

El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario

Manuel Francisco Fernández Miera

Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

(Patients with multimorbidity in the hospital setting)

Resumen

Objetivos: Los hospitales atienden a pacientes pluripatológicos que sufren de forma simultánea varias enfermedades crónicas. En este estudio se estima la prevalencia, así como las principales características demográficas y de gestión asociadas.

Métodos: Estudio descriptivo a partir del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y de una definición funcional de paciente pluripatológico. Se recogen los datos sobre el sexo, la edad, el servicio de ingreso, el motivo de ingreso, el alta y los días de estancia en los pacientes de un hospital universitario durante el año 2003.

Resultados: El 16,9% (intervalo de confianza del 95%, 15,8-18,1) de los ingresos fueron pacientes pluripatológicos. Éstos eran de mayor edad, varones, ingresaron más frecuentemente de forma urgente y en el área de especialidades médicas, fueron derivados en menos ocasiones a su domicilio y generaron mayor estancia.

Conclusiones: Los pacientes pluripatológicos presentan características diferenciales que permiten su identificación retrospectiva mediante el análisis del CMBD. Aunque casi todos los servicios dieron de alta a estos pacientes, la mayoría fueron atendidos en servicios de especialidades médicas.

Palabras clave: Paciente pluripatológico. Estudios de prevalencia.

Abstract

Objectives: Hospitals attend patients with multiple chronic diseases. The aim of the present study was to estimate the prevalence of these patients, as well as their main sociodemographic and management characteristics.

Methods: We performed a descriptive study based on information from the minimum data set and a functional definition of patients with multimorbidity. Age, sex, admitting specialty, cause of admission, discharge and days of hospital stay were estimated for patients discharged from a university hospital in 2003.

Results: Patients with multimorbidity represented 16.9% (95% CI: 15.8-18.1%) of admissions. These patients were mainly elderly men who tended to be admitted urgently to medical specialties. Discharge to home was less frequent and days of hospital stay tended to be longer.

Conclusions: Patients with multiple comorbidities have well-defined characteristics that allow them to be retrospectively identified through analysis of the minimum data set. Although nearly all services discharged these patients, most of them were discharged from medical specialties.

Key words: Patients with multimorbidity. Prevalence survey.

Introducción

En los hospitales de agudos de los países desarrollados el ingreso hospitalario de pacientes ancianos con comorbilidad asociada se ha convertido en los últimos años en un fenómeno creciente¹⁻⁶. El concepto de paciente pluripatológico (PPP), aún sin una definición universalmente aceptada, se ha

consolidado entre nuestros profesionales para denominar a los sujetos, generalmente de edad avanzada, en los que concurren varias enfermedades crónicamente sintomáticas y con frecuentes reagudizaciones, que actúan negativamente sobre su situación funcional y que generan una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales^{7,8}. En España, en el ámbito hospitalario, la prevalencia de este tipo de paciente se ha estudiado fundamentalmente en los servicios de medicina interna, donde en torno al 40% de los pacientes son portadores de enfermedades crónicas que afectan a más de un órgano⁸⁻¹³, pero no hay datos publicados sobre la presencia de tales pacientes en otras áreas del hospital.

El objetivo de este estudio ha sido estimar la prevalencia y describir las principales características demográficas y de gestión asociadas al PPP atendido en un hospital universitario.

Correspondencia: Manuel Francisco Fernández Miera.
Unidad de Hospitalización Domiciliaria.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Avda. Valdecilla, s/n.
39008 Santander. España.
Correo electrónico: mffmiera@terra.es

Recibido: 20 de diciembre de 2006.

Aceptado: 6 de junio de 2007.

Métodos

Estudio descriptivo, que utiliza como fuente de datos el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria del año 2003. Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, Cantabria, un hospital de cuarto nivel dotado de 890 camas, que satisface las necesidades de salud de su área sanitaria y, en determinadas especialidades, de toda la población de Cantabria y de la de otras comunidades autónomas limítrofes. Por otro lado, su alto grado de desarrollo científico-tecnológico y su programa de trasplantes lo convierte también en centro de referencia para todo el Sistema Nacional de Salud.

La muestra fue de 4.310 individuos (un 12,4% de todas las altas). Los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, 9.^a revisión, modificación clínica) sirvieron para identificar inicialmente a cada paciente como PPP o paciente no pluripatológico (PNP), siguiendo la definición funcional del Proceso Asistencial Integrado de Atención al PPP de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía⁸, que considera PPP al que cumple al menos 2 de las 7 categorías en las que se agrupan las enfermedades crónicas más prevalentes en su medio (anexo 1). Se analizaron en cada grupo las variables demográficas (edad, sexo) y las variables de gestión: tipo de ingreso (urgente, resto), área de ingreso, servicio responsable del alta, tipo de alta (domicilio, resto) y número de estancias generadas.

Las variables continuas se expresaron como media y las variables categóricas como porcentajes; en ambos casos se estimó también el correspondiente in-

tervalo de confianza (IC) del 95%. Se realizó un análisis bivariante de cada una de las variables con respecto a la condición de ser o no PPP, aplicando para las variables cualitativas la prueba de la χ^2 (o el test exacto de Fisher cuando el número de observaciones fue demasiado bajo), y para las variables cuantitativas la prueba de la t de Student. Para elaborar y analizar la base de datos se utilizaron los programas Access y Excel 2000 de Microsoft.

Resultados

El 16,9% (IC del 95%, 15,8-18,1) del total de altas hospitalarias fueron PPP. De ellos, un 27,4% (IC del 95%, 24,2-30,6) cumplía más de 2 categorías de la definición funcional⁸.

En la tabla 1 se pueden observar las diferencias en cuanto a las características demográficas y variables de gestión para los grupos PPP y PNP. Se aprecia que los PPP tenían mayor edad (72,3 años) que los PNP (51,1 años) y eran con más frecuencia varones (el 65,1 frente al 44,1%). Además, los PPP habían ingresado de forma urgente en el hospital más asiduamente que los PNP (el 73,4 y el 60% respectivamente), y también, con más frecuencia que éstos, lo habían hecho en el área de especialidades médicas (el 76,4 frente al 34,2%). En cuanto al destino de los pacientes en el momento del alta, los PPP habían sido remitidos a su domicilio con menos frecuencia que los PNP. A este respecto, el 12,3% de los PPP y el 2,7% de los PNP habían sido dados de alta por fallecimiento (datos no mostrados en la tabla 1). Finalmente, los PPP generaron casi el doble

Tabla 1. Distribución de variables sociodemográficas y de gestión en pacientes con y sin pluripatología

Variables	Paciente pluripatológico		Paciente no pluripatológico		p
	Porcentaje o media	IC del 95%	Porcentaje o media	IC del 95%	
Edad (media)	72,3	71,4-73,2	51,1	50,3-51,9	< 0,001
Sexo (%)					
Varón	65,1	61,6-68,5	44,1	42,5-45,7	< 0,001
Mujer	34,9	31,5-38,4	55,9	54,3-57,6	
Tipo de ingreso (%)					
Urgente	73,4	70,2-76,6	60,0	58,4-61,6	< 0,001
Resto	26,6	23,4-29,8	40,0	38,4-41,6	
Área de ingreso (%)					
Especialidades médicas	76,4	73,4-79,5	34,2	32,6-35,7	< 0,001
Resto	23,6	20,5-26,6	65,8	64,3-67,4	
Tipo de alta (%)					
Domicilio	84,1	81,5-86,8	95,4	94,7-96,1	< 0,001
Resto	15,9	13,2-18,5	4,6	4,0-5,3	
Días de estancia (media)	13,3	12,3-14,3	7,6	7,3-7,9	< 0,001

IC: intervalo de confianza.

de días de estancia hospitalaria que los PNP (13,3 frente a 7,6 días). Todas las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

El 76,4% (IC del 95%, 73,4-79,5) de los PPP habían sido dados de alta desde el área de especialidades médicas, y el 15,9% (IC del 95%, 13,2-18,5) desde el área de especialidades quirúrgicas ($p < 0,001$). En la tabla 2 se exponen, para cada área del hospital y para cada servicio en particular, el número de PPP dados de alta y su porcentaje respecto al total de altas. Más de un 30% de las altas del área de especialidades médicas habían correspondido a PPP, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre sus servicios. El servicio de medicina interna había sido responsable del 40,3% (IC del 95%, 36,3-44,4) de los PPP dados de alta en el área de especialidades médicas y del 30,8% (IC del 95%, 27,5-34,2) de los PPP dados de alta en la totalidad del hospital. A su vez, el área de especialidades quirúrgicas había presentado una prevalencia de PPP cercana al 10%, también con diferencias significativas ($p < 0,001$) entre sus servicios. Entre cirugía cardiovascular, cirugía general y traumatología habían manejado el 75,9% (IC del 95%, 68,1-83,7) de los PPP de este área. En el área del resto de especialidades, responsable del 7,7% (IC del 95%, 5,7-9,6) de todas las altas hospitalarias de PPP, la variabilidad entre servicios también fue muy elevada ($p < 0,001$).

Discusión

En este estudio los PPP, de manera similar a lo observado por otros autores en estudios anteriores¹⁰⁻¹², se han distinguido del resto de pacientes por ser de edad más avanzada, por un predominio de varones, por haber ingresado más frecuentemente a través del servicio de urgencias, por haber sido ubicados predominantemente en el área de especialidades médicas, por un grado de mortalidad intrahospitalaria mayor, por un menor grado de envío a su domicilio en el momento del alta y por haber generado un mayor número de estancias durante su ingreso.

Este trabajo se ha basado en una definición funcional de PPP concebida por Ollero et al⁸ para su aplicación de forma prospectiva, con el propósito de reconocer a una población de pacientes, con una importante fragilidad clínica y discapacidad funcional, sobre la que aplicar un proceso asistencial previamente establecido. Sin embargo, los resultados demuestran que, aplicada de forma retrospectiva y a partir únicamente de la información aportada por el CMBD, tal definición también es una buena herramienta para diferenciar, en el conjunto de un hospital universitario, a este peculiar grupo de pacientes.

Tabla 2. Prevalencia de pluripatología según áreas y servicios hospitalarios de ingreso

Área y servicio de ingreso	n	Porcentaje	IC del 95%
Área de especialidades médicas	558	31,3	29,2-33,5
Medicina interna	225	36,3	32,5-40,1
Nefrología	18	41,9	27,1-56,6
Oncología	32	33,0	23,6-42,3
Cardiología	128	32,3	27,7-36,9
Neumología	61	31,4	24,9-38
Endocrinología	6	30,0	9,9-50,1
Aparato digestivo	46	28,2	21,3-35,1
Reumatología	9	20,5	8,5-32,4
Neurología	25	18,1	11,7-24,5
Hematología	8	11,9	4,2-19,7
Área de especialidades quirúrgicas	116	9,8	8,1-11,5
Cirugía cardiovascular	38	31,9	23,6-40,3
Cirugía torácica	11	14,5	6,6-22,4
Cirugía maxilofacial	6	12,8	3,2-22,3
Cirugía general	37	11,0	7,7-14,4
Neurocirugía	5	5,8	0,9-10,8
Urología	6	3,8	0,8-6,7
Traumatología	13	3,7	1,7-5,6
Área del resto de especialidades	56	4,2	3,1-5,2
Otorrinolaringología	7	7,6	2,2-13
Oftalmología	2	4,2	0-9,8
Medicina intensiva	25	40,3	28,1-52,5
Radiología	8	12,7	4,5-20,9
Radioterapia	5	33,3	9,5-57,2
Psiquiatría	4	5,1	0,2-9,9
Ginecología y obstetricia	5	0,7	0,1-1,3
Pediatría	0	0,0	0
Dermatología	0	0,0	0
Anestesiología	0	0,0	0

IC: intervalo de confianza.

La mayoría de estudios realizados en nuestro país en el ámbito hospitalario y basados en esta misma definición funcional de PPP, se han desarrollado en los servicios de medicina interna. En tal sentido, en este estudio, el servicio de medicina interna mostró un porcentaje de PPP similar al publicado por otros autores^{8,10-12}. Pero como también pone de manifiesto esta investigación, los PPP no sólo fueron dados de alta en el servicio de medicina interna sino también en otros servicios del hospital, fundamentalmente del área de especialidades médicas y, en menor medida, en el área de especialidades quirúrgicas.

Bibliografía

1. Cesari M, Onder G, Russo A, Zamboni V, Barillaro C, Ferrucci L, et al. Comorbidity and physical function: results from the aging and longevity study in the Sirente geographic area (il-SIRENTE Study). *Gerontology*. 2006;52:24-32.

2. Ko Y, Coons SJ. An examination of self-reported chronic conditions and health status in the 2001 Medicare Health Outcome Survey. *Curr Med Res Opin.* 2005;21:1801-8.
3. Westert GP, Satariano WA, Schellevis FG, Van den Bos GAM. Patterns of comorbidity and the use of health services in the dutch population. *Eur J Pub Health.* 2001;11:365-72.
4. Menotti A, Mulder I, Nissinen A, Giampaoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: the FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). *J Clin Epidemiol.* 2001;54:680-6.
5. Matorras P, Valero MC, Zarrabeitia R, Cano M, Iglesias L, Ledesma F. Cambios y tendencias en medicina interna 1987-1996. *An Med Interna (Madrid).* 2000;17:295-302.
6. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med.* 2005;3:215-22.
7. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:251-7.
8. Ollero M, Cabrera JM, de Ossomo M, De Villar E, García D, Gómez E, et al. Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002.
9. Estudio Socioprofesional sobre la Medicina Interna en España: Prospectiva 2010. Disponible en: <http://www.fesemi.org/publicaciones/otras/index.php>
10. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisado M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005;125:5-9.
11. Zambrana JL, Velasco MJ, Díez F, Cruz G, Martín MD, Adarraga MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp.* 2005;205:413-7.
12. Pérez-Díaz JM, Martín Pérez M, Ramos-Cantos MC, SanRomán-Terán CM. Pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005; 126:37.
13. Fernández-Miera MF, Esclada Sarabia C, Sampedro García I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc).* 2005;126:37-38.

Anexo 1. Códigos (CIE-9-MC)^a asignados a las diferentes categorías clínicas que definen al paciente pluripatológico^b

Categorías clínicas		Códigos CIE-9-MC
A	Insuficiencia cardíaca	428
	–	429.4
	Cardiopatía isquémica	402.91
		398.91
		410 a 414
B	Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional	710
	Vasculitis y conectivopatías	446
	–	711.1
	Insuficiencia renal crónica	711.2
		713.1
		712
		696.0
		713.6
		713.5
		713.7
		714
		715.0
		720.0
		725
		585
		403.0
	403.92	
C	Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional	491 a 496
	–	518.83, 518.84
	Cor pulmonale crónico	416

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo 1. Códigos (CIE-9-MC)^a asignados a las diferentes categorías clínicas que definen al paciente pluripatológico^b (Continuación)

Categorías clínicas		Códigos CIE-9-MC	
D	Enfermedad inflamatoria crónica intestinal	Enfermedad inflamatoria intestinal	555, 556
	–	Insuficiencia vascular crónica intestinal	557.1
	Hepatopatía crónica sintomática o en actividad	Hepatopatías y cirrosis crónicas (excepto hígado graso y alcohólica aguda)	571 (excepto 571.0, 571.1)
		Pancreatitis crónica	577.1
E	Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad	Enfermedad degenerativa del sistema nervioso central	331
		Parkinson	332
		Otras enfermedades degenerativas de ganglios de la base	333.0
		Enfermedad de Huntington	333.4
		Distonías por torsión	333.6, 333.7
		Enfermedades espinocerebelosas	334
		Enfermedades del asta anterior	335
		Siringomielia	336.0
		Esclerosis múltiple	340
		Otras enfermedades desmielinizantes	341
		Hemiplejía y hemiparesia	342
		Parálisis cerebral	343
		Otros síndromes paralíticos	344
		Distrofias musculares y otras miopatías	359
		Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular	438
		Demencia senil	290
		Demencia alcohólica	291
		Otros estados psicóticos orgánicos	294
		Demencias en enfermedad. Clasificable en otro lugar	299.1
		Degeneraciones cerebrales (normalmente en niños)	330
		Epilepsia	345
		Esquizofrenia	295
		Síndrome de dependencia del alcohol	303
F	Arteriopatía periférica sintomática – Diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica	Arteriopatía periférica sintomática	443 (excepto 443.81)
		Arteriosclerosis (arterias nativas de extremidades)	440.2
		Arteriosclerosis generalizada	440.9
		Diabetes mellitus	250
G	Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado – Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo	Neoplasias malignas primarias	140 a 195
		Neoplasias malignas secundarias o metastásicas	196 a 198
		Neoplasias malignas sin especificar	199
		Linfomas y leucemias	200 a 208
		Trombocitopenia primaria	287.3
		Neoplasias de evolución incierta	235 a 238
		Neoplasias de naturaleza no especificada	239
Excepto quimioterapia y radioterapia	V.58		

ICC: insuficiencia cardíaca; OCFA: obstrucción crónica del flujo aéreo.

^aClasificación Internacional de Enfermedades-9.^a revisión, modificación clínica.^bSegún definición de Ollero et al⁸.