



Editorial

Envejecimiento, cronicidad y atención neumológica



Aging, Chronicity and Pulmonary Care

Pilar de Lucas-Ramos* y Jose Miguel Rodriguez Gonzalez-Moro

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

A lo largo de la segunda mitad del siglo pasado, y en la primera década del actual, hemos asistido a un cambio paulatino en la tipología de la población que demanda atención sanitaria y que actualmente se caracteriza por el envejecimiento progresivo, el incremento de las enfermedades crónicas y la alta prevalencia de pluripatología. Estos 3 aspectos se encuentran estrechamente interrelacionados, de manera que, si bien es cierto que las enfermedades crónicas aparecen en cualquier momento de la vida, también lo es que su prevalencia aumenta en las edades más avanzadas, y lo mismo ocurre con la aparición de comorbilidades. En el caso concreto del pulmón, el envejecimiento se asocia a inestabilidad genómica y alteraciones epigenéticas que desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades pulmonares crónicas¹. De acuerdo con los informes de la OMS, las enfermedades crónicas son responsables del 60% de todas las muertes en el mundo². Si a esto añadimos el impacto que estas enfermedades tienen en la calidad de vida de enfermos y cuidadores, años de vida perdidos³ y coste económico y de recursos sanitarios que conllevan, es fácil entender que la atención a los pacientes crónicos supone un reto para los sistemas de salud, que están obligados, manteniendo la calidad en la atención a las enfermedades agudas, a alcanzar esa misma calidad en la atención a las enfermedades crónicas. Las mejoras sociales y sanitarias han hecho que España sea una de las naciones del mundo con mayor esperanza de vida, y consecuencia de ello es el aumento de personas mayores que padecen enfermedades crónicas. Actualmente las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas en los centros de atención primaria, y representan el 60% de estancias hospitalarias, especialmente en lo que se refiere a ingresos no programados⁴. Se estima que para el año 2050 el 35% de nuestra población superará los 75 años, lo que hace previsible un incremento cada vez mayor de la cronicidad. Esto significa que la atención a personas con enfermedades crónicas constituye uno de los retos más importantes que deberá afrontar el sistema sanitario español en los próximos años.

La OMS recomienda adoptar medidas basadas en 3 pilares: cartografiar las enfermedades crónicas y sus determinantes sociales, económicos comportamentales y políticos; reducir el grado de exposición a factores de riesgo y fortalecer la asistencia sanitaria⁵. La aplicación de modelos específicamente diseñados para la atención a la población con enfermedades crónicas ha mostrado ser eficiente en diferentes organizaciones sanitarias^{6,7}. Estos modelos, el más conocido de los cuales es el *Chronic Care Model* (CCM)⁸, propugnan un enfoque proactivo, con un equipo multidisciplinar cuyos roles queden bien definidos, centrado en el paciente, participativo, en el que la toma de decisiones compartida está basada en la evidencia científica y en las preferencias del paciente y sus familiares, y en el que la existencia de adecuados sistemas de información resulta imprescindible. Junto a este modelo, que nos introduce en los conceptos del cuidado integral, gestión de la enfermedad y gestión del caso, otro fundamental para la gestión de la atención a pacientes crónicos es el modelo poblacional de «Kaiser Permanente»⁹, el cual establece una estratificación piramidal de la población, de manera que permite ajustar la complejidad de los cuidados a las necesidades de cada estrato o nivel. Ambos tipos de modelos pueden considerarse complementarios, y así la OMS propugna el desarrollo de un *Innovative Care for Chronic Conditions Framework*, en el que se identifican 5 aspectos fundamentales: enfoque de salud poblacional, promoción y prevención de la enfermedades crónicas, responsabilidad y autonomía del paciente, continuidad asistencial e intervenciones orientadas a las necesidades del paciente⁵.

Hace apenas 3 años el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad presentó un documento denominado *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*⁴. De acuerdo con este documento el abordaje de la cronicidad requiere el trabajo de un equipo multidisciplinario, que garantice la continuidad de los cuidados y con una máxima participación del paciente y su entorno. En el mismo, y esto resulta lógico, se otorga un papel destacado a los equipos de atención primaria, como ejes de la atención. Sin embargo, llama la atención la total ausencia en su elaboración de las sociedades científicas y los especialistas implicados en la atención a las enfermedades crónicas más frecuentes, como ocurre con neumólogos (EPOC e insuficiencia respiratoria crónica), cardiólogos (insuficiencia cardiaca) o endocrinólogos (diabetes mellitus). Previo a esta estrategia, comunidades

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.10.007>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pilar.delucas@gmail.com (P. de Lucas-Ramos).

como la de Euskadi o Cataluña habían ya elaborado las líneas que debían regir la atención a la cronicidad. Posteriormente ha seguido la publicación de planes estratégicos en el resto de las autonomías, con el objetivo de ir desarrollando los programas específicos de cada territorio. Sin embargo, los modelos distan mucho de ser uniformes y, mientras en comunidades como Madrid la participación de especialistas está siendo más evidente¹⁰, en otras se sigue más el modelo nacional, generalista, que con el pretexto de que estos pacientes necesitan una medicina «integradora» pretende centrar el control de los enfermos en el hospital en la figura del internista y en el ámbito extrahospitalario en el médico de familia. El papel del especialista queda totalmente desdibujado y marginal y esto puede suponer una notable merma en la calidad asistencial. Hay que recordar que el importante progreso sanitario que ha logrado España en las últimas décadas ha venido de la mano del desarrollo que han experimentado las especialidades y las técnicas diagnósticas y terapéuticas. Hemos pasado en estos años de un sistema sanitario «generalista» a un sistema sanitario «especializado», y la estrategia de crónicos está formulada de manera que puede suponer una notable vuelta hacia atrás, quizás persiguiendo un teórico, que no real, ahorro de costes, y sin duda por una consideración muy parcial del problema.

El enfermo «crónico» lo es, en la mayoría de ocasiones, porque presenta una enfermedad crónica de un órgano y, aunque en determinados casos pueden existir procesos asociados de mayor o menor entidad, el papel del médico especialista que atiende la enfermedad crónica dominante es fundamental, como también lo es la colaboración con otros especialistas, con el médico de familia, la enfermería y los servicios sociales. La estrategia confunde al enfermo crónico con el enfermo pluripatológico, y este hecho es muy grave, porque aplica los mismos criterios en ambos casos, cuando el abordaje debe ser diferente. No cabe duda de que una estrategia de cronicidad debe garantizar la continuidad de los cuidados, y para ello es necesario desarrollar instrumentos y cauces de coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria y los servicios sociales, pero de ninguna manera excluir la participación destacada del especialista que mejor conoce todos los aspectos de la enfermedad, y que forzosamente ha de liderar la estrategia asistencial del caso. La atención primaria y la medicina especializada hospitalaria y ambulatoria deben ir de la mano para lograr la continuidad de cuidados del paciente, y aquí adquiere una importancia capital la figura de la enfermera gestora de casos y el adecuado soporte social. Atención integral sí, pero sin pagar el precio de una pérdida de calidad en los aspectos científico-técnicos.

En esta situación no puede ser más oportuno y acertado el interesantísimo artículo publicado en este número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA por el Dr. Soler-Cataluña et al.¹¹, en el que se clarifica y pone en valor cuál debe ser el papel fundamental que tiene que desarrollar la neumología ante el desafío del enfermo crónico, y que no puede ser otro que la adaptación de las guías y recomendaciones establecidas por las sociedades científicas a los modelos de atención a pacientes crónicos. Tomando como ejemplo

el abordaje de la EPOC, enfermedad paradigma de cronicidad en la que la comorbilidad aparece en una elevadísima proporción de pacientes, se propone un modelo de estratificación de pacientes basado en la guía española para el manejo de la EPOC, GESEPOC, que define 4 niveles de complejidad y permite establecer las necesidades de cuidados adecuados a cada uno de ellos, con una gradación que va desde la prevención y promoción de salud en población expuesta a factores de riesgo y los programas de diagnóstico y autocuidados, pasando por la gestión de la enfermedad en las situaciones menos complejas hasta llegar a la gestión del caso en la población de mayor complejidad.

Manteniendo la necesidad de procesos asistenciales integrados, en los que la figura de la enfermera gestora del caso y del equipo de atención primaria son esenciales, la propuesta de Soler-Cataluña deja claro el papel central que el neumólogo ha de desempeñar, tanto al establecer los criterios de estratificación de la población como en su implicación directa en la atención en los niveles de moderada y alta complejidad, y esto tanto por razones de calidad como de eficiencia. Y esta conclusión es aplicable no solo a la EPOC, sino a la gestión de otras enfermedades crónicas que como el asma, las bronquiectasias o la insuficiencia respiratoria generan un elevado consumo de recursos y tienen un alto impacto en morbilidad y calidad de vida relacionada con la salud.

Bibliografía

1. Thannickal VJ, Murthy M, Balch WE, Chandel NS, Meiners S, Eickelberg O, et al. Blue Journal Conference. Aging and susceptibility to lung disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;191:261-9.
2. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [consultado 12 Abr 2015]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/.
3. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *GBD 2013 Mortality and causes of death collaborators. Lancet.* 2015;385:117-71.
4. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
5. WHO's innovative care for chronic conditions framework [consultado 12 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/>
6. Winsor S, Smith A, Vanstone M, Giacomini M, Brundisini FK, DeJean D. Experiences of patient-centredness with specialized community-based care: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser [Internet].* 2013;13:1-33. Disponible en: <http://www.hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCMD-patient-centredness.pdf>.
7. Burt J, Rick J, Blakeman T, Protheroe J, Roland M, Bower P. Care plans and care planning in long term conditions. A conceptual model. *Prim Health Care Res Dev.* 2014;15:342-54. doi: 10.1017/S1463423613000327.
8. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness. *Eff Clin Prac.* 1998;1:2-4.
9. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ.* 2002;324:135-41.
10. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.10.007>.
11. Soler-Cataluña JJ, Sanchez Toril F, Aguar Benito MC. El papel de la neumología ante la estrategia de cronicidad del Sistema Nacional de Salud. *Arch Bronconeumol.* 2015;51:396-402.