

ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD EN LOS PACIENTES ADSCRITOS A UN CUPO MÉDICO Y GRADO DE CORRELACIÓN CON LA PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA

Sergio Molleda González

Dr. Daniel Araúzo Palacios

Dra. Verónica Casado



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Trabajo Fin de
Grado 2019-
Facultad de
Medicina-
Universidad de
Valladolid

Contenido

Resumen / Abstract	2
Introducción	3
Pluripatología/Multimorbilidad (“Multimorbidity”)	4
Complejidad	4
Dependencia y deterioro cognitivo	5
Objetivos de trabajo	5
Material y Métodos	6
Análisis estadístico	11
Aspectos éticos.....	11
Resultados.....	12
Estadística descriptiva.....	12
Estadística comparativa	12
Análisis de criterios de inclusión.....	14
Discusión	15
Conclusiones	16
Aplicación práctica.....	17
Agradecimientos	17
Bibliografía.....	18

Resumen / Abstract

El Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (PCPPC) es un tipo de paciente cada vez más frecuente en nuestro sistema sanitario, por lo que la necesidad de encontrar estrategias para identificarlo y clasificarlo resulta imperativa.

En nuestro estudio hemos llegado a la conclusión de que una clasificación basada en los criterios de pluripatología y complejidad de Ollero y cols. (y los utilizados rutinariamente en el SaCyl) se correlaciona en gran medida con la supervivencia a los 10 años estimada según el ICM de Charlson ($r=-0,420$), y siendo esta mayor que la obtenida con los CRG o “Clinical Risk Groups” utilizados a nivel hospitalario ($r=-0,195$), con la cual además concuerda pobremente. El recuento de patologías o de categorías de pluripatología es sin embargo el predictor de supervivencia más potente evaluado ($r=-0,539$ y $r=-0,557$ respectivamente). Por tanto, era de esperar que la cifra de patologías o categorías implicadas tuviera cierta correlación con el grupo al que asignamos al paciente ($r=0,701$ y $r=0,708$). Otros factores como el grado de dependencia han demostrado ser buenos predictores.

Igualmente, hemos encontrado rasgos en los pacientes analizados, como la presencia de VIH/SIDA, el uso de drogas o ciertas patologías crónicas graves; que podrían ser potencialmente tenidos en cuenta a la hora de caracterizar a dichos pacientes.

Chronic Patients with multimorbidity and complexity are increasingly frequent in our health system, meaning it is imperative to find strategies to identify and classify them.

In our study, we have reached the conclusion that a classification based on Ollero et al' criteria for multimorbidity and complexity (along with those routinely used in our region's health division) is strongly correlated to the 10-year survival estimated by the Charlson's Comorbidity Index ($r=-0,420$); being that correlation stronger than the one with the “Clinical Risk Groups” used in hospital care ($r=-0,195$), to which it correlates poorly. Nevertheless, the number of multimorbidity-defining diseases or categories has been the strongest survival predictor evaluated ($r=-0,539$ and $r=-0,557$ respectively). Thus, it was to be expected that the number of multimorbidity-defining diseases or categories correlated to the group the patient was assigned to ($r=0,701$ and $r=0,708$). Other factors such as dependence have proven to be good predictors too.

Furthermore, we have found traits in the patients we have studied (like HIV/AIDS, drug abuse or some chronic diseases) that could potentially be used to characterize those patients.

Introducción

En los últimos años, con el progresivo envejecimiento de la población, nos hemos encontrado con un elevado número de pacientes de creciente complejidad: crónicos, frágiles, pluripatológicos...

Ante esa tesitura, resultaba imperativo encontrar formas de estratificar a estos pacientes para poder ofrecerles una atención adaptada a situación y hacer un reparto lo más justo y eficiente posible de los recursos del sistema de salud. En Castilla y León, a nivel hospitalario, el método de estratificación utilizado es el basado en los CRG o *Clinical Risk Groups* (Tabla 1), que clasifica a los grupos en 4 niveles crecientes de complejidad: G0, G1, G2, G3.(1)

Siguiendo dicha clasificación, un paciente G1 sería un paciente crónico; un G2 sería un paciente pluripatológico o un crónico grave; y un G3 se aproximaría a lo que denominamos PCPPC (Paciente Crónico Pluripatológico Complejo).

A nivel de atención primaria, por el contrario, no se utilizan las categorías anteriormente mencionadas, sino una etiqueta denominada PCPPC. En la amplitud de la definición de dicha etiqueta radica su cada vez menor utilidad, pues se ha vuelto un auténtico cajón de sastre en el cual se incluyen una enorme cantidad de pacientes pluripatológicos que presentan algún rasgo de complejidad. Dichos pacientes presentan patrones muy variables de complejidad (clínicos, socioeconómicos, familiares, etc.) de gravedad y repercusión variables. En la práctica, esto ha supuesto un continuo aluvión de alertas durante una consulta habitual de AP (más de 300 alertas durante una consulta de 40 pacientes) que saturan al clínico y no le aportan demasiada información útil. De hecho, según los datos recogidos por el SaCyL, el 18,8% de estos pacientes ni siquiera fueron considerados "PCPPC" por los profesionales que los atendían.

En esta situación, la Dirección General de Innovación y Resultados en Salud y la Dirección General de Asistencia Sanitaria han decidido replantearse dicha categoría, reduciendo el número de alertas en el sistema MedoraCyL y solicitando a los especialistas de Atención Primaria que revisen los criterios de inclusión en la categoría (y por tanto su inclusión en el programa de atención integrada del PCPPI)

En este contexto, resulta pertinente plantear un trabajo como este. Dada la necesidad de redefinir la categoría PCCPC, puede ser útil realizar una prueba piloto en una población pequeña (cupó de pacientes del centro de salud Delicias II de Valladolid) en la que se pongan a prueba potenciales criterios de inclusión en la categoría y su correlación con el grado de complejidad clínica del paciente.

Tras ser reevaluados por los profesionales que los atienden, varios pacientes han dejado de incluirse en la categoría. Con los pacientes que se mantienen en la categoría de PCPPC, hemos considerado oportuno realizar una revisión de sus características, con el objetivo de analizar si la gravedad de su patología crónica y la complejidad global del paciente pueden ser predictores de mortalidad en los mismos, valorando incluso la necesidad de unas categorías similares a los CRG adaptadas a los medios disponibles habitualmente en atención primaria. También se discutirá la pertinencia de incluir criterios subjetivos no definidos utilizados habitualmente a la hora de incluir a los pacientes en dicha categoría como criterios objetivos generalizables.

Como punto de partida para el trabajo se han seleccionado documentos oficiales de interés, fundamentalmente pertenecientes al SaCyL, al ministerio de sanidad y al sistema andaluz de salud; así como el libro “Abordaje del Paciente con cronicidad compleja” de la semFYC para valorar como se realiza la clasificación y abordaje de los pacientes crónicos en el SNS y en las distintas comunidades. Entre los mismos, probablemente el más importante sea el documento de las Consejería de Salud Andaluza sobre el Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Pluripatológico, en el que Ollero y cols. definen los criterios de pluripatología que utilizaremos como base en el desarrollo de nuestro trabajo.

Pluripatología/Multimorbilidad (“Multimorbidity”)

La pluripatología o multimorbilidad define a pacientes que presentan de forma concomitante 2 o más patologías crónicas(2), lo que genera una enorme demanda asistencial.(3) En España, se utilizan los criterios de Ollero y cols. (detallados en la sección “material y métodos”), que definen al paciente pluripatológico como aquel que presenta patología de al menos 2 de las 8 categorías clínicas definidas.(4)

Complejidad

No existe una definición universal de complejidad, aunque solemos considerar a un paciente como complejo si presenta ciertos indicadores de complejidad sociosanitarios (dependencia, polimedicación, etc.).

Los distintos grupos de trabajo han definido ciertos criterios para considerar a un paciente como complejo. Aunque podemos encontrar pequeñas variaciones entre los mismos, su esencia es la misma: definir a un paciente que, tanto por sus características clínicas y psicológicas, como por su situación socioeconómica, requiere una atención individualizada adaptada a sus características y supone un reto adicional para los equipos responsables de su cuidado.

Dependencia y deterioro cognitivo

Otro aspecto que debemos valorar en dichos pacientes es el grado de dependencia que presentan, algo que resulta muy sencillo de valorar de forma rápida utilizando la escala de Barthel(5) – Anexo 1 (Tabla 2)

Cognitivamente, la escala más utilizada en las consultas de medicina de familia es el Mini examen cognoscitivo de Lobo, también llamado Mini-Mental Test, adaptación española al MMSE de Folstein(6) – Anexo 1 (Tabla 3)

Objetivos de trabajo

En nuestro estudio hemos tratado de definir unas categorías basadas en los criterios de Pluripatología y complejidad de Ollero y cols. que permitiesen estratificar a los pacientes considerados PCPPC y valorar si se correlacionaban con la mortalidad (según el ICM de Charlson)

Igualmente, hemos tratado de encontrar posibles criterios subjetivos utilizados para clasificar al paciente como PCPPC y evaluado como otras variables (dependencia, deterioro cognitivo, etc.) se distribuyen en los distintos grupos y su valor como predictores de mortalidad.

- **OBJETIVO GENERAL:** Valorar la concordancia entre la clasificación obtenida mediante los criterios de Ollero y cols., la clasificación por CRG intrahospitalaria y la mortalidad estimada según la escala de comorbilidad de Charlson.

- **OBJETIVOS SECUNDARIOS**
 - Realizar un análisis descriptivo de la población considerada PCPPC
 - Evaluar la prevalencia de dependencia y deterioro cognitivo en los distintos grupos y analizar su correlación con la supervivencia global del paciente
 - Estudiar la relación entre el grado de pluripatología (nº de patologías/categorías definitorias)y la mortalidad estimada.

- Evaluar cualitativamente los rasgos susceptibles de ser criterio de inclusión en la categoría en los pacientes que no cumplan los criterios de Ollero y cols.

Material y Métodos

- ❖ **Población:** Para realizar dicho trabajo, se ha seleccionado como población objetivo el conjunto de pacientes adscritos al centro de salud Delicias II y clasificados en el momento actual como PCPPC.
- ❖ **Población accesible:** Los pacientes PCPPC correspondientes a un cupo médico (210 pacientes).
- ❖ **Muestra:** Se ha obtenido una muestra de 136 PACIENTES de la población anteriormente mencionada (cupos médicos)
 - El tamaño muestral se ha calculado utilizando el software ENE 2.0®. Utilizando una proporción esperada de prevalencia de 0,5 (cifra arbitraria que maximiza el tamaño muestral cuando no se conoce la prevalencia del fenómeno a estudiar), obtenemos un tamaño muestral estimado de 136, que sería representativo de la población con una confianza del 95%.
 - Se realiza una aleatorización simple para seleccionar a los pacientes de la muestra (asignación aleatoria de un número entre 0 y 1, seleccionando a los 136 primeros según el número asignado)
 - Para cubrir las pérdidas, se conserva la secuencia de aleatorización, por lo que se repondrán los pacientes siguiendo el orden original de la secuencia.
- ❖ **Diseño del proyecto:**
 - Partiendo de la base de que todos los pacientes estudiados son considerados PCCPC desde el punto de vista de la atención primaria, se ha tomado como referencia la clasificación CRG (utilizada en el hospital en base a la utilización de los servicios sanitarios por parte del paciente), con el objetivo de evaluar cómo se correlaciona la misma con la clasificación en base a los criterios de pluripatología y complejidad de Ollero y cols. y con la mortalidad según la escala de comorbilidad de Charlson. Por tanto, hemos definido unas nuevas categorías análogas a los CRG (G1, G1c, G2 y G3) en base a los criterios de pluripatología de Ollero y cols., siendo G3 el único que consideraríamos estrictamente como PCPPC.
 - Secundariamente, se analizarán las características de los pacientes que no cumplan los criterios establecidos (clasificación G3 intrahospitalaria y PCPPC según los criterios de Ollero y cols. para evaluar que posibles

criterios subjetivos se han podido utilizar para clasificar a dichos pacientes como PCPPC)

- También se evaluará como otras variables (dependencia, deterioro cognitivo, etc.) se distribuyen en los distintos grupos y su valor como predictores de mortalidad.
- Comenzaremos definiendo los criterios utilizados para clasificar a los pacientes en los distintos grupos según su grado de pluripatología y complejidad. También se recogerán datos de filiación básicos: edad y sexo, presencia de cuidador, etc. La información para clasificar a los pacientes se recogerá únicamente de la historia clínica del mismo.
- **Pluripatología:** Para clasificar a un paciente como pluripatológico (categoría G2 de los CRG, junto con el crónico grave), utilizaremos la definición considerada como estándar a nivel nacional, la clasificación del sistema Andaluz de Salud propuesta por Ollero y cols. (4). Dicha clasificación considera a un paciente como PPP si presenta una o varias patologías de al menos 2 de las siguientes categorías clínicas. Se asignará una puntuación que corresponderá al total de déficits presentados (1 punto por déficit) y otra en función de las categorías de las que presenta déficits (≥ 2 para considerarlo pluripatológico):
 - Categoría A:
 - A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHAa (síntomas con actividad física habitual).
 - A.2. Cardiopatía isquémica.
 - Categoría B:
 - B.1. Vasculitis y Enfermedades autoinmunes sistémicas.
 - B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular $< 60\text{ml}/\text{min}$ o índice albúmina creatinina $> 30\text{mg}/\text{g}$.
 - Categoría C:
 - C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRCb (disnea a paso habitual en llano), o $\text{FEV1} < 70\%$, o Saturación $\text{O}_2 \leq 90$.

- Categoría D:
 - D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
 - D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular o hipertensión portal.
- Categoría E:
 - E.1. Ataque cerebrovascular.
 - E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
 - E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado.
- Categoría F:
 - F.1. Arteriopatía periférica sintomática.
 - F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
- Categoría G:
 - G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10g/dL en dos determinaciones separadas más de tres meses.
 - G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
- Categoría H:
 - H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque, por sí misma, una limitación para que el paciente pueda trasladarse, por sí mismo, con seguridad de la cama al sillón o silla de rueda.
 - H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.
 - a. Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

- b. Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que para a descansar al andar en llano al propio paso.
- c. INR > 1,7, albumina < 3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.
- d. Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.**24**

- **Mortalidad:** Para estimar la supervivencia utilizaremos la escala de comorbilidad de Charlson(7), que pondera el peso relativo de cada déficit en relación con la mortalidad (en función de algoritmos basados en datos estadísticos. Para calcular la puntuación obtenida en la escala se utilizará la calculadora del SAMIUC (Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias)(4).

Los datos ponderados son los siguientes : Edad del enfermo y presencia de Infarto de miocardio, Insuficiencia cardiaca congestiva, Enfermedad vascular periférica, Enfermedad cerebrovascular, Demencia, Enfermedad Pulmonar Crónica, Patología del tejido Conectivo, Enfermedad ulcerosa, Patología hepática ligera, Patología hepática moderada o grave, Diabetes, Diabetes con lesión orgánica, Hemiplejía, Patología renal (moderada o grave), Neoplasias (sólidas), Leucemias, Linfomas malignos, Metástasis Sólida, SIDA.

- **Complejidad:** Partiendo de la premisa de que estos pacientes ya han sido reclasificados como complejos por el personal responsable de su atención y seguimiento, nuestro objetivo aquí será el de cuantificar (de la forma más objetiva posible) el grado de complejidad que presentan. Para ello utilizaremos varios criterios de complejidad sociosanitaria: los utilizados rutinariamente en CyL junto con alguno de los utilizados por Ollero y cols.(4) Esto nos permitirá estratificarlos según su grado de complejidad. Los criterios utilizados en nuestro estudio son los siguientes:

- Al menos un ingreso hospitalario en el último año (puntuará un punto cada ingreso adicional durante el año):
- Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor).
- Delirium actual ó episodios de delirium en ingresos hospitalarios previos.

- Al menos una caída en el último año.
 - Desnutrición (IMC < 18,5)
 - Alimentación por sonda de prescripción crónica (3 ó más meses).
 - Alcoholismo
 - Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica)
 - Úlceras por presión en estadio II ó superior.
 - Barthel inferior a 60 o reconocimiento de dependencia II o III y sin cuidador o con cuidador vulnerable:
 - Cuidador de 80 años o más
 - Enfermedad o incapacidad del cuidador
 - Cuidador con dependencia reconocida
 - Cuidador con varios dependientes a su cargo
- **Dependencia:** Para valorar la dependencia del paciente se utilizará la escala de Barthel. En caso de no figurar la puntuación en la historia, se presupondrá un valor de 100. Sólo se considerarán dependientes los pacientes con puntuaciones <90, para excluir pacientes que presenten tan solo incontinencia urinaria o problemas menores de movilidad. El resto se clasificarán de la siguiente manera:
- Dependencia moderada (61-90 puntos), Dependencia grave (21-60 puntos) o Dependencia total: (≤21 puntos)
- **Deterioro cognitivo:** Para el deterioro cognitivo se utilizará la versión de 30 preguntas del Mini examen cognoscitivo de Lobo, también llamado Mini-Mental Test, adaptación española al MMSE de Folstein(6) [Anexo 1 (Tabla 3)], considerando como deterioro puntuaciones ≤23 puntos. Igualmente, en caso de no haberse registrado, se presupondrá un valor de 30.
- Para poder comparar la clasificación CRG utilizada en el hospital con la obtenida aplicado los criterios de Ollero y cols. se establecerá la siguiente equivalencia:
- **G0:** Ningún paciente de la muestra se considerará G0, dado que los pacientes a estudio son por defecto pacientes crónicos.
 - **G1:** Pacientes que no cumplan criterios de pluripatología (≥2 categorías) ni criterios de complejidad
 - **G1c-** pacientes que presenten criterios de complejidad, pero no de pluripatología.

- **G2:** Pacientes que cumplan criterios de pluripatología (≥ 2 categorías) sin presentar datos de complejidad.
- **G3:** Pacientes que cumplan criterios de pluripatología (≥ 2 categorías) y presenten al menos un rasgo de complejidad.

Análisis estadístico

- **Recogida de datos:** Los datos se han recogido a partir de la historia clínica de 135 en una tabla Excel, trasladándose posteriormente al programa SPSS (versión 24) para su procesamiento estadístico.
- **Estadística descriptiva:** Se ha tratado de caracterizar las variables cuantitativas utilizadas en el estudio mediante su media y su desviación típica. Las variables cualitativas se han definido mediante porcentajes y tablas cruzadas cuando se trata de variables condicionadas.
- **Análisis comparativo:** Se ha realizado fundamentalmente análisis bivariante, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Aspectos éticos

Este proyecto cumple con la Declaración de Helsinki de 1964 (última en vigor: Fortaleza 2013). Además, ha sido aprobado por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de salud Valladolid Oeste (*Anexo 3*).

La búsqueda de la población y el muestreo de los pacientes a estudiar se han realizado de forma anónima, utilizando el CIP de la base de datos de Tarjeta Sanitaria de la Zona Básica de Salud, en base a los criterios definidos.

La información recogida sobre los pacientes se traslada a los respectivos profesionales responsables de su cuidado en el Centro de salud para que valoren las medidas oportunas que permitan mejorar su atención. En ningún caso se utilizará dicha información para otros fines distintos al objetivo de investigación y atención.

No existen conflictos de intereses en este estudio.

Resultados

Estadística descriptiva

La población considerada PCPPC es una población fundamentalmente envejecida. En nuestra muestra, la edad media es de 67,42 años. La mayoría de pacientes presentan un grado de dependencia y deterioro cognitivo mínimo o ausente (Barthel mínimo de 90,41 y MiniMental de 29,19). De media presentan 1 patología de una sola categoría de pluripatología (1,04 patologías y 0,94 categorías) con un rasgo de complejidad (0,88 exactamente). La mortalidad de estos pacientes, estimada mediante la escala de comorbilidad de Charlson, es elevada (supervivencia media del 46,52% a los 10 años) – Anexo 2 (Tabla 1)

La distribución por sexos es muy similar encontrándose un 54,1% de mujeres y un 45,9% de hombres. Sin embargo, la edad media de las mujeres estudiadas (68,99) es ligeramente superior a la de los varones (65,58) – Anexo 2 (Tablas 2 y 3, Gráfico 1)

En cuanto a la dependencia, un 34,8% de los pacientes se consideran dependientes (Barthel<90), de los cuales una inmensa mayoría (82,93%) tienen un cuidador documentado – Anexo 2 (Tablas 4 y 5)

Según la clasificación por CRG, el grupo predominante es el más grave (G3), que aglutina el 44.4% de los pacientes (13.3% en el 0, 19.3% en el 1, 23% en el 2) – Anexo 2, Tabla 6

En cuanto a los grupos definidos para el estudio, curiosamente, el grupo más frecuente es el 1c (44,4% de los pacientes), es decir, pacientes que no presentan criterios estrictos de pluripatología pero si al menos un rasgo de complejidad. El resto se distribuyen en un 34.4% en el grupo 1, 5.2% en el 2 y 16.3% en el 3. – Anexo 2, Tabla 7

En cuanto a la distribución estimada en función de la mortalidad (estimada por la escala de Charlson), podemos observar gráficamente como lo más frecuente es presentar cifras de supervivencia inferiores al 20%. En cuanto a la tendencia central de la distribución, presenta una media de 46,52%, siendo la moda 21,36%. – Anexo 2, Tablas 8 y 9 y gráfico 2.

Estadística comparativa

Si analizamos la concordancia entre los grupos definidos por los CRG y los definidos para nuestro estudio, encontramos un fenómeno muy particular: los grupos 1 y 3 tienen cierta concordancia, como era de esperar (44,4% para el 1 y 25% para el 3),

aunque el grupo 2 de los CRG concuerda más con nuestro grupo 1 (32,3% vs 9,7%); sin embargo, observamos como el grupo 1c se distribuye de forma similar en los 3 grupos definidos por los CRG (entre un 38,5% y un 50% según el grupo), lo que hace sospechar que estos pacientes presentan ciertas características que, si bien no son estrictamente patologías definitorias de pluripatología, si se correlacionan con grados variables de complejidad clínica. – *Anexo 2, Tabla 10 y gráfico 3*

Se ha encontrado una correlación negativa débil ($r=-0,195$) pero estadísticamente significativa ($p= 0,024$) entre la clasificación mediante CRG y la supervivencia estimada mediante el ICM de Charlson. – *Anexo 2, gráfico 4*

Si consideramos intuitivamente a la clasificación 1c como un estadio intermedio entre 1 y 2 encontramos una correlación negativa intermedia ($r=-0,420$), estadísticamente significativa con la supervivencia (ICM Charlson) – *Anexo 2, gráfico 5*

Se descarta, como era de esperar, la posibilidad de considerar a la categoría 1c como la más grave (categoría “4”), pues al transformar la misma arroja una correlación paradójicamente positiva, no estadísticamente significativa.

Se analiza también la correlación con el grado de dependencia, observándose una correlación positiva débil con la puntuación en el Barthel ($r=0,239$), estadísticamente significativa ($p=0,005$), lo que indica cierta correlación entre el grado de dependencia y la mortalidad. En cuanto al deterioro cognitivo, los resultados no son valorables, pues aparece una correlación paradójicamente negativa con la puntuación en el mini-mental test, no estadísticamente significativa.

Los predictores de mortalidad más potente, sin embargo, son el número de patologías presentes (de las consideradas criterio de pluripatología) y el número de categorías implicadas (A,B,C...). El número de patologías presenta una correlación negativa fuerte con la supervivencia ($r=-0,539$), aún más fuerte si valoramos concretamente el número de categorías ($r=-0,557$), ambas estadísticamente significativas ($p=0,00$) – *Anexo 2, gráficos 6 y 7*

Por tanto, era de esperar que la cifra media de patologías/categorías definitorias de pluripatología se correlacionase con el grupo al que pertenece el paciente, siendo esta correlación estadísticamente significativa ($p=0,00-0,01$). Encontramos una correlación fuerte con los grupos definidos por nuestro estudio ($r=0,701$ para las patologías y $r=0,708$ para el número de categorías); y débil para los definidos por los CRG ($r=0,282$ y $r=0,297$ para patologías y categorías respectivamente) – *Anexo 2: gráficos 8,9,10,11; tablas 11 y 12*

Considerando únicamente el número de criterios de complejidad presentes de los definidos previamente (basados en los utilizados por Ollero y cols. y a nivel del SaCyL), encontramos una correlación muy débil ($r=-0,116$), además de estadísticamente no significativa ($p=0,18$).

Análisis de criterios de inclusión

En esta sección se analizan las características de los pacientes que han sido incluidos como PCPPC pero que no cumplirían criterios estrictos de inclusión según los requisitos definidos en el estudio (2 categorías de pluripatología y al menos un rasgo de complejidad), estratificándolos por grupos según ambas clasificaciones, con el objetivo de evaluar nuevos criterios generalizables. La lista completa puede encontrarse en el anexo (*Anexo 2, tabla 13*), aunque a continuación se destacan algunos rasgos, en función de la categoría a la que han sido asignados (según los criterios definidos para el estudio).

- La presencia de cánceres, susceptibles de tratamiento curativo, es constante en todos los grupos.
- En el grupo **G1** aparecen múltiples patologías crónicas que no cumplen los criterios establecidos por Ollero y cols., bien por no estar incluidas en sí mismas o por no cumplir los requisitos de gravedad (HTA, cardiopatía, osteomusculares, neurológicas, VIH, etc.); pacientes con discapacidad, problemas psiquiátricos, adicciones, etc.
- En el grupo **G1c** encontramos una enorme cantidad de patologías graves de diversa índole, pacientes con dependencia moderada y grave, muchos pacientes con problemas relacionados con el consumo de drogas y VIH/SIDA, así como problemas de índole psiquiátrica y social (maltrato, depresión, problemas familiares, etc.)

Discusión

La categorización del paciente en función de su grado de pluripatología y de complejidad, además del recuento de patologías presentes ha demostrado ser un potente predictor de la mortalidad de estos, al menos si nos basamos en el índice de Comorbilidad de Charlson para estimarlos.

Sin embargo, ninguno de los criterios mencionados caracteriza al paciente en su totalidad, dejando muchos aspectos fuera de la ecuación. En un intento de encontrar un patrón dentro de esa complejidad subjetiva, hemos buscado en cada paciente los rasgos que nos llevarían subjetivamente a verlo como un paciente complejo. Entre ellos hemos encontrado datos que podrían ser prometedores: todos los criterios que hemos utilizado dejan fuera a ciertas patologías crónicas de considerable gravedad (notablemente el paciente VIH); pero lo más llamativo es como la gran mayoría de problemas de la esfera psicosocial no son tenidos en cuenta. Aspectos como el uso de drogas, el maltrato psicológico, el retraso psicomotor y el deterioro cognitivo no son tenidos en cuenta (o se incluyen supeditados a requisitos como un Barthel <60, que dejan fuera a muchos pacientes con rasgos de complejidad que van mucho más allá de la dependencia grave).

Por tanto, ya que ni siquiera el propio índice de Barthel recoge estos aspectos, podría ser útil valorar de forma más exhaustiva como estos problemas influyen en la vida de estos pacientes; no sólo desde el punto de vista de la supervivencia, sino también de su calidad de vida e integración social; con el objetivo de evaluar si una correcta caracterización y estratificación de los mismos podría ayudar a su Médico de Familia a ofrecerles una atención mucho más adaptada a sus características.

Dado que estas herramientas están más adaptadas al paciente anciano, una propuesta sería, de cara a poder abarcar a los los más jóvenes, analizar la repercusión de los problemas más prevalentes en este grupo de edad (VIH/SIDA, uso de drogas, maltrato, retraso psicomotor, patología psiquiátrica) y evaluar la pertinencia de considerarlas incluso definitorias de paciente crónico complejo.

En cuanto al paciente anciano, un concepto que no se ha usado en nuestro estudio pero que, sin embargo, podría ser útil de cara a una evaluación más global, es el de fragilidad. Dicho término se define como un síndrome de declive “fisiológico” en edades avanzadas. Esta mayor vulnerabilidad supone un riesgo incrementado de situaciones adversas; como complicaciones quirúrgicas, caídas, institucionalización, discapacidad y muerte.(8) De hecho, los distintos estudios han encontrado un aumento

de mortalidad de un 70% en mujeres. (9) En hombres, la mortalidad llegaba incluso a doblarse. (10)

No existe ningún “gold standard” para el diagnóstico de fragilidad, aunque se han desarrollado una enorme cantidad de herramientas para el cribado y estratificación de estos pacientes. Dichas herramientas han demostrado ser especialmente útiles como predictor de complicaciones y una forma de seleccionar a los pacientes que necesitan un abordaje adaptado. (11).

Aunque la pluripatología es un término distinto al de fragilidad, se ha observado en múltiples estudios como existe una gran correlación entre ambos. (12) Sin embargo, no hay una concordancia entre ambos, siendo su prevalencia distinta y pudiendo aparecer de forma independiente en diferentes pacientes. (13)

Criterios sencillos, como los criterios de Fried (13) o las escalas GDS (14) y FRAIL (15)_(16)_podrían complementar a los criterios utilizados en estudio para clasificar al paciente PCPPC. Para una valoración más avanzada, podría plantearse la posibilidad de utilizar otras herramientas, como el índice frágil-VIG (17) o el índice de Rockwood, que incluye muchos de los rasgos no valorados que hemos observado en nuestros pacientes (artritis, migraña, epilepsia, depresión, cardiopatía, cáncer, etc.).

Conclusiones

El concepto de PCPPC ha demostrado ser un gran cajón de sastre que aglutina pacientes con una enorme heterogeneidad clínica y biopsicosocial. En nuestro estudio hemos intentado definir unas categorías, basadas en los criterios de pluripatología y complejidad de Ollero y cols., que permitiesen definir y estratificar a dichos pacientes.

Las categorías definidas concuerdan en cierta medida con los CRG usados a nivel intrahospitalario en las categorías más extremas (1 y 3), observándose una gran discrepancia en la categoría 2. La categoría 1c que proponemos se distribuye de forma muy similar en los 4 grupos definidos por los CRG, lo que indica la necesidad de caracterizar mejor a dichos pacientes.

Dentro de las limitaciones del propio ICM de Charlson como predictor de mortalidad, hemos observado como dichas categorías se correlacionaban en gran medida con la supervivencia de los pacientes ($r=-0,420$), incluso más que las categorías definidas por los CRG a nivel hospitalario ($r=-0,195$). El predictor más potente, sin embargo, ha demostrado ser el número neto de patologías definitorias de pluripatología ($r=-0,539$) o más concretamente, el número de categorías clínicas implicadas ($r=-0,557$). El grado de dependencia también ha demostrado ser un buen predictor de mortalidad ($r=0,239$)

Asimismo, el grupo a la que pertenece el paciente se correlaciona con el número medio de patologías o categorías definitorias de pluripatología afectadas; siendo esta mayor para las definidas por el estudio ($r=0,701$ y $r=0,708$) que para las definidas por los CRG ($r=0,282$ y $r=0,297$)

Respecto a la caracterización de los pacientes, se han encontrado múltiples rasgos que, si bien no son tenidos en cuenta por los criterios de Ollero y cols. a la hora de clasificar a dichos pacientes, podrían resultar de utilidad de cara a nuevas formas de entender y clasificar a dichos pacientes.

Aplicación práctica

Las propias limitaciones metodológicas del estudio hacen inviable su generalización. Sin embargo, su utilidad radica en las vías que podría abrir de cara al enfoque del paciente crónico pluripatológico complejo (PCPPC), planteando nuevas herramientas que podrían usarse para entender y clasificar a dicho paciente, que por su sencillez podrían aplicarse fácilmente a nivel de atención primaria sin requerir una gran inversión de medios y tiempo.

La posibilidad de poder estratificar al paciente pluripatológico utilizando datos fáciles de obtener en consulta o mediante revisión de la historia clínica podría ser de gran utilidad a nivel organizativo, pudiendo ofrecer a estos pacientes una atención mucho más individualizada.

Igualmente, el hecho de reflexionar sobre las posibles carencias de los criterios disponibles para identificar al Paciente Crónico Complejo puede ser de gran utilidad, pudiendo valorar la inclusión de algunos nuevos, que como hemos observado ya suelen usarse de forma subjetiva; con el objetivo de intentar englobar una porción aún mayor de la compleja realidad de estos pacientes.

Agradecimientos

No podría terminar este trabajo sin agradecer al Dr. Daniel Arauzo, por su gran implicación y ayuda a lo largo de la realización de todo el proyecto.

Bibliografía

1. Estratificación de pacientes: Clasificación por grado de complejidad [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 20 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/transparencia/datos-interes/estratificacion-pacientes-clasificacion-grado-complejidad>
2. Managing multiple comorbidities - UpToDate [Internet]. [citado 20 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/managing-multiple-comorbidities?search=pluripatologia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Unidad de pacientes pluripatológicos: estándares y recomendaciones. :206.
4. Ollero Baturone, Manuel, cols. Junta de Andalucía - Proceso asistencial integrado atención a pacientes pluripatológicos, 3ª edición 2018 [Internet]. Junta de Andalucía. [citado 27 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-pluripatologicos.html>
5. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-37.
6. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor (AMF 2013) Paso a paso [Internet]. 2013 [citado 27 de marzo de 2019]. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1187
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.
8. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet Lond Engl. 2 de marzo de 2013;381(9868):752-62.
9. Woods NF, LaCroix AZ, Gray SL, Aragaki A, Cochrane BB, Brunner RL, et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. J Am Geriatr Soc. agosto de 2005;53(8):1321-30.

10. Frailty in older men: prevalence, progression, and relationship with mortality. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 28 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=17661960>
11. Frailty - UpToDate [Internet]. [citado 20 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/frailty?search=frailty&source=search_result&selectedTitle=1~119&usage_type=default&display_rank=1
12. Villacampa-Fernández P, Navarro-Pardo E, Tarín JJ, Cano A. Frailty and multimorbidity: Two related yet different concepts. *Maturitas*. enero de 2017;95:31-5.
13. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Ser A*. 1 de marzo de 2001;56(3):M146-57.
14. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people - ScienceDirect [Internet]. [citado 20 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067369804402X?via%3Dihub#bib5>
15. MORLEY JE, MALMSTROM TK, MILLER DK. A SIMPLE FRAILTY QUESTIONNAIRE (FRAIL) PREDICTS OUTCOMES IN MIDDLE AGED AFRICAN AMERICANS. *J Nutr Health Aging*. julio de 2012;16(7):601-8.
16. SEEN | HERRAMIENTAS | CALCULADORA ESCALA FRAIL DE FRAGILIDAD [Internet]. [citado 27 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.seen.es/herramientasClinicas/calculadoras/calculadoraFragilidad.aspx>
17. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. mayo de 2017;52(3):119-27.

Anexo 1

Figura 4.2. Criterios de estratificación de la población de Castilla y León

Objetivo intervención	Ámbito		Tipo de intervención
Pacientes pluripatológicos severos con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, UCSS, Domicilio/Residencia)		<ul style="list-style-type: none"> - Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada (UCA) según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos. - Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/comunitario (Protocolo)		<ul style="list-style-type: none"> - Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos. - Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.
Pacientes con una patología en estadio estable o inicial con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/comunitario (Protocolo)		<ul style="list-style-type: none"> - Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos. - Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud
Personas sanas o con procesos agudos no significativos	Atención primaria + domicilio/comunitario		<ul style="list-style-type: none"> - Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS- de atención primaria). - Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.

Tabla 1 – Clasificación hospitalaria de los pacientes en Castilla y León, basada en las categorías CRG (“Clinical Risk Groups”)

Tabla 2 (página siguiente) – Escala de Barthel, para la valoración del grado de Dependencia.

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

TABLA 7

Mini-examen Cognoscitivo de Lobo (versión de 30 puntos)

1. ORIENTACIÓN:	
Temporal	
¿En qué año estamos?	0 1
¿En qué estación o época del año estamos?	0 1
¿En qué mes estamos?	0 1
¿Qué día de la semana es hoy?	0 1
¿Qué día del mes (número) es hoy?	0 1
Espacial	
¿En qué país estamos?	0 1
¿En qué provincia/comunidad autónoma estamos?	0 1
¿En qué población estamos?	0 1
¿Dónde estamos ahora (establecimiento, centro/casa: nombre de la calle)?	0 1
¿En qué planta/piso estamos (casa: piso/n.º de la calle)?	0 1
2. FIJACIÓN:	
Escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y deberá repetir las después.	0 1 1 1
PESETA CABALLO MANZANA	
¿Me las puede repetir? (si es necesario, repetir las hasta cinco veces, pero puntuar solo el primer intento, 1 punto por cada respuesta correcta)	0 1 1 1 1
Trate de recordar estas palabras; se las preguntaré de nuevo en unos minutos	0 1 1 1
3. ATENCIÓN Y CÁLCULO:	
Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas monedas le quedan? ¿Y si le quito otras 3?... (así hasta cinco restas; 1 punto por cada resta correcta: 27, 24, 21, 18, 15)	0 1
4. MEMORIA:	
¿Recuerda los tres objetos que le he dicho antes? PESETA / CABALLO / MANZANA (1 punto por cada una)	0 1
5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:	
Nominación	
Pueden utilizarse objetos comunes alternativos (p. ej., gafas, sillas, llaves, etc.); anótelos si es así	0 1
¿Qué es esto? (mostrar un lápiz o bolígrafo)	
Y esto, ¿qué es? (mostrar un reloj)	
Repetición	
Repita esta frase: «EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS» (si es necesario –problema sensorial, p. ej.–, repetirla hasta cinco veces, pero puntuar solo el primer intento; 0 si la repetición no es exacta)	0 1 1 1
Comprensión	
Ahora escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo siguiendo mis instrucciones (facilitar hoja de papel)	0 1
COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA / DÓBLELO POR LA MITAD / DÉJELO EN LA MESA (1 punto por cada acción correcta)	
Lectura	
Ahora le voy a mostrar un papel con una frase; debe leerla y hacer lo que está escrito:	0 1
«CIERRE LOS OJOS»	
Escritura	
Ahora le voy a pedir que escriba una frase; lo que quiera, algo que tenga sentido (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo). Si la persona no responde, puede decirle, por ejemplo: «Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy», etc. 1 punto cuando la frase escrita sea comprensible, y contenga sujeto, verbo y predicado; no considerar los posibles errores ortográficos o gramaticales	0 1
Dibujo	
Ahora le voy a pedir que copie este dibujo (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo y mostrar)	
	
PUNTUACIÓN TOTAL /30	

El punto de corte más aceptado es ≤ 23 para sospechar deterioro cognitivo y requiere valoración más amplia.

Tabla 3 – Mini examen cognoscitivo de Lobo, modificado del MMST de Folstein, para la valoración del deterioro cognitivo.

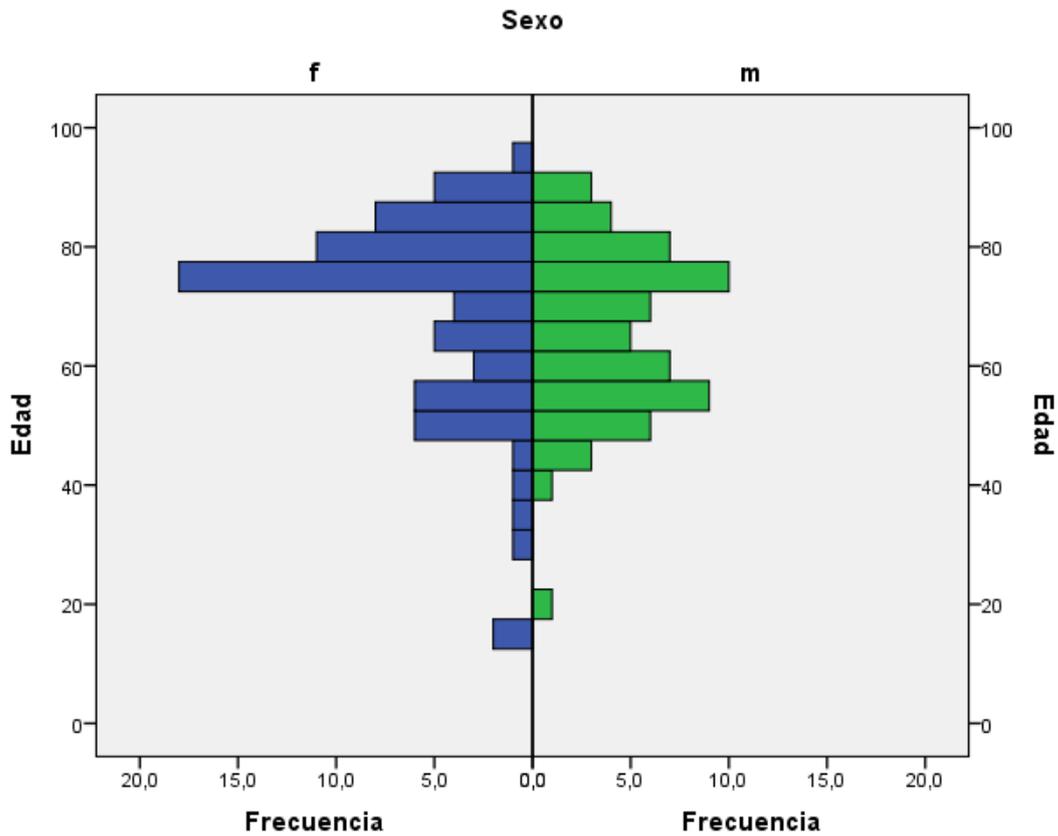
Anexo 2

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	135	15	95	67,42	15,748
Barthel	135	0	100	90,41	16,471
MiniMental	135	0	30	29,19	3,963
Patologías	135	0	6	1,04	1,171
Categorías	135	0	5	,94	,991
ICMCharlson	135	0	16	4,23	2,600
SupervivenciaCharlson	135	,00	98,30	46,5158	36,85842
Complejidad	135	0	4	,88	,923

Tabla 1- Características de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
f	73	54,1
m	62	45,9
Total	135	100,0

Sexo	Edad	Desviación estándar
f	68,99	16,724
m	65,58	14,432
Total	67,42	15,748



Tablas 2 y 3, Gráfico 1- Distribución por edad y sexo de la población estudiada.

Dependiente	Frecuencia	Porcentaje
no	88	65,2
si	47	34,8
Total	135	100,0

Tabla 4- Prevalencia de dependencia en la muestra estudiada

		Cuidador	
		no	si
Dependiente	no	81 (86,17%)	7 (17,07%)
	si	13 (13,83%)	34 (82,93%)

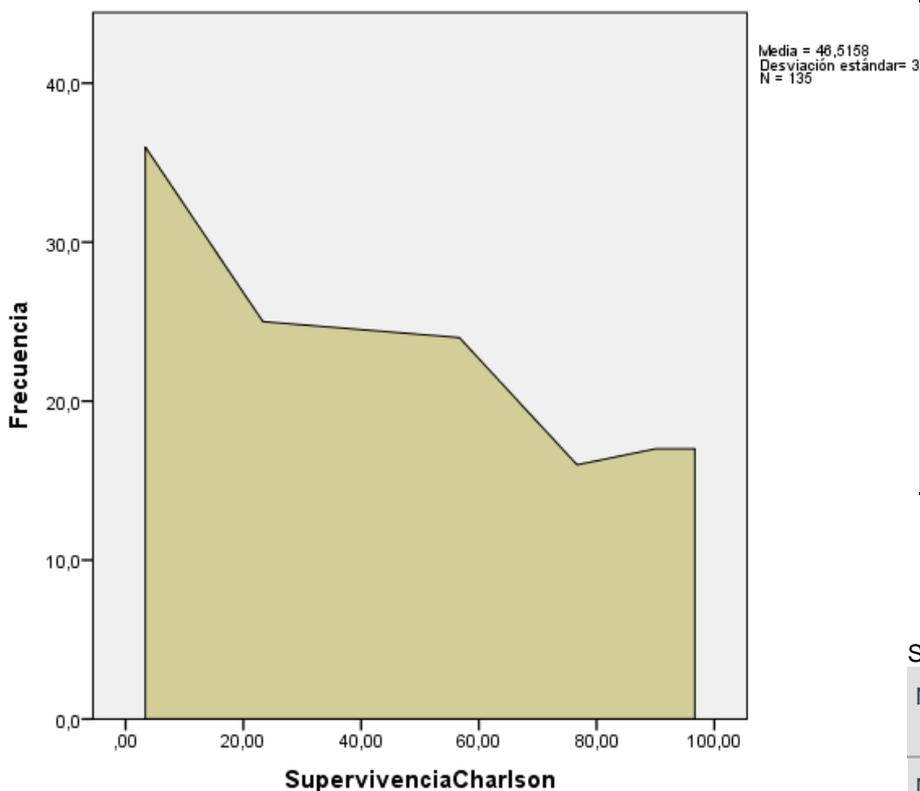
Tabla 5- Presencia de cuidador en pacientes dependientes e independientes

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	0	18	13,3
	1	26	19,3
	2	31	23,0
	3	60	44,4
	Total	135	100,0

Tabla 6 – Distribución de los pacientes en los distintos CRG (“Clinical Risk Groups”) según la etiqueta asignada en el sistema informático intrahospitalario (Jimena)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	46	34,1
	1c	60	44,4
	2	7	5,2
	3	22	16,3
	Total	135	100,0

Tabla 7 – Distribución manual de los pacientes en los distintos grupos definidos para el estudio en función de los criterios de pluripatología y complejidad de Ollero y cols.



		Frecuencia	Porcentaje
Charlson	,00	11	8,1
	,01	6	4,4
	2,25	19	14,1
	21,36	25	18,5
	53,39	24	17,8
	77,48	16	11,9
	90,15	17	12,6
	95,87	9	6,7
	98,30	8	5,9
	Total	135	100,0

Estadísticos

Supervivencia Charlson

N	Válido	135
	Perdidos	0
Moda		21,36

Tablas 8 y 9, Gráfico 2 – Distribución de los pacientes en función de la mortalidad estimada con el ICM de Charlson.

		Gcalculado				Total
		1	1c	2	3	
Ghospital	0	44,4%	50,0%		5,6%	100,0%
	1	50,0%	38,5%		11,5%	100,0%
	2	32,3%	48,4%	9,7%	9,7%	100,0%
	3	25,0%	43,3%	6,7%	25,0%	100,0%
Total		34,1%	44,4%	5,2%	16,3%	100,0%

Tabla 10 – Concordancia entre la clasificación por CRG (Ghospital) y la utilizada en nuestro estudio (Gcalculado). Concretamente se ha medido cual el porcentaje de pacientes de cada grupo de los definidos para nuestro estudio para cada categoría CRG.

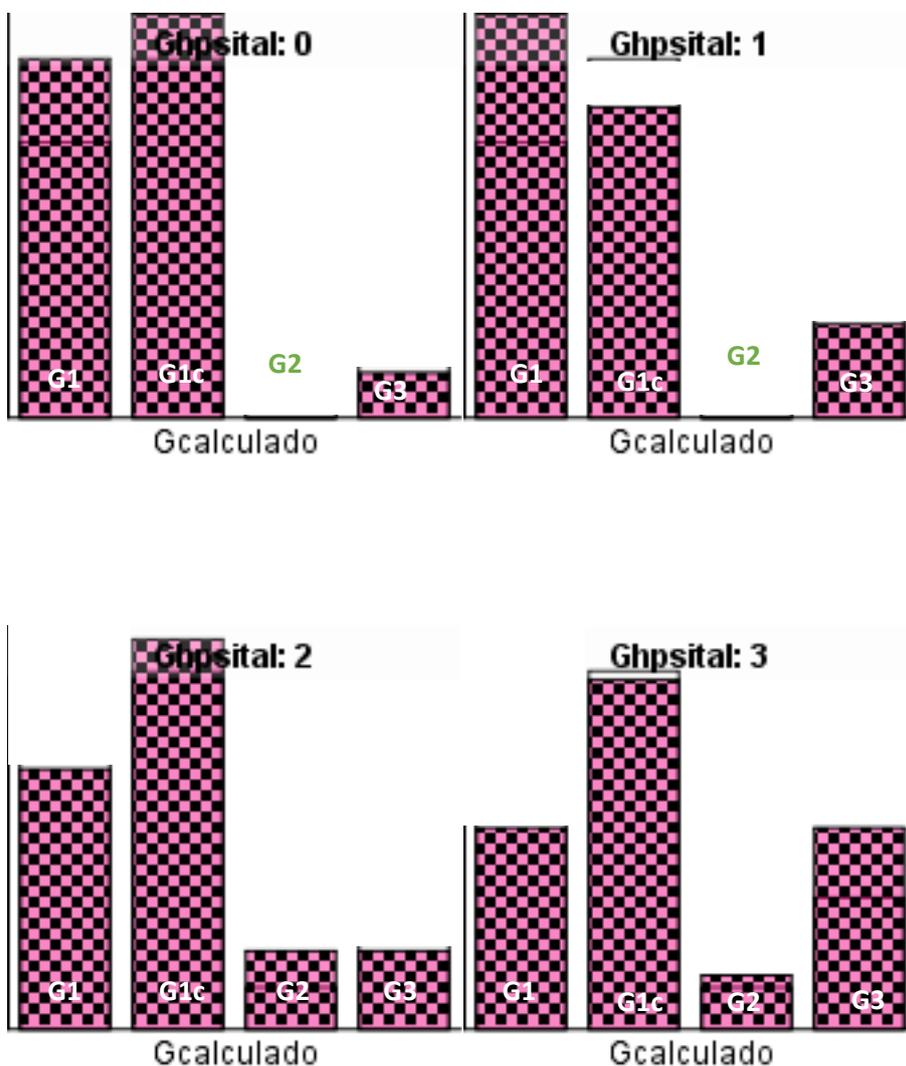
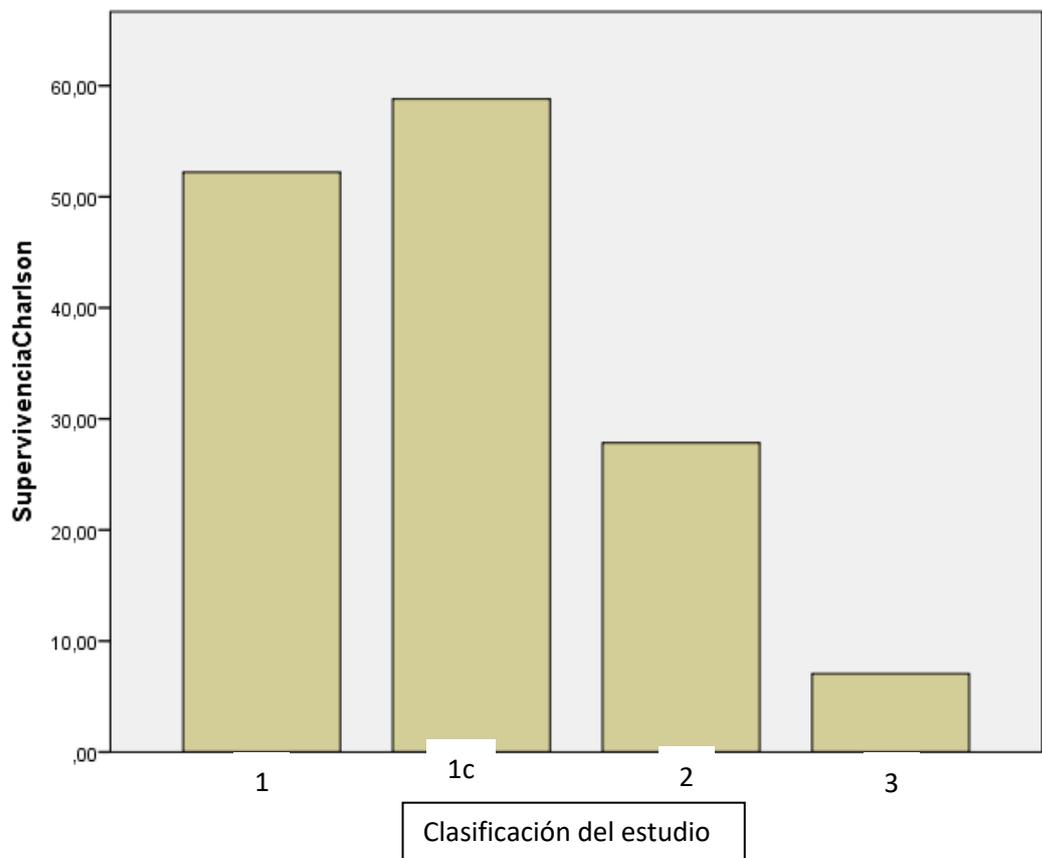
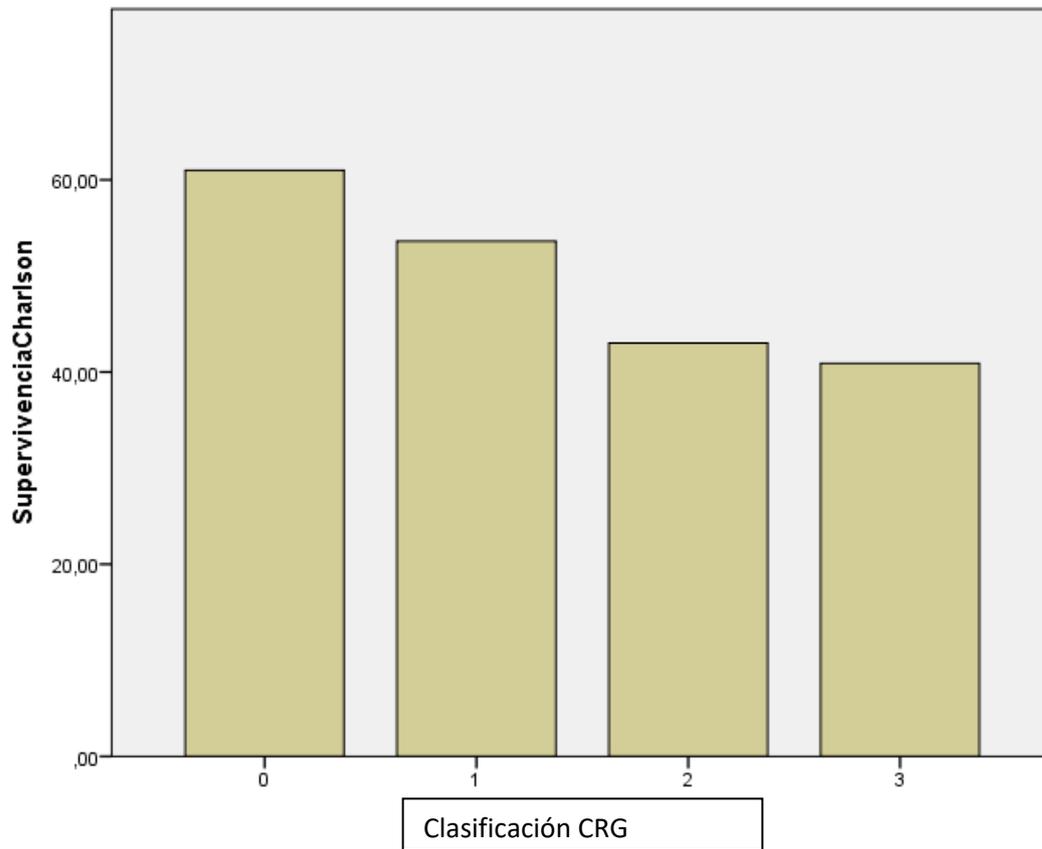


Gráfico 3- En este gráfico se analiza como se distribuye cada categoría de las definidas en cada uno de los grupos definidos por los CRG, como representación gráfica de la tabla anterior.



Gráficos 4 y 5- Supervivencia estimada mediante ICM de Charlson en los distintos grupos, definidos por la clasificación CRG (Gráfico 4) o por la clasificación de nuestro estudio (Gráfico 5)

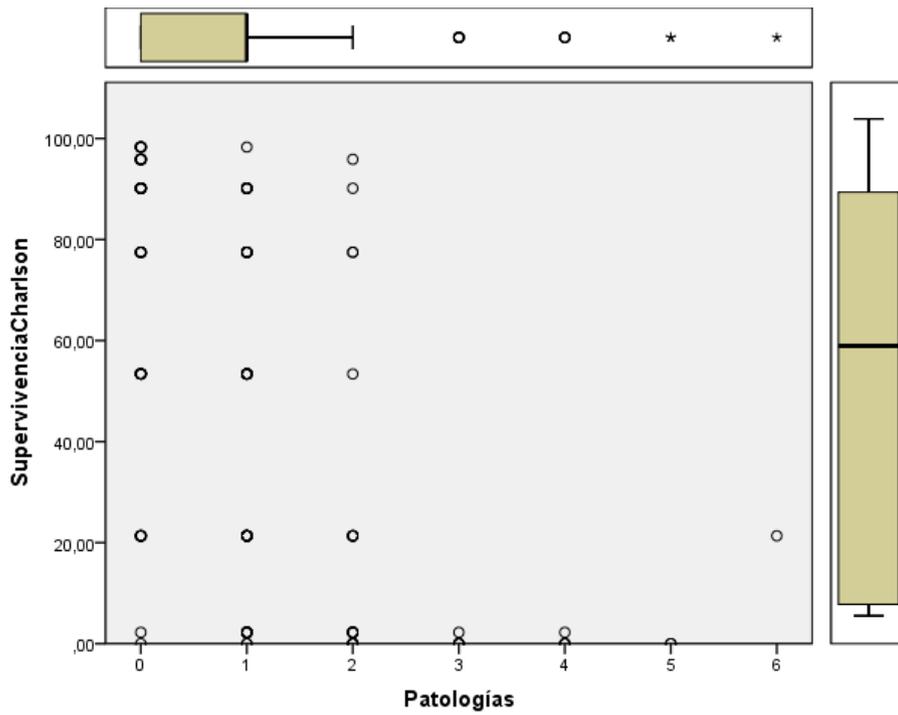


Gráfico 6 – Relación entre el número de patologías definitorias de pluripatología presentes (según Ollero y cols.) y la supervivencia estimada a los 10 años (ICM Charlson).

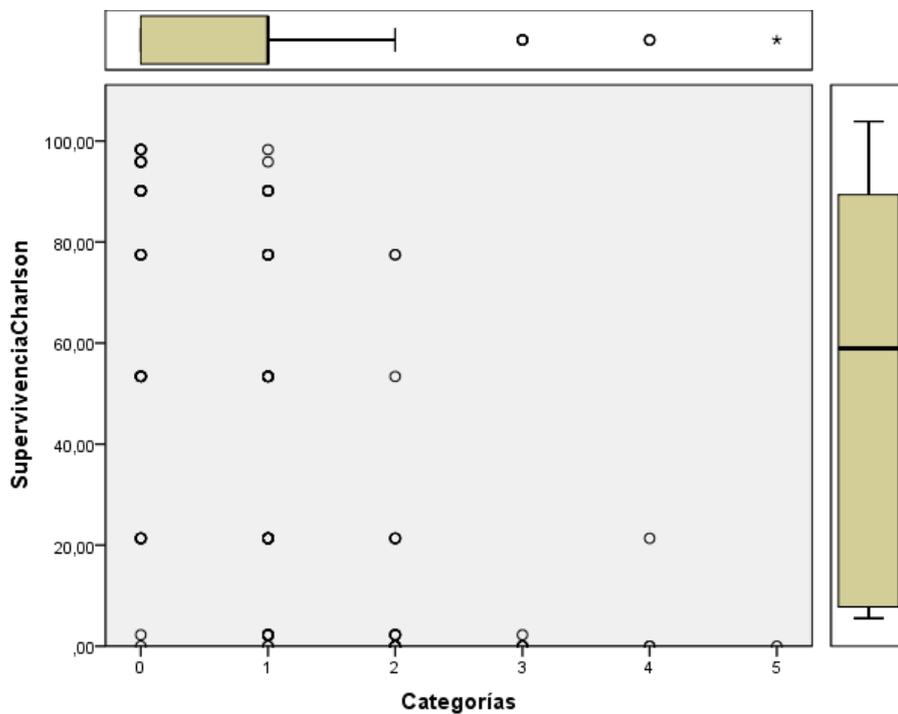


Gráfico 7 - Relación entre el número de categorías definitorias de pluripatología (A,B,C...) afectadas (según Ollero y cols.) y la supervivencia estimada a los 10 años (ICM Charlson).

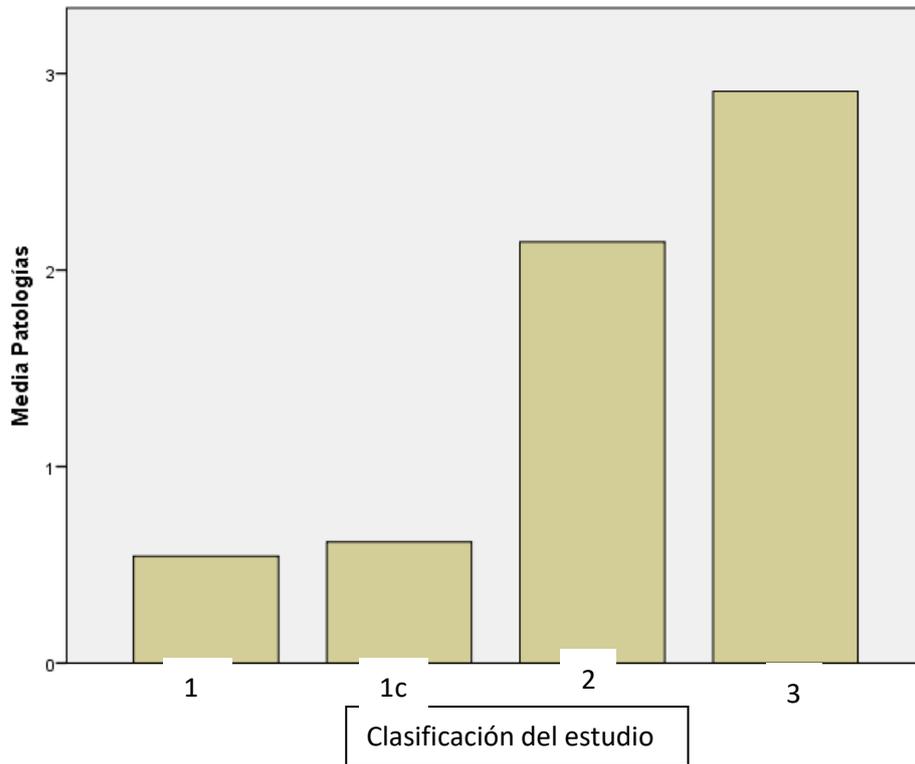


Gráfico 8 – Media de patologías (definitivas de pluripatología) en los distintos grupos definidos por el estudio.

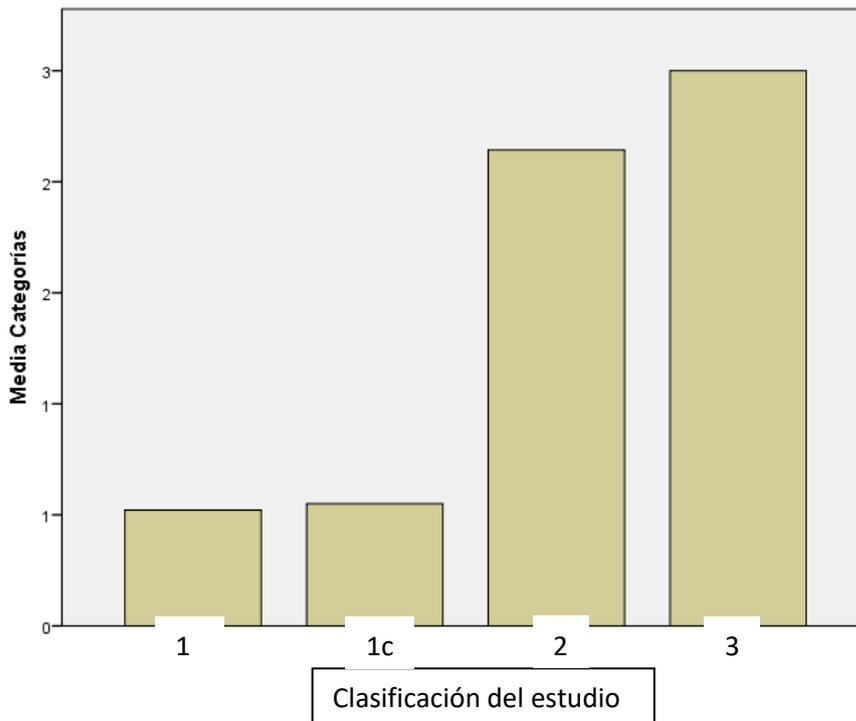


Gráfico 9 – Media de categorías implicadas (definitivas de pluripatología) en los distintos grupos definidos por el estudio.

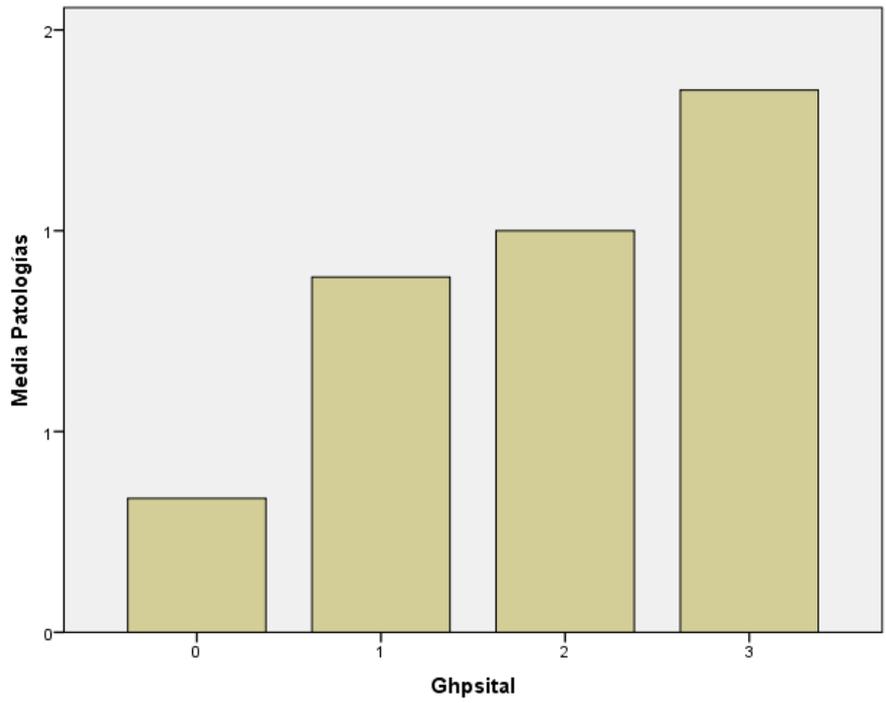


Gráfico 10 – Media de patologías (definitorias de pluripatología) en los distintos grupos definidos por los CRG a nivel hospitalario.

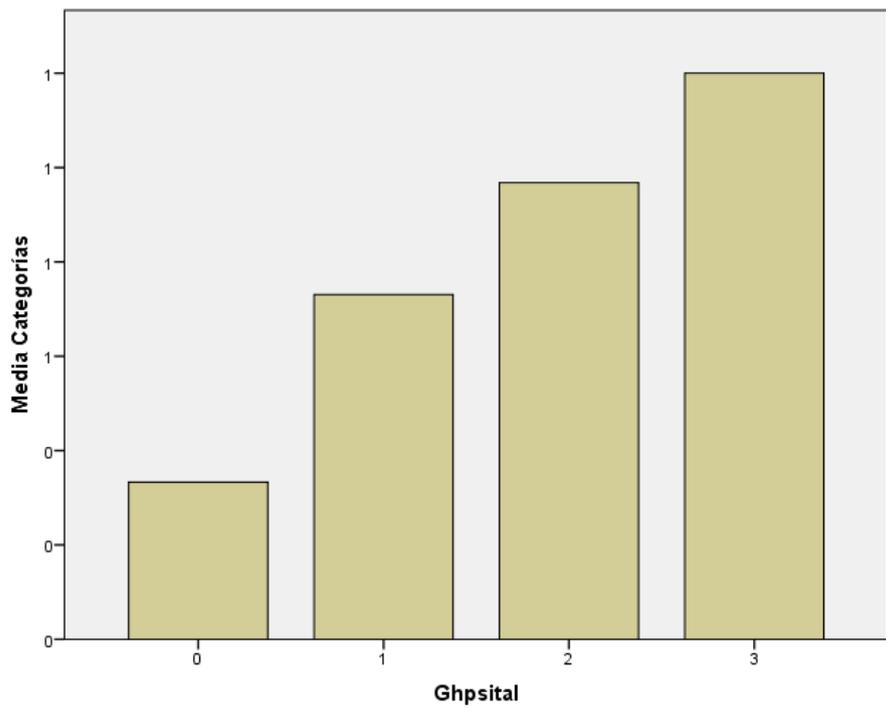


Gráfico 11 – Media de categorías implicadas (definitorias de pluripatología) en los distintos grupos definidos por los CRG a nivel hospitalario.

Grupos del estudio		Patologías	Categorías
1	Media	,54	,52
	N	46	46
	Desviación estándar	,546	,505
1c	Media	,62	,55
	N	60	60
	Desviación estándar	,613	,502
2	Media	2,14	2,14
	N	7	7
	Desviación estándar	,378	,378
3	Media	2,91	2,50
	N	22	22
	Desviación estándar	1,377	1,058
Total	Media	1,04	,94
	N	135	135
	Desviación estándar	1,171	,991

Categorías CRG		Patologías	Categorías
0	Media	,33	,33
	N	18	18
	Desviación estándar	,485	,485
1	Media	,88	,73
	N	26	26
	Desviación estándar	1,033	,778
2	Media	1,00	,97
	N	31	31
	Desviación estándar	,775	,752
3	Media	1,35	1,20
	N	60	60
	Desviación estándar	1,424	1,190
Total	Media	1,04	,94
	N	135	135
	Desviación estándar	1,171	,991

Tablas 11 y 12 – Número medio de patologías definitorias de pluripatología y de categorías clínicas afectadas en los pacientes en cada grupo de los definidos por los criterios de Ollero y cols. (izquierda) o por los CRG (derecha).

❖ G1

- G0 - hepatitis, osteomuscular, HTA, cáncer, vih y alcoholismo, gastritis crónica atrófica, Barthel 90
- G1 - artritis, hepatitis B, obesidad mórbida, marcapasos, HTA maligna, cardiopatía, cancer, parálisis facial, maltrato, tdah y migraña, RPM, cáncer.
- G2 – cáncer, epilepsia, dependencia (Barthel 75), osteomuscular, leucoencefalopatía asintomática, asma, sd metabólico, mucha patología menor, ictus, extoxicomanía, demencia.
- G3 – cáncer, diabetes, colecistitis, sordomudo, cardiopatía, hepatopatía, CBP y fibromialgia, cuidadora, osteomuscular, miopia magna, vértigo, temblor esencial, LMP con déficit motor, RPM.

❖ G1c

- G0- ictus,iringomielia, polimedicado; drogas, VIH/SIDA, VHB, extoxicomano, alcohólico, epoc, dependencia (Barthel 50)
- G1 – cardiopatía, abusos sexuales de niña, exalcohólico, IRC leve, trast mental, maltrato psi e intento suicidio, RPM, deterioro cognitivo, dependiente con/sin cuidador, depresión.
- G2 – aneurisma (fallecida); depresión, problemas familiares, hernia hiato; violencia género, osteomuscular, psiquiátrico, violencia género, cardiopatía; oftalmopatía, SAHOS, cáncer; gastritis crónica atrófica, epilepsia, RPM y demencia; ictus (con Barthel 65); dependencia y somatización.
- G3 – VIH/SIDA, drogas (+-psicosis por drogas); depresión; HTA, osteoporosis, hipertiroidismo, epilepsia 2ª, adenoma hipofisario, psiquiátrica, osteomuscular y dependencia; ca mama con linfedema y retinopatía; otros cánceres, Parkinson, diabetes complicada; violencia género; gammapatía/HTA/cardiopatía; dependiente sin cuidador + leucoencefalopatía, cuidador, deterioro cognitivo, hidrocefalia, alcoholismo; insuficiencia vascular cerebral, temblor esencial, infección urinaria recurrente.

❖ G2

- G2 - SAHOS
- G3 – maltratador, cardiópata, exclusion social (Gijón >10).

Tabla 13 – Patologías y características biopsicosociales de los pacientes que, aún sin poderse considerar PCPPC/G3 según los criterios definidos en el estudio, han sido considerados PCPPC por los profesionales que los atienden. Los rasgos repetidos (ej. cáncer, osteomuscular, cardiopatía) en varios pacientes sólo figuran 1 vez, salvo en los pacientes en los que resulta útil resaltar la coexistencia de múltiples alteraciones (separados por punto y coma)

Los pacientes se han estratificado en primer lugar por la clasificación definida para el estudio (**en rojo**) y en segundo lugar según la clasificación CRG hospitalaria (**en azul**)