusión de más centros de salud podría facilitar conocer las necesidades de los pacientes según su perfil de patologías crónicas y complejidad. Sería adecuado establecer una línea de investigación sobre la pertinencia y utilidad de recordatorios automáticos en las historias clínicas para la revisión programada de los pacientes frágiles, así como la capacidad de la atención telefónica para este seguimiento (27).

La falta de recursos humanos, la escasez de información fidedigna a la población y la demora en la atención sanitaria, pese al aumento de citas diarias en APS, han configurado las principales debilidades en la atención a los pacientes pluripatológicos durante la etapa de confinamiento más severa (12,18). Posiblemente uno de los principales problemas fue la falta de información (e incluso la desinformación) que provocó un acusado sentimiento de vulnerabilidad en esta población (9,10) y una sensación de falta de apoyo sanitario por el miedo al

contagio (9,28). Los datos obtenidos indican la intención de mantener la continuidad de la atención a pacientes pluripatológicos en APS, algo que fue mucho más deficitario en el ámbito hospitalario (11). Diferentes estudios indican la necesidad de mantener la atención sanitaria durante las crisis a los pacientes de mayor riesgo (29,30). Esto solo sería factible con una Atención Primaria de Salud con suficientes recursos y una mejora en el sistema de seguimiento de los pacientes pluripatológicos, para lo que sería preciso una planificación anticipada de la visita médica, una participación eficiente y proactiva del resto de profesionales y la aplicación de nuevas soluciones tecnológicas (27).

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

FINANCIACIÓN

Este trabajo se ha realizado gracias a la concesión de la beca de investigación Isabel Fernández para proyectos de investigación de médicos residentes (referencia 175/20) de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 2020.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas. Una guía práctica para la promoción exitosa de la causa. OMS, 2006. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Detener-epidemia-mundial-EC-2006>.
2. Encuesta Europea de Salud en España 2020. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf
3. Hacker KA. COVID-19 and Chronic Disease: The Impact Now and in the Future. *Prev Chronic Dis.* 2021;18.
4. Ollero Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Espinosa Almendro JM, García Estepa R, Morilla Herrera J, Pascual de la Pisa B, et al. Atención a Pacientes Pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2018 (3ª edición). Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf
5. Pascual de la Pisa B, Sevilla-Ramírez N, Martínez-Granero M, Márquez-Calzada C, Martínez-Sarmiento AI, García-Lozano MJ. CronicaAP: estudio piloto de la prevalencia de pacientes crónicos complejos en Atención Primaria. *Med fam And.* 2022; 1: 11-20. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2022/07/v23n1_03_original_cronicaAP.pdf
6. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España 2016. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
7. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Atención al paciente pluripatológico. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía 2022. Disponible en; <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/22-atencion-problemas-cronicos/227-paciente-pluripatologico>
8. Tuczyńska M, Matthews-Kozanecka M, Baum E. Accessibility to Non-COVID Health Services in the World During the COVID-19 Pandemic: Review. *Front Public Health.* 2021; 9: 760795.
9. Prieto-Rodríguez MÁ, March-Cerdá JC, Martín-Barato A, Escudero-Carretero M, López-Doblas M, Luque-Martín N, et al. Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gac Sanit.* 2022; 36(2): 139-45.
10. Brooks SK. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Rapid Review* 2020;395: 912-20.
11. Schäfer I, Haack A, Neumann M, Koch-Gro-

- mus U, Scherer M, Petersen E. [Non-utilisation of medical services during the COVID-19 pandemic among persons with chronic diseases]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2023;1-8. doi: 10.1007/s00103-023-03665-9.
12. Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, Párraga Martínez I. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Rev Clínica Med Fam*. 2021;14(2):85-92.
 13. Bayona Huguet X. La organización de los equipos de atención primaria a partir de la pandemia de COVID-19. *Aten Primaria Práctica*. 2020; 2(6):100066.
 14. Pérez-Milena A, Leyva-Alarcón A, Barquero-Padilla RM, Peña-Arredondo M, Navarrete-Espinosa C, Rosa-Garrido C. Valoración y seguimiento de los pacientes con sospecha de COVID-19 en la primera ola pandémica en una zona urbana de Andalucía. *Aten Primaria*. 2022; 54(1):102156.
 15. Fisher A, Roberts A, McKinlay AR, Fancourt D, Burton A. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health and well-being of people living with a long-term physical health condition: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2021; 21(1):1801.
 16. Ayele TA, Alamneh TS, Shibrú H, Sisay MM, Yilma TM, Melak MF, et al. Effect of COVID-19 pandemic on missed medical appointment among adults with chronic disease conditions in Northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2022; 17(10):e0274190.
 17. Salud no siempre responde [Internet]. *Diario Sur*. 2020 [citado 9 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.diariosur.es/malaga-capital/salud-siempre-responde-20200413201214-nt.html>
 18. Pérez-Milena A. Retos, logros y dificultades del médico de familia ante la pandemia por el COVID-19 en Andalucía. *Actual Med*. 2021; 106(814). Supl2: 109-117.
 19. Lázaro A, Fernández JM. Centros de salud cerrados: «La atención telefónica es insuficiente» [Internet]. *Redacción Médica*. [citado 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/centros-de-salud-cerrados-la-atencion-telefonica-es-insuficiente--2575>
 20. Bordón Poderoso C, Jurado Cabezas M, Quiñones Begines I, Lopez Tellez A, Boxo Cifuentes JR. Atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia covid-19. *Med fam Andal*. 2021; 22: 34-42. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2021/05/v22n1_original_attTelefCovid.pdf
 21. Adepoju OE, Chae M, Liaw W, Angelocci T, Millard P, Matuk-Villazon O. Transition to telemedicine and its impact on missed appointments in community-based clinics. *Ann Med*. 2022; 54(1):98-107.
 22. García Jiménez R, Iglesias Bonilla P, Mesa Gallardo MI, Vera Rodríguez M, Villacorta González M, Navarro Pérez P. Guía Técnica para Consulta de Atención Telefónica. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud, 2021.
 23. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health*. 2020; 182:163-9.
 24. Van Erkel FM, Pet MJ, Bossink EH, van de Graaf CFM, Hodes MTJ, van Ogtrop SN, et al. Experiences of patients and health care professionals on the quality of telephone follow-up care during the COVID-19 pandemic: a large qualitative study in a multidisciplinary academic setting. *BMJ Open*. 2022; 12(3):e058361.
 25. Due TD, Thorsen T, Andersen JH. Use of alternative consultation forms in Danish general practice in the initial phase of the COVID-19 pandemic - a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2021; 22(1):108.
 26. Grenard JL, Munjas BA, Adams JL, Suttorp M, Maglione M, McGlynn EA, et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2011; 26(10):1175-82.
 27. Matulis JC, McCoy R. Patient-Centered Appointment Scheduling: a Call for Autonomy, Continuity, and Creativity. *J Gen Intern Med*.

- 2021; 36(2):511-4.
28. Montero-Pérez FJ, Jiménez Murillo LM. Impact of the first COVID-19 pandemic wave on the care and quality indicators of a hospital emergency department. *Emerg Rev Soc Espanola Med Emerg.* 2021; 33(5):345-53.
29. Aldrich N, Benson WF. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Prev Chronic Dis.* 2008; 5(1):A27.
30. Flynn R, Albrecht L, Scott SD. Two Approaches to Focus Group Data Collection for Qualitative Health Research: Maximizing Resources and Data Quality. *International Journal of Qualitative Methods.* 2018; 17(1).