

Journal Pre-proof

La pandemia por la COVID-19: una oportunidad para cambiar la forma de atender a nuestros pacientes

Vicente Pallarés Carratalá Carmen Górriz-Zambrano José Luis Llisterri Caro José Luis Gorriz



PII: S1138-3593(20)30141-6

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.semerg.2020.05.002>

Reference: SEMERG 1552

To appear in: *Medicina de Familia. SEMERGEN*

Received Date: 19 April 2020

Please cite this article as: Carratalá VP, Górriz-Zambrano C, Luis Llisterri Caro J, Luis Gorriz J, La pandemia por la COVID-19: una oportunidad para cambiar la forma de atender a nuestros pacientes, *Medicina de Familia. SEMERGEN* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.002>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.

Título: La pandemia por la COVID-19: una oportunidad para cambiar la forma de atender a nuestros pacientes

Title: The COVID-19 pandemic: an opportunity to change the way we care for our patients

Autores:

Vicente Pallarés Carratalá. (a,b); Carmen Górriz-Zambrano (c); José Luis Llisterri Caro (d); José Luis Gorriz (e,f).

(a) Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón.

(b) Departamento de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universitat Jaume I, Castellón.

(c) Residente de MFyC. CAP Sant Pere, ABS Reus 1, Tarragona

(d) Médico de Familia. Fundación de Investigación SEMERGEN (Madrid). Clínica Vallada (Valencia).

(e) Nefrólogo. Servicio de Nefrología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA.

(f) Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universitat de Valencia.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en el presente artículo.

Financiación: El presente artículo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Palabras Clave: COVID19, pandemia, enfermedades crónicas, atención sanitaria, telemedicina.

KeyWords: COVID19; pandemic; chronic diseases; health care; telemedicine.

Autor de correspondencia:

Vicente Pallarés Carratalá

Teléfono: +34 605819495

e-mail: pallarés.vic@gmail.com

Avenida Lidón 69

12004 – Castellón

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la Organización Mundial de la Salud varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory*

syndrome coronavirus 2). Este virus mostró como principal factor diferenciador del MERS (*Middle East respiratory syndrome coronavirus*) su elevada contagiosidad e infectividad, aunque con menor mortalidad que aquellos (1). El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud, declaró la enfermedad por COVID19 (acrónimo del inglés *coronavirus disease 2019*) como una pandemia que está ocasionando un impacto extraordinario en la población mundial en cuanto morbilidad, generando una tensión sin precedentes en los diferentes servicios de atención a la salud como no se ha conocido en décadas. La elevada contagiosidad ha sobrecargado todo el sistema sanitario que ha tenido que realizar modificaciones en su organización de una forma rápida e integral (2).

El escenario actual. A fecha 19 de abril de 2020 el número de pacientes afectados en el mundo es de 2.330.406 personas y el número de fallecidos asciende a 160.925. En España nos acercamos a los 200.000 casos confirmados y superamos los 20.000 fallecidos, cifras que describen un escenario de crisis no sólo sanitaria, sino también social y económica, con especial impacto en los colectivos más vulnerables (3).

Más del 50% de la población mundial se encuentra confinada en sus casas y la actividad sanitaria presencial de seguimiento y control de pacientes con enfermedades crónicas se ha visto relegada a una mínima expresión, debido a la enorme cantidad de pacientes que demandan asistencia por posible COVID19. Así, se han cancelado la mayoría de consultas y pruebas para minimizar los desplazamientos de los pacientes y evitar que entren en contacto con el ámbito hospitalario, donde puede haber mayor probabilidad de contagio en la actualidad. Lo anterior, sumado al miedo de la población a acudir a los centros de salud u hospitales, hace que muchos pacientes puedan estar padeciendo descompensaciones de sus patologías o presentando eventos en sus domicilios sin atreverse a solicitar ayuda por temor al contagio.

Una de las acciones para paliar en parte lo anterior ha sido la puesta en marcha de teléfonos de información, atención rápida y seguimiento para evitar el desplazamiento de los pacientes a los centros sanitarios con sospecha de COVID19 y así, evitar una mayor propagación de la enfermedad. En España, todas las Comunidades Autónomas han puesto a disposición de la ciudadanía números de teléfono específicos para consulta sobre COVID19, además del número internacional de emergencias 112. Pese a ello, las dimensiones de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 no solo han puesto a prueba la capacidad real de los sistemas sanitarios, también la capacidad virtual. Esta posibilidad de contacto sanitario virtual, se ha ido convirtiendo en una oportunidad muy importante para la relación con nuestros pacientes. En este sentido, son muchas las voces que están viendo en ello una gran ocasión para una mayor implantación de las

consultas no presenciales, especialmente en el seguimiento y control de los pacientes con enfermedades crónicas. También para evitar el excesivo trasiego a los hospitales por motivos de pseudo urgencias que han propiciado en las últimas décadas un abuso injustificado de demanda sanitaria urgente.

Durante estas semanas de pandemia, desde la atención hospitalaria, pero sobre todo desde la atención primaria, se está realizando un seguimiento telemático a los pacientes con diagnóstico de COVID19, muchos casos sospechosos sin test de confirmación, aislados en sus domicilios, evitando así desplazamientos tanto de los pacientes a los centros de salud como, de sanitarios a los domicilios, por lo cual la disminución de propagación es muy relevante.

Esta nueva forma de comunicación ha sido muy bien aceptada por los pacientes, y a la vez nos ha servido para preguntar a muchos de ellos sobre otras patologías asociadas por las que están en tratamiento, posibilitando recordatorios en cuanto a la adherencia a sus tratamientos, valoración de objetivos de control y situación clínica actual. Por otra parte, esta situación nos recuerda el importante papel de la enfermería como elemento clave en esta atención no presencial. La posibilidad de atención no presencial, en ocasiones supone una ventaja añadida relacionada con evitar la necesidad de que familiares o acompañantes requieran solicitar permisos para abandonar durante algunas horas sus puestos de trabajo, y ello también supone una ventaja social o laboral.

El cardiólogo Eric Topol, en su libro *"The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care"*-(4) describe la medicina de un futuro cercano como una práctica más personalizada gracias a las nuevas tecnologías, eminentemente preventiva y en la cual los propios usuarios juegan un rol muy activo, en lugar de limitarse a visitar al médico como única forma de contacto. Además, afirma que esta nueva medicina abaratará costes y reducirá las necesidades hospitalarias. Muchas de las nuevas tecnologías son ya una realidad, entre ellas sensores biométricos capaces de enviar información de las constantes vitales en cualquier momento o la posibilidad de realizar un electrocardiograma con un dispositivo de teléfono móvil, utilizado por muchos cardiólogos en el mundo (5,6).

Este nuevo escenario debe abrir un espacio de reflexión entre el personal sanitario, pacientes, administración, en definitiva de todo el sistema sanitario para adoptar enfoques de asistencia virtualizados que eviten la necesidad de reuniones físicas entre pacientes y médicos.

Como señalamos previamente, estamos ante una gran oportunidad para cambiar el modelo asistencial.

Como cualquier cambio puede ser generador de recelos en un principio, y muchos médicos lo van a valorar con cautela, pero la situación actual ha favorecido que en las últimas semanas la consulta telemática haya aumentado en un porcentaje muy importante (aunque no cuantificado), fraguando una transformación como nunca antes se había producido, y que ha sido bienvenida por todos (pacientes y sanitarios).

Por otra parte, debemos tener en cuenta que incluso a corto plazo, vamos a poder ver las consecuencias de la omisión de muchas de las visitas tanto programadas como de asistencia a urgencias en el periodo de la pandemia, con resultados de efectos colaterales e impacto negativo en la salud de la población. Pero la pregunta que debemos hacernos es: ¿seremos capaces de mantener vigente esta opción de relación médico-enfermera/paciente tras la pandemia?. La respuesta a esa cuestión clave, como siempre, va a depender de la voluntad de los gestores de salud y también como no, de nosotros, los sanitarios.

El Dr Yanwu Xu, miembro del *WHO Digital Health Technical Advisory Group Members*, en una entrevista a *The Lancet*, cuenta la experiencia en China. Gracias a la telemedicina los médicos han podido contactar con decenas de pacientes al día, un aumento muy significativo en el número de consultas diarias, y que sería imposible en un sistema de atención convencional. Estados Unidos también se ha sumado a este reto de la atención virtual (*Medicare* y *Medicaid*), y en este sentido, el cardiólogo Eric Topol, pese a elogiar estos esfuerzos, lamenta que se haya demorado tanto, afirmando que aún se tardará en implementar adecuadamente estas oportunidades de relación médico/paciente, en gran parte debido a barreras regulatorias que nos demuestran que no estamos preparados para este momento, y advierte que la repentina carrera hacia la virtualización corre el riesgo de disminuir la calidad de la atención clínica (7). Por ello es preciso definir aquellos escenarios y situaciones clínicas puntuales en los que la atención no presencial puede y quizá debería llevarse a cabo.

Esta pandemia ha desencadenado una carrera sin precedentes de propuestas tecnológicas en salud, desde detección y seguimiento de casos, hasta asignación y uso de recursos, entre otras (8).

Las barreras tecnológicas para la adopción de una atención médica virtual son fácilmente superables ya que la disponibilidad de plataformas virtuales para atención sanitaria están disponibles a costes muy asequibles. Incluso en los entornos con menos recursos, un móvil y una conexión son suficientes para una consulta y resolver cualquier duda con nuestros pacientes situándose como una herramienta potente y efectiva al servicio de la salud. Dado el amplio uso de la telefonía móvil, los proyectos y estrategias de telemedicina deberán encauzarse de forma

prioritaria por esta línea en un futuro inmediato, siempre garantizando los niveles de seguridad y confidencialidad.

La magnitud de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 no solo están poniendo a prueba la capacidad real de los sistemas sanitarios, también la capacidad virtual. La relación riesgo-beneficio para la atención médica virtual con la pandemia de la COVID19 ha cambiado enormemente y todas las barreras y trámites burocráticos existentes se han reducido de repente. Por ello, debemos transformar esta situación en una gran oportunidad. Estamos en el momento idóneo para realizar el gran cambio, es el momento para dar el gran salto hacia la incorporación de la atención médica virtual. Hay que transformar el modelo. Profesionales, gestores y asociaciones de pacientes deberemos trabajar intensamente para conseguirlo.... pero ¿estamos preparados?, ¿queremos hacerlo?.

Bibliografía

1. Manejo en atención primaria del COVID-19. Documento técnico. Versión de 17 de marzo de 2020. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf [Fecha consulta 18 abril de 2020].
2. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. [Fecha consulta 18 abril de 2020].
3. Universidad Johns Hopkins. <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> [Fecha consulta 18 abril de 2020].
4. Jung A Kim. Book Review: Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care. *Healthc Inform Res.* 2013; 19: 229–231.
5. <https://elfuturoesapasionante.elpais.com/paciente-conectado-gran-aliado-los-medicos-del-futuro/>. [Fecha consulta 18 abril de 2020].
6. Champion EW, Jarcho JA. Watched by Apple. *N Engl J Med* 2019; 381:1964-1965
7. Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet* 2020;395:1180-1181.
8. <https://www.who.int/news-room/detail/03-04-2020-digital-technology-for-covid-19-response>. [Fecha consulta 18 abril de 2020].