

18. Majeed A, Williams J, de Lusignan S, Chan T. Management of heart failure in primary care after implementation of the National Service Framework for Coronary Heart Disease: a cross-sectional study. *Public Health*. 2005;119:105–11.
19. Majeed A, Car J, FAU-Sheikh A, Sheikh A. Accuracy and completeness of electronic patient records in primary care. *Fam Pract*. 2008;25:213–4.
20. Lupón J, González B, Santa Eugenia S, Altimir S, Urrutia A, Más D, et al. Prognostic implication of frailty and depressive symptoms in an outpatient population with heart failure. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:835–42.
21. García-Pinilla JM, Jiménez-Navarro MF, Anguita-Sánchez M, Martínez-Martínez A, Tomas-Calvo F, investigadores del registro RAIC. How many patients admitted for heart failure are eligible for cardiac resynchronization therapy? Analysis of the Andalusian Heart Failure Registry (RAIC) study. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:38–44.
22. Anguita Sánchez M. Clinical characteristics, treatment and short-term morbidity and mortality of patients with heart failure followed in heart failure clinics. Results of the BADAPIC Registry. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:1159–69.
23. Redondo-Bermejo B, Pascual-Figal DA, Hurtado-Martínez JA, Penafiel-Verdu P, Saura-Espin D, Garrido Bravo IP, et al. Influence of gender on the clinical characteristics and prognosis of patients hospitalized for heart failure. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:1135–43.
24. Lupón J, Urrutia A, González B, Díez C, Altimir S, Albadalejo C, et al. Does heart failure therapy differ according to patient sex? *Clin Cardiol*. 2007;30:301–5.
25. Zhan C, Correa-de-Araujo R, Bierman AS, Sangl J, Miller MR, Wickizer SW, et al. Suboptimal prescribing in elderly outpatients: potentially harmful drug-drug and drug-disease combinations. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:262–7.
26. Wawruch M, Fialova D, Zikavska M, Wsolova L, Jezova D, Kuzelova M, et al. Factors influencing the use of potentially inappropriate medication in older patients in Slovakia. *J Clin Pharm Ther*. 2008;33:381–92.
27. Ledwidge M, Travers B, Ryder M, Ryan E, McDonald K. Specialist care of heart failure improves appropriate pharmacotherapy at the expense of greater polypharmacy and drug-interactions. *Eur J Heart Fail*. 2004;6:235–43.
28. Gallagher LP. The potential for adverse drug reactions in elderly patients. *Appl Nurs Res*. 2001;14:220–4.
29. Mc Murray J, Hart W, Rhodes G. An evaluation of the cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *Br J Med Econ*. 1993;6:91–8.
30. De Geest S, Steeman E, Leventhal ME, Mahrer-Imhof R, Hengartner-Kopp B, Conca A, et al. Complexity in caring for an ageing heart failure population: concomitant chronic conditions and age related impairments. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004;3:263–70.
31. Martínez-Selles M, García Robles JA, Prieto L, Domínguez Munoa M, Frades E. Heart failure in the elderly: age-related differences in clinical profile and mortality. *Int J Cardiol*. 2005;102:55–60.
32. Soler-Soler J. ¿Se necesitan más fármacos para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca? Diferencias entre los ensayos clínicos y la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2006;6:25.

COMENTARIO EDITORIAL

De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad

From the chronic disease to the patient in a chronic condition

Miguel Melguizo Jiménez

Centro de Salud Almanjajar, Distrito Sanitario Granada, Granada, España

Recibido el 29 de septiembre de 2010; aceptado el 3 de octubre de 2010

Disponible en Internet el 22 de diciembre de 2010

La prevalencia de enfermedades crónicas en nuestro medio va en aumento como consecuencia fundamentalmente del aumento en la vida media de los ciudadanos y los cambios en sus hábitos de vida.

El concepto de enfermo crónico se ha modificado en las últimas décadas. Si bien hasta hace poco se definía como afecto de una única enfermedad; ahora es representado como crónico al paciente con varias patologías crónicas, merma en su autonomía, incapacidad y fragilidad clínica.

La enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante, para incidir más en la importancia de la comorbilidad clínica y la limitación en su autonomía.

La condición de enfermo crónico supone un reto importante para la familia y el sistema sociosanitario. Hay una relación directa entre la cronicidad y la dependencia, y de igual forma, ambas se asocian al consumo de recursos sanitarios y a la propia sostenibilidad del sistema de protección social.

Los autores del artículo «Pacientes con el diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca en Atención Primaria: Envejecimiento, Comorbilidad y Polifarmacia¹» realizan un excelente estudio descriptivo sobre la insuficiencia cardiaca como proceso crónico en una amplia comarca. Se incide especial-

Véase contenido relacionado en
DOI:10.1016/j.aprim.2010.03.021
Correo electrónico: oziuglemm@telefonica.net

mente en la triada: edad, comorbilidad y polimedicación como mejor representación de lo que supone esta enfermedad, y sus repercusiones para el sistema sanitario.

Las enfermedades crónicas comparten características comunes pese a que tradicionalmente han sido estudiadas académicamente de forma aislada y abordadas por los servicios asistenciales de forma atomizada:

- Se agregan unas a otras potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional de los pacientes.
- Su etiología es multicausal y compleja.
- Su aparición es gradual y silente y su pico de prevalencia aparece en edades avanzadas.
- Son de larga duración y producen un deterioro gradual y progresivo.
- Requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada.
- Son susceptibles de prevención, retraso en su aparición o, al menos, atenuación en su progresión.

El trabajo referenciado llama también la atención sobre el peso específico de la polimedicación en los pacientes afectados de enfermedades crónicas. Sabemos que la polimedicación supone un factor de riesgo de primera magnitud para la población de enfermos crónicos por ir invariablemente relacionada con reacciones adversas, interacciones medicamentosas y falta de adherencia.

Se conocen factores favorecedores de la polimedicación dependientes del paciente, como edad avanzada, aislamiento, creencias erróneas, automedicación o la pluripatología. Pero también hay factores dependientes del sistema sanitario sobre los que se ha reflexionado e intervenido escasamente, como la medicalización, los tratamientos «intensivos», los excesos de la prevención en edades avanzadas y la descoordinación entre niveles.

Contrasta el limitado éxito terapéutico de la polimedicación para pacientes crónicos, en relación a las intervenciones en cuidados y apoyo sociofamiliar, con los importantes problemas de seguridad que conlleva y el considerable gasto en recursos para el sistema sanitario.

De los resultados de este trabajo se deduce que la respuesta a este tipo de enfermos crónicos requiere una reorientación del tradicional modelo de atención curativa, caracterizado por los contactos episódicos y centrados en procesos agudos o descompensaciones². La estrategia de atención al paciente crónico pasa por un replanteamiento que incluye actuaciones como³:

- Un diagnóstico integral del paciente que además de describir los procesos clínicos incluya su situación social, su contexto familiar y su grado funcional.
- Una intervención más centrada en actuaciones preventivas y rehabilitadoras para evitar su progresión, que en inútiles esfuerzos curativos.
- Una implicación activa del paciente y su entorno familiar en la adherencia al tratamiento y aplicación de cuidados.

Puntos clave

- El perfil del paciente crónico actual se dibuja desde la comorbilidad, edad avanzada, fragilidad clínica y autonomía limitada.
- La polimedicación es un factor de riesgo de primera magnitud que tiene su nicho principal en el paciente crónico.
- El modelo de atención curativa, de contactos episódicos y centrado en procesos agudos no es adecuado para el paciente crónico.
- La respuesta a la cronicidad pasa por un enfoque integral, las intervenciones preventivas, la coordinación intersectorial sociosanitaria y la implicación activa de paciente, cuidador/a y familia.

- Una coordinación eficaz tanto entre niveles asistenciales como entre la red sociosanitaria.

Solo bajo estos supuestos es posible dar una respuesta de calidad, satisfactoria para los pacientes y con posibilidades de ser asumible en costes por el sistema sociosanitario. El foco de atención ha pasado desde la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad.

Sin renunciar a la gestión de los procesos y enfermedades agudas, la adecuación de los servicios sanitarios a la nueva realidad de la cronicidad supone un importante proceso de cambio que va a exigir tanto una adecuada dirección estratégica por parte de los órganos gestores, como una implicación profesional por parte de los clínicos, poco acostumbrados a integrar la prevención, lo sociosanitario y la red familiar en nuestras intervenciones⁴.

Bibliografía

1. Galindo G, Cruz I, Real J, Galván L, Monsó C, Santafé P. Pacientes con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria. Envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Aten Primaria*. 2011;43:61–7.
2. Proceso asistencial integrado “INSUFICIENCIA CARDIACA”. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/documentos.asp?idp=90> (visitado el 27 de septiembre de 2010). 2011;43:61-67.
3. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. 2010.
4. Proceso asistencial integrado “Atención al paciente pluripatológico”. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/documentos.asp?idp=17> (Visitado el 27 de septiembre de 2010).