

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

TRABAJO FIN DE GRADO



**Universidad
Zaragoza**

**“CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE
PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS Y SU
PERCEPCIÓN POR DIFERENTES ÁMBITOS
ASISTENCIALES”**

Carolina Díaz Pérez

Curso Académico 2014/2015

Director: Dr. Juan Ignacio Pérez Calvo

ÍNDICE

RESUMEN	1-2
INTRODUCCIÓN	3-8
HIPÓTESIS	9
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11-13
RESULTADOS.....	13-32
DISCUSIÓN	32-36
CONCLUSIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA	38-39
ANEXOS.....	40-41

RESUMEN: *Objetivo:* analizar las características de los pacientes crónicos pluripatológicos y reingresadores admitidos en un Servicio de Medicina Interna (SMI) y comparar si la percepción de este subgrupo de pacientes es compartida desde un ámbito asistencial diferente, como es la Atención Primaria (AP).

Métodos: estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron 69 pacientes. La muestra se construyó mediante muestreo no probabilístico consecutivo entre los pacientes que ingresaron entre junio de 2014 y enero de 2015 en el SMI del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, que además fuesen pertenecientes al Centro de Salud Univérsitas. Los pacientes ingresados se clasificaron para analizar el grado y tipo de pluripatología según la Definición Funcional de Paciente Pluripatológico y se evaluó su grado de dependencia mediante la Escala de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria. Se realizó estadísticos descriptivos de los mismos. Se obtuvieron datos de AP del 45% de la muestra.

Resultados: La media de edad de la cohorte hospitalaria fue de 80'54 años. El 74% de los pacientes padecía al menos una enfermedad crónica y el 45% cumplía criterios de pluripatología. El 68% de los pacientes pluripatológicos tenía entre 75 y 94 años. Las patologías más prevalentes fueron la insuficiencia cardiaca (A1), la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo (E3) y la enfermedad renal crónica (B2). La enfermedad cardiovascular fue la patología que más frecuentemente se asoció a otras enfermedades. El 48% de los pacientes pluripatológicos presentaba dependencia grave-total, y el 80% de estos se encontraba entre los 85 y los 94 años. Un 67% de los pacientes pluripatológicos dependientes graves-totales presentaba una enfermedad neurológica con deterioro cognitivo. El 64% de los problemas crónicos detectados por Atención Primaria no eran clasificables según la Definición Funcional de Paciente Pluripatológico, siendo los más frecuentes la hipertensión arterial, la dislipemia y la artrosis. La concordancia entre Hospital y AP fue buena al valorar las categorías patológicas de la Clasificación Funcional y moderada al valorar la dependencia.

Conclusión: La pluripatología aumenta con la edad, pero su repercusión funcional se asocia sobre todo a la presencia de enfermedad neurológica. La enfermedad cardiovascular es el sustrato que liga la pluripatología y tiende a aparecer en pacientes más jóvenes. Es necesaria una terminología similar en materia de cronicidad entre AP y Hospitalaria para conseguir una adecuada planificación asistencial del paciente crónico.

Palabras clave: pluripatología, dependencia, cronicidad

ABSTRACT: *Objective:* To analyse the characteristics of chronic polypathological patients who had been readmitted to an Internal Medicine Service and to compare if the perception of this subgroup of patients is shared from a different level of health care, as it is Primary Care.

Methods: descriptive cross-sectional study in which 69 patients were included. The sample was built by non-random consecutive sampling between patients who were admitted from June 2014 to January 2015 to the Internal Medicine Service of the Lozano Blesa Clinic University Hospital, who belonged to the Primary Health Centre (PHC) Universitat as well. The admitted patients were classified in order to analyse both their level and type of polypathology according to the Functional Definition of Polypathological Patient (Pp). Their level of dependence was also assessed according to the Barthel Index of Activities of Daily Living. Descriptive statistics about them were made. Primary Care provided information of 45% of the sample.

Results: The average age of the hospital cohort was 80'54 years old. 74% of the patients suffered from at least one chronic disease and 45% of them met the criteria for Pp. 68% of the Pp was 75 to 94 years old. Most prevalent pathologies were chronic heart failure (A1), neurological disease with cognitive decline (E3) and chronic kidney disease (B2). Cardiovascular disease was the most frequently associated with other diseases. 48% of the Pp was totally-severely dependent, and 80% of these ones was 85 to 94 years old. 67% of the totally-severely dependent Pp had a neurological disease with cognitive decline. 64% of the chronic problems detected by Primary Care were not classifiable according to the Functional Definition of Polypathological Patient, being the most frequent ones high blood pressure, lipid disorders and arthrosis. The agreement between Hospital and PHC was good when classifying the pathological categories within the above mentioned classification and moderate when classifying dependence.

Conclusion: Polypathology increases with age, but its effect on dependence is mostly associated to the presence of a neurological disease. The cardiovascular disease is the background in which the polipathology is based, and it appears more in younger patients. A common terminology of chronicity between Hospital and Primary Care is needed to assure a suitable care plan for chronic patients.

Keywords: polypathology, dependence, chronicity

INTRODUCCIÓN

La transición demográfica que desde el siglo XIX se ha ido produciendo en los países desarrollados, ligada al crecimiento económico contemporáneo, se basa en la transformación del comportamiento de las poblaciones en el terreno de la fecundidad y la mortalidad, con tendencia descendente de ambas (1). Estos cambios poblacionales nos sitúan en una condición demográfica actual cuyos pilares son la reducción de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población^a.

Ligadas al concepto de transición demográfica aparecen las teorías de transición epidemiológica y sanitaria (Omran). Intentan explicar los cambios más importantes que han tenido lugar en las condiciones de salud en las poblaciones occidentales para contextualizar las consecuencias demográficas de dichos cambios (1).

El momento de la transición sanitaria en la que nos encontramos actualmente es conocido como “etapa de las enfermedades degenerativas de aparición tardía”, caracterizado por un desplazamiento progresivo de la distribución por edad de las defunciones por causa degenerativa hacia edades más avanzadas.

La utilidad de estos análisis demográficos exhaustivos radica en la importancia que adquiere la Salud Pública como elemento que estudie las necesidades de salud y recursos necesarios asociados a esta determinada población, planificando y programando los recursos de actividades en salud pública y los servicios sanitarios a través de la investigación epidemiológica ^a (1).

Trabajando con datos concretos, en la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16'1% en el año 2.000 a un 27'5% en el 2.050. España lidera el envejecimiento a nivel mundial junto con Italia y Japón (2). En 2.011, en España había un 17'2% de población de más de 65 años (en Aragón, la proporción era de 20%), estimándose que para 2050 cerca del 35% de la población española superará los 65 años (3).

La repercusión del envejecimiento en todas las esferas consiste en una mayor incidencia de enfermedad, con coincidencia de varias patologías en un mismo individuo (comorbilidad), mayor tendencia a la cronicidad de las enfermedades, mayor prevalencia de situaciones de incapacidad y mayor utilización de servicios sanitarios (Atención Primaria,

^a Aibar Remón C. El análisis de la población. Conceptos básicos de demografía sanitaria. Sistemas de información sanitaria. Asignatura de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza; 2012-13. Capítulo 2

consumo de fármacos, ocupación de camas hospitalarias, necesidad de cuidados continuos y utilización de recursos sociales)^a.

Las enfermedades crónicas suponen un problema sanitario emergente, siendo consideradas por la OMS como el principal reto de salud del siglo XXI (4). La Encuesta Nacional de Salud del 2.012 revela que el 68'2% de los pacientes entre 65 y 74 años presentan una enfermedad o problema de salud crónico, aumentando hasta el 77% entre los 75 y los 85 (3).

No hay una sola definición para las enfermedades crónicas. Se podrían describir como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, permanentes, que no se curan y que se agregan unas a otras suponiendo un deterioro progresivo orgánico y una pérdida gradual de autonomía y funcionalidad en el paciente. Son enfermedades cuya prevalencia aumenta con la edad, requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada, pero son también susceptibles de prevención y retraso en su aparición o atenuación en su progresión ^a (4-6).

El envejecimiento de la población ha modificado la incidencia de las enfermedades, y ha hecho que aumenten algunas como la demencia, las neoplasias y las enfermedades degenerativas, sobre todo del sistema cardiovascular. Como consecuencia de ello, la mortalidad del anciano por causas cardiovasculares y tumores tiene una incidencia muy superior a la del resto de la población adulta ^b (5).

La importancia de la cronicidad se basa actualmente más en la comorbilidad clínica (pacientes pluripatológicos) y la limitación de las funciones básicas de la vida diaria que en la propia enfermedad de base (2). Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la prevalencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años (4). La Encuesta Nacional de Salud Española de 2.006 evidenció una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en las personas entre 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,23 enfermedades crónicas en los mayores de 75 años. Las personas con múltiples enfermedades crónicas representan más del 50% de la población con enfermedades crónicas (3). Es esencial recordar que no es la edad, sino las características clínicas, funcionales, mentales y sociales las que van a diferenciar al tipo de

^a Gamboa Huarte B, García-Arillo Calvo E. Tipología de ancianos. Fragilidad. Dependencia. Asignatura de Geriátría y Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza; 2011-12. Capítulo 2.

^b Ortiz Domingo M, Ramos Ibáñez M. Las formas de presentación de las enfermedades en el anciano. Asignatura de Geriátría y Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza; 2011-12. Capítulo 3.

paciente que se va a atender, haciendo que se desarrolle un modelo de abordaje y sistema asistencial diferente^a.

El *anciano sano* no presenta enfermedades crónicas sintomáticas ni otros problemas asociados de salud, mientras que el *anciano enfermo* presenta alguna afección aguda o crónica no invalidante. Ambos se diferencian del adulto sólo en la edad cronológica, y pueden ser atendidos en los servicios tradicionales^a.

El *anciano frágil* ya presenta un estado de equilibrio inestable (una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica) que le confiere alto riesgo de necesidad de mayores cuidados y/o atención institucional. Por último, el *anciano dependiente* va a plantear problemas con relación a su asistencia sanitaria, por presentar una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, que ya le ocasionan un grado de discapacidad evidente (repercusión de las enfermedades sobre el individuo), asociada a dependencia (necesidad de ayuda de otra persona en las actividades de la vida diaria). Son estos dos últimos los que van a necesitar unos servicios y recursos sociosanitarios específicos, suponiendo la condición de enfermo crónico un reto muy importante para la familia y el sistema sociosanitario.^{ab}

Profundizando en el impacto de la cronicidad sobre el actual sistema sanitario, encontramos a nivel de gestión que las enfermedades crónicas generan hasta el 70% del gasto sanitario, el 60% de ingresos hospitalarios y el 80% de las consultas de atención primaria (4). Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por seis respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una. Algunos estudios avalan que dos tercios del gasto sanitario de algunas organizaciones está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas, multiplicando estos pacientes por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario (2).

El gran problema de esta gestión sanitaria es que el ritmo al que avanzan el patrón epidemiológico y el sistema sanitario no son sincrónicos, pudiendo cuestionarse la sostenibilidad del sistema si no se cambia la estructura sanitaria que soporta los trastornos más prevalentes y con tendencia ascendente: las enfermedades crónicas (2).

^a Ortiz Domingo M, Ramos Ibáñez M. Las formas de presentación de las enfermedades en el anciano. Asignatura de Geriátría y Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza; 2011-12. Capítulo 3.

^b Gamboa Huarte B, García-Arillo Calvo E. Tipología de ancianos. Fragilidad. Dependencia. Asignatura de Geriátría y Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza; 2011-12. Capítulo 2.

La falta de concordancia entre la estructura sanitaria existente (más orientada hacia patología aguda o bien hacia patología crónica estudiada en compartimentos estancos) y la población asistencial (que evoluciona hacia la cronicidad y necesita un abordaje completo más allá de especialidades individualizadas), revela la lacra última y más grave de esta tesitura actual: la carencia asistencial ante la que se encuentran los pacientes crónicos, cuyas necesidades no pueden ser adecuadamente provistas y apoyadas.

Los principales inconvenientes que impiden un planteamiento sanitario correcto son la inexistencia de estrategias definidas, la falta de seguimiento de las Guías de Práctica Clínica establecidas, la ausencia de coordinación y fluidez entre niveles asistenciales, la falta de seguimiento activo para garantizar los mejores resultados o la inadecuada capacitación de los pacientes para comprender y controlar sus enfermedades (6). Se suele incidir en la triada edad, comorbilidad y polimedicación como mejor manifestación de lo que supone la cronicidad al sistema sanitario (2).

El principal reto al que debemos enfrentarnos es desarrollar modelos orientados a la mejora de atención de pacientes crónicos y pluripatológicos complejos. Como hemos visto, la atención adecuada de un paciente tiene que ser desempeñada incluyendo todos los aspectos de la esfera bio-psico-social.

Se trata de reorientar el tradicional modelo de atención curativa, donde priman los contactos episódicos centrados en procesos agudos, hacia una organización del modelo sanitario que conceda más importancia “al cuidar que al curar”, donde el paciente siempre sea la piedra angular sobre la cual se sustente el sistema (2). En este sentido, existen desde hace tiempo varios modelos internacionales que se centran en el paciente crónico, mejorando la prevención y promoviendo la integridad, la continuidad asistencial y la coordinación entre sectores sanitarios, buscando reforzar el paradigma de un paciente informado (4).

Son destacables, principalmente, el modelo de cuidados de enfermedades crónicas (*Chronic Care Model*) y el modelo de la pirámide de riesgo (*Kaiser Permanente*) (4, 6). Ambos giran en torno a un eje multidimensional que aboga por mejorar la atención en torno a seis áreas clave: la comunidad, el sistema sanitario, el apoyo en el autocuidado, el diseño de provisión de servicios, el apoyo en la toma de decisiones y los sistemas de información clínica (2, 4).

En los últimos años numerosas organizaciones y países han comenzado a aplicar este guión en función de la situación de sus sistemas sanitarios y patrones de enfermedades, con

buenos resultados (4). Es necesario individualizar cada caso basándose en la mejor evidencia de práctica clínica, coordinación de los recursos asistenciales y refuerzo y seguimiento del plan terapéutico.

En realidad, está demostrado que se necesitan más bien cambios organizativos que recursos económicos para conseguir objetivos en un sistema en el que España tiene mucho que decir por liderar el envejecimiento mundial (4). En nuestro país se ha ido introduciendo el concepto desde la publicación del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Atención al Paciente Pluripatológico (PP) en el año 2.002, y a pesar de las lacras ya comentadas, el sistema sanitario español tiene la ventaja de ser público y universal, así como de poseer una Atención Primaria fuertemente consolidada, clave en el éxito de los modelos de cronicidad (2).

Aquí nos centraremos precisamente en el aspecto organizativo de la atención sanitaria, dentro de los factores que componen los programas de mejora de atención en cronicidad. El proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos engloba el conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos una asistencia sanitaria integral, coordinando a los profesionales, los servicios y los centros a lo largo del tiempo (7).

La estratificación de la población en función de su riesgo es uno de los elementos fundamentales del proceso asistencial, identificando con mayor ahínco a los que presenten mayor riesgo, a ese 3-5% de la población con Enfermedades Crónicas Complejas ^a(2), que son aquellos pacientes que sufren enfermedades crónicas no neoplásicas en estadios avanzados, los pacientes pluripatológicos y los pacientes con enfermedad crónica o de alto riesgo (asociado al concepto de Paciente Pluripatológico antes nombrado) (7). El objetivo de esta identificación es la posibilidad de crear planes específicos de atención continuada o gestión de casos.

Otro de los requisitos fundamentales en el plano asistencial es la creación de escenarios de integración clínica que permitan una sinergia y coordinación de los distintos niveles asistenciales –frente a la habitual separación de entornos- en la atención de unos pacientes cuyas patologías sobrepasan un órgano o una especialidad.

Para ello es necesario, entre otras cosas, romper con el tradicional aislamiento de la Atención Primaria, potenciando su papel como coordinadora de los recursos sanitarios y como reguladora de los flujos de pacientes del sistema, y así garantizando la continuidad y atención

^a Díez Manglano J. Propuesta de atención a los pacientes crónicos complejos.

longitudinal de la atención sanitaria de los pacientes crónicos. El médico de familia, por el ámbito donde ejerce y por la continuidad de asistencia que ofrece, debe ser el referente del paciente crónico como garantía del mantenimiento de su atención integral y puerta de entrada al sistema (2, 7).

Los médicos internistas son también clave como elementos de conexión, cohesión y racionalidad clínica en el paciente con pluripatología y comorbilidad, como inter-especialista y trans-especialista que constituye la columna vertebral de los servicios médicos hospitalarios y es la conexión hacia la Atención Primaria (2, 4, 6).

Hay otros roles asistenciales imprescindibles en este sistema de procesos, si bien es cierto que la mayoría de especialidades sanitarias están implicadas en el proceso de atención a pacientes crónicos. Destacamos el rol de la enfermería, potenciando el autocuidado de los pacientes o el de farmacia, con el trabajo en polimedicación y pluripatología, pero sin olvidar a geriatras, nutricionistas, terapeutas sociales, fisioterapeutas o psicólogos (2, 6).

En el curso de creación de estos escenarios de integración clínica es primordial la existencia de sistemas de información que potencien la coordinación entre profesionales, la protocolización de actuaciones, el seguimiento en el tiempo de los pacientes y el acceso a su historia clínica completa en una plataforma única, entre otros. Los Sistemas de Información Sanitaria son definidos por la OMS como la combinación de procedimientos y recursos para recoger, ordenar y transmitir datos con objeto de generar información y prestar servicios a los planificadores y administradores de todos los niveles, a los demás miembros del sector salud y a la propia comunidad (2, 4).

Esta gestión de procesos se consigue a través de la utilización de herramientas tecnológicas de información y comunicación, cuyos ejes de mayor potencial son la informática, internet y las telecomunicaciones. Se ha demostrado que el uso de sistemas de estratificación de riesgo y de sistemas informatizados de apoyo a la toma de decisiones mejoran el proceso y el resultado de la atención sanitaria (2).

A pesar de los buenos resultados obtenidos hasta el momento en los sistemas de atención a crónicos implantados en la práctica clínica, el número de los mismos todavía es bajo, por lo que son necesarios más estudios fidedignos y sólidos que apoyen la evidencia de la necesidad de estos modelos y la efectividad de su aplicación (4).

HIPÓTESIS

Para mejorar la planificación asistencial se precisa una correcta identificación de los pacientes crónicos, diferenciando además de entre ellos a los que son pluripatológicos y el grado de dependencia de cada uno de estos grupos.

Para una correcta coordinación entre niveles asistenciales es necesario que la clasificación de los pacientes en función de las características descritas sea conocida y compartida entre dichos niveles.

OBJETIVOS

A. PRINCIPALES

1. Describir las características basales epidemiológicas de la población diana, incluyendo datos demográficos y clínicos de los pacientes incluidos en el estudio.
2. Describir la clasificación de la población diana en materia de pluripatología.
3. Evaluar las patologías más frecuentes en la muestra y en los pacientes pluripatológicos.
4. Describir los ejes de comorbilidad y la posible asociación entre patologías en los pacientes pluripatológicos.
5. Describir la clasificación de la población diana en materia de dependencia.
6. Analizar la relación entre la dependencia y la pluripatología, tanto a nivel global como en sus diferentes categorías.

B. SECUNDARIOS

1. Describir la clasificación de la población diana en materia de enfermedades crónicas según Atención Primaria.
2. Comparar el concepto de cronicidad según la prevalencia de enfermedades crónicas entre el ámbito hospitalario y Atención Primaria.
3. Describir la clasificación de la población diana en materia de dependencia según Atención Primaria y compararla con la clasificación hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño y población del estudio

El estudio se planteó como un estudio descriptivo transversal, prospectivo y multicéntrico, en el contexto de un estudio experimental más amplio para el desarrollo de un Programa de Atención al Paciente Crónico-Complejo llevado a cabo por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa.

Se utilizó como fuente de datos la Historia Clínica Electrónica del HCU Lozano Blesa en una muestra de 69 personas obtenida mediante muestreo no probabilístico consecutivo entre los pacientes que ingresaron en seis meses en el Servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa (Sector Sanitario 3 de Zaragoza). El protocolo previamente establecido para ser incluido en la muestra exigía haber ingresado entre junio de 2014 y enero de 2015 en el Servicio de Medicina Interna del HCU y además pertenecer al Centro de Salud Univérsitas como centro de referencia de Atención Primaria en el Sector Sanitario 3 de Zaragoza. La fuente de datos secundaria de los participantes en el estudio fue extraída de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (OMI-AP).

2. Variables de estudio

- Pluripatología

Se consideró la clasificación Definición Funcional de Paciente Pluripatológico utilizada en ámbito hospitalario para catalogar a los pacientes y elaborar los indicadores de pluripatología. Durante la estancia hospitalaria en Medicina Interna de cada paciente se identificaron los datos clínicos de los antecedentes médicos presentes en su historia clínica (y en su caso, de las nuevas entidades añadidas en el ingreso) que pudieran asignarse a las diferentes categorías clínicas.

Se distribuyeron en categorías subdivididas en grupos más pequeños de patología según la clasificación hospitalaria. A las ocho categorías utilizadas habitualmente en la clasificación, se añadió una categoría extra, empleada cuando en el mismo paciente se presentaran dos posibles resultados de la misma categoría, facilitando de este modo los cálculos (por ejemplo, en un paciente se cumplía A1 y también A2; una de ellas se tomó dentro de la categoría A y la otra dentro de la categoría extra). Se consideró Paciente Pluripatológico (Pp) aquel con características clínicas en al menos dos categorías diferentes.

- **Dependencia**

Su evaluación fue llevada a cabo mediante la Escala de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria por el personal de enfermería durante el ingreso hospitalario de los pacientes. Se valoraron las diez actividades establecidas puntuando cada una de ellas entre un mínimo de dos opciones (0 ó 5) hasta un máximo de cuatro (0, 5, 10 ó 15) en función de la complejidad del ítem, sumándose y pudiendo obtener una puntuación máxima de 100. De este modo, se estratificó a los pacientes en un grado de dependencia total (0-20), grave (20-35), moderado (40-55), leve (> ó = 60) o independiente (100).

- **Datos de Atención Primaria**

De la muestra de 69 pacientes ingresados en Medicina Interna pertenecientes al Centro de Salud Uniórsitas, pudo obtenerse información de Atención Primaria (AP) de 31 de ellos (44'9% de la muestra). El Centro de Salud aportó datos sobre patologías crónicas de 31 pacientes (44'9% de la muestra), y datos sobre dependencia de 10 pacientes (14'5%).

Los datos disponibles de AP sobre patologías crónicas se dividieron en dos grupos: por un lado, aquellos catalogables según la Definición Funcional de Paciente Pluripatológico de ámbito hospitalario, que se registraron en las diferentes categorías, y por otro, los problemas no clasificables según esas categorías.

- **Otras variables de estudio**

La edad se categorizó en seis grupos: menos de 55 años, de 55 a 64 años, de 65 a 74 años, de 75 a 84 años, de 85 a 94 años y 95 años o más.

3. Análisis estadístico

Se describió la distribución de las características epidemiológicas de la población sexo y edad, agrupando la edad en intervalos. Se calcularon las prevalencias de pluripatología en la población. Se describió la distribución de la pluripatología según las variables de edad y sexo. Se calcularon las prevalencias de las distintas categorías patológicas de la clasificación, tanto en la población total como en los pacientes pluripatológicos. Se describió la frecuencia de las categorías en función de las variables de edad y de su frecuencia de presentación junto a otras categorías.

Se describió la distribución de la dependencia en función de sus distintos grados en la muestra. Se calcularon las prevalencias de dependencia en función de las variables de edad, sexo, pluripatología y diferentes categorías patológicas. Se describió la distribución de pacientes pluripatológicos en función de la dependencia y la edad al mismo tiempo. Se describió la distribución de categorías de patología en pacientes pluripatológicos según los diferentes grados de dependencia. Se calculó la prevalencia de dependencia en pacientes pluripatológicos que padecieran algunas categorías patológicas concretas.

Se describió la frecuencia de distribución de patologías crónicas y dependencia según los datos obtenidos de Atención Primaria. Se hicieron comparaciones descriptivas de la clasificación de patologías crónicas y dependencia entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Se analizó el grado de concordancia interobservador entre ambos a través del Índice Kappa, y se interpretaron los resultados a través de la Escala de Fleiss ($k < 0.20$ concordancia pobre; $k 0.21-0.40$ débil; $k 0.41-0.60$ moderada; $k 0.61-0.80$ buena; $k 0.81-1.00$ muy buena).

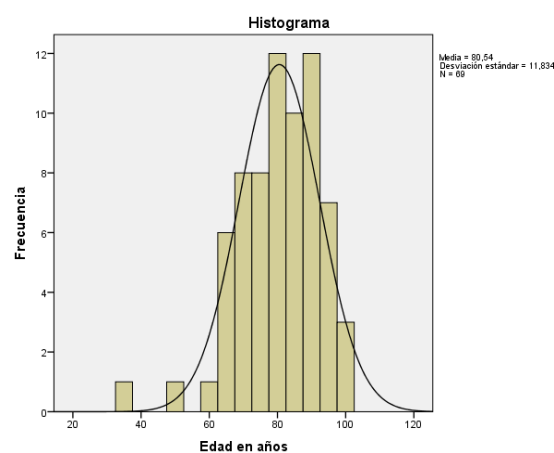
El análisis se realizó con el módulo de estadísticos descriptivos del programa estadístico SPSS Statistics 22.

RESULTADOS

Edad y sexo

Características basales demográficas: la media de edad de los pacientes fue 80.54 años, con una mediana y moda coincidentes de 81 y una desviación estándar de 11.834. La distribución de la edad en la población muestral no fue normal (Figura 1).

Figura 1: distribución etaria de la población estudiada

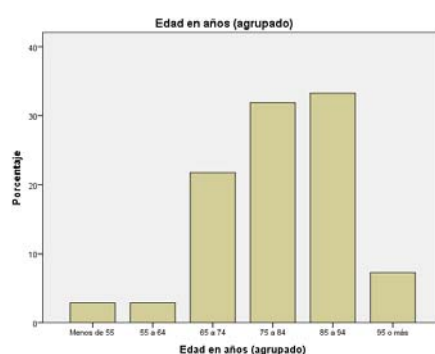


La edad agrupada por intervalos muestra que la mayoría de la población se agrupaba en torno a los intervalos de edades centrales. El 33'3% de los pacientes tenía entre 85 a 94 años, el 31'3% entre 75 y 84 y un 21'7% tenía entre 65 y 74 años, quedando los grupos extremos de edad con menor proporción de pacientes. (Tabla 1 y Figura 2)

Tabla 1: distribución etaria por grupos de edad de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 55	2	2,9	2,9	2,9
	55 a 64	2	2,9	2,9	5,8
	65 a 74	15	21,7	21,7	27,5
	75 a 84	22	31,9	31,9	59,4
	85 a 94	23	33,3	33,3	92,8
	95 o más	5	7,2	7,2	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Figura 2: distribución etaria por grupos de edad de la muestra



Analizando el sexo como variable aislada, 38 pacientes de la muestra eran mujeres (55'1%) frente a 31 hombres (44'9%). Evaluando la edad en función del sexo, se halla que la media de edad de las mujeres fue de 82'61 años frente a los 78 años de los hombres.

Pluripatología

Teniendo en cuenta las enfermedades crónicas categorizadas en la clasificación de Paciente Pluripatológico (Pp) en el ámbito hospitalario, se halló que 51 de los pacientes estudiados presentaban al menos una de ellas, de lo que se deduce que el 73'91% de la muestra padecía al menos una enfermedad crónica.

Como muestra la Tabla 3, 31 de los 69 pacientes totales cumplían los criterios de Pp (presentando al menos dos enfermedades de categorías diferentes de la clasificación), siendo la prevalencia de pluripatología en la población muestral de 44'9%.

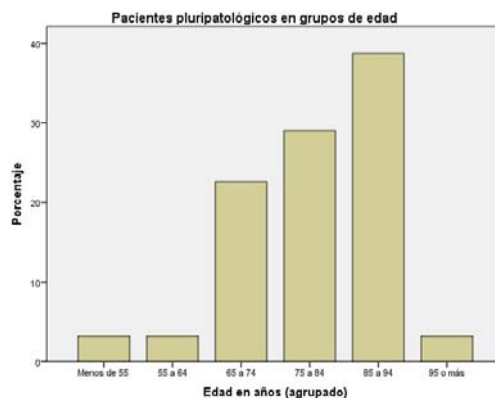
Tabla 3: distribución de pluripatología en la muestra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	31	44,9	44,9	44,9
	No	38	55,1	55,1	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

La mayor parte de los pacientes pluripatológicos se encontraban entre los 85 a 94 años (38'7%) y los 75 a 84 años (29%), coincidiendo esta distribución con la distribución de los grupos de edad más frecuentes en la muestra. (Tabla 4 y Figura 3)

Tabla 4: distribución de pluripatología por grupos de edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 55	1	3,2	3,2	3,2
	55 a 64	1	3,2	3,2	6,5
	65 a 74	7	22,6	22,6	29,0
	75 a 84	9	29,0	29,0	58,1
	85 a 94	12	38,7	38,7	96,8
	95 o más	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

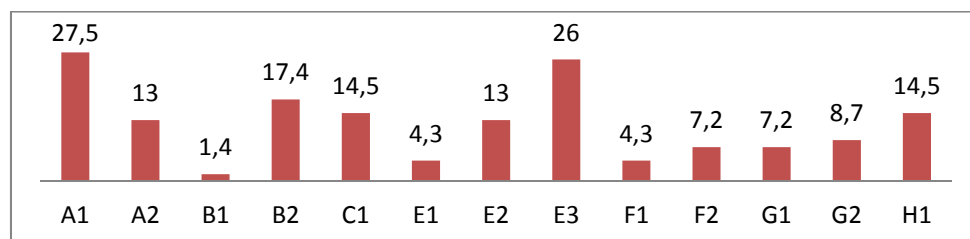
Figura 3: distribución de pluripatología por grupos de edad

Distribución de categorías patológicas

La patología más prevalente en la muestra fue A1 (insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA), con un 27'5% de frecuencia de presentación, seguida por E3 (enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menor moderado [Pfeiffer con 5 ó más errores]) con un 26% de prevalencia. La tercera patología que más frecuentemente se presentó entre los pacientes fue B2 (enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina [$>1'4$ mg/dl en varones, $>1'3$

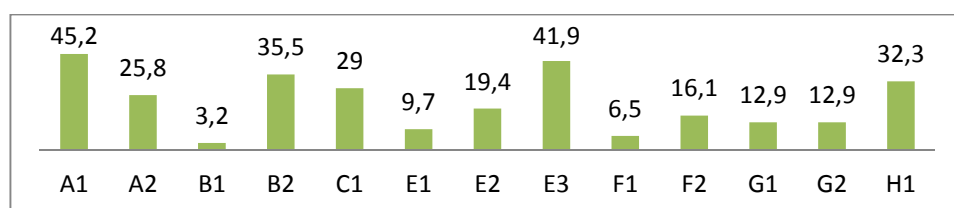
mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidos durante 3 meses], con un 17'4%. Se ve gráficamente en la Figura 4.

Figura 4: distribución de categorías de enfermedad en la muestra (%)



La patología más prevalente en los pacientes pluripatológicos fue A1, con una frecuencia de presentación de 45'2%, seguida por E3 con un 41'9%, B2 con un 35'5% y H1 (enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria [Barthel <60]) con un 32'3% (Figura 5).

Figura 5: distribución de categorías de enfermedad en pacientes pluripatológicos (%)



Se estudió la frecuencia de categorías de enfermedad en la muestra en los distintos grupos de edad, recogiendo en la Tabla 5.

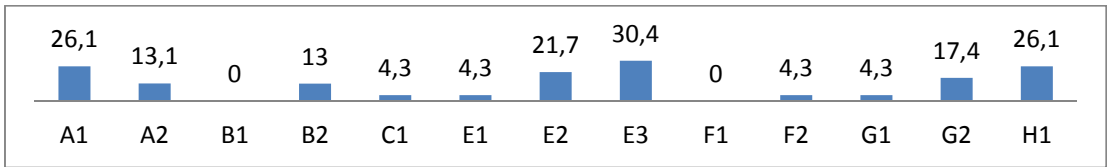
Tabla 5: distribución de categorías de enfermedad en la muestra por grupos de edad

	<55 años		55-64 años		65-74 años		75-84 años		85-94 años		≥95 años	
Pacientes	2		2		15		22		23		5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A1	0	0	1	50	5	33'3	5	22'7	6	26'1	2	40
A2	0	0	0	0	3	20	3	13'6	3	13'1	0	0
B1	0	0	0	0	0	0	1	4'5	0	0	1	20
B2	1	50	0	0	2	13'3	5	22'7	3	13	0	0
C1	1	50	1	50	4	26'7	3	13'6	1	4'3	0	0
E1	0	0	0	0	0	0	1	4'5	1	4'3	1	20
E2	0	0	0	0	1	6'7	3	13'6	5	21'7	0	0
E3	0	0	1	50	3	20	5	22'7	7	30'4	2	40
F1	1	50	0	0	2	13'3	0	0	0	0	0	0
F2	1	50	0	0	3	20	0	0	1	4'3	0	0
G1	0	0	0	0	2	13'3	2	9'1	1	4'3	0	0
G2	0	0	0	0	1	6'7	1	4'5	4	17'4	0	0
H1	0	0	0	0	0	0	4	18'2	6	26'1	0	0

Desglosando los datos, se obtuvo que en el grupo de edad más prevalente (85 a 94 años), la patología más frecuente era la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo

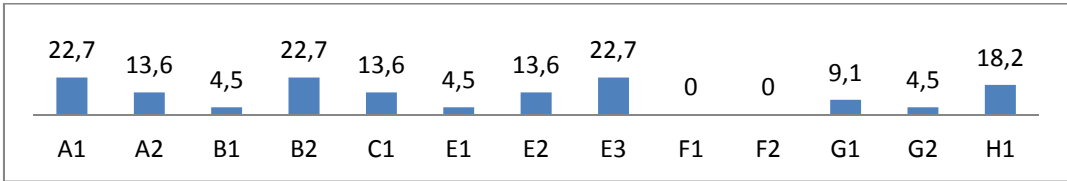
permanente (E3), con un 30'4% de prevalencia, seguida por la insuficiencia cardiaca (A1) y la neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento curativo (H1), ambas con una prevalencia de 26'1%. Por detrás, con un 21'7% de frecuencia de presentación aparecía la enfermedad neurológica con déficit motor permanente y limitación de las ABVD (E2). Se ve en la Figura 6.

Figura 6: distribución de categorías de enfermedad en pacientes entre 85 y 94 años (%)



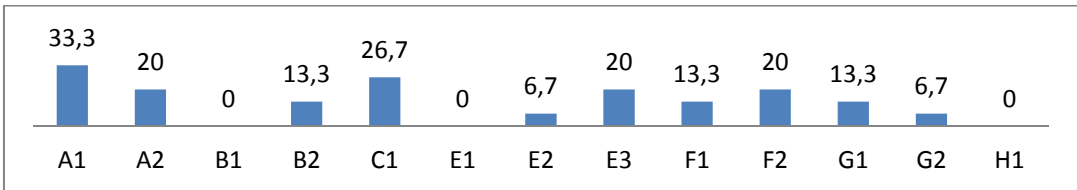
En el segundo grupo de edad más frecuente (75 a 84 años), se halló que las patologías más frecuentes eran A1, B2 y E3, todas con idéntica prevalencia (22'7%). La segunda enfermedad más frecuente fue la neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento curativo (H1), con un 18'2% de presentación (Figura 7).

Figura 7: distribución de categorías de enfermedad en pacientes entre 75 y 84 años (%)



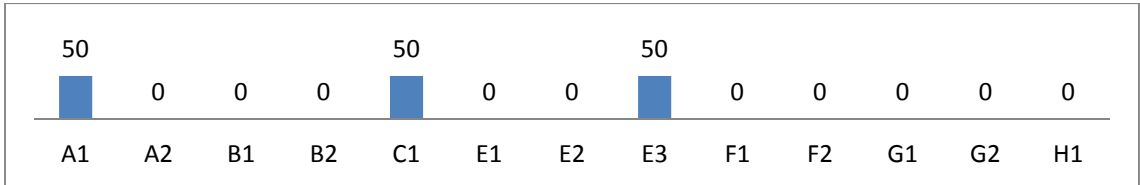
Como se observa en la Figura 8, en el tercer grupo de edad más frecuente (65 a 74 años), la insuficiencia cardiaca (A1) seguía siendo la patología más prevalente con un 33'3% de presentación, pero siguiéndose esta vez por la enfermedad respiratoria crónica (C1) como segunda enfermedad crónica más frecuente (26'7% de los pacientes), y después con el 20% de prevalencia por la cardiopatía isquémica (A2), enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente (E3) y la diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática (F2).

Figura 8: distribución de categorías de enfermedad en pacientes entre 65 y 74 años (%)



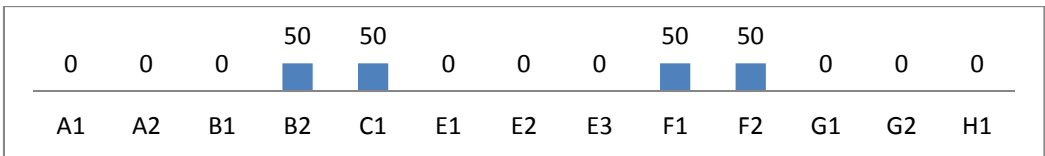
El grupo de pacientes entre 55 a 64 año (2'9% de los estudiados) tuvo una prevalencia del 50% en insuficiencia cardiaca, enfermedad respiratoria crónica y enfermedad neurológica con deterioro cognitivo, no asociándose a ninguna otra categoría patológica más (Figura 9).

Figura 9: distribución de categorías de enfermedad en pacientes entre 55 y 64 años (%)



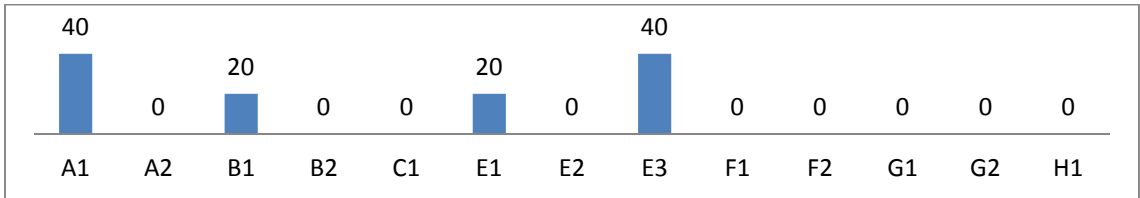
Los pacientes más jóvenes (<55 años), que tan sólo representaban un 2'9% de la población muestral, presentaron una prevalencia del 50% en todas sus categorías (enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria crónica, arteriopatía periférica sintomática y diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática), como se ve en la figura 10.

Figura 10: distribución de categorías de enfermedad en pacientes <55 años (%)



El otro grupo de edad extremo (≥ 95 años), que representaba el 7'2% de la muestra, tuvo sus picos de máxima frecuencia en la insuficiencia cardiaca y la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente (prevalencia del 40% ambas). Entre los pacientes más mayores, también hubo una prevalencia del 20% en vasculitis y enfermedad autoinmune sistémica, así como en ataque cerebrovascular. El resto de patologías no se vieron representadas en este grupo de edad (Figura 11).

Figura 11: distribución de categorías de enfermedad en pacientes ≥ 95 años (%)



Asociación entre categorías patológicas

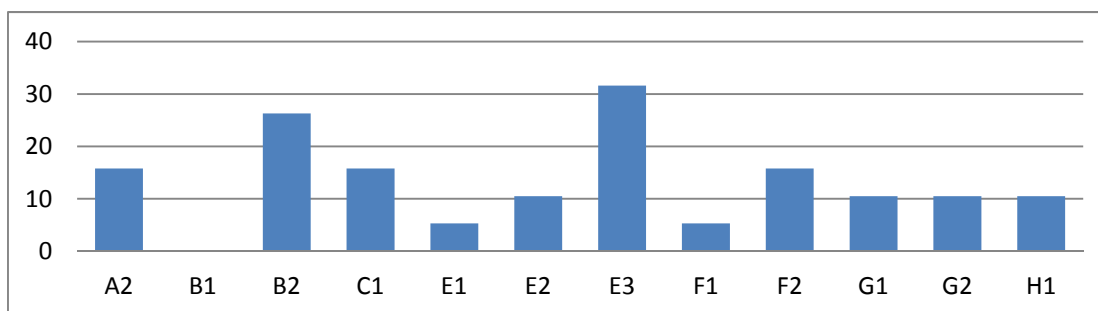
Se estudió la posible asociación entre categorías patológicas que pudieran generar posteriormente en futuros estudios hipótesis de causalidad causa-efecto o coincidencia etiológica. De este modo, se analizó la frecuencia de distribución de las distintas categorías de enfermedad cuando se presentaba otra categoría concreta. Se escogieron las tres patologías más prevalentes en los pacientes pluripatológicos (A1, E3 y B2) como enfermedades condicionantes para focalizar las posibles asociaciones.

Según estos criterios, se halló que en pacientes con insuficiencia cardiaca sintomáticos (disnea) ante la actividad habitual (A1), que suponían el 45'2% de los pacientes pluripatológicos (19 pacientes), la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente (E3) se presentaba en el 31'6% de los casos y la enfermedad renal crónica (B2) en el 26'3% de los pacientes, seguida de lejos en frecuencia de presentación por el resto de patologías, como puede verse en la Tabla 6 y Figura 12.

Tabla 6: prevalencia de categorías patológicas en pacientes con A1

	A2	B2	C1	E1	E2	E3	F1	F2	G1	G2	H1
Frecuencia	3	5	3	1	2	6	1	3	2	2	2
Porcentaje	15,8	26,3	15,8	5,3	10,5	31,6	5,3	15,8	10,5	10,5	10,5

Figura 12: prevalencia de categorías patológicas en pacientes con A1

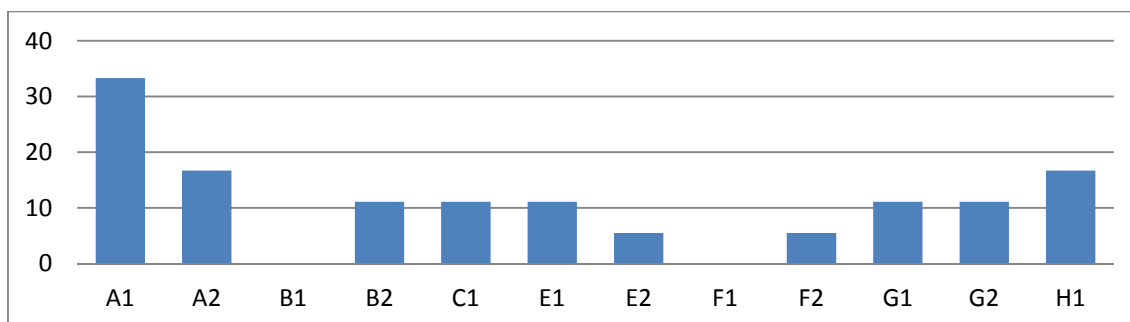


Como se observa en la Tabla 7 y en la Figura 13, de entre los pacientes con enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente al menos moderado (E3), con un 41'9% de prevalencia en los pacientes pluripatológicos (18 pacientes), la insuficiencia cardiaca (A1) aparecía en el 33'3% de ellos, seguida por la cardiopatía isquémica y las neoplasias sólidas o hematológicas activas no subsidiarias de tratamiento curativo, ambas con una prevalencia del 16'7%.

Tabla 7: prevalencia de categorías patológicas en pacientes con E3

	A1	A2	B2	C1	E1	E2	F2	G2	H1
Frecuencia	6	3	2	2	2	1	1	2	3
Porcentaje	33,3	16,7	11,1	11,1	11,1	5,5	5,5	11,1	16,7

Figura 13: prevalencia de categorías patológicas en pacientes con E3

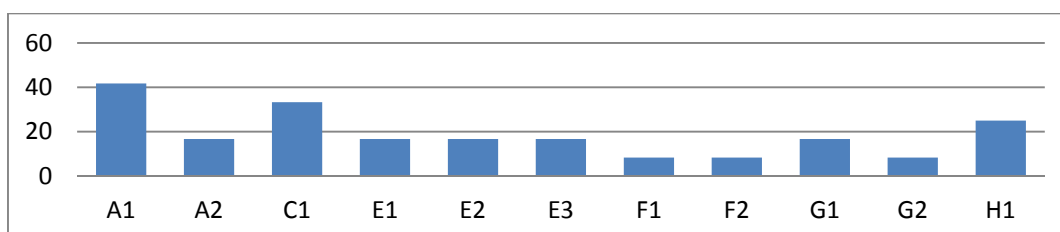


Por último, de los pacientes con enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina o proteinuria, mantenidos durante tres meses (B2), que aparecía en el 35'5% de los pacientes pluripatológicos (12 pacientes), el 41'7% padecían también insuficiencia cardiaca (A1), seguidos por la enfermedad respiratoria crónica (C1), padecida por el 33'3% de estos pacientes. La cardiopatía isquémica (A2), la enfermedad neurológica con déficit motor permanente y limitación para las ABVD (E2), la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo (E3) y la anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento (G1) tenían una prevalencia del 16'7% entre los pacientes con enfermedad renal crónica. Estos datos se ven en la Tabla 8 y en la Figura 14.

Tabla 8: prevalencia de categorías patológicas en pacientes con B2

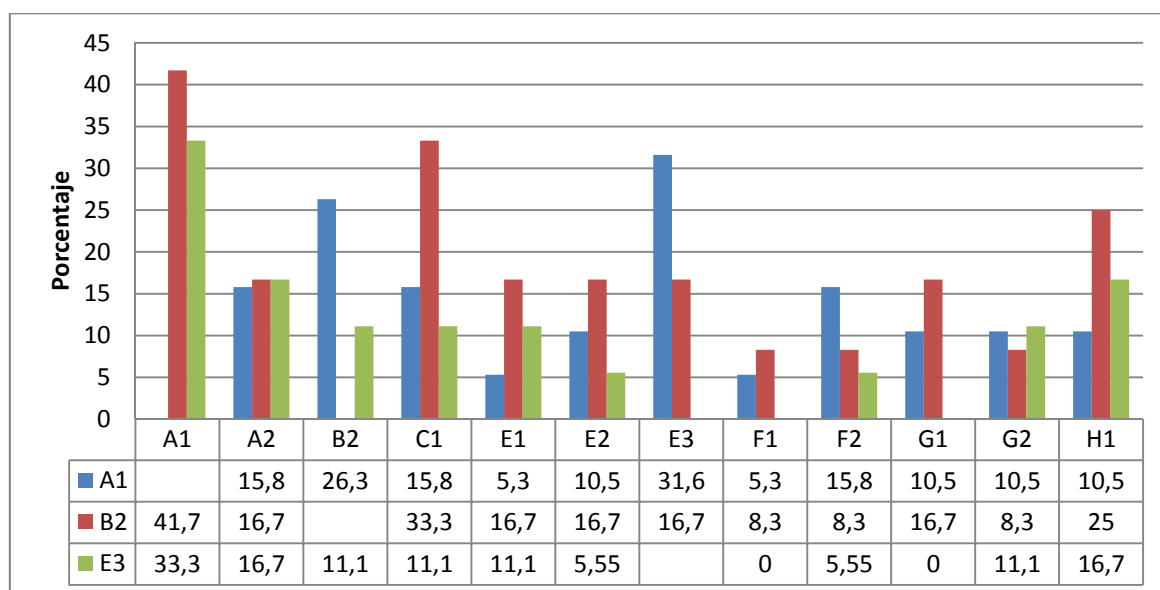
	A1	A2	C1	E1	E2	E3	F1	F2	G1	G2	H1
Frecuencia	5	2	4	2	2	2	1	1	2	1	3
Porcentaje	41,7	16,7	33,3	16,7	16,7	16,7	8,3	8,3	16,7	8,3	25

Figura 14: prevalencia de categorías patológicas en pacientes con B2



La comparación entre la frecuencia de asociación de insuficiencia cardiaca sintomática, enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente e insuficiencia renal crónica con el resto de patologías de la clasificación se ve representada en la siguiente figura (Figura 15).

Figura 15: distribución de categorías patológicas en pacientes con A1, B2 ó E3 (%)



En la Figura 15 se ve que las patologías que con más frecuencia aparecen de forma conjunta dentro de las estudiadas son la insuficiencia renal crónica con insuficiencia cardiaca (41'7% de los pacientes con insuficiencia renal presentan insuficiencia cardiaca). En segundo lugar, la asociación se establece entre enfermedad neurológica con deterioro cognitivo e insuficiencia cardiaca (33'3% de los pacientes con enfermedad neurológica con deterioro cognitivo padecen insuficiencia cardiaca) y entre insuficiencia renal crónica y enfermedad respiratoria crónica (33'3% de los pacientes con insuficiencia renal crónica sufren enfermedad respiratoria crónica). La tercera asociación más frecuente se produce entre insuficiencia cardiaca y enfermedad neurológica con deterioro cognitivo (31'6% de los pacientes con insuficiencia cardiaca presentan enfermedad neurológica con deterioro cognitivo).

Dependencia

El estudio de la dependencia según la Escala de Barthel reveló que del total de la población muestral (69 pacientes), el 27'5% presentaban una dependencia total mientras el 29% eran independientes. Un 15'9% presentaban dependencia leve, un 14'5% moderada y un 13% grave (Tabla 9).

Tabla 9: distribución de dependencia en la muestra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Total	19	27,5	27,5	27,5
	Grave	9	13,0	13,0	40,6
	Moderada	10	14,5	14,5	55,1
	Leve	11	15,9	15,9	71,0
	Independiente	20	29,0	29,0	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

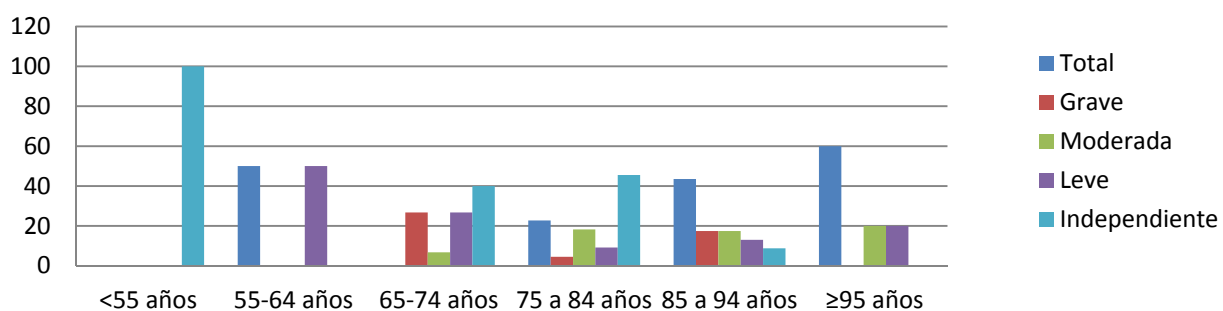
Dependencia y edad

La Tabla 10 y la Figura 16 muestran que en los grupos de edad más avanzados, la dependencia total era la condición más habitual, representando el 43'5% de los pacientes entre 85 y 94 años y el 60% de los pacientes con 95 años o más. La independencia fue la condición más frecuente entre los pacientes de 75 a 84 años (45'5%) y entre los de 65 a 74 (40%). El 100% de los pacientes menores de 55 años resultaron independientes, mientras que de los pacientes entre 55 y 64 años, el 50% tenían dependencia total y el otro 50% dependencia leve.

Tabla 10: distribución etaria de la dependencia por grupos de edad

Edad en años (agrupado)			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 55	Válido	Independiente	2	100,0	100,0	100,0
55 a 64	Válido	Total	1	50,0	50,0	50,0
		Leve	1	50,0	50,0	100,0
		Total	2	100,0	100,0	
65 a 74	Válido	Grave	4	26,7	26,7	26,7
		Moderada	1	6,7	6,7	33,3
		Leve	4	26,7	26,7	60,0
		Independiente	6	40,0	40,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
75 a 84	Válido	Total	5	22,7	22,7	22,7
		Grave	1	4,5	4,5	27,3
		Moderada	4	18,2	18,2	45,5
		Leve	2	9,1	9,1	54,5
		Independiente	10	45,5	45,5	100,0
		Total	22	100,0	100,0	
85 a 94	Válido	Total	10	43,5	43,5	43,5
		Grave	4	17,4	17,4	60,9
		Moderada	4	17,4	17,4	78,3
		Leve	3	13,0	13,0	91,3
		Independiente	2	8,7	8,7	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
95 o más	Válido	Total	3	60,0	60,0	60,0
		Moderada	1	20,0	20,0	80,0
		Leve	1	20,0	20,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0	

Figura 16: distribución etaria de la dependencia por grupos de edad



Dependencia y sexo

Como se muestra en la Tabla 11, el estudio reveló que las mujeres presentaban mayor prevalencia de dependencia total o grave (44'7%), frente al 35'5% de dependencia total o grave entre los hombres. El 26'3% de las mujeres y el 32'3% de los hombres eran independientes.

Tabla 11: distribución de la dependencia según el sexo

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	Total	14	36,8	36,8
	Grave	3	7,9	44,7
	Moderada	4	10,5	55,3
	Leve	7	18,4	73,7
	Independiente	10	26,3	100,0
	Total	38	100,0	
Masculino	Total	5	16,1	16,1
	Grave	6	19,4	35,5
	Moderada	6	19,4	54,8
	Leve	4	12,9	67,7
	Independiente	10	32,3	100,0
	Total	31	100,0	

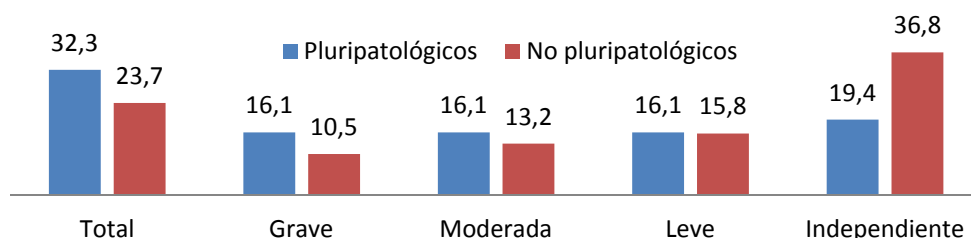
Dependencia y pluripatología

El estudio mostró que el 36,8% de los pacientes no pluripatológicos eran independientes, mientras que sólo el 19'4% de los pluripatológicos lo eran. En el resto de categorías de dependencia, los pluripatológicos superaban en frecuencia a los no pluripatológicos, especialmente en la dependencia total (32'3% en pluripatológicos y 23'7% en no pluripatológicos). Se puede ver en la Tabla 12 y en la representación gráfica de la Figura 17.

Tabla 12: distribución de la dependencia según presencia o no de pluripatología

Pluripatología		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	Total	10	32,3	32,3
	Grave	5	16,1	48,4
	Moderada	5	16,1	64,5
	Leve	5	16,1	80,6
	Independiente	6	19,4	100,0
	Total	31	100,0	
No	Total	9	23,7	23,7
	Grave	4	10,5	34,2
	Moderada	5	13,2	47,4
	Leve	6	15,8	63,2
	Independiente	14	36,8	100,0
	Total	38	100,0	

Figura 17: distribución de la dependencia según presencia o no de pluripatología (%)



Se estudiaron los diferentes niveles de dependencia en cada categoría patológica, recogiendo los datos en la siguiente tabla (Tabla 13).

Tabla 13: distribución de la dependencia según categorías patológicas

	A1		A2		B1		B2		C1		E1	
Frecuencia	19		9		1		12		10		3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	7	36,8	1	11,1	0	0	3	25	0	0	2	66,7
GRAVE	3	15,8	3	33,3	0	0	2	16,7	2	20	1	33,3
MODERADA	1	5,3	1	11,1	0	0	2	16,7	2	20	0	0
LEVE	3	15,8	2	22,2	0	0	2	16,7	3	30	0	0
INDEPENDIENTE	5	26,3	2	22,2	1	100	3	25	3	30	0	0

	E2		E3		F1		F2		G1		G2		H1	
Frecuencia	9		18		3		5		5		6		10	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	5	55,6	10	55,6	0	0	1	20	0	0	4	66,7	5	50
GRAVE	2	22,2	4	22,2	0	0	1	20	1	20	0	0	0	0
MODERADA	1	11,1	3	16,7	0	0	0	0	2	40	2	33,3	2	20
LEVE	0	0	1	5,56	0	0	2	40	0	0	0	0	1	10
INDEPENDIENTE	1	11,1	0	0	3	100	1	20	2	40	0	0	2	20

En la Tabla 13 se ve que las patologías que mayor porcentaje de dependencia total o grave presentaron fueron las enfermedades neurológicas. En primer lugar, se hallaba el ataque cerebrovascular (E1), con un 100% de dependencia total o grave. Le seguían, con un 77'8% de

prevalencia ambas, la enfermedad neurológica con déficit motor permanente y limitación de las ABVD (E2) y la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente (E3). Por detrás, con un 66'7% de prevalencia se encontraban las neoplasias sólidas o hematológicas activas no subsidiarias de tratamiento curativo (G2).

Las patologías que presentaron mayores tasas de pacientes independientes o con dependencia leve fueron la vasculitis/enfermedad autoinmune sistémica (B1) y la arteriopatía periférica sintomática (F1), ambas con el 100% de independencia. Después de ellas, la enfermedad respiratoria crónica (C1) y la diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática (F2), presentaron un 60% de dependencia leve o independencia. Otras de las patologías, aunque con porcentajes más bajos, presentaban frecuencias parecidas, entre las que destacamos la cardiopatía isquémica (44'4%), la insuficiencia cardíaca (42'1%), la enfermedad renal crónica (41'7%) y la anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía (40%).

Por otro lado, se estudió a los pacientes pluripatológicos según los distintos grados de dependencia en función de los grupos de edad (Tabla 14).

Tabla 14: distribución de pacientes pluripatológicos según dependencia y grupos de edad

	Frecuencia	Porcentaje
Total		
75 a 84	1	10
85 a 94	8	80
95 o más	1	10
Total	10	100
Grave		
65 a 74	3	60
75 a 84	1	20
85 a 94	1	20
Total	5	100
Moderada		
65 a 74	1	20
75 a 84	2	40
85 a 94	2	40
Total	5	100
Leve		
55 a 64	1	20
65 a 74	2	40
75 a 84	1	20
85 a 94	1	20
Total	5	100
Independiente		
Menos de 55	1	16,7
65 a 74	1	16,7
75 a 84	4	66,7
Total	6	100

Según lo visto en la Tabla 14, se obtuvieron como datos más representativos que el 80% de los pacientes pluripatológicos con dependencia total se encontraban entre los 85 a 94 años y el 60% de los pacientes pluripatológicos con dependencia grave se encontraban entre los 65 a 74 años. Por otra parte, el 66'7% de los pacientes pluripatológicos independientes tenía entre 75 y 84 años. En los grupos de dependencia intermedia no había datos tan llamativos.

Se analizó la presencia de la dependencia más incapacitante en las distintas categorías de patología en los pacientes pluripatológicos. De esta forma se valoró a los pacientes que cumplían ser pluripatológicos y presentar un grado de dependencia total o grave (15 pacientes: 10 dependencia total y 5 dependencia grave), que suponían el 48'4% de la población pluripatológica. Se ven los datos en la Tabla 15.

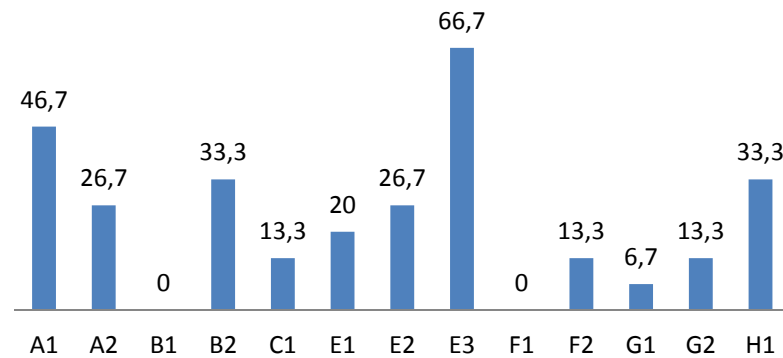
Tabla 15: distribución de categorías de patología en pacientes pluripatológicos con dependencia total o grave

	Frecuencia			Porcentaje
	Total	Grave	Suma	
Categoría A				
A1	5	2	7	46,7
A2	1	3	4	26,7
Categoría B				
B1	0	0	0	0
B2	3	2	5	33,3
Categoría C				
C1	0	2	2	13,3
Categoría E				
E1	2	1	3	20
E2	3	1	4	26,7
E3	7	3	10	66,7
Categoría F				
F1	0	0	0	0
F2	1	1	2	13,3
Categoría G				
G1	0	1	1	6,7
G2	2	0	2	13,3
Categoría H				
H1	5	0	5	33,3

En la Tabla 15 se ve que el 66'7% de los pacientes pluripatológicos con dependencia total o grave presentaban una enfermedad neurológica con deterioro cognitivo (E3) y el 46'7% una insuficiencia cardíaca sintomática (A1). Por otra parte, el 33'3% de los pacientes pluripatológicos con dependencia total o grave tenían una enfermedad renal crónica (B2) y también el 33'3% presentaba una enfermedad osteoarticular crónica con limitación para las

ABVD (H1). Ningún paciente pluripatológico dependiente total o grave presentaba arteriopatía periférica sintomática (F1) o vasculitis/enfermedad autoinmune sistémica (B1), y un porcentaje muy bajo (6'7%) anemia crónica por pérdidas digestivas. Se ven también representados estos datos gráficamente en la Figura 18.

Figura 18: distribución de categorías de patología en pacientes pluripatológicos con dependencia total o grave



También se estudió la presencia de independencia o dependencia leve en los pacientes pluripatológicos (11 pacientes: 5 independientes y 6 dependientes leves, representando el 35'5% de los pacientes pluripatológicos), según las diferentes categorías de enfermedad (Tabla 16)

Tabla 16: distribución de categorías de patología en pacientes pluripatológicos independientes o con dependencia leve

	Frecuencia			Porcentaje
	Independencia	Leve	Suma	
Categoría A				
A1	4	2	6	54,5
A2	1	2	3	27,3
Categoría B				
B1	1	0	1	9
B2	3	2	5	45,5
Categoría C				
C1	3	2	5	45,5
Categoría E				
E1	0	0	0	0
E2	1	0	1	9
E3	0	1	1	9
Categoría F				
F1	2	0	2	18,1
F2	1	2	3	27,3
Categoría G				
G1	1	0	1	9
G2	0	0	0	0
Categoría H				
H1	2	1	3	27,3

Como muestra la Tabla 16, el 54'5% de los pacientes pluripatológicos independientes o con dependencia leve presentaban insuficiencia cardiaca, un 45'5% de los mismos padecían enfermedad renal crónica y también un 45'5% tenían enfermedad respiratoria crónica. Ningún paciente pluripatológico independiente o dependiente leve presentaba ataque cerebrovascular (E1) o neoplasia (G2), y un porcentaje muy bajo (9%) tenían enfermedad neurológica con deterioro cognitivo o con déficit motor permanente (E2 y E3), anemia crónica por pérdidas digestivas (G1) o vasculitis/enfermedad autoinmune (B1).

En cuanto a la dependencia moderada en pacientes pluripatológicos (5 pacientes, 16'1% de los pluripatológicos) en su estudio por categorías, se halló que el 40% de los pacientes pluripatológicos dependientes moderados presentaban respiratoria crónica, enfermedad neurológica con deterioro cognitivo, anemia crónica por pérdidas digestivas, neoplasia y enfermedad osteoarticular crónica. Ningún paciente pluripatológico dependiente moderado presentaba vasculitis/enfermedad autoinmune, ataque cerebrovascular, arteriopatía periférica sintomática o diabetes mellitus con afectación de órganos diana (Tabla 17).

Tabla 17: distribución de categorías de patología en pacientes pluripatológicos independientes o con dependencia moderada

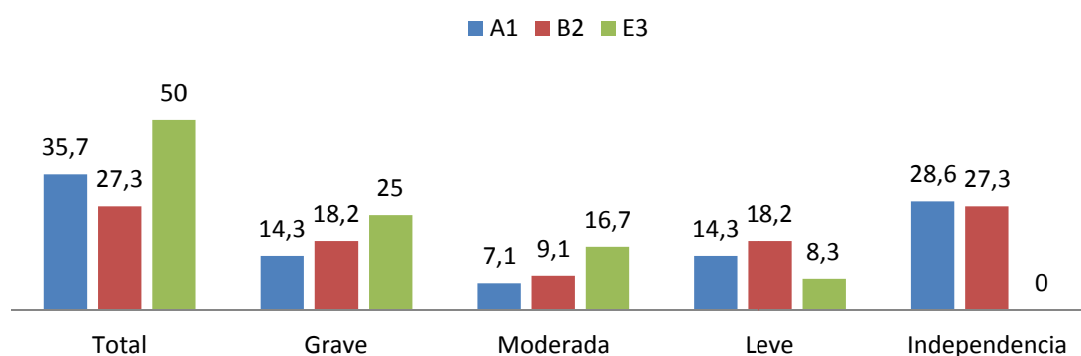
	Frecuencia	Porcentaje
Categoría A		
A1	1	20
A2	1	20
Categoría B		
B1	0	0
B2	1	20
Categoría C		
C1	2	40
Categoría E		
E1	0	0
E2	1	20
E3	2	40
Categoría F		
F1	0	0
F2	0	0
Categoría G		
G1	2	40
G2	2	40
Categoría H		
H1	2	40

Por último, se estudió la dependencia en los pacientes pluripatológicos que presentaran alguna de las enfermedades más prevalentes entre los pluripatológicos

(insuficiencia cardiaca, enfermedad neurológica con deterioro cognitivo y enfermedad renal crónica).

De esta manera, como se ve en la Figura 19, se halló que de los pacientes pluripatológicos con insuficiencia cardiaca (A1), el 50% presentaban una dependencia total o grave y el 42'9% tenían dependencia leve o independencia. Los pacientes pluripatológicos con enfermedad renal crónica (B2) eran dependientes totales o graves en el 45'5% de los casos, e independientes o dependientes leves también en el 45'5%. Entre los pacientes pluripatológicos con enfermedad neurológica con deterioro cognitivo, el 75% presentaba dependencia total o grave, ningún paciente era independiente y sólo un 8'3% tenía dependencia leve.

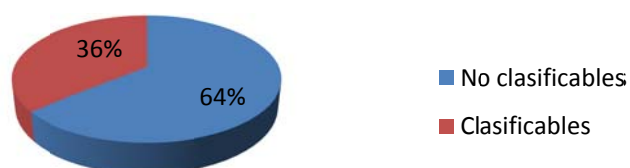
Figura 19: distribución de la dependencia en pacientes pluripatológicos con A1, B2 o E3 (%)



Comparación Hospital y Atención Primaria

Se estudió la prevalencia de ambos tipos de patologías crónicas en los 31 pacientes de los que se tenían datos, obteniéndose que de los 130 problemas crónicos registrados, 47 se correspondían con patologías clasificables según el método hospitalario (36'2%) y 83 eran problemas no clasificables (63'8%). La representación gráfica de las proporciones se aprecia en la Figura 20.

Figura 20: distribución de patologías crónicas en AP según su posibilidad de clasificación en base a escalas hospitalarias



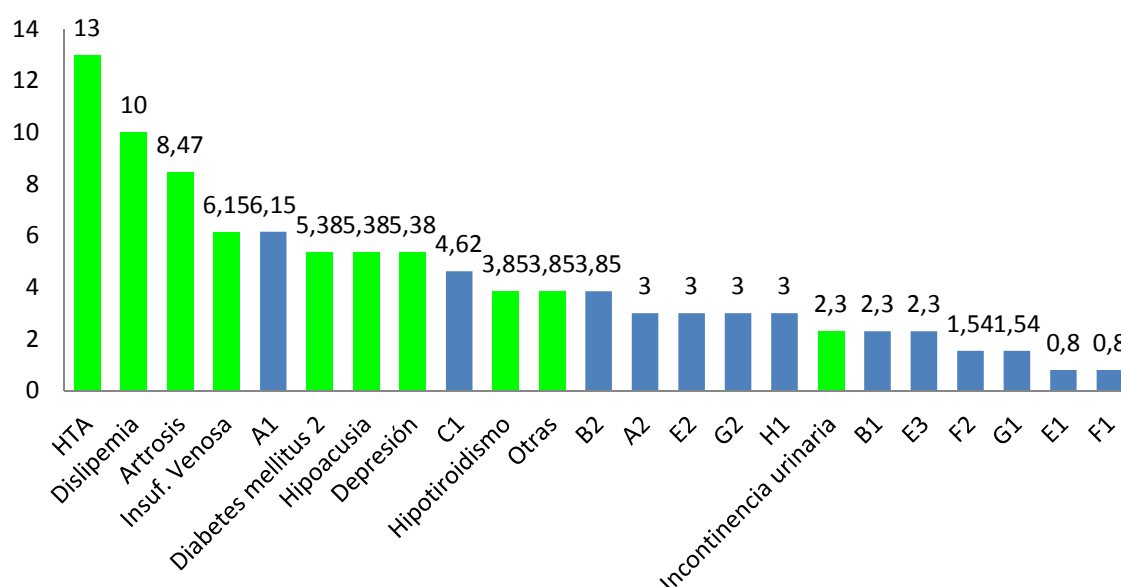
Se analizó la distribución de las patologías crónicas registradas en AP que no eran evaluables como crónicas según el método hospitalario (63'8%), que aparece en la Tabla 18. En ella se observa que la patología crónica más frecuente entre las valoradas exclusivamente en Atención Primaria era la hipertensión arterial (54'8%), seguida de la dislipemia (41'9%) y la artrosis que no suponga necesariamente una dependencia con Barthel <60 (35'5%).

Tabla 18: distribución de patologías crónicas en AP no clasificadas hospitalariamente

	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	17	54,8
Dislipemia	13	41,9
Artrosis (que no implique necesariamente Barthel <60)	11	35,5
Insuficiencia venosa crónica	8	25,8
Diabetes mellitus tipo 2 sin afectación orgánica	7	22,6
Hipoacusia crónica	7	22,6
Depresión	7	22,6
Hipotiroidismo	5	16,1
Otras	5	16,1
Incontinencia urinaria	3	9,6
Total	83	

El estudio de la distribución de todas las patologías crónicas (130) entre los 31 pacientes disponibles en Atención Primaria se refleja en la Figura 21, que confirma que las patologías crónicas no clasificables según la escala hospitalaria son los problemas más frecuentes en los valorados en Atención Primaria como crónicos. Lideran esta prevalencia la HTA (13%), la dislipemia (10%) y la artrosis (8'47%). Sólo la insuficiencia cardíaca (A1) como patología clasificable según escala hospitalaria se encuentra entre las siguientes patologías más frecuentes, en el mismo porcentaje que la insuficiencia venosa crónica (6'15%).

Figura 21: distribución de patologías crónicas en los pacientes valorados en AP



Se comparó la catalogación de los problemas crónicos según la clasificación de “Paciente Pluripatológico” empleada en el ámbito hospitalario de los 31 pacientes clasificados en los dos ámbitos sanitarios. Se representa la síntesis de la clasificación de los datos de todos los pacientes por el Servicio de Medicina Interna y por Atención Primaria en la Tabla 19.

Tabla 19: tabulación cruzada. Observación Hospital*Observación AP categorías patológicas

		Observación AP														Total
		No cumple	A1	A2	B1	B2	C1	E1	E2	E3	F1	F2	G1	G2	H1	
Observación Hospital	No cumple	345	1	1	3	1	0	0	2	1	0	1	0	3	2	360
	A1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	A2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	B2	3	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	C1	1	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	E1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	E2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3
	E3	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
	F1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	F2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	G1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4
	G2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	H1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Total		355	8	4	3	5	6	1	4	3	1	2	3	4	4	403

Los datos recogidos en esta tabla son interpretables al estimar el grado de concordancia que existe entre la clasificación hecha por el Hospital y la realizada por Atención Primaria. Esta estimación se calculó mediante el Índice Kappa o Concordancia Interobservador. Se observa en la Tabla 20.

Tabla 20: concordancia interobservador de la clasificación por categorías patológicas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Medida de acuerdo	Kappa	0,707	0,055	26,078	,000
N de casos válidos		403			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

El coeficiente Kappa obtenido es de 0'707, lo que indica que la concordancia entre Hospital y Atención Primaria en la clasificación por categorías patológicas es buena, según la escala de Fleiss (0'61-0'80, concordancia buena); por lo tanto, en atención al juicio de los validadores del código y al coeficiente Kappa, los resultados obtenidos con este código son válidos y fiables.

Por otra parte, al comparar los datos de dependencia valorados hospitalariamente y en Atención Primaria, se obtuvo la distribución de frecuencias expuesta en la Tabla 21. En ella destaca que de 10 pacientes valorados, hay coincidencia en la valoración de la dependencia según la Escala de Barthel justamente en la mitad (50%).

Tabla 21: tabulación cruzada. Observación Hospital*Observación AP dependencia

		Observación Atención Primaria					Valor total
		No cumple	Independiente	Leve	Moderada	Grave	
Observación Hospital	No cumple	35	1	1	1	2	40
	Independiente	0	4	0	0	0	4
	Leve	2	0	1	0	0	3
	Grave	2	0	0	0	0	2
	Total	1	0	0	0	0	1
Valor total		40	5	2	1	2	50

El coeficiente Kappa obtenido en este caso es 0'425, lo que indica que la concordancia entre Hospital y Atención Primaria en la valoración de la dependencia según la Escala Barthel es moderada, según la escala de Fleiss (0'41-0'60, acuerdo moderado). Se ve en la Tabla 22.

Tabla 22: concordancia interobservador en la valoración de la dependencia (Barthel)

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Medida de acuerdo	Kappa	,425	,147	4,621	,000
N de casos válidos		50			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

DISCUSIÓN

Siendo el paciente pluripatológico el eje sobre el que ha pretendido girar el estudio, la elevada prevalencia de pluripatología obtenida en nuestra muestra justifica el objetivo del mismo. El hallazgo de que casi el 45% de los ingresos en el Servicio de Medicina Interna del HCU "Lozano Blesa" procedentes de un Centro Salud al azar dentro del Sector III (compuesto por 22 centros de salud) son pluripatológicos significa que si esta situación pudiera extrapolarse al resto de centros de salud del sector, existe (o existiría) un problema a la hora de diseñar la hospitalización y programar los recursos para los mismos. Como sugiere el

Proyecto IMPACTO, el cambio en la gestión de los recursos disponibles hacia una asistencia dirigida al paciente pluripatológico fomentaría la sostenibilidad de un sistema que necesita reorientar su organización más que aumentar sus fondos de inversión (4).

Las tres patologías más frecuentes entre la población total coinciden con las tres patologías más frecuentes entre los pacientes pluripatológicos, siendo la principal la insuficiencia cardíaca sintomática, seguida por la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo como segunda patología más frecuente y la enfermedad renal crónica como tercera.

En el análisis exclusivo de la distribución de categorías patológicas entre los pacientes pluripatológicos, se observa que las cuatro o cinco patologías más prevalentes son las mismas que con otros estudios descriptivos de características similares sobre cohortes de pacientes pluripatológicos, aunque el orden no sea siempre el mismo (enfermedad cardiovascular, enfermedad neurológica, enfermedad renal crónica y enfermedad respiratoria crónica).

Por ejemplo, comparando los datos con los de algunos estudios en el seno del proyecto PROFUND (9, 10, 11), se ve que entre los pacientes de esos estudios hay mayor prevalencia de enfermedad respiratoria crónica que la hallada en nuestra muestra, y la enfermedad cardiovascular y neurológica se turnan en el primer puesto de prevalencia en según qué estudios.

En los grupos de pacientes más etarios (75 años o más), predominan las enfermedades de deterioro neurológico, mientras que en los grupos de pacientes más jóvenes, los problemas cardiovasculares son los más habituales.

El análisis de la comorbilidad en los pacientes pluripatológicos detecta que el sustrato que liga la pluripatología es la enfermedad cardiovascular al ser la patología más frecuentemente asociada a otras, principalmente a la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo y a la enfermedad renal crónica, coincidiendo como eje de comorbilidad respecto a la evidencia científica estudiada.

La elevada prevalencia y comorbilidad que aglutina la enfermedad cardiovascular, apoyada por los resultados de este estudio, refuerza la necesidad de la prevención de factores de riesgo cardiovascular, más aún teniendo en cuenta que la máxima prevalencia se concentra en pacientes jóvenes. De hecho, esta mayor prevalencia de patología cardiovascular en los pacientes menos añosos puede deberse a que las enfermedades cardíacas llevan al fallecimiento de los pacientes a edades más tempranas, por lo que entre los pacientes más

etarios esta patología no es tan habitual y es superada por la enfermedad neurológica, que aparece según aumenta la edad.

La elevada prevalencia de asociación entre insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal responde a mecanismos de desequilibrio fisiopatológico entre el riñón y el corazón, en el cual la disfunción de uno promueve la disfunción del otro (11).

Por otra parte, es fundamental destacar la repercusión sobre la limitación en las actividades de la vida diaria de la pluripatología, hallando que sólo un pequeño porcentaje de los pacientes pluripatológicos son independientes, frente a casi la mitad de ellos que son dependientes totales o graves. La pluripatología como elemento generador de discapacidad avanza en un terreno que necesita prepararse para asumir la situación a nivel sanitario, social y económico.

La dependencia aumenta con la edad, encontrándose la mayor parte de pacientes pluripatológicos totalmente dependientes entre los 85 y 94 años, si bien una gran parte de los pacientes pluripatológicos independientes también se encuentran en edades relativamente avanzadas, lo que sugiere la causalidad múltiple de la dependencia.

Estas situaciones pueden hallar su explicación no sólo en la franja etaria o la presencia o no de pluripatología, sino más bien en las diferentes patologías que forman parte del compendio de la comorbilidad en cada caso. De hecho, cuando pluripatología y dependencia están más vinculadas es si la pluripatología incluye la enfermedad neurológica, que se convierte de esta forma en la patología más incapacitante de la clasificación.

Las enfermedades neurológicas degenerativas, que aparecen en las edades más avanzadas de la vida y producen mayor grado de discapacidad (influyendo en gran medida en que la dependencia también aumente con la edad), son también las probables causantes de que otras patologías que se desencadenan con la actividad diaria queden “ocultas” y no se valoren, al verse limitada la funcionalidad habitual de estos pacientes.

La dependencia en el caso de la insuficiencia cardíaca es menor que en el caso de las enfermedades neurológicas y mayor que en la insuficiencia renal crónica, si bien tanto la insuficiencia cardíaca como la insuficiencia renal están principalmente supeditadas como enfermedades incapacitantes a la presencia de enfermedad neurológica.

A la luz de los datos disponibles, el propósito de un análisis comparativo entre Atención Hospitalaria y Primaria no se consigue al nivel deseado. Los datos sobre patologías

crónicas procedentes de Atención Primaria no llegan a representar ni el 50% de los pacientes de la muestra (44'9%), y mucho menos significativa es la proporción de información sobre nivel de dependencia de los pacientes (sólo se obtienen datos del 14'5% de los mismos).

A pesar de ello, el estudio de las enfermedades crónicas según los datos del Centro de Salud arroja información relevante a la hora de hablar de cronicidad en los distintos niveles asistenciales. Los pacientes evaluados como crónicos en Atención Primaria son, con una elevada prevalencia respecto al resto de enfermedades, aquellos que padecen hipertensión arterial (13%), dislipemia (10%) y artrosis (8'47%), seguidos con un 6'15% por la insuficiencia venosa crónica y la insuficiencia cardíaca.

Estos datos deben hacernos pensar si se *habla el mismo lenguaje* en el hospital que en los centros de salud respecto al tema de la cronicidad. Los problemas crónicos que extrahospitalariamente tienen mayor relevancia por su alta tasa de presentación y seguimiento en las consultas son, de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio y los revisados en la bibliografía, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades degenerativas articulares, frente a la insuficiencia cardíaca sintomática, la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo y la enfermedad renal crónica en el medio hospitalario (12-14).

En la muestra evaluada en este caso cabe destacar la elevada prevalencia de la entidad "dislipemia" registrada por los médicos de Atención Primaria (principalmente hipercolesterolemia), si bien es cierto que habría que clasificarla como factor de riesgo cardiovascular crónico más que como enfermedad crónica por sí misma, lo que justificaría que no apareciera en los artículos revisados sobre prevalencia de enfermedades crónicas en Atención Primaria.

A pesar del diferente enfoque de la cronicidad en los dos ámbitos asistenciales y la necesidad de estudios estadísticamente más significativos, la concordancia entre ambos al valorar las patologías crónicas según la escala de Paciente Pluripatológico es aceptable, lo que revela en el fondo una buena coincidencia diagnóstica y/o una buena comunicación especialista-médico de atención primaria al recoger el segundo las patologías crónicas diagnosticadas por el primero.

Finalmente, la comparación intersectorial en el tema de dependencia tiene un significado pobremente valorable por un tamaño muestral muy pequeño, y así mismo lo tiene el contenido recogido, que revela un nivel de concordancia moderado al estimar el grado de

dependencia. Estos datos deben ser evaluados con cautela, aunque la fuerza de asociación menor en la clasificación puede sugerir una dificultad mayor de acuerdo al evaluarse con una escala (Barthel) que da pie a la subjetividad, puesto que en ocasiones es complicado diferenciar una dependencia grave de una total, o una dependencia leve de una moderada.

El punto clave que debe extraerse del análisis comparativo de los datos es, de nuevo, la necesidad de un sistema orientado hacia la cronicidad, tanto en la asistencia primaria como en la hospitalaria. Es de vital importancia que ambos niveles asistenciales conozcan el concepto de cronicidad que los otros tienen para establecer vías de comunicación y actuación común, como la que ya está siendo llevada a cabo por el HCU Lozano Blesa en el “Programa de Atención a los Pacientes Crónicos Complejos”. Estos procedimientos y programas deben, por un lado, establecer los problemas susceptibles de ser tratados conjuntamente y, por otro, definir los puntos fuertes a potenciar individualmente por cada ámbito, con el fin último de que los pacientes pluripatológicos vean atendidas todas sus patologías crónicas de forma global.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de pluripatología en una cohorte de pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna es muy elevada (45%).
2. La comorbilidad aumenta con la edad.
3. Los ejes de comorbilidad los forman la insuficiencia cardiaca, la insuficiencia renal crónica y la enfermedad neurológica con deterioro cognitivo.
4. La comorbilidad y la edad aumentan la dependencia de los pacientes, siendo la enfermedad neurológica la más incapacitante.
5. El enfoque de la cronicidad entre Atención Primaria y Hospitalaria es diferente. La Atención Primaria se centra en trastornos crónicos remitiéndose a un contexto de “gestión de procesos”, mientras que la Atención Hospitalaria lo hace sobre la pluripatología, en un contexto de “gestión de casos”.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Robles González E, Bernabeu Mestre J, Benavides F. La transición sanitaria: una revisión conceptual. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1996;14:117-144.
- (2) Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C, Román Sánchez P, López Soto A, Cuello Contreras J, et al. Declaración de Sevilla. Acta de la Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Rev Clin Esp 2011;211:604-606.
- (3) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [web en Internet]. Portal estadístico del SNS: Encuesta Nacional de Salud de España. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional>. Fecha de acceso: enero 2015.
- (4) Sociedad Española de Medicina Interna. Grupo de Trabajo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada [web en Internet]. Proyecto IMPACTO. Disponible en: <http://www.fesemi.org/grupos/edad-avanzada/proyectos/view>. Fecha de acceso: enero 2015.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas. [web en Internet]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/. Fecha de acceso: enero 2015.
- (6) Improving chronic care. [web en Internet] Chronic Care Model. Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel. Fecha de acceso: enero 2015.
- (7) Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. Madrid: Multimédica Proyectos, S.L; 2013.
- (8) Bernabeu-Wittel M, Barón-Franco B, Murcia-Zaragoza J, Fuertes-Martín A, Ramos-Cantos C, Ollero Baturone M, et al. A multi-institutional, hospital-based assessment of clinical, functional, sociofamilial and health-care characteristics of polypathological patients (PP). Arch Gerontol Geriatr 2011;53:284-91.
- (9) Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Barón-Franco B, Ollero-Baturone M, et al. Proyectos de investigación: Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010;45:203-212.

- (10)Colombo P, Nieto Martín M, Pascual de la Pisa B, García Lozano MJ, Ortiz Camúñez MA, Wittel M. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en Atención Primaria: Estudio PROFUND en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2014;46:41-8.
- (11)Kshatriya S, Kozman H, Siddiqui D, Bhatta L, Liu K, Villarreal D, et al. The cardiorenal syndrome in heart failure: an evolving paradigm. *Am J Med Sci* 2011;340:33-37.
- (12)Ornstein S, Nietert P, Jenkins R, Litvin C. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: a PPRNet report. *J Am Board Fam Med* 2013;26:518-24.
- (13)Rizza A, Kaplan V, Senn O, Rosemann T, Bhend H, Tandjung R. Age -and gender-related prevalence of multimorbidity in primary care: the Swiss FIRE project. *BMC Fam Pract* 2012;24:113.
- (14)Nuño-Solinís R, Elorriaga K, Pereira C, Martínez A, Gabilondo M. La multimorbilidad vista desde la perspectiva de los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria* 2014;46:3-9.