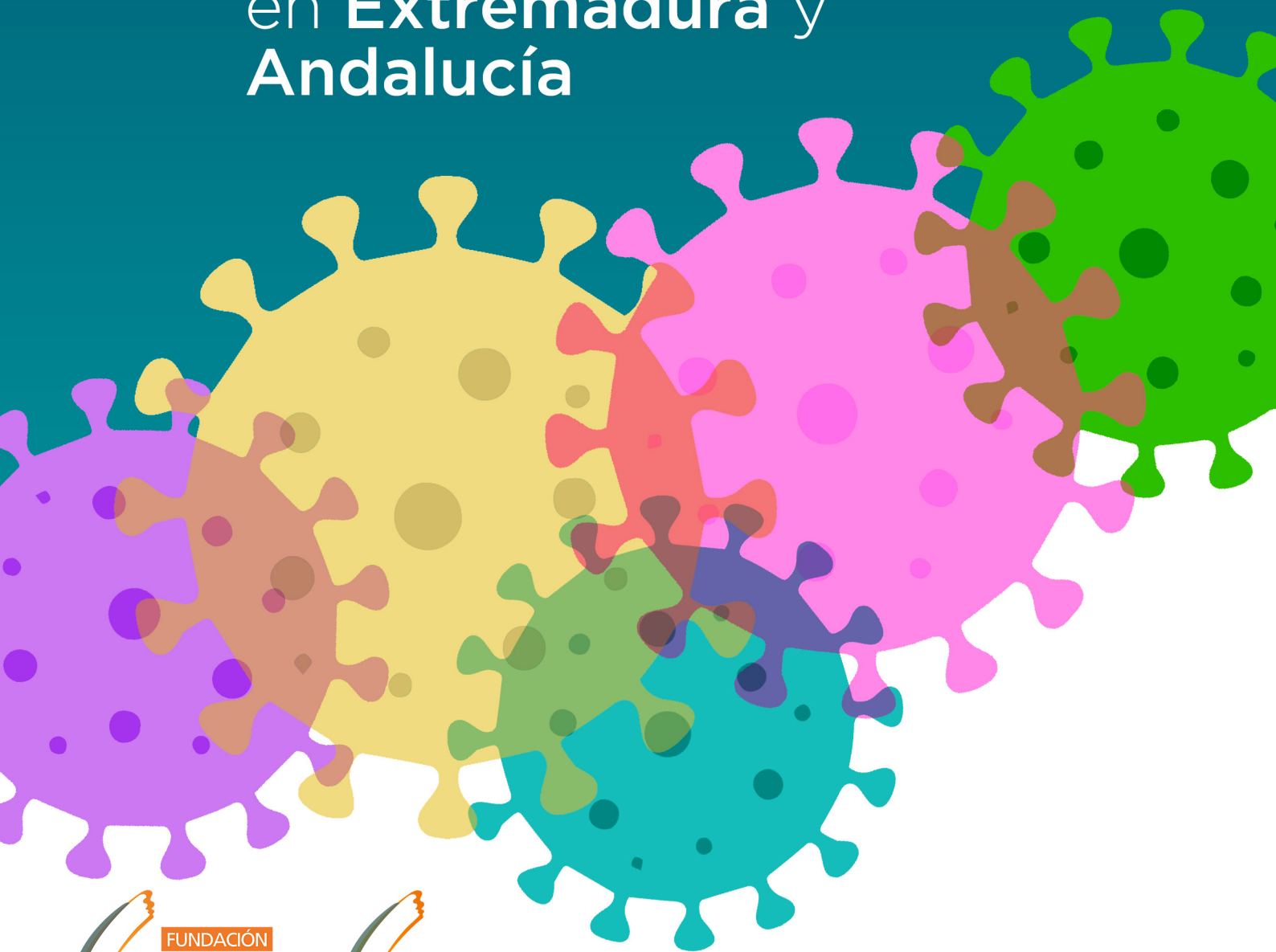


Abordaje de la cronicidad

DIABETES, ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS CRÓNICAS - EPOC,
ASMA - Y PACIENTES ANTICOAGULADOS

tras la fase aguda de la
pandemia **COVID-19**
en **Extremadura y**
Andalucía



Con la colaboración de:



Autores de SEMERGEN.

Dr. José Polo García.

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de salud El Casar. Cáceres. Presidente SEMERGEN.*

Dra. María José Gamero Samino.

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de salud San Fernando. Badajoz.*

Dr. José Ignacio Prieto Romo.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio local de Tiétar. Centro de Salud de Talayuela. Cáceres.

Dra. Laura Araujo Márquez.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Almendralejo San José. Almendralejo. Badajoz.

Dra. M. Rosa Sánchez Pérez.

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de salud Ciudad Jardín. Málaga. Málaga.*

Dr. Lisardo García Matarín.

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de salud Aguadulce Sur, Almería.*

Dr. José Escribano Serrano.

*Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica San Roque.
Área Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este.
San Roque. Cádiz.*

Dra. María José Castillo Moraga.

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.*

1. Introducción. Asistencia del paciente crónico en Atención Primaria.

Las enfermedades crónicas, también denominadas por la OMS enfermedades no transmisibles, tienen una alta prevalencia y generan elevada demanda en el ámbito de la Atención Primaria (AP). Los pacientes con Diabetes Mellitus (DM), Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y con Fibrilación Auricular (FA) requieren múltiples controles y seguimiento específico.

En diciembre de 2019 fue identificado el primer caso de neumonía grave por un coronavirus desconocido en la provincia de Wuhan. Desde ese momento, el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y su enfermedad causante (COVID-19) se extendió por todo el mundo, incluyendo nuestro país. Para paliar su diseminación se decretó el estado de alarma en España (14 de marzo de 2020), lo que provocó que la asistencia a los pacientes ambulatorios en los centros sanitarios, de atención primaria y de atención hospitalaria, fuera suspendida de forma presencial y se comenzase a realizar telemáticamente. Esto puede haber afectado a la gestión de numerosas patologías crónicas, entre las que vamos a destacar la DM, el Asma, la EPOC y la fibrilación auricular.

La DM es una patología crónica de elevada prevalencia (20,2%) entre los pacientes atendidos en consultas de AP y su grado de control es del 70,3% buen control vs 29,7% mal control, según datos aportados por el estudio IBERICAN⁽²⁾.

El Asma con una incidencia en España de 3 millones de personas, afecta de forma diferente según la edad de los pacientes: 10 % niños de entre 6 y 7 años, el 9 % en adolescentes entre 13 y 14 años y el 5% en población adulta mayor de 18 años. Numerosos estudios realizados en distintos ámbitos (España, Reino Unido, Europa, Japón, Canadá, EEUU, etc.), reflejan que hay un porcentaje muy elevado de asmáticos no controlados y que las tasas de mortalidad por asma en España, se mantienen estables en los últimos 25 años y son ligeramente superiores a las de los países de nuestro entorno, habiendo aumentado en mujeres un 32%, mientras que en hombres han disminuido un 67%.^(3,4,5)

La EPOC según datos recientes aportados por el estudio EPISCAN II⁽⁶⁾ que incluyó 9.433 individuos, mostró una prevalencia del 14,6% en varones y del 9,4% en mujeres, en mayores de 35 años. El grado de control en España de la EPOC es muy deficiente, siendo del 21% según los últimos estudios.^(7,8)

La prevalencia de FA según datos aportados por el estudio OFRECE⁽⁹⁾, es del 4,2% (el 4,7% de los varones y el 3,9% de las mujeres), lo que representa aproximadamente 900.000 personas en España. El paciente con FA tiene un alto riesgo de ictus isquémico, por lo que debe ser anticoagulado. En nuestro país, el tratamiento anticoagulante más utilizado son los antagonistas de la vitamina K (AVK), sobre todo el acenocumarol; uno de sus principales problemas (además de interacciones medicamentosas y alimenticias) es la dificultad para mantener en rango terapéutico idóneo (Rango Internacional Normalizado -INR- entre 2 y 3, en caso de FA o entre 2,5 y 3,5 si prótesis valvular concomitante). Diferentes registros nacionales han puesto en evidencia que el Tiempo en Rango Terapéutico (TRT) y el grado de control sea del 40-50%^(10,11).

El paciente crónico pluripatológico, polimedicado, como ya hemos comentado, necesita múltiples controles, pero, debido a la situación pandémica, estos fueron postergados y en algunos casos suspendidos.

Desde la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), hemos realizado una encuesta entre los médicos de familia de 2 comunidades autónomas (Andalucía y Extremadura) para conocer cómo puede haber influido la limitación de acceso a las consultas, la suspensión de controles y la asistencia telemática de los pacientes en el control de estas patologías tan prevalentes.

2. Situación actual de los pacientes crónicos tras un año de pandemia

Se recibió respuesta de 270 Médicos de Familia, 38% de sexo femenino y con una mediana de edad de 51 años ($\pm 12,16$). Dichos profesionales provenían en su mayor parte (67%) de Andalucía, siendo Sevilla (19%), Cáceres (16%), Badajoz (16%) y Córdoba (11%) las provincias más representadas de ambas autonomías. La mayoría de ellos trabajaban en un ambiente urbano (61%) o semiurbano (24%) y tenían una amplia experiencia (61% más de 20 años y 76% con más de 10 años), aunque también contestó un 8% de residentes de familia (MIR).

De forma general, más de la mitad de los encuestados opinó que el acceso del paciente crónico al Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) ha sido regular (43%) o malo (23%) durante el periodo de pandemia y que la teleconsulta ha sido una herramienta útil (89%), aunque presentaba ciertas dificultades como la ausencia de medios (23%) y puede resultar insuficiente para este tipo de pacientes (63%).

Diabetes mellitus (DM)

Las respuestas al apartado referente a la atención al paciente con DM se detallan en la figura 1. Se añadieron dos preguntas para evaluar la opinión del profesional sobre dos aspectos vitales de dicha atención: la adherencia terapéutica por parte del paciente y la inercia terapéutica por parte del profesional. A la primera la respuesta ha sido que la adherencia ha sido igual (46%) o peor (46%) durante la pandemia y a la segunda, la respuesta ha sido que las intensificaciones de tratamiento se han realizado peor (57%) o igual (38%) que antes de la pandemia.

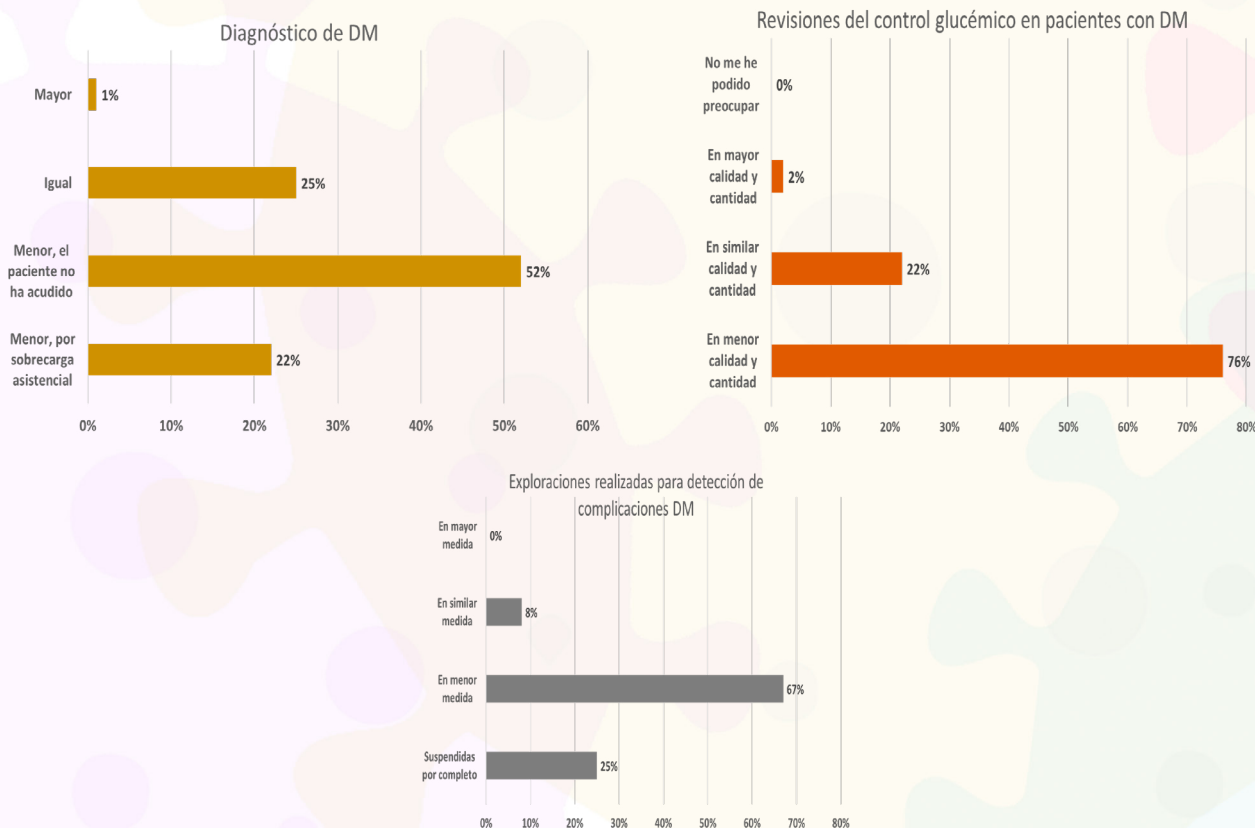


Figura 1. Resultados de las preguntas que conciernen a la atención al paciente con DM, en atención a la realización de nuevos diagnósticos, a la realización de pruebas para evaluar el control glucémico y a la realización de pruebas para detectar complicaciones.

Asma y EPOC

Respecto a los pacientes con patología respiratoria, en las figuras 2 y 3 se muestran los porcentajes de respuesta del grado de control de Asma y EPOC.

Grado de control de pacientes asmáticos ahora, respecto a la etapa prepandémica

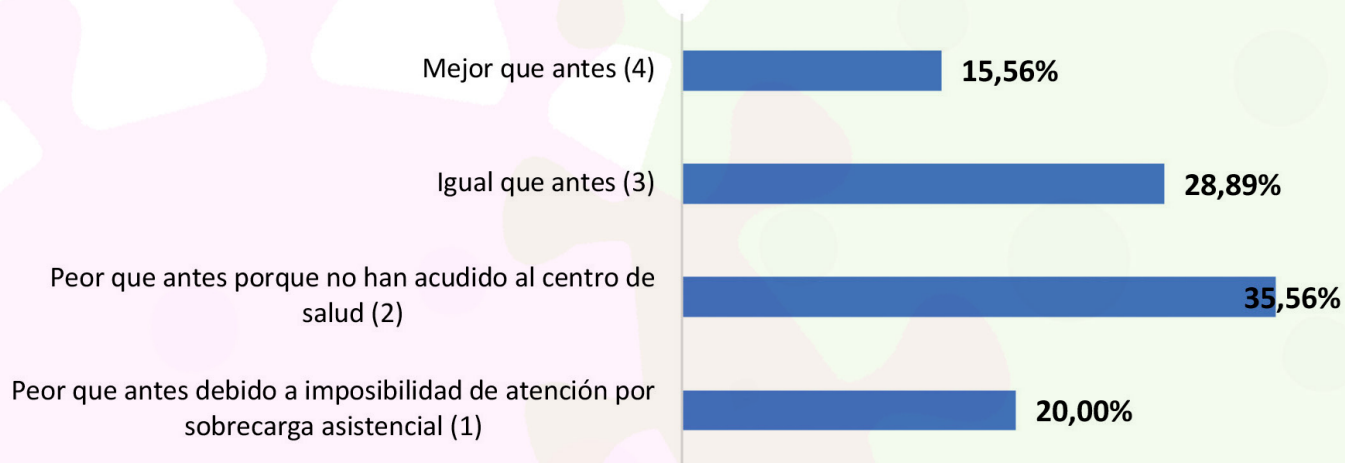


Figura 2. Resultado a la cuestión "Grado de control de pacientes asmáticos ahora, respecto a la etapa prepandémica".

Grado de control de pacientes con EPOC ahora respecto al de la etapa prepandémica



Figura 3. Resultado a la cuestión "Grado de control de pacientes con EPOC ahora, respecto a la etapa prepandémica".

Únicamente el 22% de los encuestados verificó siempre, presencial o telefónicamente la adherencia al tratamiento inhalado prescrito y como dato llamativo tan solo el 4% ha utilizado herramientas validadas (TAI, Morinsky-Green, etc.).

En la figura 4 se muestran los resultados referentes a la estabilidad clínica de los pacientes con asma y EPOC.

En este último año, ¿cómo dirías que ha sido la estabilidad clínica en tus pacientes con patologías crónicas respiratorias (asma/EPOC), respecto a la etapa prepandémica?

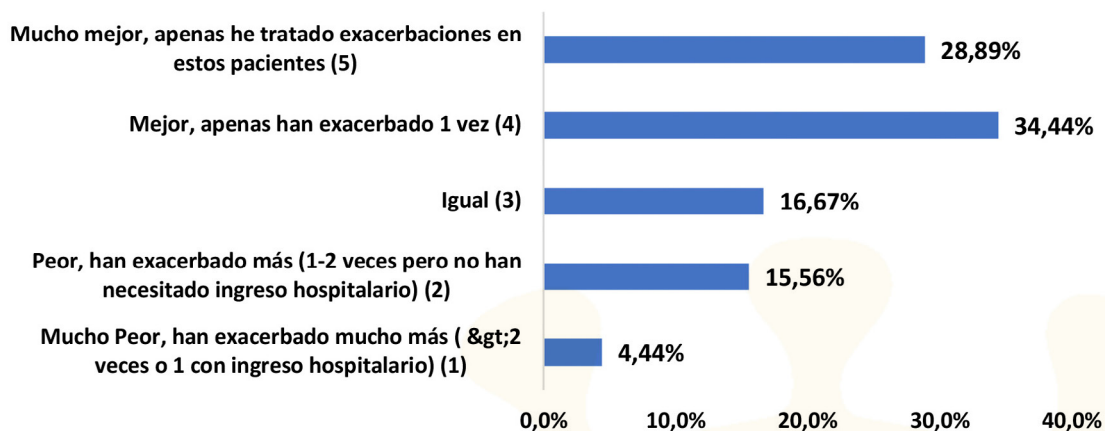


Figura 4. Resultado a la cuestión "En este último año, ¿cómo dirías que ha sido la estabilidad clínica en tus pacientes con patologías crónicas respiratorias (asma/EPOC), respecto a la etapa prepandémica?".

Finalmente, el 46% de los encuestados refiere que la necesidad de ingreso hospitalario en pacientes con COVID y asma/EPOC ha sido similar a pacientes con otras patologías crónicas.

Pacientes anticoagulados

El 76% de los encuestados refiere que sus pacientes han seguido el mismo control de anticoagulación oral que antes de la pandemia.

En la figura 5 se muestran los porcentajes de pacientes que han estado en rango de INR (Ratio Internacional Normalizado, por sus siglas en inglés) adecuado durante la pandemia.

El 75% modificó la dosis de sus fármacos AVK (Anti-Vitamina K) durante la pandemia, aunque sólo el 20% refirió haberlo hecho en un alto porcentaje de pacientes. Los resultados de pacientes que han estado en TRT (Tiempo en Rango Terapéutico) durante la pandemia se muestran en la figura 6. El 78% de los médicos considera que estos porcentajes son similares a los de antes de la pandemia.

¿Qué porcentaje de sus pacientes considera que han estado en un rango adecuado de INR durante la pandemia?

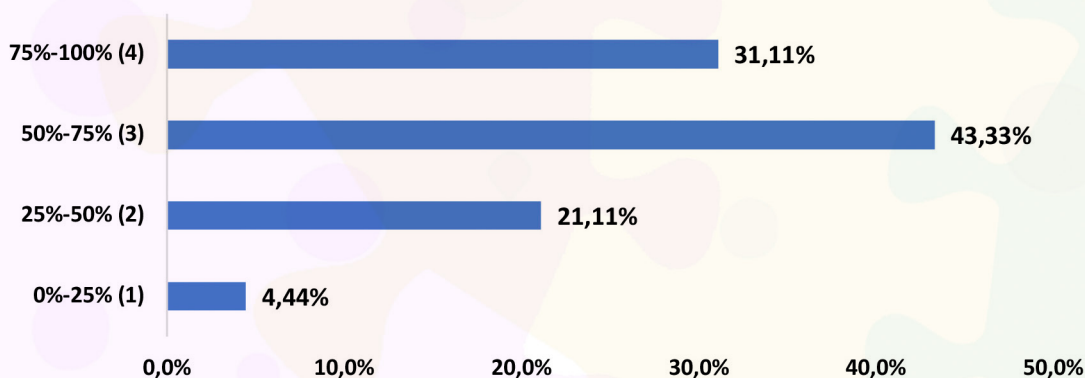


Figura 5. Resultado a la cuestión "¿Qué porcentaje de sus pacientes considera que han estado en un rango adecuado de INR durante la pandemia?".

¿Qué porcentaje de sus pacientes consideras que ha estado en un TRT (Tiempo en Rango Terapéutico) adecuado durante la pandemia por la COVID-19?

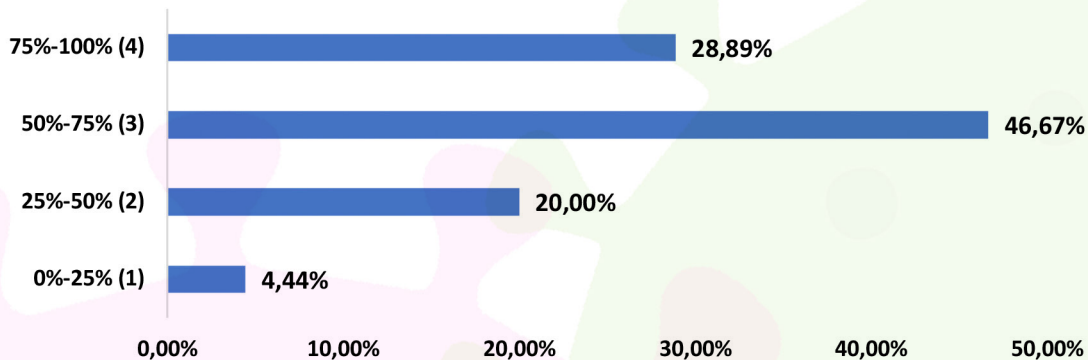


Figura 6. Resultado a la cuestión ¿Qué porcentaje de sus pacientes consideras que ha estado en un TRT (Tiempo en Rango Terapéutico) adecuado durante la pandemia por la COVID-19?

Aproximadamente el 60% refirió haber realizado cambio de terapia con fármacos AVK a ACOD (Anticoagulantes Orales de Acción Directa) durante la pandemia. El motivo mayormente alegado para no hacer dicho cambio (64%) fue no considerarlo necesario. Un 20% refirió no haberlo realizado por trabas administrativas y un 14% refirió que prefiere que lo realice el cardiólogo o el hematólogo responsable. En la figura 7 se representan los porcentajes de los diferentes ACODs iniciados.

Porcentaje de ACODs por grupo iniciados en pacientes durante la pandemia tras cambio de AVK

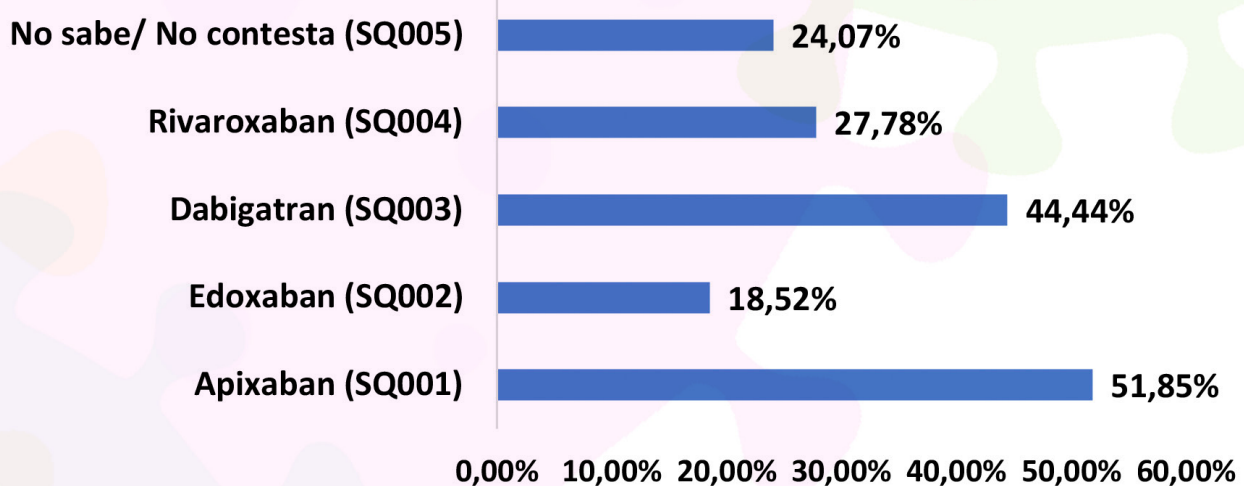


Figura 7. Porcentaje de ACODs por grupo iniciados en pacientes durante la pandemia tras cambio de AVK.

3. ¿Cómo se puede mejorar el control de estos pacientes y quién debe hacerlo?

En la segunda oleada de la encuesta, queríamos explorar las propuestas de soluciones y el abordaje de los pacientes con patologías crónicas (principalmente personas con diabetes mellitus, EPOC, asma bronquial y con FA con terapia anticoagulante) aquellas que el médico de

Atención Primaria tenía *"in mente"* para retomar su control en la fase postpandémica, conocida la imposibilidad de un seguimiento adecuado de estos pacientes durante la pandemia.

Los resultados obtenidos en esta segunda oleada de la encuesta son los siguientes:

Por sexos el porcentaje total de mujeres participantes fue del 40.5%, con un 59.5% de hombres. La edad media de los encuestados fue de 50.2 ± 13.1 años (26-66 años). Como en la primera, sólo intervinieron facultativos de Andalucía (70.8%) y de Extremadura (29.1%) (Fig.8). Por provincias el porcentaje mayor de respuestas se dio en Sevilla con el 15.2% del total, seguida *"ex aequo"* por Badajoz, Cáceres y Cádiz con el 13.9%, posteriormente Almería y Málaga con el 12.7% continuando Córdoba con un 3.9%, Granada y Huelva con el 3.8% y por último Jaén con un 1.3% (Fig.9).

Comunidad Autónoma

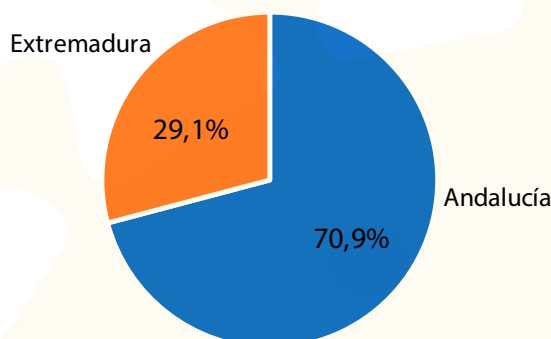


Figura 8. Distribución por Comunidad Autónoma de los participantes de la segunda encuesta.

Porcentaje de encuestas por provincias

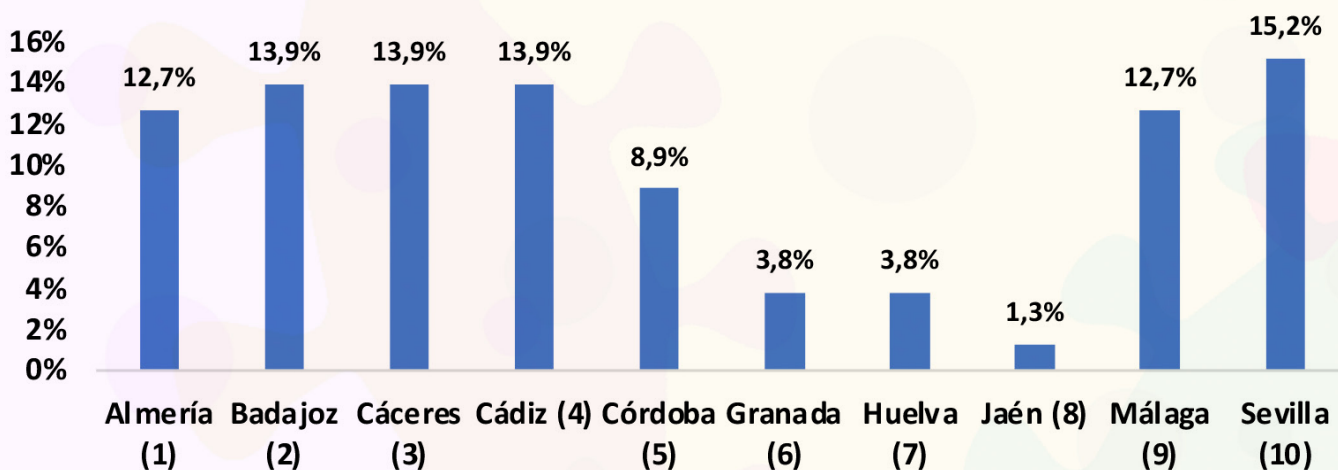
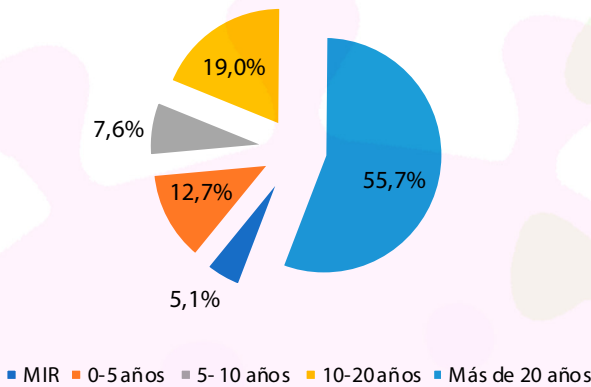


Figura 9. Distribución por provincia de los participantes de la encuesta.

La mayoría de los profesionales médicos que respondieron a la encuesta tenían más de 20 años de ejercicio profesional (55.7%) seguidos de los que tenían de 10 a 20 años de experiencia (el 19%). El 20% restante tenían menos de 10 años de antigüedad, estando muy infrarrepresentados el colectivo de los médicos en formación (MIR) con un escaso 5.1% (Fig. 10). La mayoría (65,8%) ejercían su labor en el ámbito urbano (poblaciones > 10.000 habitantes), seguidos (22,8%) de los

que lo hacen en poblaciones semiurbanas (2.000 a 10.000 habitantes) y por último (un escaso 11.4%) ejercían en el medio rural (poblaciones <2.000) (Fig. 11)

Facultativos que respondieron a la encuesta.
Años de ejercicio profesional



Ámbito geográfico

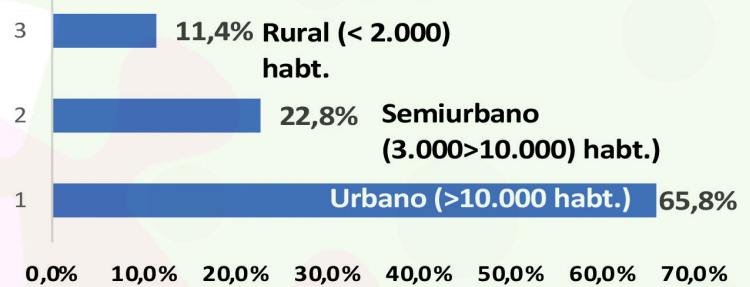


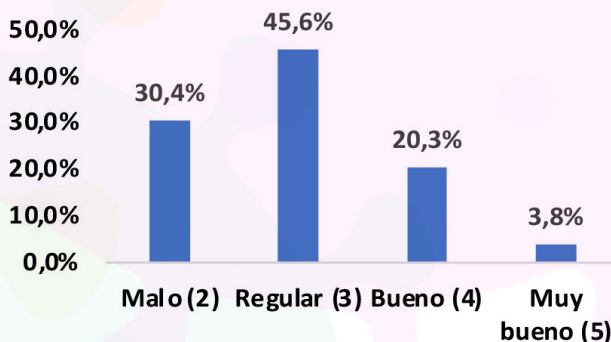
Figura 10. Años de ejercicio profesional de los facultativos encuestados.

Figura 11. Ámbito del centro de salud.

A la primera pregunta sobre el acceso por **vía presencial** del paciente crónico a las consultas de medicina o a la de enfermería, durante la pandemia Covid-19, las respuestas de los facultativos consideraron que está siendo malo o regular en el 76% de los encuestados y bueno o muy bueno en el 24.05% (Fig. 12).

A la segunda pregunta sobre el acceso **por vía telefónica** (en las mismas circunstancias descritas en la pregunta anterior), han considerado que ha sido malo o regular el 55.7% de los encuestados y bueno o muy bueno en el 44.3% (Fig.13).

Acceso por vía presencial del paciente crónico (DM, EPOC-ASMA, FA-TAO) al equipo de AP. ¿Cómo cree que ha sido?



Acceso por vía telefónica del paciente crónico (DM, EPOC-ASMA, FA-TAO) al equipo de AP. ¿Cómo cree que ha sido?

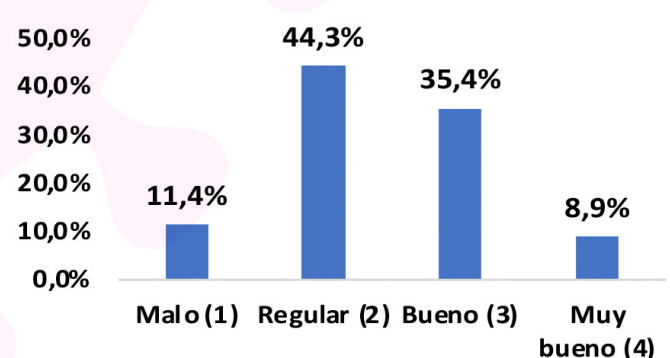


Figura 12. Ámbito del centro de salud.

Figura 13. Ámbito del centro de salud.

Cuando se pregunta o explora específicamente la creencia del encuestado sobre **el control metabólico en la persona con diabetes** tras 18 meses de pandemia lo consideran peor el 40.5%, igual que antes de la pandemia el 16.5%, un 39.2% creen que va mejorando y sólo el 3.8% responde que, ni pacientes, ni profesionales, se han podido preocupar de ello (Fig. 14).

La duración de la Pandemia se va prolongando ¿Has podido comprobar cómo ha evolucionado el control metabólico en los pacientes con Diabetes?

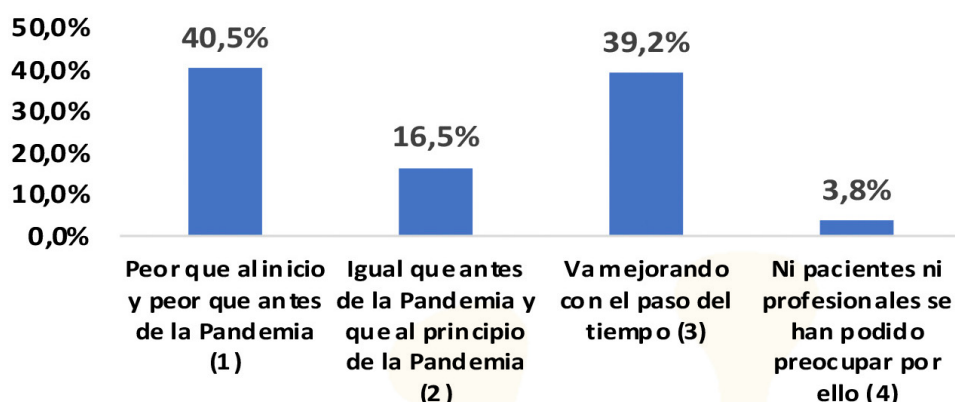


Figura 14. Respuesta a la cuestión "la duración de la Pandemia se va prolongando. ¿Has podido comprobar cómo ha evolucionado el control metabólico en los pacientes con diabetes?"

En relación con el paciente con diabetes, cuando se pregunta **cómo cree que ha sido su adhesión al tratamiento**, durante los últimos meses de pandemia, las respuestas oscilan entre el 26.6% que dicen que va peor y el 25.3% que va mejorando respectivamente, opinando la mayoría (un 41.8%) que está siendo igual que antes de la pandemia y finalmente, un porcentaje residual del 6.3% opina que ni los pacientes, ni los profesionales se han podido preocupar de ello (Fig.15).

La duración de la Pandemia se va prolongando ¿Has podido comprobar cómo ha sido la adhesión al tratamiento en los últimos meses en los pacientes con Diabetes?

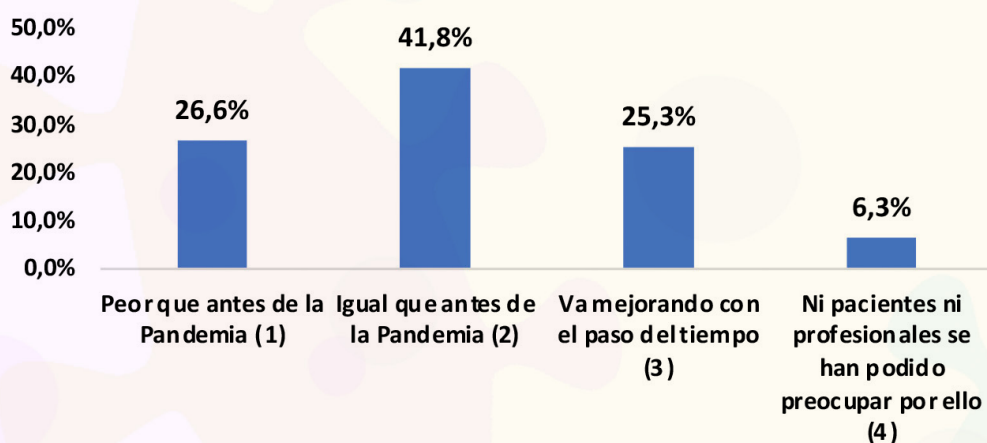


Figura 15. Respuesta a la cuestión "la duración de la Pandemia e va prolongando. ¿Has podido comprobar cómo ha sido la adhesión al tratamiento en los último mese en los pacientes con diabetes?"

Hemos querido conocer además respecto a la DM cómo ha **averiguado** el encuestado **el grado de adhesión al tratamiento**. Un 44.3% y un 43.0% han contestado, respectivamente que han preguntado directamente al paciente o que lo hicieron revisando la retirada de fármacos de la farmacia mediante el sistema informático, existente en cada autonomía. Un 10.1% decía que no había podido comprobarlo y un residual 2.53% mediante la prueba de Morinsky Green u otra similar (Fig.16).

Si has podido comprobar la adhesión al tratamiento en los pacientes Diabetes en el último año ¿Cómo lo has hecho?

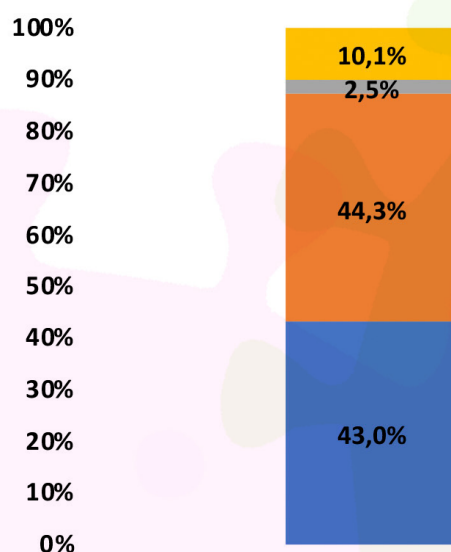


Figura 16. Respuesta a la cuestión "Si has podido comprobar la adhesión al tratamiento en los pacientes con diabetes en el último año, ¿cómo lo has hecho?".

Sobre el conocimiento del encuestado, si en las personas con **diabetes** de su cupo contagiadas por COVID-19, **habían tenido peor evolución y necesidad de más ingresos hospitalarios**, el 45.6% cree que igual que otros pacientes con comorbilidades crónicas, el 19%, peor que otros pacientes, opinando sólo el 1% que había sido mejor y un 33% lo desconocían (Fig.17).

¿Has observado si tus pacientes con Diabetes contagiados por COVID-19 han tenido peor evolución y necesidad de más ingresos en el Hospital?

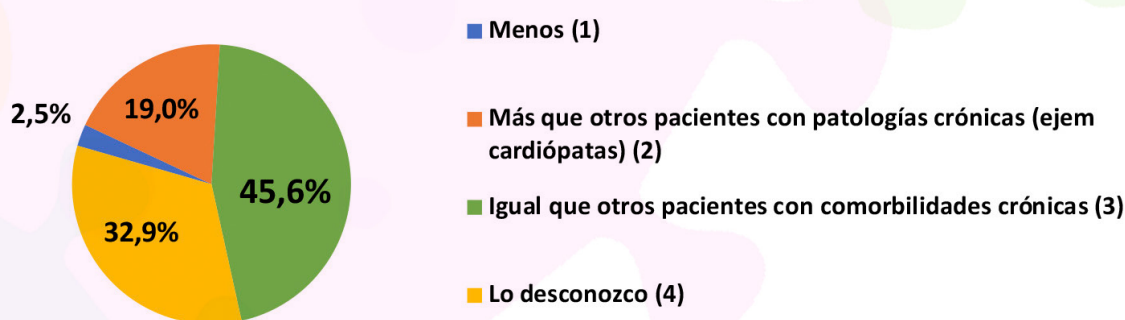


Figura 17. Respuesta a la cuestión "¿Has observado si tus pacientes con Diabetes contagiados por COVID-19 han tenido peor evolución y necesidad de más ingresos en el Hospital?".

Inciendo ahora sobre el **grado de control del paciente asmático durante la pandemia COVID-19**, la mayoría (el 46.8%) opinó que había sido peor porque no acudieron al centro de salud, seguido de peor debido a la imposibilidad de su atención por sobrecarga asistencial (36.7%), siendo una minoría del 10.1% y 6.3%, respectivamente, los que han contestado que el paciente si acudió al centro de salud, como lo hacía habitualmente a hacerse sus controles y que, además, han aportado autocontroles realizados en su domicilio con instrumentos como el **Peak Flow** o cumplimentando el cuestionario validado ACT (Asthma Control Test) (Fig.18).

¿Cómo has comprobado el grado de control de tus pacientes asmáticos durante la pandemia COVID-19?



Figura 18. Respuesta a la cuestión "¿Cómo has comprobado el grado de control de tus pacientes asmáticos durante la pandemia COVID-19?"

La **adhesión del paciente con patologías respiratorias crónicas (Asma y/o EPOC)** al tratamiento inhalado en el último año, la gran mayoría (un 54.4%) ha contestado que, mediante el registro y comprobación de la retirada de fármacos en la farmacia, a través del sistema informático, un 38% confiesa que no lo ha podido comprobar, y un escaso 3.8%, dice que lo ha hecho con los métodos validados del Test de Morinsky Green y con el cuestionario TAI (Test de Adhesión a los Inhaladores) (Fig.19).

¿Cómo has comprobado la adhesión al tratamiento inhalado en pacientes con ASMA y/o EPOC, en el último año?

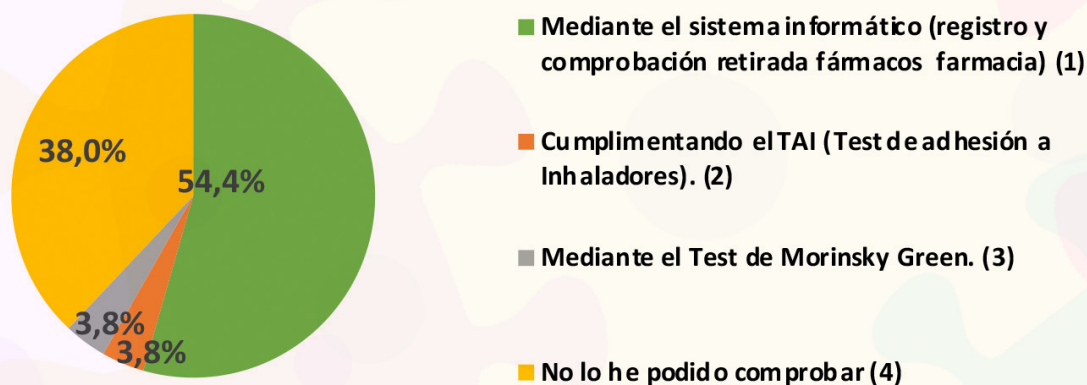


Figura 19. Respuesta a la cuestión "¿Cómo has comprobado la adhesión al tratamiento inhalado en pacientes con ASMA y/o EPOC, en el último año?"

En la primera oleada de la encuesta (CRONI-COV 1) a la pregunta "¿cómo dirías que ha sido la estabilidad clínica en tus pacientes con patologías crónicas respiratorias (Asma/EPOC), respecto a la etapa prepandémica?", las respuestas "Mejor" (34,4%) o "Mucho mejor" (28,99%), son las que obtuvieron un mayor porcentaje. Interrogados de nuevo (CRONI-COV 2), sobre ¿a qué cree que ha sido debido **la mejoría de dicha estabilidad clínica (ausencia de exacerbaciones)?**, casi 3 de cada 4 (un 74.7%) respondieron que se debió a la combinación del uso de mascarillas, el gel de lavado de manos y el distanciamiento social (medidas propuestas por las autoridades sanitarias)

y sólo un 8.9% respondieron que había sido por haber acudido menos los pacientes al Centro de Salud o al Hospital, al haber estado, éstos, confinados (Fig.20).

¿A qué cree que ha sido debido la mejoría de la estabilidad clínica (ausencia de exacerbaciones) en los pacientes con ASMA y EPOC respecto a la etapa prepandémica ?

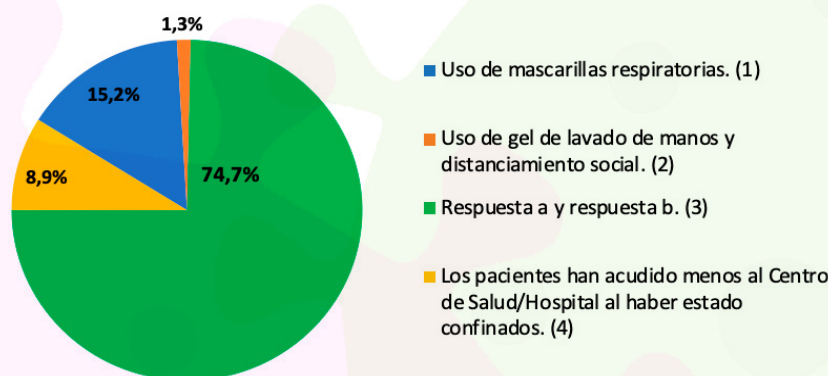


Figura 20. Respuesta a la cuestión "En la encuesta previa (CRONI-COV 1), a la pregunta ¿cómo dirías que ha sido la estabilidad clínica en tus pacientes con patologías crónicas respiratorias (asma/EPOC), respecto a la etapa prepandémica?, las respuestas "Mejor" (34,44%) o "Mucho mejor" (28,99%), son las que obtuvieron un mayor porcentaje de respuestas ¿a qué cree que ha sido debido la mejoría de dicha estabilidad clínica (ausencia de exacerbaciones)?"

Respecto al **Asma**, se les preguntó, que ¿cuál era su percepción sobre si estos pacientes, cuando estaban contagiados por el SARS-Cov2 habían tenido necesidad de ingresar más en el hospital? Un 40.5% contestó que en un porcentaje similar al de otras comorbilidades crónicas, un 20.25%, que habían ingresado más que los pacientes con otras patologías, el mismo porcentaje, que lo desconocía, y, por último, un 19% creía que lo habían hecho en menor proporción (Fig.21). Haciendo la misma pregunta, pero esta vez refiriéndonos a **EPOC**, los resultados fueron algo diferentes: el 43.1% nos dijo, que más que otros pacientes con otras patologías crónicas como por ejemplo los cardiópatas, el 31.7% que igual que en otros procesos crónicos, el 7.6% opinaba que menos y un 17.7% que lo desconocía (Fig.22).

¿Has observado si tus pacientes con ASMA, contagiados por SARS-Cov2 han tenido necesidad de ingresar en el Hospital?

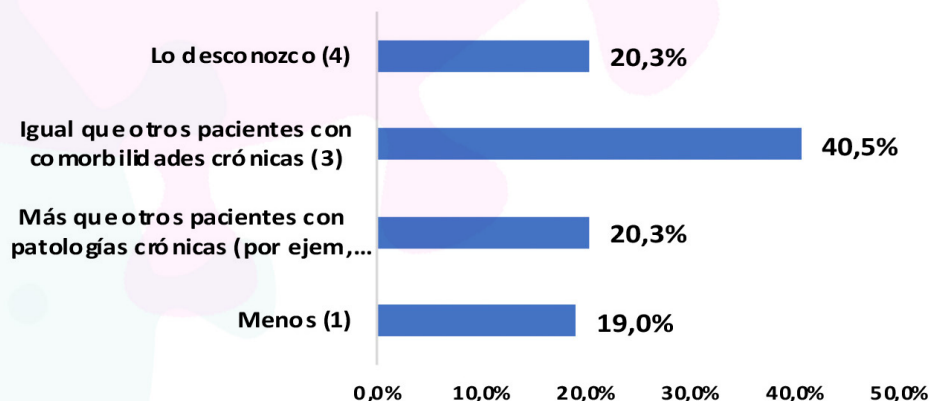


Figura 21. Respuesta a la cuestión "¿Has observado si tus pacientes con asma, contagiados con SARS-COV2 han tenido necesidad de ingresar en el hospital?"

¿Has observado si tus pacientes con EPOC, contagiados por SARS-Cov2 han tenido necesidad de ingresar en el Hospital?

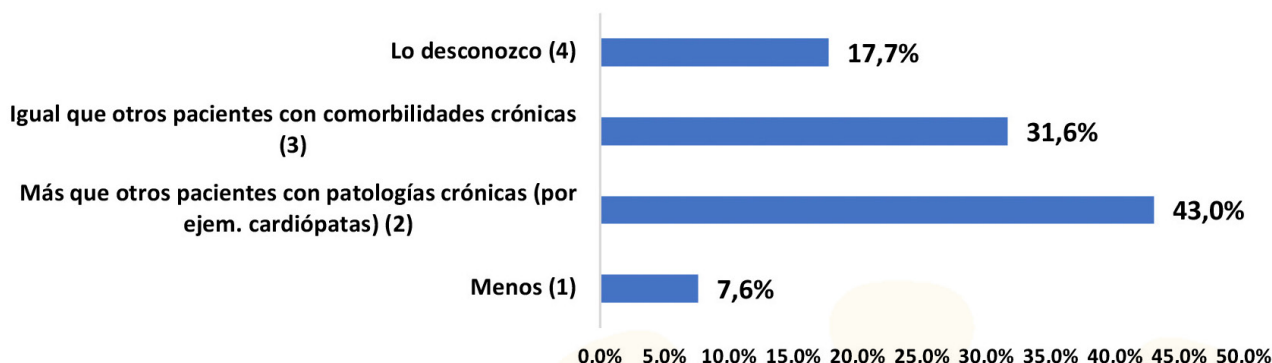


Figura 22. Respuesta a la cuestión "¿Has observado si tus pacientes con EPOC, contagiados con SARS-COV2 han tenido necesidad de ingresar en el hospital?".

Una nueva fase y objeto de esta 2ª oleada de la encuesta fue conocer qué medidas adoptarían los encuestados para revertir esta situación de mal control de patologías crónicas en la Atención Primaria en Andalucía y Extremadura.

En las personas con **diabetes**, los encuestados proponen mayoritariamente (46.8%), establecer una recuperación activa de los pacientes en la que participe todo el personal del centro, utilizando listados y realizando citas personalizadas, seguido con un (32,9%) la opción de recuperar la realización de programas de despistaje de complicaciones (consultas de pie diabético, retinografías, revisión enfermería, etc.), como antes de la pandemia, un 19%, propone crear agendas específicas para el control de pacientes crónicos para lograr, así, que el paciente acuda, un y muy reducido 1.3% comunicó que, en este momento, no era prioritario el control de pacientes con diabetes (Fig.23).

¿Qué medida crees que es más prioritaria para mejorar el control de las personas con diabetes en la situación actual de la AP

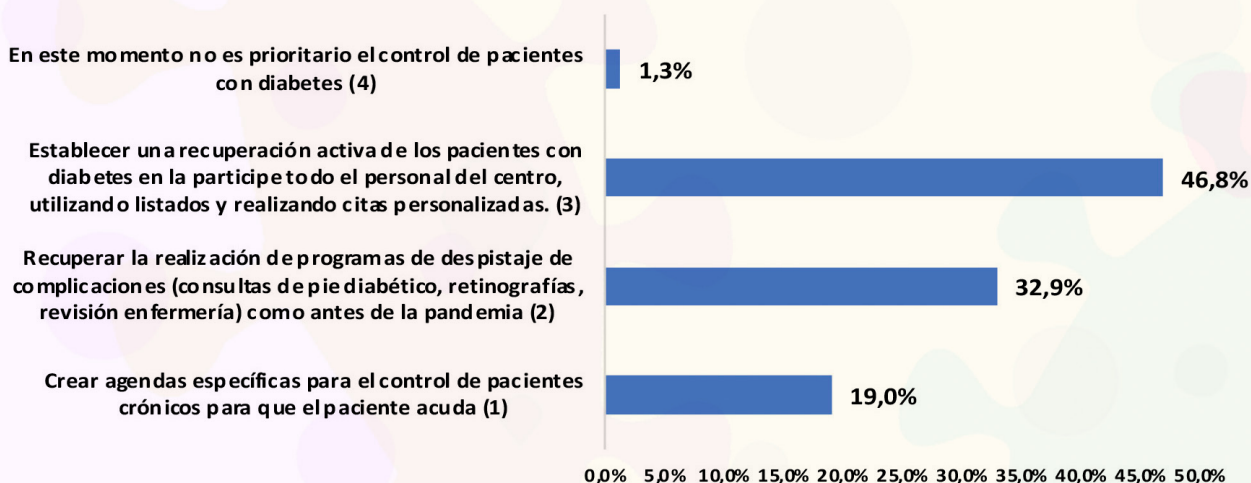


Figura 23. Respuesta a la cuestión "¿Qué medida crees que es más prioritaria para mejorar el control de las personas con diabetes en la situación actual de la AP?".

Cuando preguntamos ¿Crees que la implementación de programas estructurados mixtos presenciales/ telefónicos para **el control de personas con Diabetes** puede ser útil en el contexto actual de la Atención Primaria?, mayoritariamente, casi 3 de cada 4 encuestados (74.7%) contestó

que “totalmente de acuerdo”; un 22.8% respondió “no lo veo claro, pero sería interesante intentarlo”, les resultó indiferente al 2.5% y ninguno (0.0%), estuvo en desacuerdo (Fig.24).

¿Crees que la implementación de programas estructurados mixtos presenciales/telefónicos para el control de personas con DM puede ser útil en el contexto actual de la AP?



Figura 24. Respuesta a la cuestión “¿Crees que la implementación de programas estructurados mixtos presenciales/telefónicos para el control de personas con DM puede ser útil en el contexto actual de la AP?”

Ante la cuestión sobre si debería reforzarse el **papel de enfermería en el control de la Diabetes** hubo una gran unanimidad ya que el 91.1% respondió que “sí, sin lugar a dudas” y sólo hubo un 8.9% “no lo veía claro, pero sería interesante intentarlo”, no habiendo ningún facultativo de los encuestados que contestase que no lo veía necesario, ni que le era indiferente (Fig.25).

¿Crees que, en la situación actual de la Atención Primaria (pandemia COVID-19), debería reforzarse el papel de la enfermería para el control de la diabetes?

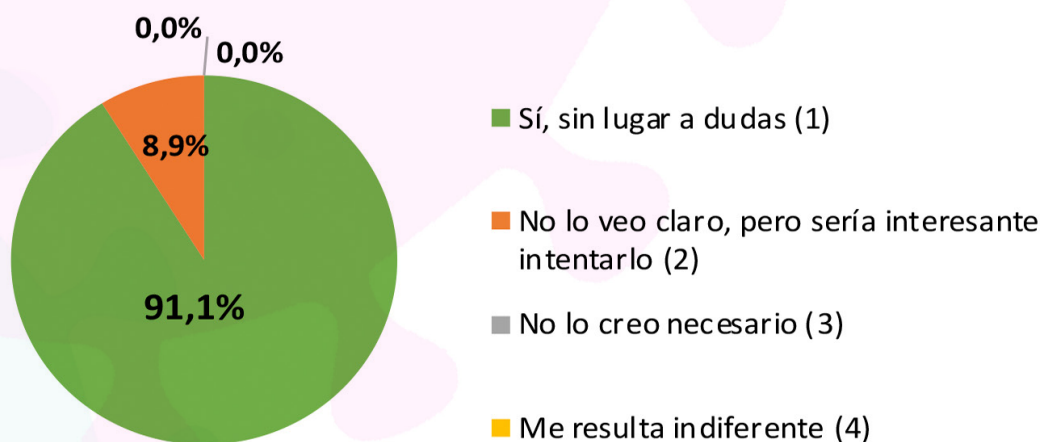


Figura 25. Respuesta a la cuestión “¿Crees que, en la situación actual de Atención primaria (pandemia COVID-19), debería reforzarse el papel de la enfermería para el control de la diabetes?”

Trasladando las preguntas anteriores al **paciente respiratorio crónico**, sobre si los facultativos se habían planteado **mejorar el control de estos pacientes**, respondió que “sí” un 64.6%, “no” un 13.9%, y un 21.5%, que “aún no se lo había planteado” (Fig.26).

A raíz de la pandemia, los controles en los pacientes respiratorios crónicos han sido deficientes. ¿Se ha planteado usted mejorarlos?

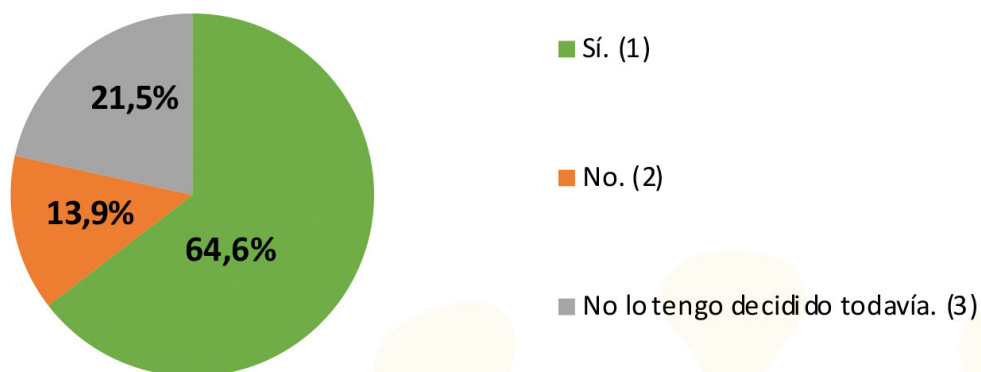


Figura 26. Respuesta a la cuestión A raíz de la pandemia, los controles en los pacientes respiratorios crónicos han sido deficientes. ¿Se ha planteado usted mejorarlos?

A los que habían contestado afirmativamente a la anterior pregunta, se les interrogó sobre ¿Cómo se ha planteado usted hacerlo? la mayoría (54.9%) respondieron que, usando una combinación de dos estrategias: "obteniendo el listado de pacientes EPOC y/o Asma de mi cupo, para ir citándolos presencialmente" (individualmente contestaron a esta opción, el 27.45%) y "cuando vayan acudiendo a la consulta por otros motivos" (como medida aislada sólo el 17.65% contempló esta opción). Nadie contestó que "aún no se lo había planteado" (Fig.27).

Si la respuesta anterior ha sido sí. ¿Cómo se ha planteado usted hacerlo?

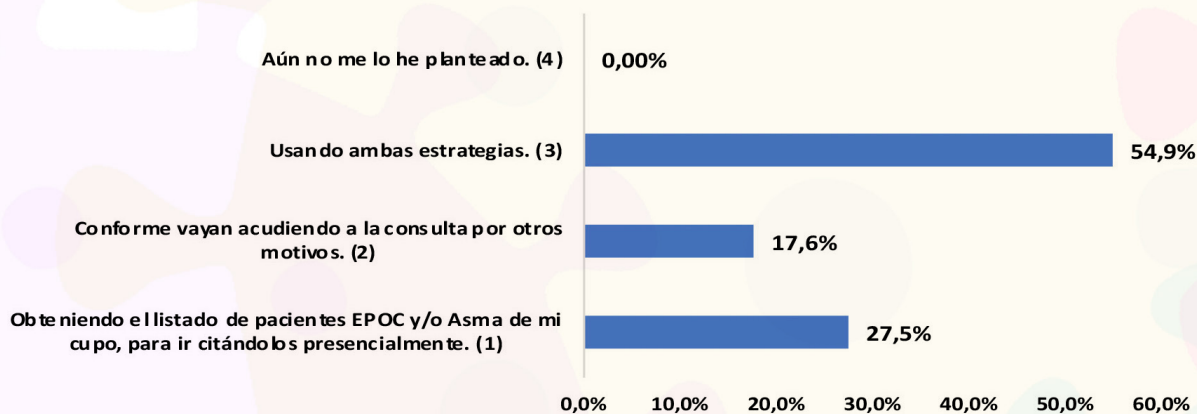


Figura 27. Respuesta a la cuestión "Si la respuesta anterior ha sido sí, ¿cómo se ha planteado usted hacerlo?"

Cuando quisimos conocer cuál serían **los instrumentos clínicos óptimos** para realizar este control, **en pacientes con Asma y/o EPOC**, la mayoría (45.6%) se decantó por la "anamnesis sobre la estabilidad e impacto para determinar control" en EPOC (novedad que incorpora GesEPOC 2021) así como "el control y exacerbaciones en el año previo" (Asma), además de la "auscultación cardio pulmonar", como el método idóneo, un 29.1% pensó que lo anterior más "el empleo de los cuestionarios validados en ambas enfermedades" [CAT -COPD Assessment Test- en la EPOC, ACT -Asthma Control Test- en el Asma y el TAI -Test de Adhesión a los Inhaladores- en ambas patologías], era el método de elección. Un 15.2% pensó que la primera respuesta más los cuestionarios CAT y ACT y por último sólo el 10.1% creyó que la primera respuesta (control clínico) y el TAI, eran la estrategia idónea (Fig.28).

En la pregunta acerca de si **el papel de enfermería era clave para retomar el control de las personas con patologías respiratorias crónicas**, no hubo tanta unanimidad como con la diabetes: el 74.7% respondió que “sí, sin lugar a dudas”, el 24.05% respondió con un “no suelen implicarse, pero, sería muy importante intentar que lo hiciesen”, les resultaba indiferente al 1.3% y ningún facultativo de los encuestados (0.0%) contestó que no lo veía necesario (Fig.29).

¿Cuál cree que serían los instrumentos clínicos óptimos para realizar este control?

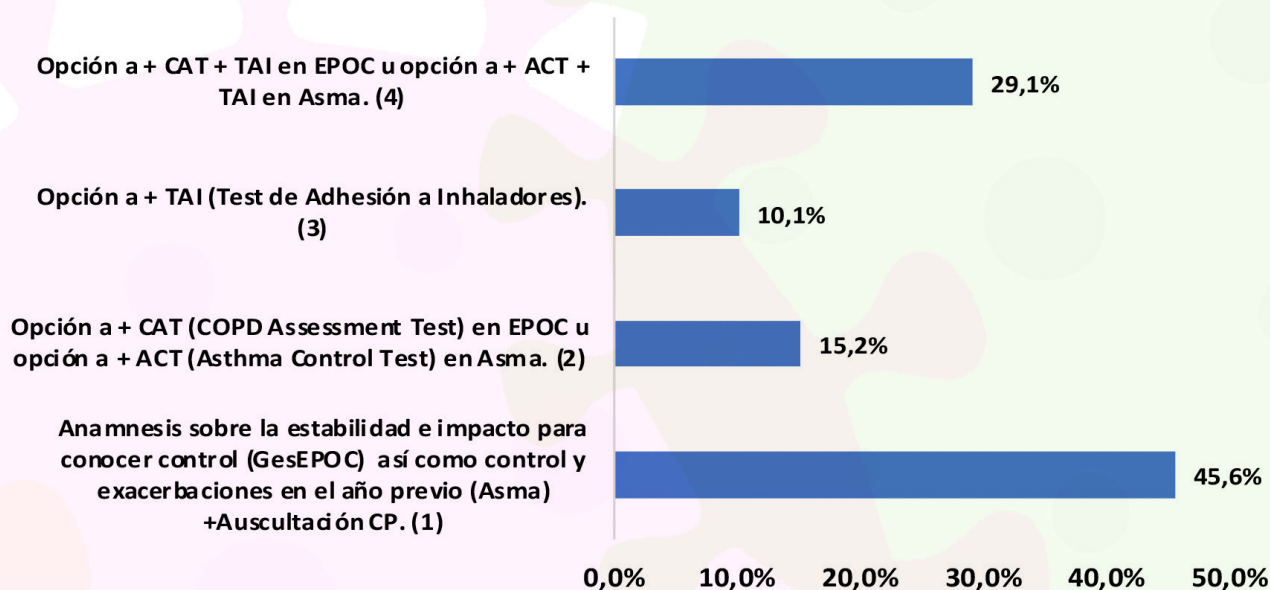


Figura 28. Respuesta a la cuestión “¿Cuál cree que serían los instrumentos clínicos óptimo para realizar este control?”

Tras la pandemia Covid 19 ¿Cree que es importante la colaboración de enfermería en el control del paciente con enfermedad respiratoria crónica (Asma/EPOC)?

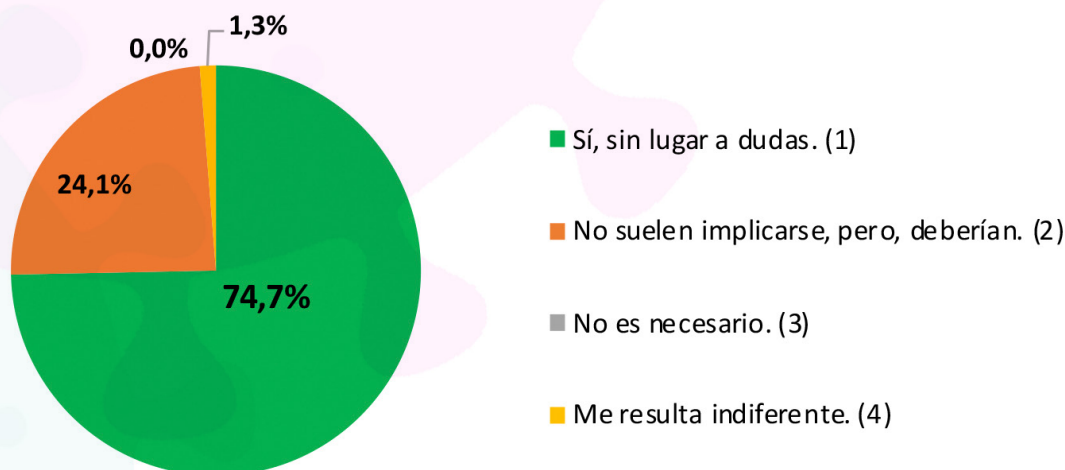


Figura 29. Respuesta a la cuestión “Tras la pandemia COVID 19 ¿Cree que es importante la colaboración de enfermería en el control del paciente con enfermedad respiratoria crónica (Asma/EPOC)”.

Al indagar en el estado de opinión de los facultativos de Andalucía y Extremadura sobre la estrategia idónea para mejorar el **grado de control de los pacientes anticoagulados**, la gran mayoría (54.4%) respondió "revisar historia clínica y sistema TAO -Tratamiento Anticoagulante Oral- mediante el TRT -Tiempo en Rango Terapéutico-, más detenidamente", "suprimir barreras administrativas" el 26% (más de 1 de cada 4 encuestados), "aumentando el porcentaje de controles presenciales", un 12.7% y "otros métodos" en el 6.3% (Fig.30).

¿Qué considera que se debe realizar para mejorar el grado de control de la anticoagulación?

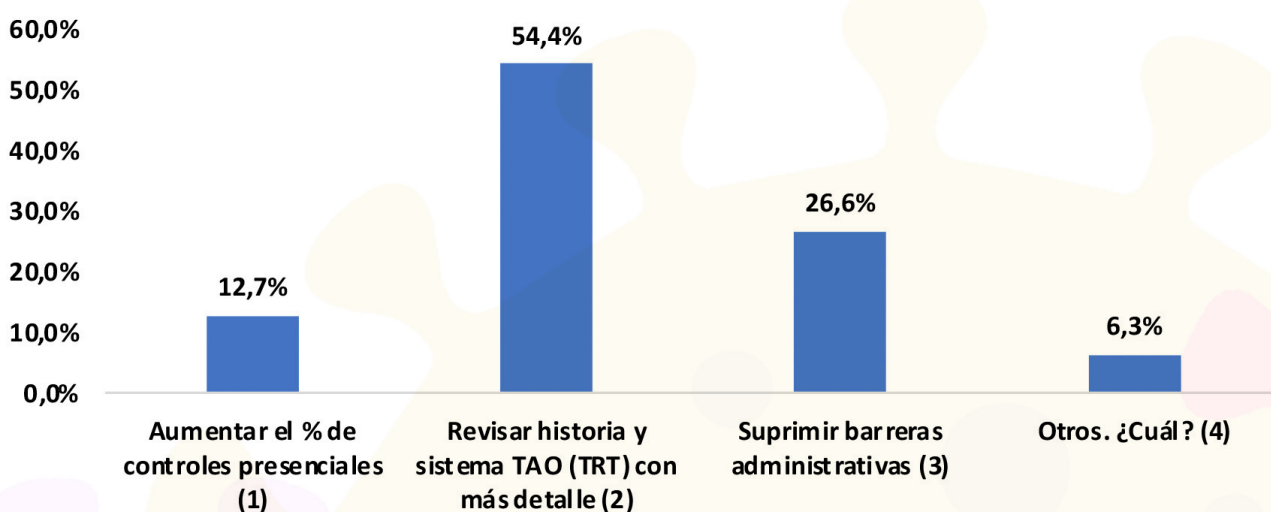


Figura 30. Respuesta a la cuestión "¿Qué considera que se debe realizar para mejorar el grado de control de la anticoagulación?".

Respecto al papel de enfermería en la mejoría del control del paciente anticoagulado, las respuestas pueden ser superponibles a las obtenidas en la diabetes: "sí, sin lugar a duda" el 89.9%; "es igual de importante" el 7.6%; y finalmente, "no lo consideraban importante", el 2.5% (Fig.31).

¿Cree que, tras la pandemia por la COVID-19, es importante involucrar más a los profesionales de enfermería para el control de anticoagulación, mejora de adherencia y educación en medidas higiénico-dietéticas?

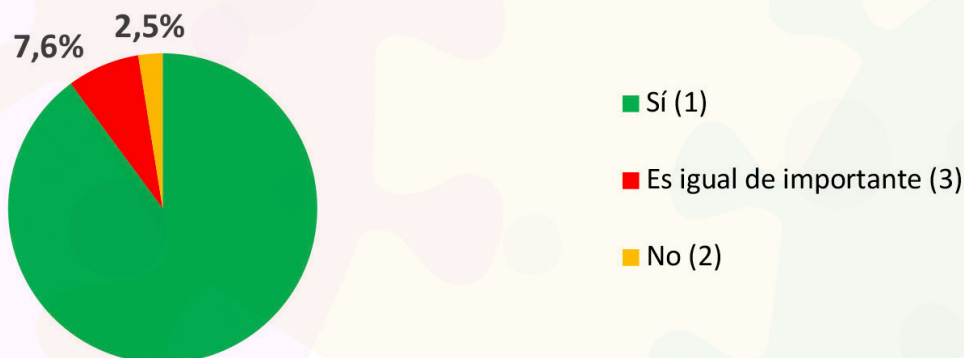


Figura 31. Respuesta a la cuestión "¿Cree que la pandemia por COVID-19 es importante involucrar más a los profesionales de enfermería para el control de anticoagulación, mejora de adherencia y educación en medidas higiénico-dietéticas?".

La última pregunta de esta sección tenía un componente más administrativo. Nos interesó conocer la opinión de los encuestados a la siguiente pregunta: **¿Creé usted que se debería eliminar en todas las CCAA el visado de ACOD para facilitar el cambio de AVK a ACOD?**

¿Creé usted que se debería eliminar en todas las CCAA el visado de ACOD para facilitar el cambio de AVK a ACOD?

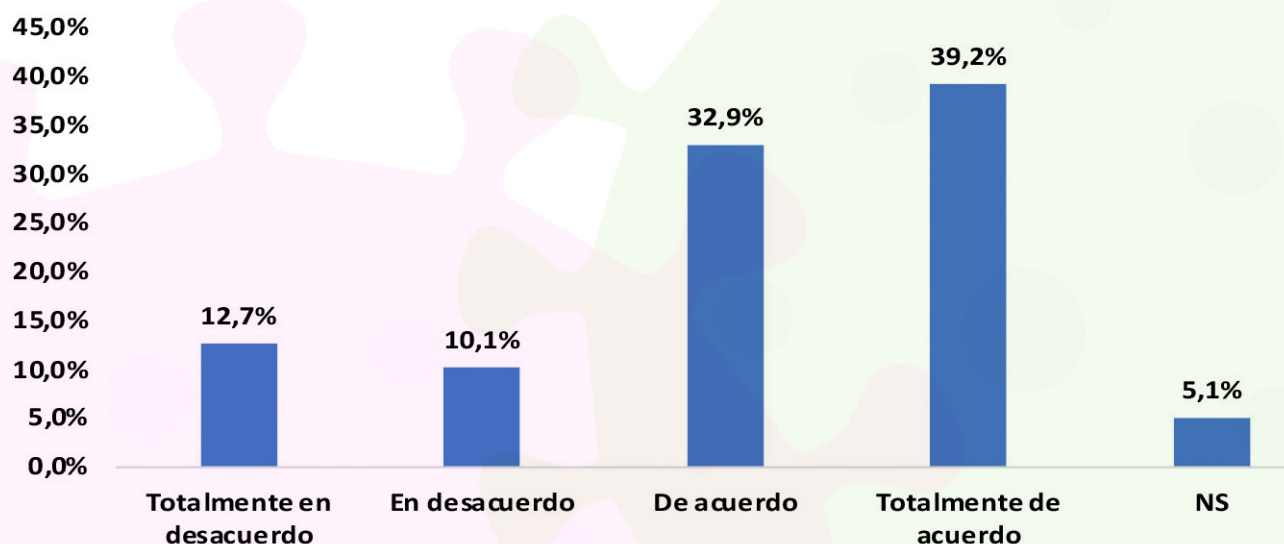


Figura 32. Respuesta a la cuestión "¿Creé que la pandemia por COVID-19 es importante involucrar más a los profesionales de enfermería para el control de anticoagulación, mejora de adherencia y educación en medidas higiénico-dietéticas?"

Las respuestas fueron: "totalmente de acuerdo" y "de acuerdo" en el 72.15% de los encuestados; "en desacuerdo" el 10.1% y "totalmente en desacuerdo" el 12.7% (ambas respuestas sumadas alcanzaban el 22.8%); sólo el 5.1% respondió "no sabe" (Fig.32).

La última pregunta de esta encuesta la hemos formulado de manera abierta para que los profesionales escribieran libremente sus opiniones e ideas. La pregunta es: ¿qué mejoras deberíamos instaurar para un control más eficiente del paciente anticoagulado?

Las 66 respuestas recibidas la hemos agrupado en 4 grandes bloques:

A. Formación/empoderamiento del paciente anticoagulado

1. Actividades grupales tipo talleres de autocuidado, uso de herramientas diagnósticas y manejo de medidas higiénico-dietéticas, entre pacientes con similar patología y anticoagulación.
2. Vigilancia, seguimiento y control establecido.
3. Educación sanitaria para que el paciente tome conciencia de su medicación.
4. Fomentar el autocontrol y la autonomía respecto a los profesionales.
5. La educación del paciente y las medidas que faciliten el cumplimiento.
6. Información y educación para la salud.

B. Formación del profesional en patología cardiovascular y manejo de anticoagulantes tipo Anti Vitamina K (AVK) y los Anticoagulantes de Acción Directa (ACOD).

1. Mejor formación de profesionales tanto hospitalarios como extra hospitalarios.
2. Formación de enfermería en anticoagulación.
3. Formación en uso de fármacos Anti Vitamina K y ACOD para médicos y enfermeros.
4. Mejorar la formación y concienciación de la mala calidad de la ACO en ESPAÑA.
5. Formación del profesional de Atención Primaria.
6. Más facilidad de consulta. Formar a enfermería para consultas menores.
7. Clarificar las indicaciones.

C. Problemas de tipo administrativo

1. Que se impliquen más los Hematólogos en el seguimiento con mejor acceso a ellos desde AP.
2. Suprimir barreras administrativas.
3. Conexión interniveles eficiente y directa entre centro de salud y hospitales.
4. Más médicos = menos pacientes por médico.
5. Mejorar la accesibilidad de nuestros pacientes más mayores.
6. Eliminar barreras a la hora de las prescripciones, mayor implicación de la enfermería en cuanto a revisión de tratamientos y grado de adherencia a los mismos.
7. Uso de ACOD.
8. Más controles.
9. Eliminación de visados de ACOD.
10. Acceso de AP a Hematología.
11. Agenda de enfermería para dudas.
12. Ya se hacen.
13. Quitar trámites administrativos.
14. Coordinación con Hematología.
15. Espacio propio o bien una agenda para ese control.
16. Involucrar a todo el personal sanitario.
17. Evitar barreras administrativas para prescribir nuevos anticoagulantes. En los pacientes en los que no esté indicado facilitar dispositivos para el autocontrol.
18. Facilitar consulta de seguimiento donde se implique a enfermería.
19. Coagucheck por cada médico.
20. Poder prescribir ACOD sin visado.
21. Alerta informática si TRT es inferior al deseado..... trombótico y de sangrado (CHAD VASC y HAS BLEED).
22. Suprimir trabas administrativas y visados.
23. ¡¡Más tiempo!!
24. Crear partes en la agenda en exclusiva para pacientes crónicos.
25. Mas accesibilidad a cita presencial.

26. Eliminar visado, priorizar controles y alarmas para informar del mal control en el TRT de los pacientes.
27. Cambio a NACO/ACOD en muchos más pacientes.
28. Mejorar la comunicación con Hematología.
29. Sin un tiempo mínimo por paciente y con la enorme sobrecarga de trabajo, es imposible actualmente plantear mejoras en el control de ningún paciente crónico.
30. Establecer sistemas de cálculo de controles de adecuación y adherencia terapéutica, integrándolos en el sistema informático.
31. Que se permita la libre prescripción de NACO/ACOD. No ocurre en todas las provincias de Andalucía.

D. Optimizar la gestión de la consulta del médico de Atención Primaria.

1. Adecuar el tipo de anticoagulación a cada paciente, valorando la opción de ACOD.
2. Controlar mejor el grado de cumplimiento terapéutico y tener más en cuenta el Tiempo en Rango Terapéutico (TRT) cuando el paciente está siendo tratado con AVK.
3. Cambio a ACOD.
4. Individualizar cada caso.
5. Controles más continuos.
6. Implementación del conocimiento de las guías de práctica clínica.
7. Hacer controles más rigurosos y algoritmos específicos de diagnóstico y tratamiento para ellos.
8. Control de la presión arterial en el postoperatorio y de las interacciones de los anticoagulantes con otros fármacos.
9. Revisar historias y estado actual de los pacientes de manera activa y valorar cambio a NACO/ACOD.
10. Valorar su adherencia al tratamiento.
11. Evitar inercia terapéutica. Programar y asignar tiempo predeterminado a estos pacientes, fuera de la consulta presencial normal.
12. Facilitar controles, involucrar a enfermería.
13. También es importante revisar otros fármacos y la alimentación.
14. Revisión sistemática del TRT.
15. Anamnesis dirigida a interacciones y efectos secundarios además de a la adherencia.
16. Controles periódicos tanto en AVK como en ACOD.
17. Autoencuesta de dieta y fármacos 48h previas al control.
18. Más información presencial por parte de enfermería, como dietas adecuadas, ejercicio habitual, etc.
19. Cambio a NACO en muchos más pacientes.
20. Control personalizado.
21. El control de mis pacientes es eficiente, no introduciría ninguna mejora.

22. Visitas y consejos más intensificados.
23. Citas programadas con un tiempo acordado y Acceso a consulta directa ante dudas y complicaciones.
24. Comprobar la toma de la medicación.
25. Valorar analítica.
26. Establecer sistemas de cálculo de controles de adecuación y adherencia terapéutica e integrarlos en el sistema informático.
27. Consulta compartida de médico de familia con enfermería.

E. Respuestas de difícil clasificación.

1. No lo sé.

4. Conclusiones y recomendaciones

1. En general, los médicos de familia consideran que la pandemia ha supuesto un empeoramiento del control de sus pacientes en las principales patologías crónicas analizadas dentro de la encuesta (DM, Asma/EPOC, pacientes con FA anticoagulados).
2. La principal barrera ha sido la dificultad de acceso al EBAP por diferentes motivos.
3. El diagnóstico y seguimiento de pacientes con DM y patología respiratoria ha sido insuficiente, así como la valoración de la adherencia terapéutica. La telemedicina puede ayudar en la recuperación y seguimiento, aunque es necesario mejorar las herramientas necesarias para implantarla y seleccionar aquellos pacientes en los que verdaderamente pueda ser de utilidad.
4. Se han realizado cambios en pacientes anticoagulados con AVK a ACOD, aunque aún siguen siendo las barreras administrativas la principal dificultad referida por los MF para no hacerlo a pesar de que existe un elevado porcentaje de pacientes que no presenta un TRT adecuado.
5. Se debe retomar el control de los pacientes crónicos, mejorando la formación de los profesionales en el manejo de las patologías crónicas, facilitando el acceso sin limitaciones a los tratamientos y empoderando a los pacientes en el conocimiento de sus patologías.
6. Como soluciones para retomar el control de paciente con DM se propone iniciar una recuperación activa de los pacientes, en la que participe todo el personal del centro, utilizando listados y realizando citas personalizadas, además de recuperar la realización de programas de despistaje de complicaciones (consultas de pie diabético, retinografías, revisión enfermería, etc).
7. Definir un proceso de actuación en el que se implique al completo a la Unidad Básica Asistencial: médico de familia y enfermería.
8. Se recomienda la utilización de la escala de riesgo cardiovascular actualizadas por las guías de las diferentes Sociedad científicas implicadas: Sociedad Europea de Cardiología y Sociedad Europea de Prevención Cardiovascular. Priorizar de manera preferente el abordaje de los pacientes de alto riesgo.
9. Respecto a la recuperación del paciente respiratorio crónico (Asma/EPOC) para su control, se establece una doble estrategia: obtener el listado de pacientes EPOC y/o Asma del cupo, para ir citándolos presencialmente y/o cuando vayan acudiendo a la consulta por otros motivos.

Se utilizará la anamnesis sobre la estabilidad e impacto para determinar control en EPOC, así como el control y exacerbaciones en el año previo (asma), además de la auscultación cardio pulmonar.

10. Se recomienda revisar listado de pacientes EPOC con alto riesgo y más inestables para citar de forma preferente.
11. Implementación del uso de la escala de disnea mMRC.
12. Revisión del patrón de exacerbaciones en cada visita y ajuste de la terapia broncodilatadora según recomendaciones de las guías GOLD y GesePOC.
13. Se sugiere como estrategia idónea para mejorar el grado de control de los pacientes anticoagulados la revisión de la historia clínica y el sistema TAO -Tratamiento Anticoagulante Oral- mediante el TRT -Tiempo en Rango Terapéutico-, más detenidamente, en segundo lugar, suprimir las barreras administrativas, tales como el visado, aunque la gran mayoría está de acuerdo en su eliminación.
14. Se considera imprescindible la colaboración de enfermería en el abordaje del paciente crónico tras la pandemia, si se quiere conseguir el control de estos pacientes.

5. Propuesta de acciones a realizar.

- a. Implementar la gestión de la consulta del médico de Atención Primaria, optimizando el uso de las nuevas tecnologías.
- b. Resolver las barreras administrativas de acceso a los tratamientos.
- c. Aumentar la capacidad de resolución del primer nivel asistencial, facilitando la formación de los profesionales en las patologías crónicas.
- d. Formación/empoderamiento del paciente crónico.

6. Bibliografía

1. Huaño C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395: 497-506.
2. S. Cinza-Sanjurjo, R.M. Micó-Pérez, S. Velilla-Zancada, M.A. Prieto-Díaz, G.C. Rodríguez-Roca, A. Barquilla García, J. Polo García, V. Martín Sánchez y J.L. Llisterri Caro, en representación de los investigadores del estudio IBERICAN. Factores asociados al riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular y renal en el estudio IBERICAN (Identificación de la población Española de Riesgo Cardiovascular y reNal): resultados definitivos. *Semergen*. 2020; 46(6):368-378.
3. Gómez Sáenz JT, Gérez Callejas MJ, Hidalgo Requena A, Ginel Mendoza L, González Aguilera J, Quintano Jiménez JA. Mortalidad por asma en España, 1990-2015. *Med Fam SEMERGEN*. 2019;45(7):449-57. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359319301042>.
4. GUÍA ASMA GRAP 2020-2 [Internet]. Issuu. [citado 15 de julio de 2021]. Disponible en: https://issuu.com/respiratoriograp/docs/guia_grap.
5. López Pereira P, Gandarillas Grande AM, Díez Gañan, Ordovás Gavín M. Evolución de la prevalencia de asma y factores sociodemográficos y de salud asociados en población de 18 a 64 años de la comunidad de Madrid (1996-2013) *Rev Esp Salud Pública*. 2017;91.
6. Miravittles M, Sliwinski P, Rhee CK, Richard W, Costello RW, Carter V, Tang J, Lapperre TS, Alcazar B, Gouder C, Esquinas C, García-Riverol JL, Kempainen A, Tee A, Román-Rodríguez M, Soler-Cataluña JJ, Price DB. Evaluation of criteria for clinical control in a prospective, international, multicenter study of patients with COPD. *Respiratory Medicine* 136

(2018) 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2018.01.019>.

7. Soler-Cataluña JJ, Pere Almagro P, Huerta A, González-Segura D, Cosío BD. Clinical Control Criteria to Determine Disease Control in Patients with Severe COPD: The CLAVE Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2021; 16:137-146. doi:10.2147 / COPD.S285385.
8. Soriano Joan B et al. Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II, *Archivos de Bronconeumología*, Volumen 57, Issue 1, 2021, 61-69.
9. Gómez-Doblas JJ, Muñiz J, Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67:259–69.
10. Barrios V, Escobar C, Prieto L, Osorio G, Polo J, Lobos JM, Vargas D, García N. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. *Rev Esp Cardiol*. 2015; 68 (9): 769-76.
11. Anguita M, Bertomeu-Martínez V, Cequier Fillat A; en representación de los investigadores del estudio CALIFA Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia del mal control y factores asociados *Rev Esp Cardiol* 2015; 68: 761-8.

ANEXO 1.

ENCUESTA 1 del PROYECTO CRONI-COV: Situación actual de los pacientes crónicos tras un año de pandemia.

1. **Sexo** (H/M)
2. **Edad** (respuesta numérica)
3. **Provincia** (seleccionar de un listado)
4. **CCAA** (Andalucía o Extremadura)
5. **Años de ejercicio profesional*** (MIR, 0-5 años, 5- 10 años, 10-20 años, > 20 años)
*MIR o años de ejercicio tras finalización de la residencia.
6. **Ámbito** (Urbano -Superior a 10.000 habitantes-, Semiurbano – de 2000 a 10.000 habitantes y Rural – menos de 2000 habitantes).
7. **Respecto al uso de la teleconsulta en el paciente crónico (con diabetes, con enfermedad respiratoria crónica, con FA y tratamiento anticoagulante, u otras patologías crónicas) durante la pandemia, señale la afirmación con la que esté más de acuerdo:**
 - a. No es una herramienta adecuada para estos pacientes.
 - b. Es una herramienta útil pero no disponemos de los medios adecuados (sistemas de videollamada, tiempo necesario, etc).
 - c. Es una herramienta útil, pero quizá insuficiente para las necesidades de este tipo de pacientes.
 - d. Ha demostrado un claro beneficio en todas las situaciones que implican a este tipo de pacientes.
8. **Respecto al acceso del paciente crónico (con diabetes, con enfermedad respiratoria crónica, con FA y tratamiento anticoagulante, u otras patologías crónicas) al equipo de atención primaria (medicina y enfermería), piensa que ha sido:**
 - a. Mal.
 - b. Regula.
 - c. Buen.
 - d. Muy buen.

Paciente con Diabetes:

9. **Durante la pandemia COVID 19, con relación a los pacientes con diabetes, has diagnosticado respecto a la etapa prepandémica:**
 - a. Menos pacientes debido a imposibilidad de atención por sobrecarga asistencial.
 - b. Menos pacientes porque no han acudido al centro de salud..
 - c. Una cantidad similar de pacientes.
 - d. Mayor número de pacientes.
10. **Durante la pandemia, piensas que el control glucémico recomendado para el paciente con diabetes (HbA1c y/o revisión de glucemias capilares) se ha llevado a cabo:**
 - a. En menor cantidad y calidad a la de antes de la pandemia.
 - b. En una cantidad y calidad similar a la de antes de la pandemia.
 - c. En mayor cantidad y calidad a la de antes de la pandemia.
 - d. No es un tema del que me haya podido preocupar durante la pandemia.
11. **Durante la pandemia, las exploraciones indicadas para la detección de complicaciones en personas con diabetes (retinografía, control de pie diabético), se han llevado a cabo:**
 - a. A menor ritmo que antes de la pandemia..
 - b. Al mismo ritmo que antes de la pandemia.
 - c. A mayor ritmo que antes de la pandemia.
 - d. Han sido suspendidas por completo.
12. **Piensas que la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con diabetes durante la pandemia ha sido, respecto a antes de la pandemia:**
 - a. Peor que antes.
 - b. Igual que antes.
 - c. Mejor que antes.

d. Ni pacientes ni profesionales se han podido preocupar por ello.

13. Piensas que la intensificación del tratamiento en Atención Primaria de los pacientes con diabetes, en caso de haber sido necesario, durante la pandemia ha sido:

- a. Peor que antes.
- b. Igual que antes.
- c. Mayor que antes.
- d. Ni pacientes ni profesionales se han podido preocupar por ello.

Paciente Respiratorio:

14. ¿Cuál dirías que es el grado de control de tus pacientes asmáticos ahora, respecto a la etapa prepandémica?

- a. Peor que antes debido a imposibilidad de atención por sobrecarga asistencial.
- b. Peor que antes porque no han acudido al centro de salud.
- c. Igual que antes.
- d. Mejor que ante.

15. ¿Cuál dirías que es el grado de control de tus pacientes con EPOC ahora respecto al de la etapa prepandémica?

- a. Peor que antes debido a imposibilidad de atención por sobrecarga asistencial.
- b. Peor que antes porque no han acudido al centro de salud.
- c. Igual que antes.
- d. Mejor que antes.

16. En este último año. ¿Cómo has hecho el seguimiento, de tus pacientes con patologías crónicas respiratorias (ASMA, EPOC)?

- 1. Totalmente presencial.
- 2. Mayormente presencial, pero también telefónico.
- 3. Presencial y telefónico en la misma medida.
- 4. Mayormente telefónico, solo ocasionalmente presencial.
- 5. Totalmente telefónico.

17. Respecto a la adhesión al tratamiento inhalado en pacientes con ASMA y/o EPOC. ¿Cómo

dirías que ha sido en el último año, en la relación al de la etapa prepandémica?

- a. Peor que antes.
- b. Igual que antes.
- c. Mejor que antes.
- d. Ni pacientes ni profesionales se han podido preocupar por ello.

18. ¿Has verificado, en este último año, si tus pacientes asmáticos/EPOC han utilizado su medicación inhalada prescrita, tanto la de base como la de rescate?

- a. Nunca (ni presencial ni en la H^a clínica electrónica)
- b. A veces (solo presencial)
- c. A veces (solo en la H^a clínica electrónica)
- d. Siempre (presencial y en la H^a clínica electrónica)
- e. Sí, y he utilizado cuestionarios para medir la Adherencia (TAI -Test Adhesión Inhaladores, Morinsky-Green, los de mi H^a clínica electrónica, etc)

19. En este último año, ¿cómo dirías que ha sido la estabilidad clínica en tus pacientes con patologías crónicas respiratorias (asma/EPOC), respecto a la etapa prepandémica?

- a. Mucho Peor, han exacerbado mucho más (>2 veces o 1 con ingreso hospitalario)
- b. Peor (han exacerbado más - 1-2 veces pero no han necesitado ingreso hospitalario)
- c. Igual.
- d. Mejor, apenas han exacerbado 1 vez.
- e. Mucho mejor, apenas he tratado exacerbaciones en estos pacientes.

20. ¿Has observado si tus pacientes con ASMA/EPOC, contagiados por SARS-Cov2 han tenido necesidad de ingresar en Hospital?

- a. Menos.
- b. Igual que otros pacientes con comorbilidades crónicas.
- c. Más que otros pacientes con patologías crónicas (por ejemplo cardiopatas)
- d. Lo desconozco.

Paciente con FA y Anticoagulación Oral

- 21. ¿Cree usted que sus pacientes han seguido el mismo control de anticoagulación oral durante la pandemia por la COVID-19?**
- Peor que antes de la pandemia.
 - Igual que antes de la pandemia.
 - Mejor que antes de la pandemia.
 - Ni pacientes ni profesionales se han podido preocupar por ello.
- 22. ¿Qué porcentaje de sus pacientes considera que han estado en un rango adecuado de INR durante la pandemia?**
- 0%-25%.
 - 25%-50%.
 - 50%-75%.
 - 75%-100%.
- 23. ¿Has modificado la dosis del AVK durante la pandemia por la COVID-19 en los pacientes mal controlados?**
- Sí, en un alto porcentaje de mis pacientes anticoagulados con AVK.
 - Sí, pero en un pequeño porcentaje de mis pacientes anticoagulados con AVK.
 - No, por que no he podido realizar el seguimiento adecuado de los pacientes.
 - No, porque no ha sido necesario.
- 24. Con respecto a la pregunta anterior, en caso afirmativo, ¿el porcentaje de pacientes con dosis modificada ha sido:**
- Menor que antes de la pandemia.
 - Igual que antes de la pandemia.
 - Mayor que antes de la pandemia.
- 25. ¿Qué porcentaje de sus pacientes consideras que ha estado en un TRT (Tiempo en Rango Terapéutico) adecuado durante la pandemia por la COVID-19?**
- 0%-25%.
 - 25%-50%.
 - 50%-75%.
 - 75%-100%.
- 26. Con respecto a la pregunta anterior, ¿el porcentaje de pacientes en TRT durante la pandemia COVID-19 ha sido**
- Menor que antes de la pandemia.
 - Igual que antes de la pandemia.
 - Mayor que antes de la pandemia.
- 27. Durante la situación de pandemia, ¿ha realizado algún cambio a AVK a ACOD?**
- Sí, en un alto porcentaje de mis pacientes anticoagulados con AVK.
 - Sí, pero en un pequeño porcentaje de mis pacientes anticoagulados con AVK.
 - Sí, en igual porcentaje que antes.
 - No, no ha sido necesario.
- En caso de respuesta afirmativa (a, b o c), especificar a qué ACOD/s (opción: desplegable con los 4 ACODS y NS/NC)*
- 28. En el caso de haber contestado NO a la pregunta anterior, ¿cuál ha sido el motivo para no hacerlo?**
- Falta de tiempo por sobrecarga del sistema asistencial.
 - Falta de formación y/o experiencia.
 - Prefiero que lo haga un/a especialista en Cardiología/Hematología.
 - Por trabas administrativas (visado, gasto farmacéutico, etc)
 - No ha sido necesario en mis pacientes.

ANEXO 2.

ENCUESTA CRONI-COV- 2.

El objetivo de esta segunda encuesta del proyecto CRONI-COV, es conocer qué ha ocurrido con el seguimiento y control del paciente crónico pluripatológico en Andalucía

y Extremadura durante la pandemia COVID-19, y valorar cómo se puede mejorar el manejo de estos pacientes en esta nueva etapa.

- Sexo** (H/M)

2. **Edad** (respuesta numérica)
3. **CCAA** (Andalucía o Extremadura)
4. **Provincia** (seleccionar de un listado)
5. **Años de ejercicio profesional*** (MIR, 0-5 años, 5- 10 años, 10-20 años, > 20 años)
**MIR o años de ejercicio tras finalización de la residencia.*
6. **Ámbito** (Urbano -Superior a 10.000 habitantes-, Semiurbano – de 2000 a 10.000 habitantes y Rural – menos de 2000 habitantes).
7. **Respecto al acceso por vía presencial del paciente crónico (con diabetes, con enfermedad respiratoria crónica, con FA y tratamiento anticoagulante, u otras patologías crónicas) al equipo de atención primaria (medicina y enfermería) durante la pandemia COVID-19, piensa que ha sido:**
 - a. Malo .
 - b. Regular .
 - c. Bueno .
 - d. Muy bueno .
8. **Respecto al acceso por vía telefónica del paciente crónico (con diabetes, con enfermedad respiratoria crónica, con FA y tratamiento anticoagulante, u otras patologías crónicas) durante la pandemia COVID-19, al equipo de atención primaria (medicina y enfermería), piensa que ha sido:**
 - a. Malo .
 - b. Regular .
 - c. Bueno .
 - d. Muy bueno .
- c. Va mejorando con el paso del tiempo.
- d. Ni pacientes ni profesionales se han podido preocupar por ello.
10. **La duración de la Pandemia se va prolongando ¿Has podido comprobar cómo ha sido la adhesión al tratamiento durante los últimos meses en lo pacientes con Diabetes?**
 - a. Peor que antes de la Pandemia.
 - b. Igual que antes de la Pandemia.
 - c. Va mejorando con el paso del tiempo.
 - d. Ni pacientes ni profesionales se han podido preocupar por ello.
11. **Si has podido comprobar la adhesión al tratamiento en los pacientes Diabetes en el último año ¿Cómo lo has hecho?**
 - a. Revisando la retirada de los fármacos en la farmacia, mediante el sistema informático.
 - b. Preguntando directamente al paciente.
 - c. Mediante la prueba de Morinsky Green u otro similar.
 - d. No he podido comprobarlo.
12. **¿Has observado si tus pacientes con Diabetes contagiados por COVID-19 han tenido peor evolución y necesidad de más ingresos en el Hospital?**
 - a. Menos.
 - b. Más que otros pacientes con patologías crónicas (por ejemplo, cardiópatas)
 - c. Igual que otros pacientes con comorbilidades crónicas.
 - d. Lo desconozco.

Paciente con Diabetes:

9. **La duración de la Pandemia se va prolongando ¿Has podido comprobar cómo ha evolucionado el control metabólico en los pacientes con Diabetes?**
 - a. Peor que al inicio de la pandemia y peor que antes de la Pandemia.
 - b. Igual que antes de la Pandemia y que al principio de la Pandemia.

Paciente Respiratorio

13. **¿Cómo has comprobado el grado de control de tus pacientes asmáticos durante la pandemia COVID-19?**
 - a. El paciente ha acudido al centro de salud para realizarse los controles.
 - b. El paciente ha aportado controles realizados en su domicilio (Peak Flow y/o ACT -Asthma Control Test-)

- c. El grado de control de mis pacientes asmáticos ha sido peor respecto a la etapa prepandémica debido a imposibilidad de atención por sobrecarga asistencial.
- d. El grado de control de mis pacientes asmáticos ha sido peor porque no han acudido al centro de salud.

14. ¿Cómo has comprobado la adhesión al tratamiento inhalado en pacientes con ASMA y/o EPOC, en el último año?

- a. Mediante el sistema informático (registro y comprobación de la retirada de los fármacos en la farmacia)
- b. Cumplimentando el TAI (Test de adhesión a Inhaladores).
- c. Mediante el Test de Morinsky Green.
- d. No lo he podido comprobar.

15. En la encuesta previa (CRONI-COV 1), a la pregunta "¿cómo dirías que ha sido la estabilidad clínica en tus pacientes con patologías crónicas respiratorias (asma/EPOC), respecto a la etapa prepandémica?", las respuestas "Mejor" (34,44%) o "Mucho mejor" (28,99%), son las que obtuvieron un mayor porcentaje de respuestas ¿a qué cree que ha sido debido la mejoría de dicha estabilidad clínica (ausencia de exacerbaciones)?

- a. Uso de mascarillas respiratorias.
- b. Uso de gel de lavado de manos y distanciamiento social.
- c. Respuesta a + respuesta b.
- d. Los pacientes han acudido menos al Centro de Salud o al Hospital al haber estado confinados.

16. ¿Has observado si tus pacientes con ASMA, contagiados por SARS-Cov2 han tenido necesidad de ingresar en el Hospital?

- a. Menos.
- b. Más que otros pacientes con patologías crónicas (por ejemplo, cardiopatas)
- c. Igual que otros pacientes con comorbilidades crónicas.
- d. Lo desconozco.

17. ¿Has observado si tus pacientes con EPOC, contagiados por SARS-Cov2 han tenido necesidad de ingresar en el Hospital?

- a. Menos.
- b. Más que otros pacientes con patologías crónicas (por ejemplo, cardiopatas)
- c. Igual que otros pacientes con comorbilidades crónicas.
- d. Lo desconozco.

Abordaje de la cronicidad (diabetes, enfermedades respiratorias crónicas -EPOC, ASMA- y pacientes anticoagulados) tras la fase aguda de la pandemia COVID-19.

18. ¿Qué medida crees que es más prioritaria para mejorar el control de las personas con diabetes en la situación actual de la Atención Primaria?

- a. Crear agendas específicas para el control de pacientes crónicos para que el paciente acuda.
- b. Recuperar la realización de programas de despistaje de complicaciones (consultas de pie diabético, retinografías, revisión enfermería) como antes de la pandemia.
- c. Establecer una recuperación activa de los pacientes con diabetes en la participe todo el personal del centro, utilizando listados y realizando citas personalizadas.
- d. En este momento no es prioritario el control de pacientes con diabetes.

19. ¿Crees que la implementación de programas estructurados mixtos presenciales/telefónicos para el control de personas con Diabetes puede ser útil en el contexto actual de la Atención Primaria?

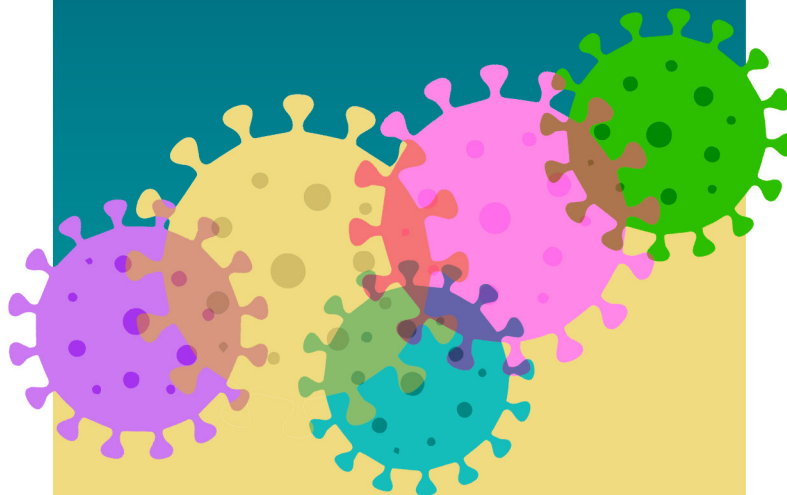
- a. Totalmente de acuerdo.
- b. No lo veo claro, pero sería interesante intentarlo.
- c. Totalmente en desacuerdo.
- d. Me resulta indiferente.

20. ¿Crees que, en la situación actual de la Atención Primaria (pandemia COVID-19), debería reforzarse el papel de la enfermería para el control de la diabetes?

- a. Sí, sin lugar a dudas.

- b. No lo veo claro, pero sería interesante intentarlo.
- c. No lo creo necesario.
- d. Me resulta indiferente.
- 21. A raíz de la pandemia, los controles en los pacientes respiratorios crónicos han sido deficientes. ¿Se ha planteado usted mejorarlos?**
- a. a) Sí.
- b. b) No.
- c. c) No lo tengo decidido todavía.
- 22. Si la respuesta anterior ha sido sí. ¿Cómo se ha planteado usted hacerlo? (condicionada a respuesta anterior)**
- a. a) Obteniendo el listado de pacientes EPOC y/o Asma de mi cupo, para ir citándolos presencialmente.
- b. b) Conforme vayan acudiendo a la consulta por otros motivos.
- c. c) Usando ambas estrategias.
- d. d) Aún no me lo he planteado.
- 23. ¿Cuál cree que serían los instrumentos clínicos óptimos para realizar este control?**
- a. a) Anamnesis sobre la estabilidad e impacto para determinar control (GesEPOC) así como control y exacerbaciones en el año previo (Asma), además de una Auscultación Cardio Pulmonar.
- b. b) Opción a + CAT (COPD Assessment Test) en EPOC u opción a + ACT (Asthma Control Test) en Asma.
- c. c) Opción a + TAI (Test de Adhesión a Inhaladores).
- d. d) Opción a + CAT + TAI en EPOC u opción a + ACT + TAI en Asma.
- 24. Tras la pandemia Covid 19 ¿Cree que es importante la colaboración de enfermería en el control del paciente con enfermedad respiratoria crónica (Asma/EPOC)?**
- a. a) Sí, sin lugar a dudas.
- b. b) No suelen implicarse, pero, sería muy importante intentar que lo hiciesen.
- c. c) No es necesario.
- d. d) Me resulta indiferente.
- 25. ¿Qué considera que se debe realizar para mejorar el grado de control de la anticoagulación?**
- a. a. Aumentar el porcentaje de controles presenciales.
- b. b. Revisar historia y sistema TAO (TRT) más detenidamente.
- c. c. Suprimir barreras administrativas .
- d. d. Otros.... ¿Cuál?
- 26. ¿Cree usted que se debería eliminar en todas las CCAA el visado de ACOD para facilitar el cambio de AVK a ACOD?**
- a. a. Totalmente en desacuerdo.
- b. b. En desacuerdo.
- c. c. De acuerdo.
- d. d. Totalmente de acuerdo.
- e. e. NS.
- 27. ¿Cree que, tras la situación por la COVID-19, es importante involucrar más a los profesionales de enfermería para el control de anticoagulación, mejora de adherencia y educación en medidas higiénico-dietéticas?**
- a. a. Sí.
- b. b. No.
- c. c. Es igual de importante .
- 28. ¿Qué mejoras deberíamos instaurar para un control más eficiente del paciente anticoagulado?**
-

Noviembre 2021



Con la colaboración de:

