

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA  
ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON  
PATOLOGÍAS CRÓNICAS DURANTE LA  
PANDEMIA POR COVID-19.

---

The role of nursing in people with long-term  
conditions care during the COVID-19 pandemic.

Autora: Elena Pérez Inguanzo.

Directora: Aroa Delgado Uria.

Trabajo de Fin de Grado.

Grado en Enfermería.

Curso académico 2020/2021.

## AVISO RESPONSABILIDAD UC:

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos de Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este trabajo.

# Índice

Glosario .....	3
Resumen.....	4
Abstract .....	4
Introducción .....	5
Contextualización histórica .....	5
Objetivos .....	6
Metodología.....	6
Descripción de los capítulos.....	7
Capítulo 1: La importancia del seguimiento a las personas con patologías crónicas. ....	7
1.1.    Los modelos organizativos desarrollados para la atención a la cronicidad. ....	8
1.2.    La Atención Primaria como piedra angular en la educación y la promoción de la salud .....	12
1.2.1.    La alimentación .....	12
1.2.2.    La actividad física.....	13
1.2.3.    Los hábitos tóxicos .....	13
Capítulo 2: Las repercusiones de la pandemia en la población general y en la evolución de las enfermedades crónicas. ....	15
2.1. La inactividad física durante la pandemia.....	16
2.2. Los cambios en los hábitos alimentarios durante el confinamiento .....	16
2.3. Los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población.....	17
Capítulo 3: El seguimiento de las patologías crónicas durante la pandemia.....	20
3.1. La implementación de la salud digital .....	22
3.1.1. Las aplicaciones sanitarias.....	24
3.1.2. La telemedicina .....	24
Conclusiones .....	27
Bibliografía .....	28
Anexo 1: Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) .....	38
Anexo 2: Contenido de las escalas del SF-36. ....	39

## Glosario

<b>ABREVIATURA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
AP	Atención Primaria
CCM	Chronic Care Model
COVID-19	Enfermedad por coronavirus de 2019
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EPIs	Equipos de Protección Individual
EpS	Educación para la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
NIH	National Institutes of Health
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
PIB	Producto Interior Bruto
SARS-CoV-2	Coronavirus de tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
TICs	Tecnologías de la Información y la Comunicación

## Resumen

En la actualidad, el incremento de la esperanza de vida en los países europeos, pero en particular en España, está originando un aumento de las enfermedades crónicas, que constituyen un reto sanitario y social. Los sistemas de salud se ven envueltos en un cambio de paradigma en el que pasan de centrarse únicamente en la enfermedad aislada o aguda a implicarse en toda la situación de salud.

Desde principios de 2020, la pandemia por COVID-19 está teniendo repercusión en todos los ámbitos de la vida de la población, influyendo tanto en la salud física como emocional de las personas, dos de los pilares fundamentales en la calidad de vida de los pacientes con patologías crónicas. Además, esta nueva situación de alerta sanitaria ha obligado a los profesionales sanitarios y especialmente, a los profesionales de enfermería, a modificar la forma de atención pasando de una atención presencial a otras vías como la telefónica o telemática; que han puesto en evidencia la necesidad de mejorar la educación para la salud, la autogestión y el empoderamiento de estas personas, para lograr una mejoría a largo plazo de sus condiciones de salud.

Palabras clave: enfermedad crónica, pandemia, coronavirus, enfermería, atención primaria de salud.

## Abstract

Nowadays, the raise in life expectancy in European countries, and particularly, in Spain, is leading to an increase in chronic diseases, which are not only a health challenge, but also a social one. Healthcare systems are currently involved in a paradigm shift that is moving from focusing on isolated or acute diseases, to holistically engaging every single aspect of a person's disease.

Since early 2020, the COVID-19 pandemic has had a huge impact on the lives of the population, especially by increasing a sedentary lifestyle and by harming their mental health, which in turn can severely affect the quality of life of patients suffering a chronic disease. In addition, they have also had to put up with the change from face-to-face health care, to follow-ups via telephone, which has highlighted the need to improve health education, self-management and the empowerment of these people, to achieve a long-term improvement in their health conditions.

Key words: chronic disease, pandemics, coronavirus, nursing, primary health care.

# Introducción

## Contextualización histórica

En los últimos años, la prevalencia de las enfermedades crónicas complejas está en aumento en todas las etapas de la vida, sobre todo en la edad adulta y la anciana debido al progresivo envejecimiento de la población. En nuestro país, la esperanza de vida se ha incrementado gracias a una serie de aspectos favorables como los avances diagnósticos y terapéuticos, el estilo de vida mediterráneo, la calidad ambiental y la seguridad personal (1–3).

Actualmente, el abordaje de la cronicidad constituye uno de los mayores retos de los sistema de salud ya que un elevado porcentaje de la mortalidad se debe a este tipo de patologías. De hecho, en España mueren anualmente más de 300.000 personas por este tipo de enfermedades, lo que supone el 90% de los fallecimientos (4,5).

La OMS, define a las enfermedades crónicas o ENT como *“dolencias de larga duración y, mayoritariamente, de progresión lenta, favorecidas por la unión de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales”* (4,6).

Las principales enfermedades crónicas son los trastornos cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus y el cáncer. Se trata de patologías que pese a ser más evidentes en los países desarrollados por un mejor acceso al sistema de salud, son un reto también en los países subdesarrollados. Estas, afectan con mayor incidencia al sexo femenino, a las personas de edad avanzada y a aquellas que poseen un bajo nivel de estudios e ingresos. La alimentación inadecuada, la vida sedentaria y el tabaquismo son las principales conductas de riesgo que favorecen la aparición de las ENT; se trata de factores de riesgo modificables, en los que la EpS por parte de los profesionales de enfermería juega un papel fundamental en su prevención y en su abordaje para prevenir posibles complicaciones (7–10).

Como consecuencia del aumento de la demanda en el ámbito de la cronicidad, los servicios sanitarios se han ido adaptando, dirigiéndose al cuidado del paciente y su familia, y estratificando los cuidados según la Pirámide de Kaiser y el Chronic Care Model (8).

La emergencia de salud causada por el SARS-CoV-2, decretada pandemia internacional por la OMS el 11 de marzo de 2020, afecta con mayor incidencia y gravedad a los pacientes mayores y crónicos pues son la población más vulnerable para sufrir enfermedades infecciosas y complicaciones. Así mismo, el confinamiento impuesto el pasado 14 de marzo y que se prolongó por más de dos meses, ha influido negativamente tanto en la atención directa de estas personas como en su salud: modificando sus hábitos alimentarios, disminuyendo su actividad física diaria

y favoreciendo un aislamiento social, que está provocando la aparición de numerosas complicaciones de las patologías crónicas, además de grandes síndromes geriátricos como son la fragilidad y la inmovilidad, que desembocan inevitablemente en graves consecuencias como el deterioro funcional y la dependencia (11, 12).

## Objetivos

El trabajo expuesto a continuación tiene como fin alcanzar los siguientes objetivos:

1. Identificar y definir los modelos de estratificación del riesgo para adecuar los recursos de atención a los pacientes crónicos.
2. Describir la importancia del seguimiento y la Educación para la Salud en las personas con enfermedades crónicas.
3. Destacar la importancia de la autogestión y el empoderamiento como pilar fundamental en el camino hacia una mejora de la atención.
4. Describir los puntos fuertes y débiles de la atención a la cronicidad durante la pandemia por COVID-19.

## Metodología

Para desarrollar esta monografía se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como PubMed, Dialnet, Research Gate o Google Scholar, y en revistas electrónicas como Scielo y Elsevier. Además de páginas web oficiales de diferentes organismos e instituciones públicas nacionales e internacionales como el INE, la OMS, la SEMFYC, el NIH, el Colegio de Enfermería de Cantabria o la Consejería de Sanidad de Cantabria.

La búsqueda bibliográfica se ha centrado en artículos de los últimos cinco años (2016-2021), a excepción del *"Informe Cronos"* (2014) utilizado en el apartado de contextualización histórica. Se han revisado artículos tanto en español como en inglés utilizando como palabras clave los siguientes términos: DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud): enfermedad crónica, pandemia, coronavirus, enfermería, atención primaria de salud; y los términos MeSH (Medical Subject Headings): chronic disease, pandemics, coronavirus, nursing, primary health care, usando el operador booleano "AND".

De todos los resultados obtenidos, únicamente se han empleado 83 artículos, utilizando como criterios; contar con todos los requisitos para ser utilizados, ser relevantes para el trabajo y disponer de acceso al texto completo.

## Descripción de los capítulos

El trabajo cuenta con tres capítulos que serán detallados a continuación:

- Capítulo 1: Explica los modelos organizativos empleados para la atención a los pacientes crónicos desde la Atención Primaria de Salud, al igual que la importancia de esta como primer eslabón para la promoción, la EpS y el seguimiento de las patologías.
- Capítulo 2: Refleja las repercusiones del confinamiento en la población general y los problemas que ocasiona en la evolución de las patologías crónicas, y plasma varias recomendaciones publicadas por organismos oficiales.
- Capítulo 3: Desarrolla los cambios en la atención durante la pandemia, y la importancia de la salud digital al igual que la necesidad de mejora de los programas de telemedicina.

## Capítulo 1: La importancia del seguimiento a las personas con patologías crónicas.

Los servicios de salud se encuentran inmersos en un paradigma centrado en el abordaje de la enfermedad y dirigido a una función curativa con el objetivo de solventar las patologías agudas, pese a que la principal causa de morbimortalidad son las enfermedades crónicas que precisan una atención más proactiva, basada en la detección precoz y la prevención de las complicaciones derivadas de la cronicidad (13).

La atención a la cronicidad requiere una modificación organizativa de los sistemas sanitarios en la que se produzca un cambio, pasando de un modelo paternalista, con el médico como sujeto activo y el paciente como pasivo, a un modelo de corresponsabilidad con el paciente como eje principal, en el que este sea conocedor y colaborador en su proceso de enfermedad, consciente de sus opciones y participe en la toma de las decisiones acerca de su salud (13-15).

Así mismo, el trato a cada individuo debe realizarse con una visión integral y holística, en la que se incluyan sus procesos clínicos, su grado funcional y su contexto sociofamiliar, involucrando tanto a la persona como a su familia en el proceso de cuidados y el tratamiento, dado que hay evidencias de que favorece la adherencia al mismo (14,15).

El SNS ha desarrollado una Estrategia de Abordaje de la Cronicidad puesto que el 34% de la población española padece al menos una patología crónica. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017, desarrollada por el INE, (Tabla 1), estas cifras aumentan en el sexo femenino y con la edad; más del 90% de las personas mayores de 65 años padecen enfermedades crónicas. De la

misma forma, los bajos niveles de renta y el desempleo también aumentan la prevalencia de la cronicidad (15-17).

**Tabla 1:** Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga evolución por sexo, grupos de edad y periodo.

	E. Nacional de Salud 2017	
	Hombres	Mujeres
Total	60,0	68,2
De 15 a 24 años	34,7	41,0
De 25 a 34 años	35,5	51,0
De 35 a 44 años	47,9	53,6
De 45 a 54 años	61,2	68,3
De 55 a 64 años	77,2	81,1
De 65 a 74 años	88,3	90,6
De 75 a 84 años	94,3	95,9
De 85 y más años	95,3	97,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

[https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres\\_hombres/tablas\\_1/I0/&file=d03006.px#!tabs-tabla](https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/I0/&file=d03006.px#!tabs-tabla)

El abordaje de las patologías crónicas precisa un seguimiento continuado por parte del equipo de Atención Primaria, que se espera que esté formado por profesionales cualificados en el ámbito de la atención familiar y comunitaria. Por el contrario, en la actualidad hay carencia de especialistas en esta área, motivo por el cual, se precisa aumentar la formación del personal que trabaje en estos equipos a fin de evitar el aumento de las hospitalizaciones y los costes sanitarios que derivarían de una mala continuidad de los cuidados o la escasez de estos (14,15).

### 1.1. Los modelos organizativos desarrollados para la atención a la cronicidad.

Las proyecciones epidemiológicas de los próximos años indican un continuo crecimiento en la prevalencia de las personas con patologías crónicas, razón por la cual, los países han ido adaptando sus modelos sanitarios al reto de la cronicidad con la Atención Primaria como pilar fundamental (17).

Edward Wagner, fundador del “*MacColl Center for Health Care Innovation*”, planteó el **Chronic Care Model (CCM)** o *Modelo de Cuidado Crónico* como respuesta al complejo problema de la cronicidad. Se basa en un modelo sistémico, en el que el Sistema de Salud proporciona unos cuidados estructurados y planificados, en los que los pacientes crónicos informados sobre su patología y activos en su proceso de enfermedad trabajan de forma conjunta con equipos de profesionales proactivos (Figura 1) (13,18-20).

**Figura 1:** Modelo Chronic Care Model de Wagner.



**Fuente:** Elaboración propia.

**Extraída de:** Plan de atención a la Cronicidad de Cantabria

<https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>

Este modelo de cuidados crónicos estima que para que la atención de las personas que poseen estas patologías sea apropiada, se deben conseguir seis dimensiones fundamentales (18,20):

1. Se utilizarán los recursos y las políticas disponibles en la comunidad para alcanzar las necesidades de los individuos.
2. Se empoderará y preparará a las personas para que logren el manejo de su salud y otros aspectos relacionados con la misma.
3. Se proporcionará una atención segura y de calidad para los individuos.
4. Se centrará el sistema asistencial en unos cuidados basados en la evidencia y adaptados en la medida de lo posible a las preferencias de cada persona.
5. Se ofrecerá una atención efectiva y se apoyará la autogestión y la toma de decisiones.
6. Se establecerán sistemas de información clínica que permitan organizar los datos de los individuos y la población para prestar una atención eficiente y eficaz.

Para evaluar el grado de cumplimiento de las dimensiones del CCM y las experiencias de las personas sobre la calidad de sus cuidados, se implementó el *Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)*, conformado por veinte ítems distribuidos en cinco subescalas: “diseño de un sistema de entrega de cuidados/ apoyo en la toma de decisiones”, “seguimiento/coordiación”, “activación del paciente”, “diseño de objetivos/adaptación”, y “resolución de problemas considerando el contexto del paciente”, siendo los últimos tres los aspectos menos desarrollados en la prestación de cuidados crónicos según el estudio desarrollado por Leyre Adrián-Arrieta et al (Anexo 1) (20,21).

De igual manera destaca un modelo poblacional, el **Modelo Kaiser Permanente**, centrado en el análisis y la respuesta a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas. Se basa en estratificar a las personas en función de la probabilidad de sufrir un deterioro en su salud según la complejidad y los recursos de cada paciente, con los objetivos de ayudarles a controlar su enfermedad sin aislarles de su entorno y de disminuir el gasto sanitario reduciendo el número de las hospitalizaciones (13,19).

Para ello, cuenta con la *Pirámide de Kaiser* (Figura 2), formada por tres niveles, en los que se demanda una cantidad superior de intervenciones y, por tanto, de recursos a medida que se asciende en ella (13,15):

- En la base, se sitúan los individuos sanos, sobre los que se llevarán a cabo intervenciones de prevención primaria para evitar la aparición de las patologías mediante actividades de promoción y educación para la salud.
- El primer nivel, formado por las personas con patología crónica de baja complejidad, presenta un consumo bajo de recursos. Lo ocupan personas con buen estado de salud y sin afección de ningún órgano a las que se apoya en su autogestión.
- Las personas de complejidad moderada constituyen el segundo estrato, poseen afección de algún órgano, y necesitan herramientas (conocimientos y habilidades) para conseguir la autogestión y el correcto manejo de su patología.
- La cúspide alberga a las personas que consumen más recursos, son personas de alta complejidad con varios órganos dañados que precisan intervenciones complejas e individualizadas.

**Figura 2: Pirámide de Kaiser**



*Fuente: Elaboración propia.*

*Extraída de: Libro de atención farmacéutica en terapias crónicas de alto impacto. Disponible en:*

[https://www.citesalud.org/onewebmedia/LIBRO\\_ATENCI%C3%93N%20FARMAC%C3%89UTICA%20EN%20TERAPIAS%20DE%20ALTO%20IMPACTO.pdf](https://www.citesalud.org/onewebmedia/LIBRO_ATENCI%C3%93N%20FARMAC%C3%89UTICA%20EN%20TERAPIAS%20DE%20ALTO%20IMPACTO.pdf)

Es conveniente recalcar que ambos modelos provienen del Sistema Sanitario de Estados Unidos, donde han obtenido malos resultados, que no son extrapolables al SNS por la ausencia de validez externa debida a las peculiaridades de la sanidad americana; la cantidad de población sin cobertura sanitaria, que son el país de la OCDE con mayor porcentaje de PIB destinado a gastos sanitarios y con resultados propios de países de bajos ingresos, etc (13, 19).

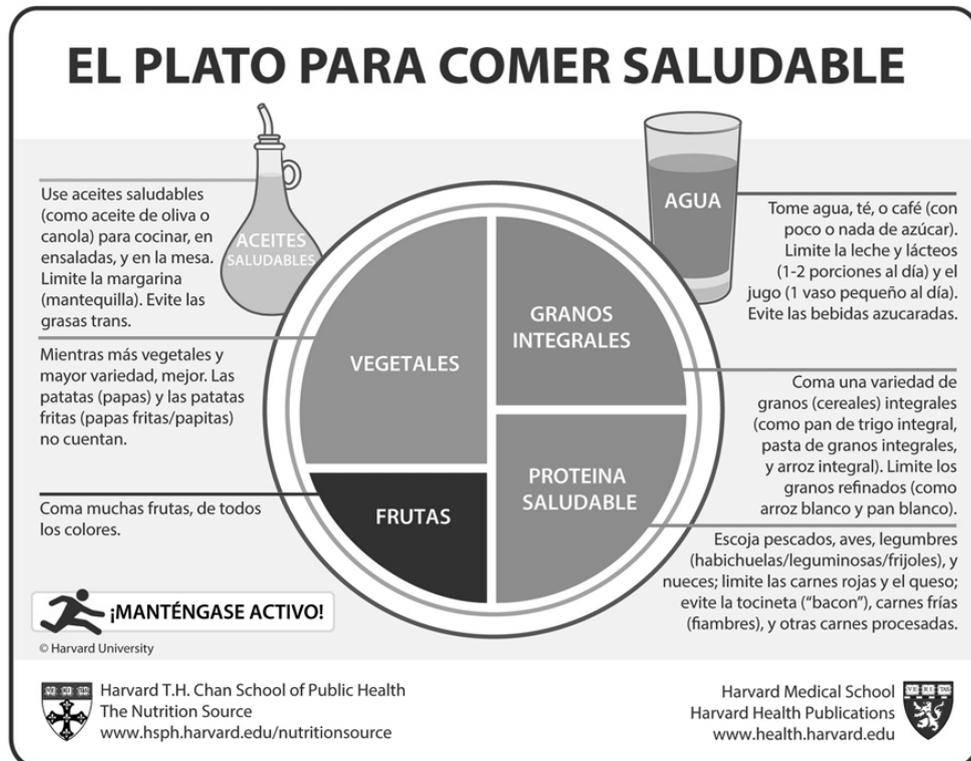
## 1.2. La Atención Primaria como piedra angular en la educación y la promoción de la salud

El SNS español dispone de Estrategias de Abordaje a la Cronicidad enfocadas a las enfermedades más prevalentes, permitiendo a cada comunidad autónoma desarrollar su propio modelo de actuación sanitaria. En todos ellos, se debe mantener como centro de la vigilancia de las patologías el equipo de AP, que será quien fomente los estilos de vida saludables insistiendo en la alimentación, la actividad física y el tabaquismo, o lo que es lo mismo, los factores de riesgo modificables. (22,23)

### 1.2.1. La alimentación

El tipo de alimentación ingerida influye en la probabilidad de sufrir patologías crónicas. En este sentido, la enfermera comunitaria debe apoyar sus consejos alimenticios en la evidencia científica. Con este propósito, se desarrolló una herramienta visual, “El Plato saludable”, fundamentado en la dieta mediterránea. Presenta beneficios para la salud al sustituir el consumo de alimentos ultra procesados por alimentos naturales, reducir la ingesta de azúcar y sal, y emplear los vegetales como producto base de la dieta (Figura 3) (23).

Figura 3: El plato saludable



Fuente: Guía básica para la prevención del cáncer y otras patologías crónicas. Disponible en:

<http://enfermeriacantabria.com/quiacancer.pdf>

### 1.2.2. La actividad física

El ejercicio físico es otro de los pilares fundamentales para mantener un propicio estado de salud. Es definido por la OMS como: *“la actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física”* (24).

Una adecuada actividad física disminuye el riesgo de padecer enfermedades crónicas al mismo tiempo que previene y permite gestionar mejor el estrés, disminuye los niveles de glucosa e insulina en sangre, favorece el tránsito intestinal, previene la acumulación de grasa corporal, etc (23,24).

### 1.2.3. Los hábitos tóxicos

Por su parte, las sustancias tóxicas como el tabaco y el alcohol también guardan relación con un aumento del riesgo de padecer patologías crónicas, por lo que es conveniente evitarlos (23).

Como se ha venido tratando, influir sobre los estilos de vida para favorecer el bienestar, al igual que lograr la participación de los individuos en su proceso de enfermedad resultan prioritarios en el abordaje de la cronicidad (25).

Se denomina autocuidado a: *“las habilidades de las personas para manejar los síntomas, los tratamientos y los cambios inherentes a vivencia con una enfermedad crónica o, dicho de otro modo, a las estrategias que se emplean para controlar dichos efectos negativos, promover la salud y vivir bien con la enfermedad”*. Cuando los pacientes logran el éxito en su autocuidado al contar con las habilidades, los conocimientos y las capacidades para manejar su salud se consideran pacientes activados (26).

Como recogen Corbin y Strauss, padecer una enfermedad crónica afecta a varias áreas de la vida y precisa un esfuerzo del individuo en tres direcciones. Los aspectos clínicos en relación con el tratamiento y los síntomas precisan de la actuación de un profesional sanitario que colabore en la educación para la salud del paciente para que pueda lograr el control de su patología. Mientras que, las otras dos direcciones, que son las actividades cotidianas y las cuestiones emocionales, exigen la implicación del paciente y pueden afrontarse de forma efectiva a través de la formación entre iguales (26).

Los programas de “Paciente Experto”, puestos en marcha en el año 2006 en España, componen la forma de educar entre iguales en nuestro país. Se trata de una estrategia para fomentar el autocuidado obteniendo ganancias en los hábitos de las personas, en la utilización de los recursos y en la salud emocional y física de los participantes. Un estudio realizado en la Escuela

de Pacientes de Andalucía por Alina Danet et al, muestra que la participación en estas actividades también genera un impacto positivo en la autopercepción de la salud, mejora la dieta e incrementa la actividad física. Con el propósito de que los beneficios sean similares en todos los colectivos, se plantea enfatizar en los más vulnerables como son las mujeres y las personas con menor nivel de recursos educativos y económicos (26).

En Cantabria, la Consejería de Sanidad y la Fundación Marqués de Valdecilla desarrollaron la *Escuela Cántabra de Salud*, una iniciativa con el objetivo de lograr la promoción y el desarrollo de herramientas que faciliten la mejora en salud y la autogestión de los ciudadanos con patologías crónicas. Cuenta con tres áreas de trabajo: la Escuela de Pacientes, la Escuela de Salud para la Ciudadanía y la Red de Escuelas Promotoras de Salud (27).

La Escuela de Pacientes proporciona formación e información a las personas con patologías crónicas y sus cuidadores a través de videos y guías formativas basadas en la evidencia científica, además de, cursos y actividades en los que unos pacientes ayudan a otros narrando sus experiencias y dificultades. El establecer el vínculo entre iguales, es decir, entre dos personas con la misma situación en la que una ha tomado liderazgo de su patología, da impulso a la otra para gestionar mejor su enfermedad y adoptar pautas para aumentar su calidad de vida (27).

Actualmente, en la Escuela hay desarrollados dos tipos de talleres: el Aula de Cronicidad y Aula de Diabetes; ambos cuentan con videos acerca del plan terapéutico y del programa de Cuidado Responsable, guías sobre el manejo de la cronicidad e información sobre hábitos saludables, recomendaciones de aplicaciones de interés como Cantabria +150, y un blog (28).

La educación sanitaria en el autocuidado y la autogestión de la patología en personas que poseen enfermedades crónicas produce una mejora de su calidad de vida. Schwartzmann (2003), define calidad de vida relacionada con la salud como: *“la valoración que realiza una persona de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en el que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal en el ámbito fisiológico, emocional y social”*. Investigar sobre la CVRS de los individuos resulta útil para conocer el proceso de la enfermedad, el estado físico y emocional del paciente, y adecuar los cuidados a sus necesidades. Con este propósito, en Estados Unidos se creó el cuestionario de salud Short Form 36 Health Survey (SF-36), que permite evaluar de forma multidimensional el estado de salud de la población a partir de treinta y seis preguntas englobadas en ocho dimensiones: capacidad funcional, vitalidad, aspectos físicos, dolor corporal, estado general de salud, aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental (Anexo 2) (22,29).

## Capítulo 2: Las repercusiones de la pandemia en la población general y en la evolución de las enfermedades crónicas.

La promulgación del Real Decreto número 463/2020 del 14 de marzo de 2020, estableció el Estado de Alarma, que obligaba a todos los ciudadanos de España a mantenerse confinados en sus domicilios excepto para la compra de alimentos, de productos de primera necesidad, el cuidado de personas dependientes y los desplazamientos al trabajo. Este confinamiento, la posterior instauración de franjas horarias para las salidas o el doble confinamiento (aislados del exterior y en su propio dormitorio) de las personas institucionalizadas tiene efectos negativos como: la disminución o inactividad física, el insomnio, el aumento del deterioro cognitivo al reducir la estimulación, la afectación del estado emocional, los déficits nutricionales, etc (30,31).

Según un estudio realizado por la Escuela Andaluza de Pacientes, que tiene como objetivo conocer la experiencia de las personas con patologías crónicas a lo largo de este periodo, el impacto en su calidad de vida y en el control de su enfermedad, se llega a las siguientes conclusiones (31):

- Estos individuos iniciaron el periodo de confinamiento con una actitud positiva, que se caracteriza por integrar fases de frustración provocadas por la incertidumbre frente a una situación desconocida. A medida avanzaba la cuarentena fueron sufriendo un desgaste, diferenciado por géneros, puesto que los hombres lo atribuían a la inactividad y las mujeres a la sobrecarga de cuidados y labores domésticas.
- Para hacer frente a la soledad, han mantenido contacto frecuente y fluido con sus familiares y amigos. Además, valoran de manera positiva su participación en programas de formación en autocuidado y en las asociaciones de pacientes y el apoyo entre iguales.
- Tratan de obtener información de los canales oficiales porque las contradicciones les producen confusión e inseguridad.
- Les preocupa el sobrepeso derivado de la relajación con la dieta y las dificultades para realizar ejercicio físico. Los pacientes que han sido formados en autocuidado se muestran capaces de mantener sus hábitos saludables.
- Tienen cierto temor a acudir a los centros sanitarios, y valoran de forma positiva el seguimiento de manera telemática.

## 2.1. La inactividad física durante la pandemia

El ejercicio físico regular es beneficioso para prevenir y controlar las enfermedades crónicas. El aislamiento y el confinamiento domiciliario han llevado a un estilo de vida sedentario que perjudica a la salud física y mental de la población; reduciendo su función cardiorrespiratoria, su fuerza muscular, y conduciendo a una pérdida de la densidad mineral ósea (32,33).

En estas circunstancias, debido a que el ejercicio tiene efectos ansiolíticos y antidepresivos, es conveniente que los individuos se mantengan más activos físicamente que nunca. Como resultado, han surgido diferentes iniciativas como la campaña “#BeActive” propuesta por la OMS o entrenamientos virtuales asistidos (31,33-35).

Para realizar este tipo de práctica física en el domicilio, se recomienda documentarse en una fuente fiable sobre cómo realizar cada actividad, designar un periodo de tiempo específico todos los días, disponer de un lugar conveniente, usar la ropa adecuada y utilizar instrumentos diseñados para realizar la práctica de ejercicio. Se recomienda comenzar con actividades de movilidad articular general, emplear la fuerza del propio peso corporal, hacer ejercicios para mejorar la capacidad respiratoria como bailar o saltar a la comba, y realizar ejercicios de equilibrio y control como el yoga. Una investigación realizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública concluyó que estos cursos en línea no están destinados a ser realizados por personas con edad avanzada o con limitaciones físicas (31,33,34).

## 2.2. Los cambios en los hábitos alimentarios durante el confinamiento

El aislamiento, y, en consecuencia, la necesidad de hacer una compra de productos de alimentación para un periodo más prolongado de tiempo con el fin de disminuir las salidas del domicilio, disponer de más tiempo de descanso para consumirlo, para preparar recetas de dulces, y el sentimiento de emociones negativas como el estrés, la inquietud, el miedo o el cansancio puede cambiar la variedad y la frecuencia del consumo de alimentos, lo que se conoce como “food craving” o “antojos”. Estas sensaciones, incrementan la ingesta de dietas ricas en grasas saturadas, azúcares refinados y alimentos precocinados, que producen cambios en la composición corporal, una ganancia de masa corporal total y visceral, una resistencia insulínica y un aumento en la producción de citocinas inflamatorias relacionadas con la existencia del síndrome metabólico, que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes y la obesidad (31,36,37).

Diferentes instituciones han realizado recomendaciones a las personas con el objetivo de mantener una alimentación saludable que se adapte a las necesidades de cada individuo y a su actividad física actual; la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) han propuesto las siguientes pautas (37):

- No utilizar la comida como un método de distracción, para ello, sugieren planificar menús semanales, servir raciones pequeñas, emplear métodos de cocción saludables y aceite de oliva virgen extra como grasa principal.
- Diariamente conviene consumir dos porciones de verduras y hortalizas, legumbres tres veces por semana, carnes rojas una vez semanal, dos raciones de proteínas, frutas como postre, y agua como método de hidratación.
- Se recomienda realizar al menos una hora de ejercicio físico diario de intensidad moderada y mantener una rutina de actividades para tener la mente ocupada.

La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) emitió otras recomendaciones, como evitar realizar compras impulsivas, no realizar ingestas compensatorias de alimentos ni ingerir productos ultra procesados de forma excesiva. También, promueve el ejercicio físico en los domicilios y las terrazas, y recomienda prestar atención a las fuentes de vitamina D (38).

Por su parte, la OMS lanzó una campaña de Salud Pública bajo el lema “#SanosEnCasa”, que estipulaba pautas dietéticas para prevenir y combatir las infecciones, recuerda mantener una dieta equilibrada, reducir la ingesta de sal y mantener una adecuada hidratación (33).

A pesar de todos los consejos divulgados, el estudio Gelt mostró que los participantes cambiaron sus hábitos alimenticios mostrando un aumento en la compra de bebidas fermentadas como cervezas, además de, chocolates y harinas, alejándose de las recomendaciones (38).

### 2.3. Los efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población

La atención a la propagación y a las repercusiones físicas del COVID-19, está haciendo que se ignoren las consecuencias emocionales, que también son de gran interés. Se estima que van a incrementarse los trastornos psíquicos, pero que no todos se van a poder clasificar como enfermedades al tratarse de reacciones normales a una situación anormal (39- 41).

La salud mental es definida por la OMS como el *“bienestar subjetivo, percepción de la propia eficacia, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales”* (42).

Una pandemia puede tener un efecto psicológico importante en los individuos, sobre todo, en las mujeres, las personas que viven solas y las de menor edad, por numerosas razones, que

incluyen: el temor al contagio, la patología y la muerte por esta, la carencia de bienes de consumo, el aislamiento social, el desempleo, la reducción de ingresos... Es por ello, que se muestran cambios emocionales y conductuales tempranos como ansiedad, comportamientos violentos, falta de atención, irritabilidad y desempeño laboral, así como, otros cambios a largo plazo como indicios depresivos, tristeza, consumo de sustancias adictivas y el estrés postraumático (39, 42-47).

La pandemia de SARS-CoV-2 inicialmente causó alarma y un aumento del estrés provocado por la incertidumbre y el incremento descontrolado de infectados, lo que causó una preocupación generalizada. Los estudios al respecto informan de que el aislamiento, la pérdida de la rutina y la reducción del contacto físico y social puede tener efectos psicológicos negativos que desemboquen en cambios en los hábitos de salud, en el cuidado personal y las relaciones interpersonales (42,48).

En ausencia de enfermedades infecciosas, las personas con patologías crónicas tienen más probabilidades de sufrir alteraciones mentales porque padecen más estrés, ansiedad y depresión. Es fundamental tener en cuenta que los grupos de población más vulnerables requieren mayor atención (ancianos, mujeres, niños, personas sin recursos o con patologías crónicas), y es preciso brindarles consejo para reducir sus problemas psicológicos y promover estrategias de afrontamiento (47,49-52).

El bienestar psicológico es clave para afrontar la pandemia, por lo que es imprescindible preservar la salud mental, para ello se propone evitar la sobreexposición a información acerca del virus y su contagio, mantener rutinas, incorporar o recuperar actividades y aficiones, mantener contacto por teléfono o videoconferencias con personas cercanas, y practicar ejercicio físico, entre otras cosas (33,47,52,53).

Tras la pandemia, se espera que la población padezca síntomas psicológicos, sobre todo, trastornos del estado de ánimo, trastornos somatomorfos y síndrome de estrés postraumático en concreto; destacarán entre los individuos de bajos ingresos, los que han sufrido la pérdida de un ser querido o los que poseen factores de vulnerabilidad. Para preservar y proporcionar atención a su salud mental, se han propuesto una serie de recomendaciones generales para utilizar desde la Atención Primaria de Salud (Tabla 2) (47).

**Tabla 2:** Recomendaciones para AP para preservar la Salud Mental tras la pandemia.

MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN	ACCIONES PARA PRESERVAR LA SALUD MENTAL
Miedo a que emerja una nueva pandemia o epidemia.	Mantener una comunicación veraz, transparente y adecuada.
Conductas agresivas de protesta contra las autoridades e instituciones.	Favorecer el retorno a las actividades cotidianas lo antes posible (trabajo, actividad escolar de niños, etc.)
Actos antisociales y/o delincuencia.	Facilitar la ayuda de las redes de apoyo social y comunitario con apoyo mutuo, comprensión y escucha.
Secuelas sociales y de salud mental.	Atención ambulatoria en contexto familiar y comunitario.
	Considerar la escuela, la comunidad y la familia como los espacios terapéuticos para los niños.
	El uso de medicamentos debe ser restringidos a los casos estrictamente necesarios y solo bajo prescripción.

**Fuente:** Elaboración propia.

**Extraída de:** Salud Mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud Española. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>

## Capítulo 3: El seguimiento de las patologías crónicas durante la pandemia.

El 14 de marzo de 2020, tres días después de ser decretada la Pandemia por Coronavirus SARS-CoV-2, el Gobierno de España impuso el estado de alarma en todo el territorio nacional, y con él, una serie de medidas restrictivas extraordinarias con el objeto de ralentizar la propagación del virus para impedir el colapso del sistema sanitario (54).

En ese momento, la asistencia precisó una modificación repentina para adaptarse a las demandas derivadas de la crisis sanitaria, que incluyeron desde convertir espacios hospitalarios y no sanitarios en lugares para tratar a pacientes infectados, hasta implementar nuevas políticas sanitarias (54-56).

La atención ha adquirido un enfoque hospitalocentrista, al igual que en otros países como China e Italia que se encontraban en la misma situación, sin tener en cuenta que la Atención Primaria Española es lo bastante competente para hacer frente a nuevos desafíos de salud; además, de que dispone de gran accesibilidad y capacidad de resolución, pudiendo ser participe en la contención, la planificación y la gestión de la pandemia (54-56).

Entre las reformas que se pusieron en práctica resaltan:

### *1. La limitación de la actividad e incluso el cierre de algunos centros sanitarios de AP:*

En algunas instalaciones sanitarias se limitó el acceso de los pacientes acotando la atención presencial a las consultas indispensables. Por este motivo, en el acceso de los centros sanitarios se encontraba una enfermera encargada de realizar un triaje, clasificando a las personas en tres niveles (57):

- Las personas con sospecha de padecer una infección por COVID-19 que pasarán directos a una consulta en la que los profesionales están protegidos con EPIs. Se engloban en este grupo todos aquellos que presenten síntomas de infección respiratoria aguda como fiebre, tos, fatiga, odinofagia, ageusia, anosmia, dolores musculares, diarrea, dolor torácico o cefalea.
- Las personas con padecimientos crónicos que han sufrido una descompensación de su enfermedad y requieren unos cuidados sanitarios urgentes.
- Los usuarios cuyos motivos de atención pueden solventarse de forma telemática desde su domicilio.

Por otro lado, muchos centros tuvieron que cerrar temporalmente a consecuencia de que la puesta en marcha de recintos no sanitarios para asistir a pacientes infectados por coronavirus precisó de la incorporación de profesionales, desplazándoles de sus lugares habituales de trabajo y dejando estos limitados de personal (58).

## *2. La restricción de las visitas presenciales en Atención Primaria:*

El cierre temporal de instalaciones sanitarias ha privado a las personas con enfermedades no transmisibles de acudir a sus consultas habituales, en las que además de realizar un seguimiento y ejecutar las intervenciones adecuadas, se les proporciona educación para la salud y se fomenta su adherencia terapéutica. Según un estudio realizado por la OMS, en 163 países en el mes de mayo, el 75% de estos habían interrumpido la atención a crónicos, especialmente en el ámbito de la promoción de la salud (39-61).

La AP debe asegurar sus funciones de agencia, de coordinación y de continuidad mediante una atención integrada y equitativa por parte de personal cualificado y formado en este área. Para lograrlo, durante el confinamiento, los profesionales se han organizado para vigilar de forma telemática a los sujetos con patologías crónicas, cuidando de su salud y evitando la aparición de complicaciones que requieran su ingreso y aumenten la presión de los hospitales ya saturados. La actuación sobre la cronicidad es de gran trascendencia al tratarse de personas con mayor susceptibilidad de padecer COVID-19 de forma crítica (62-65).

La sobrecarga asistencial y la tensión derivada del riesgo de contagios han provocado alteraciones en los cuidados; la población ha experimentado un miedo colectivo de acudir a urgencias y a centros sanitarios aun cuando con los mismos síntomas en otra situación acudirían, y las personas con enfermedades crónicas han sido atendidas sin realizarles estudios ni pruebas complementarias (64, 66-69).

Los colectivos más desfavorecidos durante esta crisis sanitaria por las modificaciones en su atención y sus repercusiones en la salud en caso de infectarse son las personas de mayor edad, los pacientes frágiles y los usuarios con enfermedades crónicas (70).

El sistema sanitario requiere una adaptación continua a los cambios, introduciendo las nuevas tecnologías y la telemedicina, y en la prevención y la promoción de la salud como parte fundamental de la atención (71).

### 3.1. La implementación de la salud digital

En el contexto actual de pandemia es preciso emplear las nuevas tecnologías para facilitar la comunicación entre los pacientes y los profesionales respetando el distanciamiento social (72,73).

Desde los años 90, con el impulso de las TICs y la era del Internet, se barajó la posibilidad de realizar un control sanitario a los pacientes en tiempo real por medio de la e-salud. La OMS pone de manifiesto la envergadura de la utilización de las tecnologías digitales como complemento de la asistencia presencial para alcanzar la cobertura sanitaria universal (68).

Se denomina e-salud o salud digital a *“la prestación de servicios introduciendo el uso y la aplicación de las TICs para mejorar el acceso, la eficiencia, la eficacia y la calidad de los procesos clínicos y de gestión para todos los actores implicados”*. La componen una serie de herramientas empleadas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, y la gestión de la salud y el modo de vida de los sujetos (74,75).

La salud digital se divide en varios áreas que permiten actuar sobre la salud de la persona, como son: las aplicaciones móviles orientadas al área del bienestar y enfocadas a monitorizar parámetros de salud como la alimentación o la actividad física, y la telemedicina, que permite un acceso rápido a la atención sanitaria sin acudir al centro asistencial (68).

Los usuarios aprueban este tipo de asistencia, sopesan que facilita la accesibilidad, la eficiencia y la eficacia, aunque les preocupa su privacidad y reclaman mejoras en la protección de sus datos. Por otra parte, los facultativos argumentan que su utilización debe ser voluntaria puesto no toda la población cuenta con las tecnologías necesarias para ponerlo en práctica (59, 75).

En 2018, se desarrolló una Encuesta de Uso y Actitudes ante la e-salud en España para conocer el uso, la percepción y la valoración de los ciudadanos dejando en evidencia que; la cita previa telemática y la receta electrónica tienen un alto grado de implementación, la digitalización de pruebas de imagen garantiza una reducción en los errores diagnósticos al conseguir opiniones de varios especialistas desde distintas ubicaciones, y las personas con patologías crónicas consideran que la historia clínica electrónica y la telemedicina son cruciales en su continuidad asistencial, permitiendo esta última mejorar su calidad de vida y disminuir en número y duración sus estancias hospitalarias (73,74).

Los estudios acerca de la e-salud, y concretamente, sobre la atención telemática desvelan una serie de ventajas y desventajas en este tipo de atención frente a la asistencia rutinaria (Tabla 3) (67,68,72,73).

**Tabla 3:** Ventajas y desventajas de la salud digital.

<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
Enfocar los sistemas sanitarios hacia los problemas de salud más relevantes y frecuentes entre la población.	Posibilidad de una pérdida de intimidad, confidencialidad y protección de datos que origine cambios en la relación profesional.
Optimizar tiempo y recursos, y disminuir la carga asistencial al dejar de realizar consultas únicamente administrativas.	Puede perderse la oportunidad de realizar actividades preventivas.
Fomentar el autocuidado y el automanejo de la enfermedad y la salud para lograr el empoderamiento de los usuarios.	Puede darse una disminución del apoyo al paciente en la toma de decisiones. Es por esto, que se le debe informar de forma exhaustiva acerca de su proceso de enfermedad comprobando la comprensión.
Permite disminuir las desigualdades de accesibilidad a los centros sanitarios y evitar los traslados.	Puede aparecer una barrera de accesibilidad a ciertos colectivos por la “brecha digital”.
Reduce la limitación temporo-espacial proporcionando diagnósticos y tratamientos de forma rápida.	Los profesionales no cuentan con formación en el ámbito de las nuevas tecnologías.
Permite disponer de información sanitaria veraz de forma inminente.	Adaptarse a este tipo de asistencia es complicado por la normalización de rutinas y procesos de trabajo.
Facilita la continuidad asistencial al conseguir una comunicación fluida.	Aparecen limitaciones inherentes al medio de comunicación (falta de empatía, pérdida de la calidad de atención, disminución de la calidez en la comunicación, etc).

*Fuente:* Elaboración propia

### 3.1.1. Las aplicaciones sanitarias

Las nuevas tecnologías han inducido a la elaboración de aplicaciones sanitarias con el objetivo de respaldar a las personas en el manejo de su salud y generar cambios en sus conductas, orientándolas hacia hábitos saludables, buscando una mejoría en su actividad física, favoreciendo cambios en la dieta, y disminuyendo los hábitos tóxicos (76).

### 3.1.2. La telemedicina

La OMS define la telemedicina como: *“la prestación de servicios de salud en los que la distancia es un factor determinante por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación y formación continuada de los profesionales sanitarios con el objetivo final de mejorar la salud de la población y las comunidades”* (73).

La telemedicina engloba las tele consultas, que son destinadas a resolver cuestiones, modificar tratamientos y comunicar resultados de pruebas reduciendo las listas de espera; y la televigilancia, que consiste en la asistencia y la monitorización del paciente desde su domicilio mediante dispositivos como pulseras, collares o cinturones que recopilan información y la remiten telemáticamente al médico especializado (73).

Por otro lado, la “tele-enfermería” es definida por Alcazar y Ambrosio como: *“el uso de las TICs para favorecer un cuidado centrado en la persona y en sus necesidades relacionadas con la enfermedad”*; al igual que la telemedicina, fomenta el afrontamiento, el control de los síntomas, el automanejo y la satisfacción del paciente al suministrarle una atención holística de calidad (77).

Para llevar a cabo esta asistencia es indispensable que tanto el profesional como el paciente dispongan de TICs a su alcance, y son de utilidad los siguientes recursos (73):

- La historia clínica electrónica, que posibilita a los profesionales sanitarios efectuar un registro de la actividad al igual que consultar información de cada usuario para realizar las entrevistas. El empoderamiento de las personas en sus patologías ha llevado a instaurar *Registros Personales de Salud* creados por sanitarios y controlados por los propios pacientes.

- Las plataformas virtuales de intercambio de información como páginas webs, blog, aplicaciones informáticas, etc.
- Las TICs destinadas a la realización de video consultas que precisan un cifrado para evitar problemas de privacidad y seguridad. El número de consultas por video ha crecido desde el comienzo del estado de alarma sobre todo para resolver dudas acerca del coronavirus y la salud general. Madrid, Cataluña, Andalucía y Valencia son las comunidades que más uso han hecho, mientras que Cantabria ha experimentado el aumento porcentual más importante, en el 390% de la atención seguido por La Rioja, Baleares y Galicia.

Pese a que la telemedicina ha aminorado el vínculo profesional-paciente presencial, se ha convertido en una herramienta vital en la supervisión de las afecciones crónicas durante un tiempo en el que se fomenta el distanciamiento social, a fin de evitar los contagios y frenar la propagación del virus, además de solventar dificultades de la atención primaria de salud como la falta de recursos humanos en estos momentos (65,66,78,79).

Al tiempo que muchos usuarios de edad avanzada se muestran reacios a esta asistencia al tener insuficiente manejo de las nuevas tecnologías, los pacientes implicados en su autocuidado recibirán información acerca de su patología por esta vía de una forma proactiva, estableciendo una relación asistencial basada en la confianza mutua y la corresponsabilidad (77).

Las video consultas permiten obtener información con una perspectiva más objetiva realizando un examen físico y estableciendo una conexión personalizada con el usuario, mientras que, las consultas telefónicas son un buen recurso que utilizar cuando el problema de salud está identificado previamente, y la finalidad es realizar un seguimiento y ajustar el tratamiento como en el contexto de las patologías crónicas (69,80,81).

Entre los propósitos de las consultas telemáticas durante la pandemia se encuentran (69):

1. Realizar una valoración del estado de salud del paciente en relación con su patología.
2. Prescribir o modificar tratamientos para paliar agudizaciones o controlar la enfermedad.
3. Evaluar la existencia de problemas de otras patologías que precisen asistencia.
4. Proporcionar apoyo personal al paciente y su familia.
5. Realizar una anamnesis dirigida a síntomas y exposiciones de riesgo a COVID-19.

### 3.1.2.1. Los programas de telemedicina a usuarios con patologías crónicas en España

Todas las comunidades autónomas disponen de programas de telesalud para la atención de diversas patologías, pero entre los proyectos de atención a personas con dolencias crónicas destacan los de algunas comunidades como (82):

- *Beyond Silos* en Badalona y Valencia, que apuesta por mejorar la calidad de vida de los pacientes y controlar la atención brindada por los profesionales mediante la utilización de sensores de movimiento, videoconferencias y aplicaciones informáticas de estimulación psicológica en el domicilio de los pacientes (82).
- *O-Sarean o Osakidetza no presencial* en País Vasco, permite a los usuarios acceder a sus historias clínicas, a foros de consultas, y disponen de atención durante todo el día para resolver situaciones y remitir los casos complejos a especialistas. *Teki*, es un programa desarrollado en la misma comunidad autónoma para monitorizar de forma remota a los individuos con enfermedades crónicas (82).
- En Cataluña, destacan el *Renewing Health*, que consiste en una tele monitorización domiciliaria de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a través de videoconferencias, cuestionarios y pulsioxímetros, así como el *Proyecto iCOR* para las insuficiencias cardíacas (82).

### 3.1.2.2. Los programas de telemedicina en Cantabria

En febrero, se incorporó en Cantabria una estrategia de telemedicina que facilitó la aproximación de la salud a los individuos, haciendo más fácil una igualdad en la asistencia sanitaria y evitando un despoblamiento en las zonas rurales de la comunidad autónoma (83).

A pesar de la experiencia en este campo, pues se han realizado numerosas consultas a pacientes penitenciarios, y de especialidades como psiquiatría, enfermedades infecciosas, dermatología y digestivo, el propósito del proyecto es establecer un modelo “híbrido”, que combine visitas presenciales con no presenciales, intentando reemplazar las consultas telefónicas por videoconsultas, en las que además de interacción humana se involucre el lenguaje corporal (83).

## Conclusiones

- La pandemia por SARS-CoV-2 ha puesto en manifiesto la precariedad de la Atención Primaria y la necesidad de formar a especialistas en este ámbito, proporcionando formación profesional a quienes ya trabajan en este campo. Esto, asegurará la continuidad de la atención y permitirá proporcionar educación sanitaria de calidad para reducir las complicaciones de las patologías y el número de ingresos hospitalarios.
- Las personas con enfermedades crónicas valoraron positivamente los servicios sanitarios proporcionados durante la pandemia, y demostraron que la formación en autocuidado es efectiva porque han mejorado sus hábitos, su calidad de vida relacionada con la salud y su autopercepción. El dotarles de herramientas para asumir el control de su salud les permite detectar de forma temprana signos de alerta haciéndoles partícipes de sus cuidados.
- Los que aún no han sido formados en autocuidados también han mantenido consultas telemáticas con sus profesionales de referencia con el objetivo de fomentar su adherencia terapéutica.
- Finalmente, tras valorar la atención sanitaria durante la pandemia resulta imprescindible potenciar la atención telefónica y electrónica garantizando la confidencialidad y seguridad porque se ha demostrado que muchos motivos de consulta pueden solventarse mediante esta fórmula. Ciertamente, que el eje central de la asistencia debe ser presencial y se debe garantizar, pues es la única manera de obtener una visión holística del paciente.

## Bibliografía

1. Porcel-Gálvez AM, Badanta B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enferm Clin* [Internet] 2021 [acceso 13 de febrero de 2021]. 31 (S1): 18-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>
2. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 [acceso 4 de enero de 2021]; 29 (2): 99–106. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.005>
3. Díaz Cano E, Tardivo G, Fernández Fernández M, Martínez Paricio J. Descriptive Analysis of Incidental Factors in the High Italian and Spanish Life Expectancy. *Research on Ageing and Social Policy*. [Internet]. 2020 [acceso 13 de enero de 2021]; 8(1): 25–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17583/rasp.2020.4736>
4. Goncalves P, López M, Gil J. Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. *Bost Consult Gr* [Internet]. 2014 [acceso 29 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1075/INFORME CRONOS.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. OMS: Enfermedades crónicas [Internet]. [acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
6. Serra Valdés MÁ. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Rev Finlay* [Internet]. 2020 [acceso 11 de noviembre de 2020]; 10(2):78–88. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342020000200078&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000200078&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Morla E. Las enfermedades crónicas no transmisibles. *Cienc y Salud* [Internet]. 2020 [acceso 15 de noviembre de 2020]; 4(1). Disponible en: <https://doi.org/10.22206/cysa.2020.v4i1.pp3-3>
8. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gac Sanit* [Internet]. 2019 [acceso 28 de noviembre de 2020]; 33(6):554–562. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.05.008>

9. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. SemFYC: RedENT [Internet]. 2019 [acceso 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/redent-la-red-para-prevenir-el-70-de-muertes-prematuras-por-enfermedades-no-transmisibles/>
10. Organización Mundial de la Salud. OMS: Enfermedades no transmisibles [Internet]. [acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
11. Mira J.J. Pandemia COVID-19: y ahora ¿qué? J Healthc Qual Res [Internet]. 2020 [acceso 21 de diciembre de 2021]; 35(3):133–135. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.04.001>
12. Sgaravatti A, Hernández M. Envejecimiento en tiempos de COVID-19. Enfermería Cuid Humaniz [Internet]. 2020 [acceso 4 de enero de 2021]; 9(2):82–84. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n2/en\\_2393-6606-ech-9-02-82.pdf](http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n2/en_2393-6606-ech-9-02-82.pdf)
13. Consejería de Sanidad de Cantabria. Plan de atención a la cronicidad de Cantabria. [Internet]. 2015 [acceso 27 de diciembre de 2020]; 15-97. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
14. Ambrosio L, García-Vivar C. Horizonte 2025 para la atención a la cronicidad. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2020 [acceso 6 de enero de 2021]; 43(1):5–8. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272020000100001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272020000100001)
15. Aceves Soto MA, Bourgon Baquedano L, Climent Ballester S, Fuster Ruiz de Apodaca R. Atención Farmacéutica en Terapias Crónicas de Alto Impacto [Internet]. 2020; [acceso 28 de noviembre de 2020]; 15–60. Disponible en: [https://www.citesalud.org/onewebmedia/LIBRO\\_ATENCI%C3%93N%20FARMAC%C3%89UTICA%20EN%20TERAPIAS%20DE%20ALTO%20IMPACTO.pdf](https://www.citesalud.org/onewebmedia/LIBRO_ATENCI%C3%93N%20FARMAC%C3%89UTICA%20EN%20TERAPIAS%20DE%20ALTO%20IMPACTO.pdf)
16. INE. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga evolución por sexo, grupos de edad y periodo. [Internet]. 2017. [acceso 5 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres\\_hombres/tablas\\_1/I0/&file=d03006.px#!tabs-tabla](https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/I0/&file=d03006.px#!tabs-tabla)

17. Hontangas AR, Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero V, et al. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2018. [acceso 16 de diciembre de 2020]; 92. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201806032.pdf>
18. Wagner EH. Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. *Milbank Q* [Internet]. 2019 [acceso 4 de enero de 2021]; 97(3):659–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8941260/>
19. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Critical view and argumentation on chronic care programs in Primary and Community Care. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [acceso 4 de enero de 2021]; 50(2): 114–129. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001>
20. Adrián-Arrieta L, Casas Fernández de Tejerina JM. Evaluación de los cuidados recibidos por pacientes con enfermedades crónicas. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [acceso 15 de enero de 2021]; 50(7):390–397. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.014>
21. Lagos M.E, Salazar A., Salas P. Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario “Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas para pacientes”. *Rev Med Chile*. [Internet]. 2017 [acceso 15 de marzo de 2021]; 145: 869-878. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700869>
22. Merlo González E. Valoración de la calidad de vida en los pacientes crónicos pluripatológicos. *Rev Iberoam Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2018 [acceso 15 de enero de 2021]; 11(1):46–56. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1935/RIdEC-v10-n2-jun2018-nov2018 - Originales 5.pdf>
23. Colegio de Enfermería de Cantabria. Guía básica para la prevención del cáncer y otras enfermedades crónicas. Apostando por estilos de vida saludables. [Internet]. 2020 [acceso 28 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://enfermeriacantabria.com/guiacancer.pdf>
24. OMS. Actividad Física. [Internet]. 2017 [acceso 4 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
25. Danet Danet A, Prieto Rodríguez MA, March Cerdà JC. La activación de pacientes crónicos y su relación con el personal sanitario en Andalucía. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2017 [acceso 14 de enero de 2021]; 40(2):247–257. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272017000200247&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000200247&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

26. Danet Danet A, Prieto Rodríguez MÁ, Toro Cárdenas SM, Garrido Peña F, Escudero Carretero MJ, March Cerdà JC. Differential impact and heterogeneous needs. A peer-led training program for improving chronic patients' health status and health behaviors. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 [acceso 14 de enero de 2021]; 52(2):112–121. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.020>
27. Consejería de Sanidad de Cantabria. Aulas de salud [Internet]. [acceso 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.escuelacantabradesalud.es/aulas-de-salud>
28. Consejería de Sanidad de Cantabria. Aula de cronicidad [Internet]. [acceso 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.escuelacantabradesalud.es/ep-aula-cronicidad-cursos-y-actividades>
29. Haymée Rodríguez L, Orisel Bolaños A, Isis Pedroso M. Utilidad de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. *Invest Medicoquir* [Internet]. 2020 [acceso 21 de enero de 2021]; 12(3). Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/view/642>
30. Pinazo-Hernandis S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 55(5):249–252. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>
31. Prieto Rodríguez MÁ, March Cerdá JC, Martín Barato A, Escudero Carretero M, López Doblás M, Luque Martín N. Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 [acceso 4 de enero de 2021]; 1–7 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.001>
32. Polero P, Rebollo-Seco C, Adsuar JC, Pérez-Gómez J, Rojo-Ramos J, Manzano-Redondo F, et al. Physical activity recommendations during COVID-19: Narrative review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acceso 11 de enero de 2021]; 18(1):1–24. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010065>
33. Organización Mundial de la Salud. Campaña mundial de salud pública #SanosEnCasa [Internet]. 2020. [acceso 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome>
34. Márquez Arabia JJ. Inactividad física, ejercicio y pandemia COVID-19. *Viref Rev Educ Física*. [Internet] 2020 [acceso 11 de noviembre de 2020]; 9(2):43–56. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/viref/article/view/342196>

35. Moreno Leiva G. Deporte y actividad física en tiempos de pandemia. Rev Obs del Deport ODEP. [Internet]. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 6(2):53–54. Disponible en: <https://revistaobservatoriodeldeporte.cl/index.php/odep/article/view/227>
36. Díaz M, Ayala M. Cambios en el comportamiento alimentario en la era del COVID-19. Relais [Internet]. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 3(1):27–30. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/relais/article/view/2637/2589>
37. Álvarez J, Lallena S, Bernal M. Nutrición y pandemia de la COVID-19. Medicine [Internet]. 2020 [acceso 15 de febrero de 2021]; 13(23):1311–1321. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.013>
38. Pérez-Rodrigo C, Citores MG, Bárbara GH, Litago FR, Sáenz LC, Aranceta-Bartrina J, et al. Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. Rev Esp Nutr Comunitaria [Internet]. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 26(2):101–111. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/341990121>
39. Ribot Reyes V de la C, Chang Paredes N, González Castillo AL. Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. Rev habanera cienc méd [Internet]. 2020 [acceso 15 de enero de 2021]; 19 (Suplemento 1): 1–11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400008&lng=es).
40. Rodríguez-Quiroga A, Buiza C, Mon MAÁ de, Quintero J. COVID-19 y salud mental. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 13(23):1285–1296. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
41. González-Rodríguez A, Labad J. Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. Mec Clin [Internet]. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 155(9):392–394. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.009>
42. Gómez Tejeda JJ, Besteiro Arjona ED, Hernández Pérez C, Góngora Villares Y. Impacto psicológico causado por la pandemia de COVID-19. Rev Científica Estud Cienfuegos INMEDSUR [Internet]. 2020 [acceso 13 de noviembre de 2020]; 3(2):36–43. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/84>
43. Serrano Gallardo P. COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán. Enferm Clin [Internet]. 2021 [acceso 4 de enero de 2021]; 31 (S1): 2-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.020>

44. Cuadra-Martínez D, Castro-Carrasco PJ, Sandoval-Díaz J, Pérez-Zapata D, Mora Dabancens D. COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI. *Rev Med Chile* [Internet]. 2020 [acceso 28 de noviembre de 2020]; 148(8):1139–1208. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/344581842>
45. Balluerka-Lasa N, Gómez- Benito J, Hidalgo-Montesinos M, Gorostiaga-Manterola A, Espada-Sánchez J, Padilla-García J, et al. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. *Iker lanak Trab Investig* [Internet]. 2020 [acceso 15 de noviembre de 2020]; 76–123. Disponible en: <https://www.ehu.eus/es/web/psikologia/las-consecuencias-psicologicas-de-la-covid-19-y-el-confinamiento>
46. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Rev Psicopatol y Psicol Clin* [Internet]. 2020 [acceso 15 de noviembre de 2020]; 25(1):1–22. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/27569>
47. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón García JL. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 52(S2):93–113. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>
48. Valero N, Velez M, Duran A, Torres M. Afrontamiento del COVID-19: estres, miedo, ansiedad y depresion. *Enferm Investig Vinculacion, Docencia y Gest.* [Internet]; 2020 [acceso 15 de noviembre de 2020]; 5(3):63–70. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913>
49. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 [acceso 13 de noviembre de 2020]; 277:55–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
50. Addis SG, Nega AD, Miretu DG. Psychological impact of COVID-19 pandemic on chronic disease patients in Dessie town government and private hospitals, Northeast Ethiopia. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. 2021 [acceso 22 de enero de 2021]; 15(1):129–35. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.12.019>
51. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2021

[acceso 22 de enero de 2021]; 281:91–98. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>

52. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saude Publica*. [Internet] 2020 [acceso 22 de enero de 2021]; 36(4):1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>

53. Parrado-González A, León-Jariego JC. COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2020 [acceso 15 de noviembre de 2020]; 94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32507849>

54. Iparraguirre ST, Álvarez RM. semFYC and Family Medicine in the time of the Coronavirus. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 [acceso 15 de enero de 2021]; 52(5):291–293. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.002>

55. De Brito Lima Prado NM, Rossi TRA, Chaves SCL, De Barros SG, Magno L, Dos Santos HLPC, et al. The international response of primary health care to COVID-19: Document analysis in selected countries. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [acceso 23 de enero de 2021]; 36(12). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>

56. Totten AM, McDonagh MS, Wagner JH. The Evidence Base for Telehealth: Reassurance in the Face of Rapid Expansion During the COVID-19 Pandemic. *Agency Healthc Res Qual* [Internet]. 2020 [acceso 23 de enero de 2021]; (1):1–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557174/>

57. Blanco-Tarrio E, Blanco Sánchez G. Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la COVID-19. *Semergen* [Internet]. 2020 [acceso 15 de enero de 2021]; 46(S1):26-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.003>

58. Lorenzo SM. La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. *Aps Em Rev* [Internet]. 2020 [acceso 27 de enero de 2021]; 2(1):28–32. Disponible en: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.66>

59. Cardo Miota A, Valls Pérez B, Lara Morales PA, Alguacil Martínez C, Serrano Ivars L, Ferrer Amengual V, et al. Respuesta de un centro de salud ante la pandemia COVID-19: percepciones de la plantilla médica. *Comunidad semFyC* [Internet]. 2020 [acceso 15 de enero de 2021]; 22(3):1–8. Disponible en: <https://comunidad.semfyec.es/respuesta-de-un-centro-de-salud-ante-la-pandemia-covid-19-percepciones-de-la-plantilla-medica/>

60. Basu S. Non-communicable disease management in vulnerable patients during Covid-19. *Indian J Med Ethics* [Internet]. 2020 [acceso 27 de enero de 2021]; 5 (2):103–105. Disponible en: <https://doi.org/10.20529/IJME.2020.041>
61. Organización Mundial de la Salud. Preliminary results: rapid assessment of service delivery for noncommunicable diseases during the COVID-19 pandemic. [Internet]. [acceso 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/rapidassessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>
62. Palomo Cobos L, Corrales Nevado D. Chronicity and primary care in times of pandemic. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol* [Internet]. 2020 [acceso 11 de noviembre de 2020]; 52:3–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sedeng.2020.05.002>
63. Ferrer-Arnedo C. Los pilares irrenunciables de la práctica enfermera en el ámbito comunitario tras la crisis del COVID-19. *Enferm Clin* [Internet]. 2020 [acceso 11 de noviembre de 2020]; 30(4):233–235. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.001>
64. Liu N, Huang R, Baldacchino T, Sud A, Sud K, Khadra M, et al. Telehealth for noncritical patients with chronic diseases during the COVID-19 pandemic. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 [acceso 22 de enero de 2021]; 22(8):8–11. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/19493>
65. Hoffer-Hawlik MA, Moran AE, Burka D, Kaur P, Cai J, Frieden TR, et al. Leveraging telemedicine for chronic disease management in low- And middle-income countries during Covid-19. *Glob Heart* [Internet]. 2020 [acceso 27 de enero de 2021]; 15(1):1–5. Disponible en: <http://doi.org/10.5334/gh.852>
66. Castellano Arroyo M, Sánchez Castellano C. Providing health care to elderly people. Also during a pandemic crisis? *An RANM* [Internet]. 2020 [acceso 29 de noviembre de 2020]; 137(2):227–233. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev17>
67. Beltran-Aroca CM, González-Tirado M, Girela-López E. Ethical issues in primary care during the coronavirus (SARS-CoV-2) pandemic. *Med Fam Semer* [Internet]. 2020 [acceso 14 de enero de 2021]. 47(2): 122-130. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2020.11.002>
68. Gracia Gómez C. Salud digital y COVID-19. *NPunto*. [Internet]. 2020 [acceso 15 de enero de 2021]; 3(30):117–20. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5f69a930e86dcArt7.pdf>
69. Lopez-Campos JL, Calle M, G. Cosío B, González Villaescusa C, García Rivero JL, Fernandez Villar A, et al. Soporte telefónico al paciente con EPOC en tiempos de la COVID-19. *Open Respir*

Arch [Internet]. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 2(3):179–185. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2020.05.009>

70. Bianchetti A, Bellelli G, Guerini F, Marengoni A, Padovani A, Rozzini R, et al. Improving the care of older patients during the COVID-19 pandemic. Aging Clin Exp Res [Internet]. 2020 [acceso 24 de enero de 2021]; 32(9):1883–1888. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01641-w>

71. Camarrelles Guillem F. Prevention and health promotion in times of change. Aten Primaria [Internet]. 2020 [acceso 27 de enero de 2021]; 52(S2):1–2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.006>

72. Camarrelles Guillem F. Oportunidades y amenazas para la prevención y promoción de la salud y el PAPPs en el contexto de la pandemia Covid-19. Aten Primaria [Internet]. 2020 [acceso 11 de noviembre de 2020]; 52(7):449–451. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.001>

73. Marcos Fernandez M, Fernández Mota J., Cobián Sanchez F, Rodríguez de Alba M, De Lorenzo y Aparici O, De Lorenzo y Aparici R, et al. La telemedicina en España en la época de la postpandemia COVID-19. Toko-Gin Pr [Internet]. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 79(4):221–233. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11531/53593>

74. Ramos AC, Buceta BB, Silva ÁF Da, Lorenzo RB. La eSalud en España: evolución, estado actual y perspectivas de futuro. Saúde e Soc. 2020 [acceso 25 de enero de 2021]; 29(4): 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190886>

75. Cernadas Ramos A, Bouzas-Lorenzo R, Mesa del Olmo A, Barral Buceta B. Opinion of doctors and users on e-health advances in primary care. Aten Primaria [Internet]. 2020 [acceso 14 de enero de 2021]; 52(6):389–399. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.008>

76. Madrid López M del C. Las TICs en el manejo del paciente crónico; nueva herramienta en tiempos de COVID-19. Paraninfo Digit [Internet]. 2020 [acceso 22 de enero de 2021]; 14(32):1–2. Disponible en: <http://ciberindex.com/p/pd/e32019d>

77. Fernández Navascués AM. New technologies, new health organizations. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2019 [acceso 15 de enero de 2021]; 42(2):133–138. Disponible en: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0716>

78. Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the Era of COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. 2020 [acceso 28 de noviembre de 2020]; 8(5):1489–1491. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.008>
79. National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. Telesalud [Internet]. [acceso 24 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/telesalud>
80. Sales MB, José M, Mira M. Consulta telefónica. *FML* [Internet]. 2020 [acceso 14 de enero de 2021]; 25(2):1–4. Disponible en: <https://www.revistafml.es/wp-content/uploads/2020/07/REVISIONES.Consulta-telefónica.pdf>
81. Rodriguez JA, Betancourt JR, Sequist TD, Ganguli I. Differences in the use of telephone and video telemedicine visits during the COVID-19 pandemic. *Am J Manag Care* [Internet]. 2021 [acceso 27 de enero de 2021]; 27(1):21–26. Disponible en: <https://doi.org/10.37765/ajmc.2021.88573>
82. Petralanda Mate AI. Costes: Paciente crónico + Telemedicina, una ecuación positiva. *Publicaciones Didácticas* [Internet]. 2017 [acceso 15 de enero de 2021]; 82:79–84. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Gomez-Escalonilla\\_Lorenzo/publication/316735618\\_Influencia\\_de\\_las\\_emociones\\_en\\_la\\_salud\\_Abordaje\\_desde\\_la\\_consulta\\_de\\_Enfermeria/links/590f80394585159781875523/Influencia-de-las-emociones-en-la-salud-Abordaje-des](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Gomez-Escalonilla_Lorenzo/publication/316735618_Influencia_de_las_emociones_en_la_salud_Abordaje_desde_la_consulta_de_Enfermeria/links/590f80394585159781875523/Influencia-de-las-emociones-en-la-salud-Abordaje-des)
83. Sanidad consolida la telemedicina en Cantabria y crea el primer comité de telesalud. [Internet]. *Psiquiatría*. 2021 [acceso 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://psiqui.com/2-63616>

## Anexo 1: Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)

ÍTEM
1. Me preguntaron sobre mis ideas a la hora de diseñar un plan de tratamiento.
2. Me dieron opciones de tratamiento para que las considerara.
3. Me preguntaron si tenía problemas con mis medicamentos o sus efectos
4. Me entregaron una lista por escrito con las cosas que debería hacer para mejorar mi salud.
5. Me sentí satisfecho porque el plan de tratamiento estaba bien organizado.
6. Me mostraron como mis acciones para cuidarme influyeron en mi estado de salud.
7. Me pidieron que hablara sobre mis metas respecto al cuidado de mi enfermedad.
8. Me ayudaron a establecer objetivos específicos para mejorar mi alimentación o actividad física
9. Me entregaron una copia de mi plan de tratamiento.
10. Me alentaron a asistir a una clase o grupo para que pudiera convivir mejor con mi enfermedad crónica.
11. Me hicieron preguntas, directas o en encuesta, sobre mis hábitos relacionados con la salud.
12. Estoy seguro de que mi médico o enfermera toman en cuenta mis valores, creencias y tradiciones cuando me recomiendan un tratamiento.
13. Me ayudaron a diseñar un plan de tratamiento que pudiera llevar a cabo en mi vida diaria.
14. Me ayudaron a planificar con anticipación, de modo que pudiera cuidar mi salud incluso en tiempos difíciles.
15. Me preguntaron como mi enfermedad crónica ha afectado mi vida.
16. Me contactaron después de una consulta para saber cómo estaba.
17. Me alentaron a participar en programas dentro de la comunidad que me podrían ayudar.
18. Me derivaron a ver a un nutricionista u otro profesional de la salud.
19. Me hablaron sobre los beneficios para mi tratamiento que tuvo la consulta con otros especialistas.
20. Me preguntaron cómo me estaban yendo las consultas con otros médicos.

Fuente: Elaboración propia.

Extraído de: Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario "Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas para pacientes". Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700869>

## Anexo 2: Contenido de las escalas del SF-36.

CONTENIDO DE LAS ESCALAS DEL SF-36			
DIMENSIÓN	Nº DE ÍTEMS	“PEOR” PUNTUACIÓN	“MEJOR” PUNTUACIÓN
Funcionamiento físico	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas diarias debido a su estado de salud. (10 puntos)	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas sin ninguna limitación. (30 puntos)
Rol físico	4	Interferencia en el rendimiento en el trabajo u otras actividades diarias. (4 puntos)	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias. (8 puntos)
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y limitante. (2 puntos)	Ningún dolor. (12 puntos)
Salud general	5	Evalúa como malo el estado de salud actual y el futuro. (5 puntos)	Evalúa la propia salud como excelente. (25 puntos)
Vitalidad	4	Se siente agotado y sin energía. (4 puntos)	Se siente muy enérgico. (24 puntos)
Funcionamiento social	2	Limitación en la vida social en relación con el estado emocional. (2 puntos)	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia. (10 puntos)
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales. (3 puntos)	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales (6 puntos)
Salud mental	5	Siente ansiedad y depresión todo el tiempo. (5 puntos)	Siente felicidad y tranquilidad. (30 puntos)
Ítem de transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año. (1 punto)	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace 1 año. (5 puntos)

Fuente: Elaboración propia

Extraído de: Valoración de la calidad de vida en los pacientes crónicos pluripatológicos. Disponible en:

<http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1935/RIdEC-v10-n2-jun2018-nov2018-Originales 5.pdf>