

**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**  
**DPTO. MEDICINA PREVENTIVA**  
**Y SALUD PÚBLICA**

**TESIS DOCTORAL**

**PREVALENCIA**  
**Y CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA**  
**POR UNA COHORTE**  
**DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**  
**Y SUS CUIDADORES.**

**ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO**  
**EN CUATRO ZONAS BÁSICAS DE SALUD**  
**DEL AREA METROPOLITANA DE SEVILLA**

**Manuel Alfonso Rincón Gómez**

**Octubre-2015**



Don Juan Ramón Lacalle Remigio

Don Máximo Bernabeu Wittel

Don Manuel Ollero Baturone

CERTIFICAN:

Que el trabajo de investigación que lleva por título “Prevalencia y calidad asistencial percibida por una cohorte de pacientes pluripatológicos y sus cuidadores. Estudio prospectivo multicéntrico en cuatro zonas básicas de salud del área metropolitana de Sevilla” ha sido realizado bajo su dirección por el Licenciado D. Manuel Alfonso Rincón Gómez, y reúne las condiciones necesarias para ser leído y defendido como Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina.

D.Juan Ramón Lacalle Remigio D.Máximo Bernabeu Wittel D.Manuel Ollero Baturone

Directores

D.Manuel Alfonso Rincón Gómez

Doctorando



Este trabajo fue financiado por el proyecto de investigación “Análisis comparativo de los parámetros de calidad asistencial antes y después de la implantación del proceso de atención al paciente pluripatológico en el área sanitaria de los hospitales Universitarios Virgen del Rocío.”, (Expte. 91/3), aprobado en virtud de la Resolución de 19 de diciembre de 2003, de la Secretaría General de Calidad y Eficiencia, (BOJA nº 9 de 15 de enero de 2004) y con el Dr. Ollero Baturone como investigador principal

Como resultado de dicho proyecto de investigación figuran las siguientes publicaciones:

- García-Morillo S, Bernabeu-Wittel M, Cassani M, Rincón M, Yerro Páez V, Ollero Baturone M. Influencia de los factores biopsicosociales en el grado de empatía de la relación medico-enfermo en una cohorte de pluripatológicos. Rev Clin Esp. 2007 Sep;207(8):379-82.
- Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camúñez MA, García-Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2008 Jan;208(1):4-11.
- Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Álvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M, Ollero Baturone M, García-Morillo S. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. Aten Primaria. 2008 Apr;40(4):193-8.
- Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Bohórquez-Colombo P, Moreno-Gaviño L, Cassani-Garza M, Ortiz-Camúñez MÁ, Ollero-Baturone M. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Mar-Apr;52(2):142-6.

Así como las siguientes comunicaciones a Congresos y Reuniones:

- Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, García-Morillo JS, Ortiz MA, de Paz L, Yerro V, Codina A, Ollero-Baturone M, Cuello JA. Características clínicas de los Pacientes Pluripatológicos en una población general. XXI Congreso SADEMI. Jerez de la Frontera (Cádiz) 2005.
- Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, García-Morillo JS, Ortiz MA, de Paz L, Yerro V, Codina A, Ollero-Baturone M. Prevalencia de Pacientes Pluripatológicos

en una población general urbana y periurbana. XXI Congreso SADEMI. Jerez de la Frontera (Cádiz) 2005.

- Rincón M, Bernabeu-Wittel M, García-Morillo JS, Cassani M, Moreno L, Ortiz MA, Ollero M. Calidad percibida de la asistencia sanitaria en una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos. XXII Congreso SADEMI. Baeza (Jaén) 2006
- Rincón M, Bernabeu-Wittel M, García-Morillo JS, Cassani M, Moreno L, Codina MA, Ollero M. Dimensiones en la calidad de asistencia percibida por pacientes pluripatológicos: un análisis factorial. XXII Congreso SADEMI. Baeza (Jaén) 2006
- Moreno L, Bernabeu-Wittel M, Rincón M, Cassani M, Tello M, de Paz L, Ollero M. Factores asociados a la sobrecarga del cuidador principal en una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos. XXII Congreso SADEMI. Baeza (Jaén) 2006.
- Ramírez N, Rincón M, Bernabeu-Wittel M, García-Morillo JS, Yerro V, Cuello JA, Ollero M. Factores asociados al deterioro funcional y vulnerabilidad clínica de pacientes pluripatológicos. Estudio sobre una cohorte multicéntrica de base poblacional. XXII Congreso SADEMI. Baeza (Jaén) 2006.
- Cassani M, García-Morillo JS, Rincón M, Bernabeu-Wittel M, Codina A, Cuello JA, Ollero M. Influencia de los factores bio-psico-sociales sobre el grado de empatía en la relación médico-paciente en una cohorte de pacientes pluripatológicos XXII Congreso SADEMI. Baeza (Jaén) 2006.
- Ramírez N, Bernabeu-Wittel M, Rincón M, Cassani M, Martín-Sanz V, Ortiz MA, Ollero M. Prevalencia de deterioro cognitivo en una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos. XXII Congreso SADEMI. Baeza (Jaén) 2006
- Álvarez Tello M, Moreno Gaviño L, Rincón Gómez M, Bernabeu Wittel M, Olías Jiménez C, Rubio Gallardo G. Cuidadora principal: perfil y factores asociados a la sobrecarga sentida mediante índice de esfuerzo del cuidador en una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos. V Congreso ASANEC (Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria). Córdoba 2006
- Álvarez Tello M, Rincón Gómez M, Moreno Gaviño L, Bernabeu Wittel M, Rubio Gallardo G, Olías Jiménez C. Calidad percibida de la asistencia sanitaria por los pacientes pluripatológicos de una cohorte multicéntrica. V Congreso ASANEC (Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria). Córdoba 2006

- Ramírez Duque N, Rincón Gómez M, Cassani Garza M, Moreno Gaviño L, Ortiz Camúñez M, García Morillo S, Bernabeu Wittel M, Ollero Baturone M. Características demográficas y clínicas de pacientes pluripatológicos en la población general. XXVII congreso SEMI. Salamanca 2006
- Moreno Gaviño L, Ramírez Duque N, Rincón Gómez M, Bernabeu-Wittel M, García-Morillo JS, Yerro V, Cuello JA, Ollero M. Vulnerabilidad clínica y deterioro cognitivo y funcional en una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos con base poblacional. XXVII congreso SEMI. Salamanca 2006
- Cassani Garza M, Bernabeu Wittel M, Ollero Baturone M, García Morillo S, Álvarez Tello M, Rincón Gómez M, Moreno Gaviño L, Ramírez Duque N. Percepción de la calidad de la asistencia sanitaria por los pacientes pluripatológicos. XXVII congreso SEMI. Salamanca 2006
- Rincón M, Cassani M, García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Bohórquez P, Cuello JA, Ollero M. Factores asociados a la empatía en la relación del profesional sanitario con el paciente pluripatológico. XXVII congreso SEMI. Salamanca 2006
- García Morillo S, Ramírez Duque N, Nieto Guindo M, Rincón M, Bernabeu-Wittel M, Ollero Baturone M. Factores predictores asociados a la presencia de interacciones medicamentosas clínicamente relevantes en una población de pacientes pluripatológicos de un área sanitaria de Sevilla. XXVII congreso SEMI. Salamanca 2006
- García Morillo S, Ramírez Duque N, Nieto Guindo M, Rincón M, Bernabeu-Wittel M y Ollero Baturone M. Mapa de interacciones medicamentosas con relevancia clínica, tras entrevista domiciliaria, en una cohorte de pluripatológicos y polimedicados de un área de Sevilla. XXVII congreso SEMI. Salamanca 2006
- Hernández Quiles, L Moreno Gaviño, M Bernabeu Wittel, M Rincón, M Cassani, M Álvarez Tello, L. de la Paz, M.Ollero. Figura del cuidador principal y factores que predicen su cansancio en una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos. XXVII congreso SEMI. Salamanca 2006.
- Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, García-Morillo JS, Cassani-Garza M, Moreno-Gaviño L, Ortiz-Camúñez MA, Ollero-Baturone M. Percepción de la calidad por pacientes pluripatológicos. XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Toledo 2006.

- Ortiz Camúñez M, Bohórquez Colombo P, Garrido Porras E, Codina Lanaspá A, Yerro Páez V y Bernabeu Wittel M. Deterioro funcional, cognitivo y vulnerabilidad clínica en pacientes pluripatológicos. XXVI congreso SEMFyC. Valencia 2006.
- Ortiz Camúñez M, Bohórquez Colombo P, Álvarez Tello M, Codina Lanaspá A, de Paz Aguilar L y Ollero Baturone M. Empatía de los paciente pluripatológicos o sus cuidadores con el médico y enfermera de familia. XXVI congreso SEMFyC. Valencia 2006.



A mis padres

A Manu

A Marina y Martín, que no estaban cuando esto empezó



## AGRADECMIENTOS

A mis Directores de tesis, los Dres. Lacalle, Bernabeu y Ollero, por el apoyo que me han brindado en estos años y la paciencia que han demostrado conmigo.

A los compañeros que me ayudaron a desarrollar el proyecto del que nace esta tesis: Manuel Cassani, Lourdes Moreno, Nieves Ramírez, Salvador García Morillo.

A los médicos de atención primaria de los centros de salud de Amate, Candelaria, La Plata y Camas, que facilitaron la realización de este estudio, sobre todo Luis de Paz, Pilar Sánchez-Matas, Assumpta Codina, Víctor Yerro y Ángeles Ortiz, que fueron mis enlaces.

A los pacientes que al fin y al cabo son la fuente y el destino de todo nuestro esfuerzo.

... y a todos los que me dijeron una y otra vez que ‘lo mejor es enemigo de lo bueno’,

a la vez que seguían dándome ánimos para no abandonar esta tesis en el olvido



## INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1. De la comorbilidad al Paciente Pluripatológico.....	3
1.1. Definición de comorbilidad.....	3
1.2. Uso en la literatura del término Comorbilidad.....	4
1.3. Características de los pacientes con comorbilidad.....	5
- Reingresadores.....	5
- Hiperfrecuentadores.....	6
- Polimedicados.....	8
- Ancianos frágiles.....	11
1.4. Identificación y medición de la comorbilidad.....	14
1.5. Comorbilidad en el sistema sanitario público andaluz:	
Normalización del concepto de ‘paciente pluripatológico’.....	19
2. Comorbilidad: aplicación en indicadores de salud.....	21
2.1. La prevalencia de comorbilidad.....	21
- Prevalencia de comorbilidad en el medio hospitalario.....	21
- Prevalencia de comorbilidad en el población general.....	22
2.2. La importancia cualitativa: aplicaciones de la comorbilidad.....	23
- Comparativas de funcionamiento entre hospitales.....	23
- Diferencias entre indicadores de salud entre áreas.....	23
- Diferencias en indicadores de salud según la raza o etnia..	24
- Posibilidad de un primer ingreso desde Urgencias.....	24
- Estancia hospitalaria.....	24
- Número y tipo de recursos sanitarios empleados.....	24
- Gasto sanitario.....	25
- Nivel socio-económico.....	25
- Investigación y aplicación de conocimiento científico.....	25
- Manejo en situaciones concretas: cuidados intensivos.....	26
- Manejo en situaciones concretas: cuidados intermedios.....	26
- Manejo en situaciones concretas: seguimiento telefónico..	26
- Participación en patologías prevalentes.....	26
- Cardiopatía isquémica.....	26

- Insuficiencia cardiaca.....	27
- Diabetes mellitus.....	28
- Enfermedad cerebral vascular.....	28
- Deterioro cognitivo.....	28
- Cáncer.....	28
- Calidad de la asistencia.....	28
- El Paciente Pluripatológico.....	29
- Opinión del paciente.....	29
- Percepción de salud y calidad de vida.....	29
- Participación en autocuidados y colaboración con personal sanitario.....	30
- Satisfacción y calidad percibida.....	31
3. Percepción de la calidad de la asistencia sanitaria por el paciente.....	32

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	35
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	39

## III. MATERIAL Y MÉTODOS.....

1. Diseño del estudio.....	43
2. Ámbito del estudio.....	43
3. Sujetos del estudio.....	43
3.1 Población elegible.....	43
3.2. Criterios de inclusión.....	44
3.3. Identificación de Pacientes Pluripatológicos.....	44
3.4. Encuesta a los Pacientes Pluripatológicos y a sus cuidadores...	46
4. Herramientas / Instrumentos.....	46
5. Análisis estadístico.....	48

## IV. RESULTADOS.....

1. Reclutamiento de Pacientes Pluripatológicos :	
revisión de historias en atención primaria.....	52

1.1 Exclusión de médicos que no usaban la historia clínica informatizada.....	52
1.2. Encuesta con los médicos de familia.....	52
2. Pacientes Pluripatológicos: de la identificación a la encuesta.....	53
2.1. Pacientes Pluripatológicos identificados: prevalencia. 91	
2.2. Población elegible de Pacientes Pluripatológicos.....	53
2.3. Pacientes pluripatológicos encuestados.....	54
3. Características de los Pacientes Pluripatológicos encuestados.....	54
3.1. Características demográficas.....	54
Distribución de género y edad.....	54
Vivienda y situación laboral.....	54
3.2. Datos clínicos.....	54
Categorías de la definición.....	54
Otros diagnósticos.....	55
Tratamiento farmacológico.....	55
3.3. Datos asistenciales: atención hospitalaria.....	56
Ingresos hospitalarios.....	56
Urgencias hospitalarias.....	56
3.4. Datos asistenciales: atención especializada.....	56
Seguimiento por especialidades.....	56
Seguimiento ambulatorio por Medicina Interna.....	57
3.5. Datos asistenciales: atención primaria.....	57
Requerimientos urgentes.....	57
Accesibilidad del Médico de familia.....	58
Accesibilidad del Enfermero de atención primaria.....	58
3.6. Relación con profesionales de salud.....	59
Identificación de profesionales sanitarios por el paciente.....	59
Empatía con los profesionales sanitarios.....	59
3.7. Situación funcional del paciente.....	59
3.8. Situación cognitiva del paciente.....	60
3.9. Situación socio-familiar.....	60
3.10. Datos de los cuidadores principales.....	60
4. Calidad percibida de la asistencia sanitaria.....	61

4.1. Puntuación de los ítems del cuestionario.....	61
4.2. Puntuación global de la Calidad Percibida de la Asistencia.....	61
4.3. Consistencia interna del cuestionario.....	62
4.4. Factores individuales asociados a la Calidad percibida de la asistencia.....	62
4.5. Influencia de factores combinados en la Calidad percibida de la asistencia.....	67
4.6. Correlaciones con la Calidad percibida de la asistencia.....	69
4.7. Análisis multivariante: Predictores, regresión logística.....	70
5. Análisis factorial.....	72
 V. DISCUSIÓN.....	 73
1. Comentario general.....	75
2. Comparativa de estudios sobre comorbilidad.....	78
2.1. Reclutamiento de la población de estudio.....	78
2.2. Selección e incidencias con los pacientes del estudio.....	79
2.3. Prevalencia y frecuencia de comorbilidad.....	82
2.4. Características demográficas de los Pacientes Pluripatológicos	84
2.4.1. Distribución de género.....	84
2.4.2. Edad de los pacientes.....	85
2.5. Patologías de los Pacientes Pluripatológicos.....	87
2.5.1. Número de patologías de los Pacientes.....	87
2.5.2. Patologías de los Pacientes Pluripatológicos.....	89
2.6. Características de los cuidadores.....	92
2.7. Situación socio-familiar de los Pacientes Pluripatológicos.....	93
2.8. Requerimientos de recursos sanitarios.....	95
2.8.1. Ingresos hospitalarios.....	95
2.8.2. Atención en servicios de Urgencias.....	96
2.8.3. Tratamiento: número de fármacos.....	97
2.9. Situación funcional: limitación para actividades básicas.....	98
2.10. Situación cognitiva: cuestionario SPMSQ de Pfeiffer.....	100
2.11. Uso de recursos: Atención primaria.....	101
2.12. Uso de recursos. Atención especializada.....	103



2.13. Los Pacientes Pluripatológicos como población con comorbilidad. Resumen.....	104
3. Calidad Percibida de la Asistencia Sanitaria.....	107
3.1. Estudios sobre Calidad Percibida de la Asistencia sanitaria.....	107
3.2. Encuestas de satisfacción y calidad percibida.....	108
3.3. Estudios sobre Calidad Percibida de la Asistencia: población...	110
3.4. Encuestas sobre Calidad Percibida: resultados y valoraciones de los pacientes.....	111
3.5. Encuestas de satisfacción y Calidad Percibida: análisis.....	116
3.5.1. Relación paciente – profesionales sanitarios.....	117
3.5.2. Situación clínica del paciente.....	119
3.5.3. Situación socio – familiar.....	124
3.5.4. Requerimientos sanitarios.....	125
3.5.5. Factores demográficos.....	127
3.5.6. Consideraciones sobre el análisis factorial.....	128
3.5.7. Calidad percibida: Predictores y No predictores.....	130
4. Implicaciones.....	133
 VI. CONCLUSIONES.....	 137
 VII. TABLAS.....	 141
Tabla 1. Artículos localizables en PubMed y en IME-Biomedicina.....	143
Tabla 2. Citas en PubMed para índices de comorbilidad.....	144
Tabla 3. Frecuencia de presentación de enfermedades y categorías del proceso.....	145
Tabla 4. Diagnósticos distintos de las Categorías del proceso.....	146
Tabla 5. Escala de valoración socio-familiar de Gijón.....	147
Tabla 6. Puntuación en los ítems del cuestionario de calidad percibida.....	149
Tabla 7. Análisis univariante: calidad percibida de la asistencia.....	150
Tabla 8. Correlaciones con la Calidad Percibida global.....	158
Tabla 10. Predictores de Calidad percibida de la asistencia.....	159
 VIII. GRÁFICAS.....	 161

Gráfica 1. Diseño del estudio.....	163
Gráfica 2. Edad de los Pacientes Pluripatológicos identificados.....	164
Gráfica 3. Número de fármacos del tratamiento.....	164
Gráfica 4. Número de ingresos hospitalarios.....	165
Gráfica 5. Consultas en Urgencias hospitalarias.....	165
Gráfica 6. Seguimiento por especialistas.....	166
Gráfica 7. Seguimiento por especialidades médicas.....	166
Gráfica 8. Seguimiento por especialidades quirúrgicas.....	167
Gráfica 9. Consultas programadas con Internista.....	167
Gráfica 10. Consultas telefónicas con Internista.....	168
Gráfica 11. Consultas urgentes en Atención primaria.....	168
Gráfica 12. Consultas con Médico de familia en Centro de Salud.....	169
Gráfica 13. Consultas con Médico de familia en domicilio del paciente.....	169
Gráfica 14. Consultas telefónicas con Médico de familia.....	170
Gráfica 15. Consultas con Enfermería en el Centro de salud.....	170
Gráfica 16. Consultas con Enfermería en domicilio.....	171
Gráfica 17. Consultas telefónicas con Enfermería.....	171
Gráfica 18. Situación funcional (índice de Barthel). .....	172
Gráfica 19. Situación cognitiva (cuestionario de Pfeiffer).....	172
Gráfica 20. Edad de los cuidadores.....	173
Gráfica 21. Distribución de la puntuación global de la calidad percibida de la asistencia.....	174
Gráfica 22. Efecto de edad y género de los Pacientes Pluripatológicos en la Calidad percibida de la asistencia.....	175
Gráfica 23. Efecto de edad y nivel de dependencia en la Calidad percibida de la asistencia.....	175
Gráfica 24. Efecto de edad y género de los Cuidadores de pacientes en la Calidad percibida de la asistencia.....	176
Gráfica 25. Efecto de nivel cognitivo del Paciente y presencia de Cuidador en la Calidad percibida de la asistencia.....	176
Gráfica 26. Efecto de situación funcional del Paciente y presencia de Cuidador en Calidad percibida de la asistencia.....	177

Gráfica 27. Correlación entre Empatía con Médico de familia y la Calidad percibida de la asistencia.....	178
Gráfica 28. Correlación entre Empatía con Enfermero de atención primaria y la Calidad percibida de la asistencia.....	178
IX. ANEXOS.....	179
Anexo 1. Definición funcional de Paciente Pluripatológico.....	181
Anexo 2. Encuesta a Pacientes Pluripatológicos.....	182
Anexo 3. Estudios que valoran la comorbilidad.....	184
Anexo 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio.....	194
Anexo 5. Prevalencias de comorbilidad identificadas.....	203
Anexo 6. Distribución por género en estudios de comorbilidad.....	207
Anexo 7. Edad de los pacientes en estudios de comorbilidad.....	213
Anexo 8. Número de enfermedades por paciente en estudios de comorbilidad.....	218
Anexo 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad	226
Anexo 10. Datos de cuidadores de pacientes en estudios de comorbilidad....	238
Anexo 11. Situación socio-familiar: familia / convivientes.....	239
Anexo 12. Situación socio-familiar: vivienda.....	241
Anexo 13. Situación socio-familiar: relaciones sociales.....	242
Anexo 14. Situación socio-familiar: apoyo social.....	243
Anexo 15. Situación socio-familiar: situación económica.....	244
Anexo 16. Ingresos hospitalarios.....	224
Anexo 17. Requerimientos urgentes (atención primaria y hospitalaria).....	247
Anexo 18. Número de fármacos del tratamiento.....	249
Anexo 19. Situación funcional.....	250
Anexo 20. Situación cognitiva.....	253
Anexo 21: Uso de recursos. Atención primaria.....	255
Anexo 22: Uso de recursos. Atención especializada.....	260
Anexo 23. Estudios sobre satisfacción del paciente: selección e inclusión....	263
Anexo 24. Estudios sobre satisfacción del paciente:	

encuestas de satisfacción.....	271
Anexo 25. Estudios sobre satisfacción del paciente: población.....	282
Anexo 26: Equivalencias entre mediciones de satisfacción y calidad percibida.....	286
Anexo 27. Estudios sobre satisfacción del paciente: resultados y valoraciones.....	287
Anexo 51. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.....	297
X. BIBLIOGRAFÍA.....	310

## ABREVIATURAS

- CIE-9: Clasificación internacional de enfermedades, 9ª revisión.
- € Euros.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- EUA: Estados Unidos de América
- HTA: Hipertensión arterial.
- ORL: Otorrinolaringología.
- US\$: Dólares estadounidenses.
- VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

# **I. INTRODUCCIÓN**



## 1. DE LA COMORBILIDAD AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Cuando se estudia cualquiera de los tratados clásicos sobre la Patología Humana, las enfermedades aparecen descritas como entidades aisladas, que requieren un abordaje individualizado. Sin embargo, una gran parte de los enfermos que acuden a los servicios para que se les asista suelen padecer más de un problema de salud. Ese tipo de situaciones son cada vez más frecuentes por el envejecimiento de la población, y también por las mejoras en el diagnóstico.

La atención a este tipo de pacientes necesita de nuevos planteamientos médico-asistenciales, y de un marco teórico que se distingue de aquel clásico “un enfermo = una enfermedad”.

### 1.1. Definición de comorbilidad.

Una definición sencilla y accesible de comorbilidad es la ‘situación de padecer de dos o más enfermedades al mismo tiempo’; como tal figura en la versión en español del diccionario terminológico del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (1).

Otra definición figura en el tesoro de la base de datos sobre literatura médica, producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América. Este vocabulario controlado, denominado *Medical Subject Headings (MeSH)* o ‘encabezamientos de temas médicos’, incluye desde 1990 el término *comorbidity*, equivalente al castellano ‘comorbilidad’ (2).

La definición dada como *MeSH* para la comorbilidad es, en traducción personal: ‘La presencia de enfermedades coexistentes o sumatorias, referidas a un diagnóstico inicial o a una condición índice que es sujeto de estudio. La comorbilidad puede afectar a la capacidad de los individuos afectados en su función o en su función e incluso su supervivencia; puede usarse como indicador pronóstico para la estancia hospitalaria, factores de costes, y desenlaces o supervivencia’.

### 1.2. Uso en la literatura del término Comorbilidad.

El primer artículo que incluía el término MeSH para comorbilidad se publicó de 1961; trataba sobre la coincidencia de distintas formas de glaucoma en un mismo sujeto (3). La introducción del término en los años siguientes fue lenta, con uso en publicaciones en los años 1967 y 1973 (4-6). En español su primer uso es una comunicación a congreso sobre pacientes con patología exclusivamente psiquiátrica (7): es frecuente el empleo de la denominación ‘comorbilidad’ tanto desde un punto de vista de patología orgánica o desde el de la psiquiátrica.

De estos primeros artículos identificables resulta llamativo uno referido a la comorbilidad como un factor de riesgo en un análisis estadístico para la morbilidad y mortalidad cardíaca (8): la comorbilidad se consideraba como un valor añadido por encima de la mera coincidencia de enfermedades, siendo así la primera vez que se especificaba esta característica que da importancia a la comorbilidad.

Un término similar a comorbilidad sería el término ‘multimorbilidad’, donde destaca la proporción de publicaciones en lengua alemana (9), pero también en inglés (10). En español la primera de las escasas apariciones del término es de 2005 (11).

Otro término usado en la literatura es ‘polipatología’, sobre todo en la generada en países de lengua francesa y alemana (12), aunque también en inglés (13). La única aparición en español del término, antes del año 2000, es de 1971 (14).

El término ‘pluripatología’ es usado casi de forma exclusiva por autores españoles al referirse a la presentación simultánea de enfermedades en un mismo individuo. Curiosamente el primer uso de este término es por autores belgas (15), pero desde entonces ha sido empleado prácticamente siempre por autores de habla española, la primera encontrada sobre uso de antidepresivos tricíclicos en pacientes con (en esta ocasión se concreta) ‘pluripatología orgánica’ (16).

Por último, la búsqueda en PubMed permite identificar otra denominación empleada *multiple chronic...* Así apareció por primera vez en 1978 (17). En español el primer uso fue en Puerto Rico (18).



---

En la Tabla 1 se detallan las búsquedas realizadas en las bases de datos de PubMed e IME-biomedicina y sus resultados sobre frecuencia de uso de cada uno de estos términos.

Así, dentro del diferente uso que han ido teniendo los diversos sinónimos de comorbilidad, el más comúnmente empleado en español es ‘pluripatología’, tanto en publicaciones como en el uso clínico habitual. Además, a la hora de abordar la temática de la comorbilidad desde un punto de vista organizativo e institucional, el término ‘pacientes pluripatológicos’ es el que se ha venido aceptando, si bien a la hora de adaptarlo a publicaciones internacionales existe cierta tendencia a asimilarlo como ‘polipatológicos’ (19). Del mismo modo, ‘comorbilidad’ está tendiendo a relegarse a enfermedades secundarias o satélites de una patología principal, mientras que para los otros términos se asume que no existe dominancia o relación entre ellas (20).

### 1.3. Características de los pacientes con comorbilidad

Los pacientes pluripatológicos pueden definirse como reingresadores en cuanto a hospitalización, hiperfrecuentadores en cuanto a seguimiento ambulatorio, polimedicados en cuanto a prescripciones farmacéuticas, y ancianos frágiles en cuanto a vulnerabilidad. Estas características, que se detallan a continuación, les convierten en un foco de atención para los servicios de salud.

#### - **Reingresadores:**

Dispone del término MeSH *Patient Readmission*, introducido en 1978, con más de 9300 entradas en PubMed. La definición de este término MeSH es: ‘sucesivos ingresos de un paciente en un hospital o en otra institución de cuidados sanitarios, para tratamiento’.

En países occidentales la primera relación entre comorbilidad y reingresos fue un artículo (21) donde describe la población de reingresadores como ‘ancianos con múltiples problemas médicos’. Mientras, un estudio de altas de pacientes ingresados desde Urgencias (22) encontró como predictor de reingreso el número de comorbilidades. Y en un estudio de casos y controles el reingreso no programado de pacientes mayores de 65 años (23), vio que ‘presentar cinco o más comorbilidades’ (especificando cuáles son los 16 grupos de

enfermedades orgánicas crónicas que se incluyeron) era un factor de reingreso precoz. Entre los ingresos desde Urgencias (24), la comorbilidad fue un predictor de reingreso tanto a los 14 como a los 30 días (midiendo comorbilidad mediante el índice de Charlson (25) en su adaptación de Deyo (26), y mediante el índice CDS, creado al efecto, que incluye datos de farmacia). Por último incluyendo pacientes médicos, quirúrgicos y psiquiátricos, se desarrolló un índice de medición de comorbilidad capaz de predecir específicamente la probabilidad de reingreso en un mes, entre otros aspectos (27).

En otro ámbito cultural, en el Sudeste Asiático, un artículo de casos y controles sobre reingreso en pacientes mayores de 65 años (28) encontró que el número de comorbilidades es un factor de riesgo para reingreso. Por otra parte (29) el seguimiento de pacientes ingresados de más de 70 años encontró que los ‘problemas médicos no resueltos’ predecían el reingreso precoz y recurrente. Otra publicación sobre casos de reingreso precoz frente a controles identificó el número de problemas médicos como el principal predictor de reingreso(30).

Y en España (31), el análisis de datos de los registros administrativos de ingresos producidos a lo largo de dos años, mostró que una mayor comorbilidad -medida por una adaptación del índice de Charlson (25)- se asociaba a más reingresos.

### - **Hiperfrecuentadores.**

Con este término se describe a los pacientes que usan con mayor frecuencia los servicios sanitarios, ya sean médicos o de enfermería, de atención primaria o de especialidades, programables o no (urgencias). Curiosamente, pese a ser un aspecto que va teniendo un cada vez mayor interés en la literatura médica, no tiene aún un término MeSH que facilite su identificación. La búsqueda requiere denominaciones como ‘*frequent attenders*’, ‘*over-users*’, ‘*high utilizers*’ en inglés, mientras en español también se emplean ‘hiperutilizadores’ o ‘hiperconsultadores’.

Al igual que ocurre con los ‘polimedicados’ que se comentarán más adelante, no hay en las publicaciones un número concreto para definir a partir de qué punto un paciente

es hiperfrecuentador. Así, existen casos en que se considera al paciente como hiperfrecuentador a partir de un dintel más o menos arbitrario, como puede ser 10 citas al año en atención primaria (32), ó nueve (33). En otros el corte se fija en un punto dentro de la frecuencia de consultas en la población estudiada, pero elegido sin una clara justificación que lo determine: así están los percentiles 75 (34, 35), 80 (36), 90 (37), o por encima de media más dos desviaciones estándar en su grupo de edad (38).

Una primera muestra de la relación entre comorbilidad y mayor uso de servicios sanitarios (39) vino de una selección de hiperfrecuentadores para, a partir de prescripciones farmacológicas, crear un índice relacionado con la valoración de severidad por parte de sus médicos que predecía hospitalización y mortalidad. Además un estudio que sugería la asociación entre comorbilidad e hiperfrecuentación (40) entrevistó a pacientes adultos y a sus médicos, para identificar características de pacientes ‘difíciles’ a criterio del médico; aunque no se analizó directamente el número de enfermedades, la presencia de más síntomas físicos y de síntomas calificados por el paciente como más severos fueron predictores de ser ‘paciente difícil’, habían tenido más visitas con su médico y en otros servicios médicos (pese a lo cual estaban menos satisfechos). Otro estudio (41), también encontró que los hiperfrecuentadores de un centro de salud tenían más problemas físicos crónicos.

Dentro de la asociación de comorbilidad e hiperfrecuentación (36), en una muestra de pacientes remitidos desde atención primaria a consultas especializadas se determinó la ‘severidad’ medida por una variante del índice de Charlson (25), encontrando relación entre comorbilidad e hiperfrecuentación. En una encuesta a pacientes de atención primaria (32), los hiperfrecuentadores contaban un mayor número de problemas crónicos. En otra para investigar factores relacionados con el número de visitas en atención primaria consiguió cuantificar el aumento de visitas anuales por cada problema de salud (42). Y en otra encuesta postal de nuevo la presencia de enfermedades crónicas se asoció con la hiperfrecuentación (35).

Un estudio descriptivo de pacientes hiperfrecuentadores en España (34) comparó pacientes hiperfrecuentadores frente a ‘normofrecuentadores’ en atención primaria: los hiperfrecuentadores tienen con más frecuencia enfermedades crónicas. En otro estudio español con mayores de 65 años (43) el número de patologías crónicas fue el mayor

predictor del número de consultas anuales en atención primaria. En una muestra aleatoria de los pacientes hiperfrecuentadores (33) encontró un predominio de pacientes con problemas crónicos físicos y de salud mental. Entre hiperfrecuentadores (38) el seguimiento de enfermedades crónicas estuvo entre los motivos de consulta más frecuentes tanto para médicos como para los enfermeros, en citas mayoritariamente programadas.

La percepción de cronicidad es compartida por los pacientes hiperfrecuentadores. Así, siendo citados en grupos para entrevistarles (37), se vio que se sentían pacientes crónicos que precisaban una atención frecuente; no tenían conciencia de ser hiperfrecuentadores, estaban satisfechos del trato recibido y comprendían las limitaciones organizativas, sin mostrar conflictos con sus médicos de atención primaria.

### - **Polimedicados:**

Aquí la relación está con el término MeSH '*Polypharmacy*' o Polifarmacia, con 2700 entradas en PubMed, introducido en 1997, definido como 'La administración de múltiples fármacos al mismo paciente, algo más comúnmente observado en pacientes ancianos. Incluye también la administración de medicación excesiva. Dado que en Estados Unidos la mayoría de los fármacos son dispensados como formulaciones de agente único, aunque muchos fármacos se administren al mismo paciente, la polifarmacia debe diferenciarse de COMBINACIONES DE FÁRMACOS -preparaciones que contienen dos o más fármacos en dosis fija- y de COMBINACIÓN DE TRATAMIENTO CON FÁRMACOS -dos o más fármacos administrados separadamente para un efecto combinado- (De Segen, Diccionario de Medicina Moderna, 1992).'

Una de las dificultades que supone el manejo de los términos 'polimedicado' o 'polifarmacia' es la ausencia de un dintel a partir del cual se asume que el número de fármacos se deba incluir en dichas definiciones: cada estudio asume el suyo propio, de forma más o menos arbitraria, aunque no es raro que coincidan los límites adoptados.

En este sentido, en España (44), el análisis de la atención de los pacientes que precisaron atención domiciliaria de forma prolongada, encontró que tenían de media más de cuatro problemas de salud y tomaban de media más de 3 fármacos.

La asociación entre comorbilidad y polifarmacia, muy aceptada en la literatura, se expuso con sencillez en un estudio retrospectivo (45), con pacientes mayores de 65 años dados de alta hospitalaria, en los que se analizó factores de riesgo de polifarmacia (entendida como la indicación de más de seis fármacos al alta). La presencia de más de cuatro diagnósticos al alta se correlacionaba con la polifarmacia.

Sin embargo, más que en confirmar la asociación entre comorbilidad y polifarmacia, la mayor parte de estudios que tratan ambas se fijan en la problemática de esta asociación asumida. Así, en pacientes mayores de 65 años se investigó la prescripción de medicación no relacionada con determinadas enfermedades crónicas (46), encontrando que los pacientes con comorbilidad estarían infratratados. Con resultados más sencillos de interpretar, un estudio de pacientes de residencias con reacciones adversas a fármacos frente a controles (47) encontró que una mayor comorbilidad -medida por el índice de Charlson (25)- es un factor de riesgo independiente para las reacciones adversas catalogadas como prevenibles. Algunos de los autores del estudio anterior participaron en otro (48) que identificó reacciones adversas debidas a errores del paciente en grupo de mayores de 65 años, donde la cantidad de errores se relacionó con mayor comorbilidad -medida por el índice de Charlson (25).

Pese a todo, no siempre se ha encontrado esta relación entre comorbilidad y reacciones adversas: un estudio retrospectivo sobre mayores de 65 años con insuficiencia cardíaca (49) que recogió reacciones adversas a fármacos, no las relacionaba con el número de diagnósticos. Tampoco se identificaba esta asociación de comorbilidad y reacciones adversas en otra investigación (50), al investigar la calidad de la polifarmacia (cinco ó más fármacos) en pacientes ambulatorios mayores de 65 años de acuerdo con los criterios de Beers (51); a la pregunta que suscitaba dicho artículo acerca de esa posible relación (52), se respondió que no hubo asociación entre medicaciones inapropiadas y el número de enfermedades por paciente, planteando sin embargo que al existir enfermedades cuya medicación coincide, con la comorbilidad pueda incluso disminuir el infrauso.

Pero aunque no siempre se demuestre la coincidencia entre comorbilidad y polifarmacia, la identificación de factores asociados a reacciones adversas en ancianos mayores de 65 años (53) por un panel de expertos siguiendo método Delphi (54) situaba entre ellos precisamente la polifarmacia y los problemas médicos múltiples.

Siguiendo con esta idea, en pacientes mayores de 65 años ingresados en servicios de Medicina Interna y Geriátrica durante dos años (55), la medicación inapropiada -siguiendo los criterios de Beers (51) - durante el ingreso aparecía asociada en el análisis multivariante con la comorbilidad. La posible importancia de estas reacciones adversas la encontraba la comparación (56) en residencias geriátricas, de la retirada de medicación innecesaria desde un punto de vista paliativo en casos, frente al mantenimiento de medicación habitual en controles, con similares distribución de género, edad y diagnósticos; aunque la medicación retirada precisó reintroducirse en parte, al cabo de un año el grupo en que retiraba fármacos tenía una menor mortalidad y uso de urgencias hospitalarias.

No sólo las reacciones adversas al tratamiento son un punto de encuentro para la polifarmacia y la comorbilidad. En pacientes ingresados mayores de 65 años con limitación funcional previa para las actividades básicas de la vida diaria (57), el deterioro funcional durante el ingreso estaba relacionado tanto con la comorbilidad -medida mediante el índice CIRS (58)- como con la polifarmacia (con más de siete fármacos).

No extraña así que, en esta tendencia que asociaba comorbilidad y polifarmacia (59) se comprobara precisamente la actitud de los pacientes hacia la medicación en entrevistas dirigidas a pacientes mayores de 50 años seleccionados por presentar al menos cuatro problemas crónicos, en un artículo que intentaba potenciar en los cuidadores sanitarios el autocuidado y la optimización del tratamiento. Una encuesta similar (60), hecha a pacientes con al menos dos enfermedades crónicas encontró, entre los problemas que estos pacientes referían estaba la polifarmacia (sobre todo por el número en sí, pero además por la coordinación, temor sobre efectos secundarios). Con el mismo fundamento (61) se dirigía una entrevista de cumplimiento y preferencias a pacientes con comorbilidad y polifarmacia, donde destacaron la preocupación del paciente ante prescripción de nuevos fármacos, un cambio del proveedor y copago.

Destacó en este sentido una revisión (62) sobre evidencias de prescripción en ancianos: menciona la asociación existente polifarmacia y comorbilidad, y cómo la comorbilidad es un factor de riesgo de polifarmacia, aunque no el principal. Insiste en intentar evitar la polifarmacia, al ser un factor de riesgo para reacciones adversas. Otra revisión (63) se centró en el manejo de pacientes terminales o paliativos, especialmente en recomendaciones sobre comorbilidad, incluyendo evitar polifarmacia innecesaria, con una interesante clasificación de fármacos desde los que se deberían retirar antes (los empleados como prevención primaria con efectos a nivel poblacional) y los que se mantendrían hasta el fallecimiento (los que tienen una potencial implicación en el manejo de síntomas a corto plazo, propios de una enfermedad sintomática). La complejidad del manejo farmacológico en pacientes con comorbilidad motivaba otra revisión más (64), crítica con la tendencia a basarse en guías de práctica clínica, centradas en ensayos clínicos que excluyen a pacientes con comorbilidad, junto con la ausencia de datos sobre prioridad de medicaciones, riesgo-beneficio, reacciones adversas y adherencia de los pacientes.

- **Ancianos Frágiles:**

Dispone igualmente de un término MeSH equivalente '*Frail elderly*', introducido en 1991, cuya definición es 'adultos ancianos o individuos de edad con falta de fuerza en general y extraordinariamente sensibles a la enfermedad o para otras dolencias'.

Aunque la definición pueda resultar un tanto imprecisa (no aclara el nivel de edad, ni propiamente esa 'fragilidad', ni cuál es la relación entre dichas edad y fragilidad) es una denominación que va encontrando cada vez más éxito en cuanto a su utilización: más de 7300 entradas en PubMed.

No está de más resaltar la primera palabra del término ('anciano') en su relación con la comorbilidad: al aumentar la edad aumenta también la comorbilidad (65). La 'multimorbilidad' entendida como la presencia de dos enfermedades activas (no necesariamente crónicas) en personas seguidas en atención primaria, tiene una prevalencia que aumenta con la edad. Y otro ejemplo de la relación entre edad y comorbilidad (66), en

adultos encontró un incremento significativo, con la edad, tanto del número de problemas crónicos como de la puntuación en el índice de comorbilidad CIRS (58).

Para comenzar las publicaciones que en su exposición combinaron las ideas de ‘comorbilidad’ y ‘ancianos frágiles’, sirve una referencia (67) sobre ancianos de residencias, con limitaciones en al menos dos aspectos de actividades de la vida diaria, pero sin deterioro cognitivo severo; crea un índice propio, la ‘Carga de enfermedad’ (*burden of disease*) que aglutinaba categorizaciones de enfermedades crónicas y agudas, una medición de comorbilidad que se relacionó con la capacidad funcional observada medida por el índice de Katz (68). En pacientes con infarto agudo de miocardio (69), comparando los atendidos por cardiólogos y por generalistas, los que fueron cuidados directamente por cardiólogos eran más jóvenes y con menor comorbilidad, medida mediante el índice ICED (70); esto hace que se sugiriera en las conclusiones que los generalistas se encargaban de los pacientes ‘mayores’ y ‘más frágiles’. En otro ámbito, un estudio descriptivo de ingresos desde Urgencias de pacientes mayores de 70 años (71) los definió como ‘polipatológicos’ y ‘frágiles’, con una estancia aumentada por caídas, demencia y depresión; y una evolución y resultados influidos por dependencia funcional, demencia, depresión y agudizaciones de patología crónica.

A continuación se ofrecen revisiones bibliográficas sobre la comorbilidad y los ancianos frágiles. En una (72) se hizo una revisión de los índices de comorbilidad, centrándose en la población de ‘ancianos frágiles’ juzgando como más aplicable en ellos el índice CIRS (58), sobre todo cuando hay deterioro cognitivo. En la otra (73), sobre las prescripciones farmacológicas en ancianos a los que describía con frecuentes enfermedades crónicas y con ‘polipatología’, resumía los problemas para la iatrogenia y proponía remedios para evitarla. Una más, ya mencionada, sobre evidencias de prescripción farmacológica en ancianos (62), a los que de nuevo se definió como frágiles, tuvo además la comorbilidad como un factor de riesgo de polifarmacia.

Otro artículo dedicado a pacientes ancianos, frágiles y con comorbilidad centrado en la medicación (74) con pacientes de residencias (les considera el segmento más frágil de la población por ello), identificaba polifarmacia y medicación inapropiada en la mayoría de ellos.



---

Pese a la coincidencia de los términos de comorbilidad y fragilidad, la correlación entre ambos no es unánime: en un análisis de mortalidad a seis meses de pacientes ingresados en Geriátrica (75) el número de enfermedades (agrupadas en ocho categorías) no fue un predictor de dicha mortalidad.

Sin embargo, esta relación entre la mayor mortalidad (como datos de 'fragilidad') y la comorbilidad sí se ha encontrado en estudios españoles: el análisis de ingresos a lo largo de dos años (31) vio que una mayor comorbilidad -medida por una adaptación del índice de Charlson (25)- se asociaba a mortalidad hospitalaria. en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intermedios (76) hubo relación en el conjunto global entre comorbilidad y la mortalidad a dos años. También fue mayor la mortalidad al aumentar el número de enfermedades crónicas en un estudio (77) sobre pacientes de 55 a 64 años seguidos durante cinco años: la mortalidad aumentaba progresivamente según el número de enfermedades, aunque había una gran variabilidad en la mortalidad dependiendo de los problemas crónicos que se combinen.

De hecho, como se verá a continuación, la fragilidad entendida como unos desenlaces peores en indicadores de salud, sobre todo una mayor mortalidad, ha sido lo que las distintas mediciones de comorbilidad desarrolladas han tratado de predecir.

Para terminar las publicaciones que unen las ideas fragilidad y comorbilidad, cabe mencionar el actual Plan Andaluz de atención Integrada a pacientes con Enfermedades Crónicas (78), donde la Fragilidad figura como "Concepto que hace referencia a la diferencia entre envejecimiento satisfactorio y patológico, definiéndose como un declinar generalizado de múltiples sistemas que lleva a un agotamiento en la reserva funcional del individuo y a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de discapacidad, dependencia, institucionalización o muerte" y la Pluripatología "La coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes niveles asistenciales."

### **1.4. Identificación y medición de la comorbilidad.**

Como demuestra el hecho de emplear distintos términos al hecho de presentar varias enfermedades simultáneamente (comorbilidad, multimorbilidad, polipatología, pluripatología, múltiples problemas crónicos), no existe un sistema común para referirse a la comorbilidad y a la importancia de cada una de las enfermedades presentes. Existen distintos métodos o indicadores para identificar la comorbilidad y cuantificar su importancia.

Algunos de los artículos sobre comorbilidad se fijaron simplemente en el número de enfermedades crónicas. Como ejemplos de ello: la ‘valoración integral’ de una muestra de pacientes seleccionados aleatoriamente entre los mayores de 75 años de un área urbana (79) contó sus ‘problemas crónicos’, presentes en algo más del 90 %, con una media superior a 3. En una encuesta postal (80), la comorbilidad referida por el paciente tuvo una mediana de 3 enfermedades crónicas (sobre 13 que van desde el alcoholismo a la depresión, pasando por problemas renales o cardiopatía isquémica). Como último ejemplo, un estudio de pacientes ingresados en Geriátrica (75) cuya pronóstico clínico y funcional no vino predicho por el número de enfermedades crónicas.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre comorbilidad crearon o emplearon índices que otorgan una importancia diferente cada enfermedad crónica, permitiendo su integración (19, 20).

De todos los índices creados para identificar y cuantificar la comorbilidad, el índice de Charlson (25) ha venido siendo el de mayor uso. Su constó tanto de un estudio prospectivo que relacionaba la mortalidad a un año con la comorbilidad, otorgando una puntuación a cada enfermedad crónica registrada; se comprobó después en un seguimiento de 10 años. Similar planteamiento han desarrollado otros índices de comorbilidad

El éxito del índice de Charlson se debe en gran medida a la modificación mostrada por Deyo (26). En esta aplicación del índice de Charlson los diagnósticos se adaptaron a los de la CIE-9, recogidos en bases de datos administrativas, comprobando la asociación de la comorbilidad de los pacientes ingresados con complicaciones, mortalidad, transfusiones,

ingreso en residencia al alta, estancia hospitalaria y gastos del hospital. La adaptación de Deyo al índice de Charlson se ha convertido en el índice de comorbilidad más usado.

Pese a ello, se han creado muchos otros índices de comorbilidad:

- La ‘escala acumulativa de clasificación de enfermedad’ o CIRS (*Cumulative illness rating scale*) (58).
- El índice de Kaplan-Feinstein (81), creado inicialmente para medición de comorbilidad en pacientes diabéticos.
- El ‘índice de enfermedades coexistentes’ o ICED (*index of co-existing diseases*) (70) creado a partir de pacientes con cáncer de mama, para comprobar la influencia de la edad en el manejo de dicha enfermedad.
- Para el estudio de la asociación entre comorbilidad y capacidad funcional (67) se creó una índice denominado ‘Carga de enfermedad’ (*burden of disease*) que aglutinaba 59 categorizaciones de enfermedades crónicas y agudas.
- El índice del ‘Proyecto longitudinal de ancianos hospitalizados’ o HELP (*Hospitalized Elderly Longitudinal Project*) (82), incluyó a pacientes mayores de 80 años con un seguimiento de dos años. Curiosamente, el número de enfermedades no añadió valor predictivo.
- Las variables del índice de Charlson (25) se volvieron a tomar como referencia (83) junto con datos demográficos y analíticos, para crear un índice pronóstico de mortalidad al año en pacientes mayores de 70 años dados de alta de un hospital terciario. El índice obtenido tiene seis factores de riesgo de mortalidad al año, de los que sólo dos son diagnósticos clínicos que estaban en el índice de Charlson (insuficiencia cardíaca congestiva, y cáncer localizado o metastático); los otros factores de riesgo son el género masculino, la dependencia para actividades de la vida diaria, la elevación del nivel de creatinina y la hipoalbuminemia.
- La ‘escala de diagnósticos de alto riesgo en ancianos’ (*High-Risk Diagnoses for the Elderly Scale*) (84), se creó como un índice para ancianos mayores de 70 años que

## INTRODUCCIÓN

---

predijera mortalidad a un año, construido a partir de otros índices, como el Charlson adaptado por Deyo (26), el APACHE (85) y la codificación administrativa. El nuevo índice consideraba 10 diagnósticos (insuficiencia cardíaca, neumonía, enfermedad pulmonar crónica, cáncer sólido localizado, cáncer metastático, leucemia o linfoma, ictus con hemiplejía, fallo renal agudo, fallo renal crónico, y diabetes con daño de órganos).

- La ‘puntuación de la carga de enfermedad para personas ancianas’ o BISEP (*Burden of Illness Score for Elderly Persons*) (86) vino a ser una continuación del estudio anterior. La diferencia es que se incluyeron datos de laboratorio y de la historia clínica además de los ‘diagnósticos de alto riesgo’. El nuevo índice, junto a los citados diagnósticos, incluye albúmina, creatinina, demencia, deterioro de la marcha.

- La ‘puntuación de enfermedades crónicas’ o CDS (*Chronic Disease Score*) (39) añadió datos de consumo de fármacos. Al compararlo con la adaptación de Deyo al índice de Charlson (26), ambos índices fueron similares para predecir reingreso y tiempo de estancia, aunque la capacidad predictiva era mejor cuando se combinan los datos de farmacia al índice de Charlson.

- Basado en las limitaciones funcionales de pacientes comunitarios (87) se hizo otro índice de predicción de mortalidad, a dos años. Los factores de riesgo incluidos en este índice fueron: edad, género masculino, dependencia para el baño, dependencia para hacer compras, dificultad para caminar ‘varios bloques’ y dificultad para transportar ‘objetos pesados’.

- El ‘Sistema australiano multipropósito de puntuación de comorbilidad’ o MACSS (*Multipurpose Australian Comorbidity Scoring System*) (27), se elaboró a partir de diagnósticos codificados por CIE-9 que aumentarían la mortalidad a un año, los reingresos a 30 días, o la estancia en más de 0,5 días. Se creó con datos de pacientes ingresados durante siete años con problemas médicos, quirúrgicos y psiquiátricos. Identificó 102 diagnósticos en un índice que superaba la capacidad predictiva del índice de Charlson (25).

---

- Un índice pronóstico de mortalidad a cuatro años (88), en pacientes mayores de 50 años identificó 12 predictores: edad, sexo, seis diagnósticos y cuatro medidas de capacidad funcional.

- Por último, recoger un índice diseñado en España para pacientes pluripatológicos (89), incluyendo diagnósticos, determinaciones analíticas rutinarias, situación funcional y número de ingresos hospitalarios.

En la Tabla 2 figuran los resultados de la búsqueda en PubMed de artículos que citan a cada uno de estos índices en la base de datos de PubMed Central.

Así, se han llegado a documentar hasta 39 índices distintos en una revisión bibliográfica (90), recibiendo críticas y siendo sometidos a comparaciones entre ellos, habitualmente tomando como referencia al índice de Charlson (25).

- Un estudio retrospectivo (91) encontró que ningún índice de los explorados predecía adecuadamente la probabilidad de reingreso a seis meses, tanto entre los basados en historia clínica -Charlson (25), Kaplan-Feinstein (81), ICED (70) - como los de datos administrativos (Charlson adaptado).

- En pacientes ingresados para ponerse prótesis de rodilla (92), buscó asociación de estancia y mortalidad a 30 días con cuatro aspectos: comorbilidad - adaptación de Deyo al índice de Charlson (26) -, el uso de recursos y severidad de enfermedad medidos usando un programa informático (del *Pittsburgh Research Institute*) y los cinco diagnósticos recogidos por Medicare. Todos participaron en un modelo para la predicción de estancia y mortalidad, pero Charlson-Deyo es el que menos capacidad mostró de todos.

- Se insistía en la importancia de aspectos funcionales (93), algo no recogido en el índice de Charlson (25). Para ello se comprobó su influencia en la mortalidad a 90 días y a dos años en pacientes mayores de 70 años, creando un ‘eje funcional’ basado en actividades instrumentales – medido por el índice de Katz (68) -, deterioro cognitivo –por el test mini-mental (94) - y depresión –por la escala de Yesavage (95) -. Este ‘eje

funcional' mejoraba la capacidad predictiva de diversos índices de 'conjunto de enfermedad' como el índice de Charlson.

- Posteriormente el índice BISEP (86), que junto a diagnósticos de riesgo identificados de un estudio previo (84), añadió datos de laboratorio (albúmina, creatinina) y funcionales (demencia, deterioro de la marcha) consiguió mejor capacidad predictiva que otros índices (como el índice de Charlson (25), la codificación administrativa, o el número de diagnósticos).

- En una revisión sobre índices de comorbilidad y su aplicación a pacientes con cáncer (96) los más comúnmente usados eran Charlson (25), CIRS (58), ICED (70) y Kaplan-Feinstein (81). Los referidos como mejor caracterizados fueron Charlson y CIRS. Se criticaba pese a todo que se centraran en mortalidad (no en otros aspectos que condicionan pronóstico) y se basaran en estudios retrospectivos.

- Otra revisión sobre índices de comorbilidad en 'ancianos frágiles' (72) coincidía con los referidos por la anterior revisión de pacientes con cáncer: Charlson (25), ICED (70), CIRS (58) y Kaplan-Feinstein (81) como los validados en ancianos. Al índice de Charlson le reconocía limitaciones para recoger todos los problemas de los ancianos, decantándose por el CIRS como más fiable.

- Un estudio sobre pacientes en diálisis (97) comprobó capacidad de índices de comorbilidad para valorar 'estado de salud'. Comparaba índices de comorbilidad ya existentes, (entre ellos Charlson (25), basados en supervivencia) frente a índices desarrollados específicamente para valorar ese 'estado de salud', basados en el los componentes mental y físico del cuestionario de autopercepción de salud SF-36 (98), un índice de medición de síntomas denominado KDQOL-SF y el índice de Karnofsky (99) creado para valoración del estado de salud de pacientes oncológicos -. Se vio que las comorbilidades individuales explicaban más el 'estado de salud' que los índices ya existentes.

- Un estudio que investigó la relación entre calidad de vida percibida por los pacientes -mediante el SF-36 (98) - frente al número de enfermedades o índices de comorbilidad -entre ellos el índice de Charlson (25) y el CIRS (58)- identificó la mejor

correlación entre comorbilidad y percepción de calidad de vida con el CIRS, mientras que el Charlson era el que daba el peor resultado (100, 101).

- Un estudio siguiendo el método de Charlson (25), creó sobre la misma población dos índices de comorbilidad, que después se compararon entre sí: uno para la probabilidad de reingreso hospitalario, otro para probabilidad de fallecimiento. tiene en cuenta la autopercepción de severidad de las enfermedades por el paciente (que mejora la capacidad predictiva) y datos de calidad de vida por SF-36 (98). Pese a diversos ajustes que mejoraban el modelo se concluía que un índice creado a partir de un resultado determinado no es capaz de predecir igual otros aspectos (102).

En resumen, todos los índices de comorbilidad comentados tienen una buena capacidad predictiva pero limitada a las variables que tratan de predecir (en su mayoría, mortalidad en un determinado plazo) y a las poblaciones usadas para su obtención (casi siempre ancianos en el momento del alta hospitalaria). Sin embargo, cuando se intentan usar en otros contextos sanitarios, se reduce su capacidad predictora. Además, y para mejorar la capacidad predictora, a estos modelos se les han ido incorporando otras variables (laboratorio, capacidad funcional, consumo de farmacia), pero a cambio de complicar su aplicación práctica y reducir la incorporación de estos índices en la clínica. Por ello los índices de comorbilidad han quedado prácticamente restringidos a su uso con fines de investigación y no logran una aplicación rutinaria en la práctica clínica.

### **1.5. Comorbilidad en el sistema de sanidad público andaluz: normalización del concepto de ‘paciente pluripatológico’**

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía diseñó, siguiendo su Plan Marco de calidad y Eficiencia, un sistema de organización denominado ‘gestión por procesos’: siguiendo estrategias de ‘gestión de calidad total’, se centran las actuaciones en los usuarios, implicando a los profesionales, siguiendo una práctica clínica adecuada con un

sistema de información integrado, con el objetivo fundamental de una continuidad en la asistencia.

Siguiendo datos de hospitalización, listas de espera y estadísticas de mortalidad evitable, se realizó una lista inicial formada por unos setenta ‘procesos asistenciales integrados’. Tras aplicar unos criterios de priorización, se empezaron a desarrollar los veinte primeros a partir del año 2001 (103). Dentro de ese grupo se encontraba el de ‘atención al paciente pluripatológico’ (104) redactado por un equipo de médicos internistas, médicos de familia y enfermeros.

En este proceso se contemplaron la diversidad de problemas médicos que presentaban tanto los pacientes hospitalizados como población general. También se elaboraron definiciones para identificar pacientes con ‘fragilidad por la concurrencia’ de enfermedades. El trabajo del grupo se desarrolló por consenso. El proceso se dirigió a la atención de pacientes que sufrieran dos o más enfermedades crónicas pertenecientes a alguna de las siete categorías siguientes: cardíaca, reumática-renal, respiratoria, digestiva, neurológica, vascular periférica (incluyendo las derivadas de diabetes mellitus), hemato-oncológica.

Así, la definición dada por el Proceso ‘atención al paciente pluripatológico’ se empezó a usar en la práctica sanitaria en Andalucía desde su publicación, pasando a ser una herramienta para la atención a pacientes con comorbilidad, siguiendo la denominación ‘pluripatológico’ que es la más empleada en España frente a otros términos. Hay que resaltar que no se decantó por ninguna de las definiciones de comorbilidad previas que, como ya se ha comentado, tienen escasa repercusión en la práctica clínica diaria; sin embargo, siguiendo la tendencia que venían mostrando los índices de comorbilidad en su creación, se integran enfermedades, niveles de sintomatología, grados de limitación funcional, parámetros de laboratorio e incluso si el paciente está en seguimiento por especialidades concretas, de un modo cercano a la valoración y catalogación que se hace de cada paciente por parte de los médicos en la práctica habitual de cara a su manejo.

El uso de esta definición normalizada para el ‘paciente pluripatológico’ ha empezado a reflejarse en publicaciones sobre comorbilidad a nivel nacional, referido tanto a pacientes hospitalizados (105-110) como en población general (111, 112).



## 2. COMORBILIDAD: APLICACIÓN EN INDICADORES DE SALUD

### 2.1. La prevalencia de comorbilidad

El reconocimiento de que la presencia de la comorbilidad es un rasgo de muchos de los pacientes atendidos ha conducido a la realización de estudios que estimen la magnitud de esta situación.

- **Prevalencia de comorbilidad en el medio hospitalario**

Diversos estudios se han encargado de valorar este dato: En pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna de 33 hospitales andaluces (113) la media de diagnósticos codificados en los datos administrativos al alta fue de 5,4 por paciente, número que había aumentado desde los 4,71 diagnósticos por paciente recogidos 3 años antes, lo que se atribuyó a una mejor codificación. En otro estudio sobre pacientes ingresados en Medicina Interna (114), la puntuación de comorbilidad medida por el índice de Charlson (25) les situaba en categorías desfavorables para el pronóstico de mortalidad. Otro análisis de bases de datos administrativas en servicios de Medicina Interna (115), encontraba que al cambiar el tipo de codificación la comorbilidad aumentaba en su identificación y por tanto en frecuencia. Un estudio sobre pacientes ingresados en Geriátrica (75), entre fallecidos dados de alta no hubo diferencias significativas entre ellos por el número de enfermedades.

Aplicando los criterios de paciente pluripatológico (105), de los pacientes ingresados en Medicina interna suponen un 38,9 % del total. Mientras que de los ingresados en Servicios de Medicina Interna de Andalucía (106) identificaron a un 42 % de pacientes pluripatológicos. Fuera de Andalucía, en Albacete (109) identifica, en un Servicio de Medicina Interna que representan el 40.6%; y en Santander, incorporando por primera vez datos de otros servicios (110) sobre la codificación administrativa de datos de 2003, En el conjunto del hospital los pluripatológicos son el 16.9 % (el 36.3 % en Medicina Interna).

- **Prevalencia de Comorbilidad en población general**

La frecuencia y distribución e comorbilidad en población general suscita un interés creciente que ha hecho aumentar los estudios al respecto en los últimos años, de los que se ofrecen diversos ejemplos a continuación.

En España (44), el análisis de la atención de los pacientes que precisaron atención domiciliaria durante más de cuatro semanas, en un centro de salud, encontró que tenía 4.2 ( $\pm$  4) diagnósticos. La historia informatizada en un centro de salud (116) permitió identificar que, el 55 % de personas atendidas en un centro de salud, tienen problemas crónicos, con 3 problemas crónicos por cada paciente. En la 'valoración integral' de una muestra aleatoria de pacientes mayores de 75 años de un área urbana, los problemas crónicos estaban presentes en el 90.8 %, con una media de 3.77 (DE 2.38). (79)

Fuera de España, un artículo que empleó una base de datos administrativos de pacientes de atención primaria investigó la presencia o no de cinco enfermedades crónicas (117). En el caso de los pacientes mayores de 65 años, un 15 % tenían dos ó más, siendo las más frecuentes artrosis y diabetes mellitus. También con una amplia base de datos de atención primaria de pacientes de todas las edades, cerca del 30 % presenta más de dos enfermedades simultáneas activas (no necesariamente crónicas), con una prevalencia que va aumentando progresivamente con la edad, desde el 10% en menores de 19 años a más del 75% en mayores de 80 años (65). En una encuesta a pacientes con al menos un problema crónico, de seis conjuntos de enfermedades posibles, se vio que el 4.7 % de la población encuestada tenía dos ó más problemas crónicos (118). Un estudio, con datos de varones de 65 – 84 años al comenzar el estudio, centrados en siete enfermedades crónicas vio que la prevalencia de presentar dos oscila entre 10 y 15%, y de 3 ó más entre 2.5 y 7.5% (119). Una clasificación de las consultas de atención primaria permitió clasificar el número de problemas que presentaba el paciente viendo como habían acudido en un año el 45 % de la población asignada, de los cuales el 17.4 % tenía dos ó tres comorbilidades, y el 3.8 % cuatro ó más (120).

Con los datos de encuestas centralizados por la administración sanitaria en Estados Unidos se estimaba que tenía algún problema crónico uno el 44% de la población; más de un tercio tenían más de uno (121). Cuando la población se ajusta a edades avanzadas,

como el análisis de una muestra aleatoria de pacientes de 65 años o más, aumenta la frecuencia: el 65 % presentaba dos o más problemas crónicos (122), tras agrupar los códigos de CIE-9 en 32 conjuntos de enfermedades; o en pacientes adultos que acudían a sus médicos de familia hasta el 89.2 % tenían dos o más problemas crónicos (66).

En definitiva, como ya se ha reconocido, según el método empleado para identificar la comorbilidad se encuentran diferencias entre los diversos estudios en población general, ya que las diversas mediciones separan o no enfermedades psiquiátricas, crónicas o no, con repercusión funcional o no, en ámbitos diferentes, de modo que el porcentaje es como se ve variable: desde menos del 5% a más del 90% en grupos de población seleccionados (123).

## **2.2. La importancia cualitativa: aplicaciones de la comorbilidad**

La comorbilidad se puede entender como un factor que influye en la salud tanto individual como global, y por ello se ha tenido en cuenta en diversos aspectos de la salud.

De entrada, como ya ha quedado expuesto anteriormente, la asociación de la comorbilidad con otras características (hiperfrecuentación, reingresos, polimedicación, fragilidad) muestra la importancia de la comorbilidad como factor que influye en la salud.

Hay otros aspectos en que se ha investigado la participación de la comorbilidad:

- Comparaciones del funcionamiento de hospitales: los datos administrativos de hospitales, acerca de pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna llevaron a sugerir que a medida que aumenta el número de camas del hospital, se atiende a pacientes de mayor complejidad (124). En hospitales menores los pacientes tienen menor comorbilidad, complicaciones, mortalidad y estancia media.

- Diferencias de indicadores de salud entre distintas áreas: Las diferencias del estudio que investigó comorbilidad (sobre siete posibles enfermedades crónicas) en cohortes de países no sólo encontraba diferencias en la prevalencia de enfermedades y comorbilidad, sino también en la mortalidad (119). Del mismo modo las diferencias en

## INTRODUCCIÓN

---

percepción de salud mediante el cuestionario SF-36 (98) en una encuesta por correo a pacientes atendidos en consultas localizaba diferencias en percepción de salud que se debieron sobre todo a factores sociodemográficos y a las enfermedades padecidas (consideradas individualmente y su número total por paciente), pero también en una pequeña parte se asoció al lugar de residencia (80). Así, las diferencias en nivel de comorbilidad implican diferencias en mortalidad, aunque obviamente no sean el único factor para ésta.

- Diferencias en indicadores de salud según raza o etnia: en una muestra norteamericana se cuantificó la presencia de cuatro enfermedades crónicas, tanto como número por paciente, como con modelos pronósticos. En mujeres, la carga de comorbilidad fue mayor en negras que en blancas. La diferencia entre varones blancos y negros es menos marcada, lo que atribuyen a la menor proporción de varones negros en el estudio y a la mayor presencia de ictus en varones (125). Recientemente Europa también ha desarrollado estudios teniendo en cuenta diversos grupos de inmigrantes, encontrando peores valoraciones de la asistencia por los pacientes de origen oriental (126, 127).

- La posibilidad de un primer ingreso desde Urgencias tuvo la comorbilidad (entendida como 3 ó más enfermedades crónicas) como su mayor predictor en un estudio de pacientes mayores de 55 años(128).

- Estancia hospitalaria: Con más estudios desarrollados debido al interés en este dato, la mayor comorbilidad -medida por una adaptación del índice de Charlson (25) - se asoció a mayor estancia hospitalaria (31). También la comorbilidad medida por el índice de Charlson para pacientes mayores de 30 años ingresados por dolor torácico fue predictor de estancia hospitalaria (129). El índice de comorbilidad MACSS creado sobre diagnósticos codificados por CIE-9 tenía capacidad de predecir la estancia media como uno de los objetivos de su desarrollo (27). El análisis de ingresos de pacientes mayores de 70 años con casos a los que describe como 'polipatológicos' encuentra un pronóstico influido por la dependencia funcional, demencia, depresión y la presencia de enfermedades crónicas (71). Así, la comorbilidad se ha asociado a una mayor estancia media.

- Número y tipo de recursos sanitarios empleados. En la encuesta a pacientes, con al menos un problema crónico, el aumento del número de enfermedades crónicas (de

---

seis grupos) se correlacionó con el número y el tipo de recursos empleados(118). En el análisis de pacientes menores de 65 años con uso de servicios en un año, la comorbilidad implicaba un mayor uso de consultas de atención primaria y de consultas especializadas (130). En la misma línea, centrado en mayores de 65 años también hubo mayor uso de consultas al aumentar la comorbilidad, aunque con diferencias respecto al estudio anterior (131), algo que ocurre en otro estudio en el mismo grupo de edad en otros países (132, 133). Así, la comorbilidad supone un mayor uso de recursos para el que la presenta.

- Gasto sanitario: En relación con el mayor consumo de recursos, el análisis de una muestra aleatoria de pacientes de 65 años o más, encontraba cómo el aumento de enfermedades crónicas, junto con la edad, suponían un mayor gasto anual por paciente (122). El número de enfermedades crónicas fue además un predictor en el análisis multivariante de hospitalizaciones por problemas tratables ambulatoriamente y de complicaciones prevenibles. Sobre la importancia de la comorbilidad en los costes también es útil el análisis de las altas, con 35262 casos; comparando distintas opciones de codificación administrativa de datos de ingresos notó que tenían poca relación con la variabilidad del coste, pero la relación mejoraba al ajustar por comorbilidad -empleando el índice de Charlson (25)- (134). El mismo aumento del consumo de recursos se ha encontrado asociado a el aumento de patologías crónicas simultáneas en estudios más recientes desarrollados en Suiza (133) y en el País Vasco (135). Así, la comorbilidad tiene una influencia en el gasto sanitario.

- Nivel socio-económico: Un estudio sobre pacientes con bajo nivel socioeconómico, algo que suponía el acceso determinados recursos socio-sanitarios (136) identificaba que los pacientes con peor situación socio-económica tienen más comorbilidad, medicación y reciben menos medidas preventivas. Otros estudios recientes han ahondado y confirmado esta asociación entre una peor situación económica con una mayor presencia de comorbilidad (137).

- Investigación y aplicación de conocimiento científico: Destacaba la queja sobre la escasez de artículos que midieran la prevalencia de comorbilidad, pese a tenerse como algo frecuente en población general, mientras en las mismas fechas de su análisis, seguían publicándose estudios sobre prevalencia de enfermedades concretas (menos frecuentes que la comorbilidad), muchos dirigidos a atención primaria, mientras los de

## INTRODUCCIÓN

---

comorbilidad no suelen desarrollarse en población general (138). Por otra parte se comprobó que la posibilidad de inclusión de muestra de pacientes de atención primaria en ensayos elegidos al azar sobre hipertensión arterial: entrarían en ellos una importante proporción de pacientes con comorbilidad, dependiendo de los criterios de exclusión de cada ensayo; pero ninguno de los ensayos especificaba si tales pacientes se incluían o no, ni cuáles eran sus características de comorbilidad concretas (139).

- Manejo en situaciones concretas: Cuidados Intensivos. La revisión de la literatura sobre manejo de pacientes ‘muy ancianos’ en UCI encontró que la severidad de la enfermedad o la situación funcional influían más en el pronóstico que la propia edad, destacando que la comorbilidad no se cuantificaba por ninguno de los índices pronósticos conocidos en los 15 estudios identificados (140).

- Manejo en situaciones concretas: Cuidados intermedios. En pacientes ingresados en una unidad de cuidados intermedios, la comorbilidad -medida usando el índice de Charlson (25) - se relacionó con la mortalidad a largo plazo, en concreto dos años(76).

- Manejo en situaciones concretas: Seguimiento telefónico. Un pequeño ensayo clínico aleatorizó pacientes en un grupo con seguimiento telefónico frente a control. Los de intervención tenían un alto nivel de satisfacción con dicho seguimiento, con mejor estado de salud mental tras seguimiento, pero sin cambios en salud física, ingresos, urgencias o satisfacción con cuidados en general, con cierta tendencia no significativa a un menor uso de visitas ambulatorias (141). Otro ensayo clínico en el se comparó el seguimiento telefónico frente a control, y los resultados después del seguimiento(142). El seguimiento telefónico se tradujo en una menor mortalidad durante el seguimiento, eran también predictores de mortalidad enfermedades concretas (más mortalidad con cáncer, cardiopatía y nefropatía; menor mortalidad con fracturas, hipertensión y cáncer de próstata). Así, la comorbilidad ha sido un aspecto que se ha visto involucrado en el seguimiento telefónico, por las características de los pacientes que optan a este servicio.

- Participación en patologías prevalentes: Cardiopatía isquémica. Posiblemente la frecuencia de esta patología haya facilitado que sea una de las más

estudiadas teniendo en cuenta la comorbilidad. En pacientes con infarto una de las variables que predecían que el médico asignado fuera generalista es la presencia de comorbilidad medida por ICED (70), a la vez que la comorbilidad más severa supone un menor uso de antiagregantes y fibrinolíticos (69). En otro grupo de pacientes ingresados por infarto los pacientes con más comorbilidad (medida por enfermedades o valores de laboratorio de forma dicotómica) también tuvieron con más frecuencia médicos generalistas/internistas en vez de a cardiólogos; sin embargo la supervivencia a un año no mostraba diferencias entre especialidades al ajustar por diversas variables entre las que se estaba la comorbilidad (143). Otra publicación con pacientes con cardiopatía isquémica veía de nuevo que la comorbilidad -medida por el índice de Charlson (25) era menor en los pacientes vistos por cardiólogos, que tenían un mayor gasto a ajustar nivel de comorbilidad del paciente (144). En pacientes mayores de 65 años con infarto de miocardio que tuvieron una supervivencia superior a 3 meses los pacientes vistos por cardiólogos tenían menos comorbilidad, además de ser más jóvenes, con mayor proporción de blancos y mayor probabilidad de estudios durante el ingreso y de rehabilitación posterior (145). Y para pacientes ingresados por infarto de miocardio la comorbilidad -por índice de Charlson(25)- se relacionaba con mayor reinfarto a un año, y mortalidad a 30 días y a un año (146). Así, la comorbilidad tiene influencia en el manejo de los pacientes con cardiopatía isquémica.

- Participación en patologías prevalentes: Insuficiencia cardíaca. En pacientes con insuficiencia cardíaca seguidos tras ingresar por descompensación, al comparar los grupos atendidos por cardiólogos y por ‘generalistas’, las diferencias entre ambos grupos estuvieron en comorbilidad además de en severidad de enfermedad subyacente, no en la calidad del servicio (147). Entre pacientes dados de alta, los pacientes vistos por cardiólogos tenían menos comorbilidad -medida por el índice de Charlson (25) -, además de tener más probabilidad de ser varones y más jóvenes, realizando más cateterismos, con similares gastos, estancia, mortalidad y reingreso (148). En pacientes dados de alta tras el primer ingreso por insuficiencia cardíaca, a aquellos a los que no se les programó seguimiento (ni siquiera con ‘médico de familia’) tenían más comorbilidad medida por el índice de Charlson; los pacientes en los que el seguimiento se hace por ‘médico de familia’ tenían menos comorbilidad que los que también se siguen por especialistas; la mortalidad a un año fue menor en los de seguimiento combinado aunque tuvieran más comorbilidad (149). En el caso de los pacientes pluripatológicos –siguiendo la definición de la Consejería de Salud andaluza (104)– con insuficiencia cardíaca ingresados en Medicina

## INTRODUCCIÓN

---

Interna la mortalidad se asoció al género femenino, la peor situación funcional y la presencia de más enfermedades (108). Así, la comorbilidad tiene una influencia en los resultados obtenidos en pacientes con insuficiencia cardíaca.

- Participación en patologías prevalentes: Diabetes mellitus. En pacientes diabéticos mayores de 65 años, los que tenían seguimiento por endocrinólogos e internistas presentaban más comorbilidad -medida por el índice de Charlson (25)- respecto a los seguidos por médicos de familia (150). En un análisis retrospectivo de pacientes diabéticos se contabilizaron comorbilidades concretas relacionadas o no con diabetes y se midió su impacto en el consumo de recursos; tanto unas como otras aumentaron el uso de recursos sanitarios, tanto en atención primaria, como especializada ambulatoria, y hospitalaria (151). Así, la comorbilidad influye en el manejo de pacientes con diabetes.

- Participación en patologías prevalentes: Enfermedad cerebral vascular. En pacientes dados de alta con el diagnóstico de ictus isquémico la comorbilidad -medida mediante el índice de Charlson (25)- se relacionó con una peor situación funcional al alta y mortalidad al año (152).

- Participación en patologías prevalentes: deterioro cognitivo. a los pacientes mayores de 65 años que acudieron a un centro de salud para control de enfermedades crónicas se investigaron los factores asociados al deterioro cognitivo (medido por el MMSE (94), punto de corte 24, no tuvieron diferencias en cuanto a comorbilidad (entendida como 3 ó más enfermedades crónicas, prevalencia 35 %) (153).

- Participación en patologías prevalentes: cáncer. En pacientes mayores de 65 años con cuatro tipos de cáncer (mama, colon, pulmón, próstata) la comorbilidad aumenta el uso de recursos en atención primaria (154).

- Calidad de la asistencia: La cumplimentación de indicadores de calidad en pacientes mayores de 65 años (que presentaban hasta ocho problemas crónicos concretos simultáneos) encontraron una mejor calidad de asistencia al aumentar el número de enfermedades presentes (155). Esos pacientes participaron de otro estudio, donde la cumplimentación de indicadores de calidad aumentó por cada enfermedad que se añadiera (156). Así, la presencia de comorbilidad aumenta la calidad objetiva de los servicios



sanitarios. Por otra parte, una revisión sistemática que trataba de identificar medidas de calidad de asistencia centradas en la comorbilidad, no encontró ninguna específica, encontrando que se emplean mediciones específicas de órganos o patologías individuales junto a otras de situación funcional o consumo de recursos (157).

- El paciente pluripatológico: El primer estudio sobre los pacientes con comorbilidad identificados según el Proceso de pacientes pluripatológicos en un Servicio de Medicina Interna tuvieron diferencias significativas respecto a los pacientes considerados ‘generales’ (se excluían los pacientes con neoplasia en situación paliativa) en cuanto a edad, mortalidad intrahospitalaria, deterioro funcional durante el ingreso, consultas en urgencias o ingresos previos (105). La comparación de esos mismos pacientes pluripatológicos con pacientes paliativos oncológicos ingresados no encontró diferencias en cuanto a limitación funcional, consultas en urgencias, consultas de especialidades, ingresos o estancia media, y sí una mayor mortalidad de los pacientes paliativos (107). Los pacientes pluripatológicos identificados en una muestra aleatoria de pacientes ingresados en Andalucía tenían edad y diagnóstico al ingreso como predictores de serlo en el análisis multivariante, con diferencias respecto a los demás pacientes en cuanto a estancia media y en la distribución estacional, no en la mortalidad hospitalaria (106). En otra publicación no se relacionaron los pacientes pluripatológicos identificados con otras variables; sin embargo, sí hubo asociación entre presentar tres (en vez de dos) patologías de la definición del Proceso y mortalidad, reingreso precoz y consumo de recursos (urgencias, ingresos, consultas) (109). En pacientes pluripatológicos identificados de forma retrospectiva sobre la codificación administrativa en un hospital tuvieron como diferencias significativas una mayor proporción de varones, mayor edad, más ingresos procedentes de Urgencias, mayor estancia media y mortalidad intrahospitalaria, y menor alta a domicilio (110). Así, los pacientes pluripatológicos, como un grupo específico de pacientes con comorbilidad, han mostrado influencia en diversos aspectos de la atención sanitaria, aunque con resultados variables.

- Opinión del paciente: Percepción de salud y calidad de vida. En pacientes, con problemas crónicos a los que midió el componente físico de un cuestionario de percepción de salud, la presencia de más de cuatro problemas crónicos tuvo valor predictivo en la percepción del deterioro físico; de forma individual también lo hicieron insuficiencia cardíaca, diabetes y enfermedad respiratoria crónica (158). En encuestas

telefónicas a pacientes mayores de 65 años que presentaran diabetes, artrosis y depresión, la peor percepción de la situación de salud se asocia con la mayor comorbilidad, que es también una barrera para el autocuidado (159). En otro estudio desarrollado sobre la percepción de salud medido por el SF-36 (98) mediante una encuesta postal, las diferencias en percepción de salud se debieron sobre todo a factores sociodemográficos y a las enfermedades padecidas (consideradas como número total por pacientes e individualmente) (80). El caso concreto de pacientes con síndrome coronario agudo, con pacientes dados de alta encuestados por correo la comorbilidad medida por el índice de Charlson (25) es un predictor de percepción de severidad de enfermedad (160). En pacientes con comorbilidad y percepción de estado de salud valorada mediante el cuestionario SF-36 la comorbilidad medida por el índice CIRS (58) se relacionaba con puntuación del SF-36 mejor que el conteo simple de enfermedades crónicas, afecta la comorbilidad más al deterioro físico que al mental (161). En misma cohorte de pacientes se investigó la combinación de comorbilidad que más limita la calidad de vida relacionada con la salud es la de patología cardíaca y respiratoria simultáneas (162). La valoración integral de pacientes ancianos permitió relacionar el número de enfermedades crónicas con la variable ‘dolor’ de un cuestionario de autopercepción de salud (79). Así, la comorbilidad tiene una influencia en la percepción del paciente de su propia situación.

- Opinión del paciente: participación en autocuidados y colaboración con personal sanitario. La entrevista a pacientes con dos ó más enfermedades crónicas identificó diversas barreras para autocuidados: limitaciones físicas, falta de conocimiento, complejidad del tratamiento, dificultades económicas, descompensaciones de las distintas enfermedades (163). Otra encuesta a pacientes con al menos dos enfermedades crónicas identificó como problemas: pérdida funcional, reacciones psicológicas negativas, interferencia con el trabajo y entretenimiento, polifarmacia, relaciones problemáticas con proveedores de cuidados (sobre todo especialistas o indicaciones conflictivas); los pacientes referían estar dispuestos a aprender y colaborar más, pero sin perder el trato humano de profesionales preparados (60). En el mismo sentido, la comparación de pacientes con comorbilidad frente a otros con una enfermedad encontró más interés en aprender autocuidados y colaborar con personal sanitario por parte de los que sí tienen comorbilidad (164). Sin embargo una encuesta a pacientes para evaluar interés en participación vio que con más edad, enfermedades crónicas y enfermedades más severas disminuye la participación (165). Y en otro tipo de estudio, la creación del índice

---

predictivo HELP encontró que la capacidad del médico de percibir las preferencias del paciente y de estimar subjetivamente el pronóstico mejoraban el tiempo de supervivencia (82). Por último, un análisis del papel de la comorbilidad en la toma de decisiones médicas destacó la dificultad de compaginar cuidados que suelen estar centrados en enfermedades únicas, y cómo la comorbilidad influye en la actitud del paciente hacia los riesgos que suponen los cuidados, variando con el tiempo (166). Así, los pacientes con comorbilidad tienen resultados contradictorios sobre el interés por participar en su autocuidado, si bien los resultados sugieren que una inicial buena colaboración podría verse afectada por la edad y progresión de la enfermedad.

- Opinión del paciente: satisfacción y calidad percibida. En pacientes ingresados por descompensación de insuficiencia cardíaca en los que se comparaba la especialidad que les atendía, en el análisis multivariante no tuvo diferencias en la satisfacción con calidad del servicio, donde la comorbilidad era uno de los determinantes de las diferencias en desenlaces (147). La encuesta a pacientes con enfermedades crónicas, que también respondían a un cuestionario de satisfacción encontró, en un análisis en el que se ajusta por comorbilidad, que la educación y la capacidad de manejarse con problemas crónicos se asociaron con la satisfacción hacia personal sanitario, más que la propia severidad de la enfermedad (167). Hubo un buen nivel de satisfacción en pacientes que recibieron un seguimiento telefónico (141), con más de dos enfermedades crónicas (164), o hiperfrecuentadores (34); mientras que es menor la satisfacción en pacientes considerados ‘difíciles’ por sus médicos (aunque tengan más enfermedades severas, sintomáticas o sean hiperfrecuentadores). Son escasos pese a todo las cuantificaciones de esta ‘satisfacción’ o ‘calidad percibida’ en los pacientes con comorbilidad.

### **3. LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA**

Para el usuario la calidad de un servicio no son sólo acciones por si mismas, sino la manera subjetiva de percibir las e interpretarlas. Por eso la mejoría de la calidad se consigue también modificando la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas (168, 169). Por ello a los indicadores referidos de calidad definidos por un servicio hay que sumar los propios de calidad percibida por los pacientes; de hecho la valoración la satisfacción de los usuarios se ha visto como importante y pertinente en los servicios de salud, como parte y complemento de otras actividades de control de calidad (170-173). Disponemos de instrumentos para medir la satisfacción del paciente (en tanto que usuario) con respecto a los resultados de la asistencia, aunque persiste el problema de que haya que diferenciar entre proceso de cuidados (el servicio prestado) y sus resultados (174).

Hay que destacar, tal como se mencionó en la importancia de la comorbilidad para los estudios de calidad de la asistencia que no hay estudios propios de calidad para la comorbilidad, empleando estudios generales o específicos de enfermedad en la literatura desarrollada(157).

Uno de los modelos pioneros de medición de la calidad de un servicio fue el denominado SERVQUAL (175-177). Según este modelo, la calidad de un servicio prestado se ajustaba a las expectativas del cliente, con el concepto clave de calidad percibida.

Es uno de los primeros modelos de calidad que se aplicaron a los servicios sanitarios: comparaciones entre pacientes ingresados, ambulatorios y de urgencias (178), comparaciones del SERVQUAL frente a otros modelos (179), críticas contra el modelo (180), propuestas de mejora de la escala como el apoyo de la administración sanitaria (181); y la aplicación en el ámbito de los cuidados de enfermería (182, 183).

En España existe una cantidad apreciable de estudios que han seguido el modelo SERVQUAL. Así se han empleado en planificación familiar (184), pacientes ingresados en hospitales (174, 185-195), personal sanitario (196, 197), usuarios de centros de salud (198,

199), usuarios de Urgencias (200, 201), cuidadoras familiares de pacientes (202, 203), valoración de enfermería en hospitales, pacientes de consultas externas (204, 205) o en diálisis (206). También se ha incluido en publicaciones institucionales de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, como son Plan Integral de Oncología (2002-2006) (207) y Plan Integral de Diabetes (2003-2007) (208).

Se ha planteado, especialmente en el caso de la aplicación a los servicios sanitarios, que la calidad del servicio no debe medirse mediante la comparación de ‘expectativas menos percepción’, sino empleando sólo la percepción -el modelo que así lo expone se denominó SERVPERF (209, 210)-, consiguiendo mejores eficiencia predictiva, fiabilidad y validez en su construcción en el ámbito de la percepción de los cuidados de salud, como demuestran diversas comparaciones, entre distintos métodos (211-213), llevando a estudios que ya aplican directamente este planteamiento (184, 214, 215).

El cuestionario SERVQUAL inicial constaba de dos tandas de 22 preguntas (una para expectativas y otra para percepciones), agrupadas en cinco dimensiones (elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía). Cada pregunta se valoraba en una escala tipo Likert (siendo el valor 1 ‘muy pobre’ o ‘fuertemente en desacuerdo’; y el valor máximo ‘excelente’ o ‘fuertemente de acuerdo’). Las encuestas basadas en modelo SERVQUAL de las publicaciones identificadas del ámbito sanitario adaptan sus ítems (en número de preguntas -la mayor parte de las veces sólo las referidas a percepciones, como ya se ha expuesto- y de dimensiones) así como el número de valores de la escala Likert al estudio que realizan, adquiriendo en algunos casos denominación propia; esto ocurría, en España, con los modelos SERCAL para la aplicación en servicios de Urgencias (197), SERVQHOS para pacientes hospitalizados (185, 190-192, 194, 201, 214, 216) o SERVQCON para una atención ambulatoria (204, 205, 216). Estas encuestas específicas fueron seleccionadas por administraciones de servicios de salud en España -concretamente en Castilla-la Mancha (217)-, empleando SERCAL en urgencias, SERVQHOS en hospitalización y SERVQCON en consultas. Estos cuestionarios han mostrado una buena consistencia interna, con valores del alfa de Cronbach superiores a 0’80, lo que hace asumirlos como instrumentos fiables; concretamente para SERVQCON el valor de alfa de Cronbach es de 0,88.

## INTRODUCCIÓN

---

Así, por una parte, la comorbilidad ha mostrado una importante influencia en múltiples aspectos de los servicios de salud, y los pacientes que la tienen presentan un gran contacto con la asistencia a múltiples niveles (atención primaria, seguimiento ambulatorio especializado, ingreso hospitalario). Unos criterios comunes como los asumidos en Andalucía con la ‘atención al paciente pluripatológico’ permiten identificar a este grupo concreto dentro de la población general.

Por otra parte, la calidad percibida de la asistencia sanitaria es un indicador de los servicios de salud que ha mostrado su interés, debido a su utilidad para identificar aspectos de la atención cuya mejora puede aumentar la calidad del servicio, y existan instrumentos que permitan cuantificarla –con un uso creciente de los cuestionarios de tipo SERVQUAL para ello.

Sin embargo, en este grupo relativamente limitado de pacientes como son los pluripatológicos, pese a que se acepte en ellos un mayor uso de servicios sanitarios, no se ha determinado la calidad percibida de la asistencia, ni los factores que pudieran estar asociados a ella.

---

**II. PLANTEAMIENTO  
DEL PROBLEMA Y  
OBJETIVOS DEL  
ESTUDIO**





## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Tal como se ha venido exponiendo en la Introducción, la comorbilidad ha mostrado influir en múltiples aspectos de los servicios de salud.

La calidad percibida de la asistencia sanitaria por parte de sus receptores, los pacientes, es un indicador útil para identificar aspectos de la atención cuya mejora puede aumentar la calidad del servicio. Existen instrumentos para cuantificar la calidad percibida de la asistencia, como los cuestionarios de tipo SERVQUAL, cada vez más utilizados.

No se ha realizado en España un estudio que valore la calidad percibida de la asistencia en pacientes con comorbilidad. Este estudio se propone aportar datos sobre la calidad percibida en nuestro país.



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Caracterizar la población de pacientes pluripatológicos en un área de atención Primaria y medir la percepción de la calidad de la asistencia sanitaria recibida así como los factores asociados a dicha percepción.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Estimar la prevalencia de pacientes pluripatológicos en el área geográfica estudiada.
- Describir las características de los pacientes pluripatológicos (datos demográficos, diagnósticos, situación funcional y cognitiva, consumo de recursos, situación socio-familiar, cuidador principal del paciente).
- Evaluar la percepción de los pacientes pluripatológicos con respecto a los trabajadores sanitarios que les atienden (médico de familia, enfermero de atención primaria, internista de referencia).
- Evaluar la percepción por los pacientes pluripatológicos de la calidad de la asistencia sanitaria que reciben de forma global e Identificar Dimensiones dentro de la calidad percibida global que permitan diferenciar parcelas de la asistencia sanitaria.
- Determinar factores asociados a las diferencias de percepción de la calidad de la asistencia.



### **III. MATERIAL Y MÉTODOS**



## **1. DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Estudio transversal.

## **2. ÁMBITO DEL ESTUDIO**

Se incluyeron cuatro centros de salud que mantenían programas de coordinación entre atención primaria y Medicina Interna en el Área de los Hospitales Universitarios ‘Virgen del Rocío’ de Sevilla.

Los cuatro centros de salud, con indicación de la población mayor de 18 años asignada, son:

- En el Distrito Sevilla:
  - Amate: 21476 personas.
  - Candelaria: 18337 personas.
  - La Plata: 15865 personas.
- En el Distrito Aljarafe:
  - Camas: 18769 personas.

## **3. SUJETOS DEL ESTUDIO.**

### **3.1. Población elegible.**

Los sujetos de estudio se identificaron entre la población adulta adscrita a los cuatro centros de salud participantes.

Según la Base de Datos de Usuarios (BDU) de Marzo de 2005 la población elegible correspondía a 74447 personas.

### **3.2. Criterios de inclusión.**

Se incluyeron los pacientes adultos que presentaran comorbilidad según la definición de paciente pluripatológico establecida por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en el momento del estudio(104).

La definición de paciente pluripatológico figura en el Proceso de atención a tal grupo de pacientes, dedicado a organizar su asistencia. En ella se enumeraban siete categorías de enfermedades: patologías cardiológicas, reumatológicas y nefrológicas, respiratorias, digestivas, neurológicas, vasculares periféricas y endocrinológicas, onco-hematológicas. Un paciente se consideraba como ‘pluripatológico’ cuando tenía al menos dos patologías que se identificaran con categorías distintas de la definición.

En el Anexo 1 se detalla esta definición de paciente pluripatológico.

### **3.3. Identificación de pacientes pluripatológicos**

Para identificar a los pacientes pluripatológicos se consultó la historia clínica informatizada disponible en los centros de salud. En el momento del estudio, la aplicación informática en funcionamiento en dichos centros era el programa TASS.

Para ello se revisaron los dos aspectos de la historia clínica informatizada donde podían identificarse diagnósticos:

1. La ‘Lista de problemas’, donde del personal del centro de salud hacía anotaciones en campos de texto libre.
2. Los ‘Programas de atención’, donde se identificaban pacientes con determinados problemas concretos, de alta prevalencia, que eran definidos en cada centro de salud (por ejemplo: ‘Cardiopatía isquémica’, ‘Diabetes’, ‘Encamados’, ‘Vacunación de gripe’).

Por acuerdo entre los miembros del equipo de investigación, se excluyeron a los médicos de familia que consultaban la historia clínica informatizada con menos frecuencia, para que el número de pacientes pluripatológicos identificados estuviera lo



más cerca posible a la población real correspondiente a los cupos de los médicos participantes.

La selección de los médicos se hizo en base a los mismos dos criterios usados para identificar a los pacientes pluripatológicos ('Lista de problemas' y 'Programas de atención'). Se recogieron datos del número de anotaciones en la 'Lista de problemas' y de inclusiones de pacientes en los 'Programas de atención'. Se definieron los percentiles en la distribución del número de anotaciones, y se excluyeron a los médicos que estaban por debajo del percentil 5 en el número de anotaciones en cada uno de los dos aspectos.

Para los demás médicos de familia, se revisaron los datos de todos los pacientes de sus cupos que tuvieran al menos dos anotaciones en la 'Lista de problemas', o que estuvieran incluidos en al menos dos 'Programas de atención'. Se seleccionó en esta primera fase a todos los pacientes que o bien tuvieran dos problemas o bien estuvieran incluidos en dos programas compatibles con dos categorías distintas de paciente pluripatológico.

A continuación se contactó con cada uno de los médicos de familia de los que se había revisado la historia clínica informatizada. Se revisó cada uno de los posibles pacientes pluripatológicos identificados en la consulta de historias clínicas, conjuntamente con su médico de familia. En esta revisión conjunta se seleccionaron los pacientes que cumplían los criterios de identificación de paciente pluripatológico.

La etapa de identificación de pacientes tuvo lugar en el segundo semestre de 2004 y primer trimestre de 2005.

Todos estos pasos fueron llevados a cabo por el mismo miembro del equipo de investigación.

En marzo de 2005 acabó esta etapa de 'censado'. El conocimiento de los pacientes adscritos por centro de salud y para cada médico de familia permitió establecer una prevalencia de pacientes pluripatológicos en la población general.

### **3.4. Encuesta a los pacientes pluripatológicos y a sus cuidadores**

Se intentó contactar al menos en dos ocasiones con cada uno de los pacientes pluripatológicos, para una entrevista personal, acudiendo el entrevistador a su domicilio o por llamada telefónica. Cuando no se consiguió establecer contacto de esta manera, se les citó en el centro de salud a través de su médico de familia o enfermero.

En el caso de que el propio paciente no pudiera responder a la entrevista, la encuesta se le hizo a su cuidador principal.

Las entrevistas se llevaron a cabo por personal sanitario diferente al que habitualmente atendía al paciente. Participaron seis entrevistadores (dos para Camas, dos para Amate y dos para Candelaria y la Plata).

Las encuestas se hicieron durante el segundo semestre del año 2005.

En este periodo se identificaron pacientes que habían fallecido, cambiado de centro de salud, ingresado en residencias asistidas, o que se perdieron para el seguimiento sin conseguirse identificar motivo. Estos pacientes se excluyeron del análisis posterior.

## **4. HERRAMIENTAS / INSTRUMENTOS**

El cuestionario completo de la encuesta figura en el Anexo 2. Este cuestionario incluyó los siguientes datos:

- Datos clínicos del paciente: categorías de la definición de paciente pluripatológico, Diagnósticos que no eran categorías de paciente pluripatológico, fármacos del tratamiento.
- Requerimientos de atención hospitalaria del paciente pluripatológico: Ingresos hospitalarios en el año previo, Consultas en urgencias hospitalarias en los tres meses previos.

- Requerimientos de atención especializada del paciente pluripatológico: número de especialidades médicas y quirúrgicas que habían citado al paciente en el año previo, seguimiento ambulatorio por Medicina Interna en el año previo.
- Requerimientos de atención primaria: consultas en urgencias de atención primaria, consultas con médico de familia y enfermería (en centro de salud, en domicilio y por teléfono) en los tres meses previos; accesibilidad telefónica de médico de familia y enfermería.
- Relación con profesionales de salud: identificación del médico de familia, del enfermero de atención primaria y del médico internista de referencia; calificación de la relación con los mismos profesionales (Empatía) en una escala de 0 (peor relación) a 10 (mejor relación).
- Situación funcional del paciente: Limitación para las actividades básicas de la vida diaria mediante el índice de Barthel (218), recomendado para ello en el Proceso de atención a pacientes pluripatológicos, con una evaluación de diez actividades básicas (comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse de la cama al sillón, deambular, y escalones), valoradas en una escala de 0 (peor valor, dependencia total) a 100 (mejor valor, ninguna dependencia), aceptándose una dependencia relevante por debajo del valor de 60.
- Situación cognitiva del paciente: Mediante el 'Breve cuestionario portátil del estado mental' de Pfeiffer (219), recomendada para ello en el Proceso de atención a pacientes pluripatológicos. Este cuestionario consta de diez preguntas, teniéndose en cuenta el número de errores; el deterioro cognitivo se establece en tres errores, y un deterioro cognitivo moderado a partir de cinco errores.
- Situación socio-familiar: Mediante la Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón (220), la recomendada para dicha valoración en el Proceso de atención a pacientes pluripatológicos. La escala consta de cinco apartados

(situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyo de la red social, situación económica), cada uno de los cuales tiene cinco valores (de mejor a peor situación: mayor puntuación a peor situación).

- cuidadores principales: Se determinó el cuidador Principal al menos para todos los pacientes pluripatológicos con limitación funcional moderada, grave ó total (definida por un índice de Barthel basal del paciente inferior a 60 puntos) o deterioro cognitivo moderado o severo (definido por tener cinco ó más errores en el cuestionario de Pfeiffer). El cuidador Principal según el Proceso de atención es 'la persona que habitualmente proporciona cuidados a una persona enferma o con una discapacidad, física o psíquica, que le impide ser autónoma'. Se recogió de los datos de la historia informatizada, de la información referida por el médico de atención primaria o de la encuesta con el paciente pluripatológico. Para cada cuidador se determinó la existencia o no de sobrecarga debida a realizar los cuidados del paciente, mediante el Índice de Esfuerzo (221) del cuidador . Este índice consta de 13 preguntas a las que se responde 'sí/'no'; cada una puntúa cuando la respuesta corresponde a un esfuerzo; se considera que existe sobrecarga cuando se puntúa siete ó más en total.

- calidad percibida de la asistencia por el por el paciente pluripatológico. Se midió aplicando el modelo SERVQUAL de medición de calidad percibida por el usuario, y usando la encuesta SERVQCON, para su uso en consultas (216). Consta de 17 ítems que se valoran con una escala Likert de cinco puntos (el valor '1' representa la puntuación más baja, frente al valor '5' la más alta).

## **5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Las variables dicotómicas se describen mediante el número total y el porcentaje; las variables continuas mediante la media y desviación típica. La distribución de cada variable se analizará mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

Para identificar los factores que influyeran sobre la percepción de la calidad, se emplearon la comparación entre grupos se utilizó el test de la Chi cuadrado mediante la corrección de Yates y, de ser preciso, el test exacto de Fisher para las variables cualitativas; el test estadístico de la t de Student y el análisis de la varianza con *post-hoc* de Scheffé para las variables cuantitativas de distribución normal, y la U de Mann-Whitney y el test de Kruskal-Wallis en el caso de variables cuantitativas de distribución no normal.

Se calcularon las correlaciones entre las variables con el coeficiente de Pearson en caso de variables con distribución normal y el coeficiente de Spearman cuando la distribución no fuera normal.

Para la identificación de predictores de la calidad percibida de la asistencia, se ajustó un modelo de regresión logística. Los valores de la calidad percibida de la asistencia se agruparon en dos categorías: por debajo 3, y 3 o más.

Por último, se llevó a cabo un análisis factorial del cuestionario de calidad percibida de la Asistencia, para intentar reducir de los 17 ítems iniciales a unas dimensiones que resumieran su información.

También se calculó la *odds ratio* utilizando los intervalos de confianza del 95%.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0



## **IV. RESULTADOS**





---

## **1. RECLUTAMIENTO DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: REVISIÓN DE HISTORIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

La Gráfica 1 resume los procedimientos de identificación de los pacientes en el estudio, hasta seleccionar a los pacientes encuestados.

### **1.1. Exclusión de médicos que no usaban la historia clínica informatizada.**

Como paso previo a la identificación de los pacientes pluripatológicos usando la historia clínica informatizada, se excluyó a los médicos que menos la usaban.

Respecto al uso de la “Lista de problemas”, la mediana de problemas anotados fue de 1,25 por paciente. Por debajo del percentil 5 (0,13 problemas por paciente) estaban dos médicos de familia.

En cuanto a los “Programas del centro de salud”, la mediana de programas fue de 1,05 por paciente. Por debajo del percentil 5 (0,45 problemas por paciente) estaban dos médicos de familia.

A uno de los médicos se le excluyó por ambos motivos, de modo que de los 50 médicos de familia con pacientes asignados en los cuatro centros de salud, se redujeron a 47 a los que se invitó a participar en el estudio, y de cuyas historias clínicas se hizo la revisión.

### **1.2. Encuesta con los médicos de familia**

De los 47 médicos de familia, 42 participaron en la encuesta para la identificación definitiva de pacientes pluripatológicos. La población adulta asignada a estos médicos era de 62702 personas, sobre un total de 74447 atendidas en los cuatro centros de salud.

## **2. PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: DE LA IDENTIFICACIÓN A LA ENCUESTA.**

### **2.1. Pacientes pluripatológicos identificados: prevalencia.**

Aplicando los criterios definidos en el Proceso de atención a pacientes pluripatológicos, 806 usuarios en activo fueron identificados como pluripatológicos en los cupos de los 42 médicos participantes.

La prevalencia estimada de pacientes pluripatológicos, para cada cupo de médico de familia, osciló entre el 0,21 y el 2,73 %. La prevalencia por centro de salud fue:

- 0,99 % ( $\pm 0,48$ ) en Amate, sobre 15790 adultos (nueve cupos de los 14 del centro)
- 1,33 % ( $\pm 0,54$ ) en Camas, sobre 18769 adultos (13 cupos, todos los del centro)
- 1,86 % ( $\pm 0,5$ ) en Candelaria, sobre 16906 adultos (12 cupos de los 13 del centro)
- 0,83 % ( $\pm 0,43$ ) en La Plata, sobre 11237 adultos (siete cupos de diez del centro)

La prevalencia de pacientes pluripatológicos fue en los cuatro centros de salud incluidos del 1,32 % ( $\pm 0,62$ ).

### **2.2. Población elegible de pacientes pluripatológicos**

Tras excluir a los pacientes que fallecieron, a los que cambiaron de centro de salud, a los ingresados en residencia –todo ello durante el periodo de estudio—, así como a las pérdidas sin identificar motivo, los pacientes pluripatológicos elegibles para la encuesta fueron 664, que corresponde al 82 % de los identificados.

### **2.3. Pacientes pluripatológicos encuestados.**

Se intentó contactar en al menos en dos ocasiones con cada uno de los pacientes pluripatológicos elegibles. Se consiguió entrevistar a 472, un 71,1 % de dicha población elegible.

## **3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS ENCUESTADOS.**

### **3.1. Características demográficas**

- **Distribución de género y edad.**

El 50 % de los pacientes pluripatológicos encuestados eran varones.

La edad de los pacientes estuvo en un rango entre 43 y 100 años, con una media de 74,25 años y una mediana de 81. La edad de los pacientes pluripatológicos no seguía una distribución normal (Gráfica 2).

- **Vivienda y situación laboral.**

Respecto a la vivienda, la gran mayoría, el 95,3 % decían residir en una vivienda de su propiedad.

El 99 % de los pacientes pluripatológicos encuestados era pensionista.

### **3.2. Datos clínicos.**

- **Categorías de la definición.**

La media de categorías propias de la definición del Proceso fue de 2,49 por paciente (mediana 3, rango: 2 – 5). El número de categorías por paciente no presentaba

una distribución normal. La frecuencia de cada categoría y de los diagnósticos que incluía se refleja en la Tabla 3.

Las categorías más prevalentes fueron las relacionadas con patología cardiovascular ('A' y 'F'), cada una de ellas presente en más del 60 % de los pacientes.

A continuación estaban las enfermedades nefrológicas y reumatológicas (categoría 'B') y respiratorias (categoría 'C') que tenían entre el 35 y 40 %.

Cercanas al 20 % estaban las enfermedades onco-hematológicas (categoría 'G') y neurológicas (categoría 'E').

En último lugar, por debajo del 5 % estaban las enfermedades crónicas digestivas (categoría 'D').

- **Otros diagnósticos**

Por término medio cada paciente presentó 2,02 diagnósticos (desviación típica 0,23) que no coincidían con categorías de la definición de paciente pluripatológico. Los diagnósticos no coincidentes con categorías y su frecuencia aparecen descritos en la Tabla 4.

Entre estos diagnósticos predominaban los factores de riesgo vascular y patologías de tipo cardiovascular. El diagnóstico más frecuente era la hipertensión arterial (presente en más del 50 % de los pacientes), seguida de la dislipemia (más del 20 %), la fibrilación auricular, la obesidad (como diagnóstico recogido por el médico de familia), la enfermedad cerebral vascular sin limitación funcional (entre el 10 y el 15 %). Por encima del 10 % estaban también la obstrucción crónica al flujo aéreo, la hipertrofia prostática y la artrosis.

- **Tratamiento farmacológico.**

El número de fármacos por paciente tenía una media de 8,19 (mediana 10, rango 0 – 23). La distribución del número de fármacos aparece reflejada en la Gráfica 3.

---

La categoría más frecuente era la de aquellos que tomaban de cinco a nueve, el 58,4 %, seguida por la de aquellos que tomaban diez ó más, el 31,1 %.

### **3.3. Datos asistenciales: atención hospitalaria.**

- **Ingresos hospitalarios.**

La media del número de ingresos hospitalarios en el año previo fue de 0,51 (mediana 1, rango 0 – 12). La distribución del número de ingresos hospitalarios aparece en la Gráfica 4.

- **Urgencias hospitalarias.**

En urgencias hospitalarias la media de consultas en los tres meses anteriores fue de 0,51 (mediana 1, rango 0 – 30). La distribución del número de consultas en Urgencias hospitalarias aparece en la Gráfica 5.

### **3.4. Datos asistenciales: atención especializada.**

- **Seguimiento por especialidades.**

El número de especialistas con seguimiento por cada paciente era de media 1,74 (mediana 2, rango 0 – 10) en el año previo. La distribución del número de especialidades que seguían al paciente aparece en la Gráfica 6.

El número de especialidades médicas por paciente era de media 1,09 (mediana 2, rango 0 – 5). La distribución del número de especialidades médicas que seguían al paciente aparece en la Gráfica 7.

El número de especialidades quirúrgicas por paciente era de media 0,57 (mediana 1, rango 0 – 3). La distribución del número de especialidades quirúrgicas por paciente aparece en la Gráfica 8.

- **Seguimiento ambulatorio por Medicina Interna**

Tan sólo el 18,4 % de los pacientes tenían seguimiento por Medicina Interna.

El 37,9 % de los pacientes conocían un teléfono de contacto con el internista de referencia.

La media del número de consultas programadas en Medicina Interna en los últimos tres meses fue 0,84 (mediana 1, rango 0 – 12). La distribución de las consultas programadas con el internista figura en la Gráfica 9.

El número de consultas no programadas en Medicina Interna en los últimos tres meses fue de media 0,04 (mediana 0, rango 0 – 1).

El número de consultas telefónicas con el internista en los últimos tres meses fue de media 0,17 (mediana 0, rango 0 – 5). La distribución de consultas telefónicas aparece en la Gráfica 10.

### **3.5. Datos asistenciales: atención primaria.**

- **Requerimientos urgentes:**

En atención primaria la media de consultas urgentes en los tres meses previos fue de 0,6 (mediana 1, rango 0 – 30). En la Gráfica 11 aparece la distribución del número de consultas

---

- **Accesibilidad del médico de familia:**

En los tres meses previos los pacientes habían tenido una media de 3,42 (mediana 5, rango 0 – 19) consultas en centro de salud con su médico. La distribución del número de consultas se muestra en la Gráfica 12.

En el mismo periodo de tres meses previos el número de consultas domiciliarias por su médico tuvo una media de 0,42 (mediana 0, rango 0 – 10). La distribución aparece en la Gráfica 13.

El 50 % de los encuestados conocían el teléfono de contacto de su médico de atención primaria. La media de consultas telefónicas con el médico de familia en los tres meses previos fue de media 0,32 (mediana 0, rango 0 – 15). La distribución de consultas telefónicas está en la Gráfica 14.

Un 87 % no había tenido consultas telefónicas, el 6 % había tenido una, y el 7 % más de una.

- **Accesibilidad del enfermero de atención primaria.**

Con enfermería en atención primaria, las consultas en el centro de salud en los tres meses previos tuvieron una media fue 1,13 (mediana 1, rango 0 – 30). Su distribución figura en la Gráfica 15.

Las consultas domiciliarias por enfermería en los tres meses previos tuvieron una media de 1,14 (mediana 1, rango 0 – 60). La distribución de dicha atención domiciliaria se muestra en la Gráfica 16.

El 36,6 % de los encuestados conocían el teléfono de contacto de su enfermero en el centro de salud. El enfermero del centro de salud había tenido una media de 0,24 (mediana 0, rango 0 – 20) consultas telefónicas en los tres meses previos. La distribución de llamadas con el enfermero se expone en la Gráfica 17.

### **3.6. Relación con profesionales de salud.**

- **Identificación de profesionales sanitarios por el paciente.**

El 95,3 % de los encuestados reconoció correctamente a su médico de familia.

El 71,1 % de los encuestados reconoció correctamente a su enfermero.

- **Empatía del paciente con los profesionales sanitarios.**

Respecto a la Empatía con el médico de atención primaria, respondieron el 94,7 % de los encuestados. La puntuación media en la escala de Likert fue 8,81.

La Empatía con el enfermero de atención primaria la contestaron el 81,1 % del total), la puntuación media en la escala de Likert fue 8,97.

Por último, la Empatía con el Internista de referencia la valoraron el 17,8 % del total), la puntuación media en la escala Likert de diez puntos fue 8,98.

En las tres valoraciones de Empatía la mediana fue de 10 (rango 0 – 10).

### **3.7. Situación funcional del paciente.**

En el índice de Barthel la puntuación media fue 77,12 (mediana 100, rango 0 – 100). La representación de la puntuación en el índice de Barthel aparece en la Gráfica 18.

El 26 % presentaba una puntuación de 60 o inferior, lo que indicaba una limitación funcional relevante: moderada en el 14 %, grave en el 4 % y total en el 8 %.



### **3.8. Situación cognitiva del paciente.**

En el cuestionario SPMSQ de Pfeiffer, la puntuación media fue de 2,44 errores (mediana 4, rango 0 – 10). La puntuación en el cuestionario de Pfeiffer se muestra en la Gráfica 19.

El 20 % de los pacientes tenía cinco ó más errores, por lo que presentaban un deterioro cognitivo moderado o severo.

### **3.9. Situación socio – familiar.**

La situación socio-familiar se evaluó mediante la escala de Gijón, cuyos resultados figuran en la Tabla 5.

La ‘situación económica’ sólo fue respondida por la cuarta parte de los que contestaron a la escala de Gijón.

### **3.10. Datos de los cuidadores principales.**

De los pacientes encuestados el 64,2 % tenían identificado un cuidador.

En un 80 % de los casos el cuidador principal era una mujer.

La edad media de los cuidadores era 60,07 años, con un rango entre los 14 y los 90 años. La distribución de edades de cuidadores figura en la Gráfica 20.

El cuidador era un familiar de primer grado en un 87,8 % (aproximadamente la mitad cónyuges y más de una tercera parte hijos). Sólo en un 4,3 % el cuidador principal era una persona contratada para ello.

## **4. CALIDAD PERCIBIDA DE LA ASISTENCIA SANITARIA**

### **4.1. Puntuación de los ítems del cuestionario.**

Las puntuaciones medias oscilaban entre un valor máximo de 4,08 ( $\pm 0,79$ ) para el ítem 'Amabilidad de enfermería' al mínimo de 2,80 ( $\pm 0,98$ ) del ítem 'Tiempo para entrar en consulta'. Éste era el único de los 17 ítems de la encuesta que tenía un valor por debajo de '3' y por tanto quedaba por debajo de lo esperado.

La puntuación media y desviación típica de los 17 ítems del cuestionario de salud percibida aparece en la Tabla 6.

### **4.2. Puntuación global de la calidad percibida de la asistencia**

Respondieron el cuestionario completo de calidad percibida de la asistencia el 90,6 % de los pacientes que respondieron la encuesta.

La puntuación global, calculada como la media de las puntuaciones de los 17 ítems en la escala Likert otorgada por cada paciente en el cuestionario, fue de media 3,68 (desviación típica 0,6), tal como aparece en la Tabla 6. La distribución de la puntuación media de la calidad percibida de la asistencia por los pacientes pluripatológicos se muestra en la Gráfica 21. La distribución de la puntuación media de la calidad percibida seguía una distribución normal, aunque con un valor Z de Kolmogorov-Smirnov que estaba en el límite de la significación ( $p=0,051$ ).

Un 12,1 % de los pacientes tenían una puntuación media inferior a '3', el valor que marcaba que la asistencia era como la esperaban, y podían considerarse por tanto 'insatisfechos'.

Un 26,2 % de los pacientes tenían una puntuación media superior a '4', así que podían considerarse por tanto 'satisfechos'.

### **4.3. Consistencia interna del cuestionario.**

La consistencia interna del cuestionario tenía un alfa de Cronbach de 0,895, un valor por encima del nivel de 0,8 considerado suficiente para considerar una buena fiabilidad.

### **4.4. Factores individuales asociados a la calidad percibida de la asistencia.**

Mediante el análisis univariante se identificaron aquellas variables en las que había diferencias en la puntuación media de la calidad percibida de la asistencia, al comparar sus categorías. Los resultados aparecen en la Tabla 7.

- Variables demográficas del paciente.

El género del paciente condicionó diferencias en su percepción de la calidad. Los pacientes varones en general la valoraron mejor.

Con respecto a la edad, al dividirla en tres intervalos (con los 65 y los 80 años como límites), no se encontraron diferencias.

Por último, la localidad del centro de salud sí marcó una diferencia, con una mayor calidad percibida en el centro periurbano (Camas) frente a los tres centros urbanos (Sevilla).

- Situación socio-familiar.

El tipo de convivientes del paciente supuso una diferencia en el límite de la significación, con una mejor percepción de la calidad de la asistencia cuando el paciente vivía con sus hijos.

Dicho aspecto fue precisamente el recogido de forma más homogénea por los encuestadores participantes. Los otros valores no encontraron significación estadística.

- Categorías y diagnósticos.

El número de categorías de la definición de paciente pluripatológico encontró una peor valoración de la calidad en el caso de los pacientes que sólo presentaban dos categorías frente a los que tenían más.

En el análisis de cada categoría, la presencia de la categoría B y la categoría F fueron las únicas que se asociaron a una percepción diferente de la atención recibida por parte de quienes las padecían: con la categoría B empeoraba dicha calificación, y con la categoría F mejoraba.

Al diferenciar las distintos grupos de enfermedades especificadas para cada categoría, se encontró que, en el caso de la categoría B, sólo padecer una patología osteo-articular crónica con limitación funcional relevante suponía una peor percepción de la calidad, sin que ésta se afectara de forma significativa por la presencia de vasculitis o de insuficiencia renal; para la categoría F, tanto los pacientes con arteriopatía periférica como con diabetes mellitus con afectación vascular tenían una mejor percepción de la atención recibida.

Hubo enfermedades en los que una valoración subjetiva podría encontrar diferencias llamativas de la percepción de la calidad de la asistencia entre los que las padecían y los que no, como es el caso de la misma vasculitis, el *cor pulmonale* o la categoría D (principalmente para la cirrosis hepática). No se identificaron pese a ello diferencias significativas para tales casos, aunque esto podría estar influido por el hecho de ser enfermedades menos frecuentes y por tanto menos representadas entre el grupo de pacientes pluripatológicos identificado.

- Situación funcional y cognitiva.

La comparación de la calidad percibida de la asistencia al diferenciar los niveles de dependencia tal como se reflejaban en el Proceso (total, severa, moderada y leve) encontraba diferencias significativas; sin embargo, éstas no se identificaron al dicotomizar en el dintel de una puntuación de 60 en el índice de Barthel.

En cuanto a la situación cognitiva medida con el cuestionario de Pfeiffer, los pacientes con cinco ó más errores (por tanto con un deterioro cognitivo al menos moderado) tenían una percepción de la calidad de la asistencia significativamente mejor que los pacientes con menor deterioro.

- Número de fármacos.

Aunque los pacientes con menos fármacos tenían una peor valoración de la calidad de la asistencia, no existieron diferencias significativas al respecto.

- Descompensaciones: ingresos y atención en urgencias.

No se identificaron diferencias significativas en la percepción de la calidad de la asistencia en relación con el número de ingresos hospitalarias, de urgencias atendidas en el centro de salud o a nivel hospitalario.

- Asistencia en atención primaria.

El haber tenido en alguna ocasión contacto telefónico tanto con el médico de familia como con el enfermero de atención primaria fueron los aspectos relacionados con la percepción de la calidad de la asistencia, mejorando en ambos casos esta percepción.

Los pacientes con más de una consulta tenían una mejor valoración de la calidad de la atención recibida frente al conjunto de los que no habían tenido consultas o habían tenido sólo una. No se identificaron asociaciones de la percepción de la calidad con el otro tipo de contactos con el paciente con su médico de familia (en domicilio o por teléfono) o su enfermero de atención primaria (ya fueran en el centro de salud, en el domicilio del paciente o por teléfono).

- Seguimiento por atención especializada.

Un seguimiento ambulatorio por más especialidades quirúrgicas se asociaba a una peor percepción de calidad por parte de los pacientes. No se identificaron tales asociaciones ni con el número de especialidades médicas que seguían al paciente ni con el número total de especialidades.

- Seguimiento ambulatorio por Medicina Interna.

La disponibilidad de contacto telefónico con el internista se unía a una menor percepción de la calidad de la asistencia. Lo mismo ocurría con las citas programadas en los últimos tres meses, con peor percepción para los que sí habían tenido citas.

El número de citas no programadas o de contactos telefónicos no influía en la percepción de la asistencia.

- Relación con profesionales sanitarios.

La identificación del enfermero asignado en el centro de salud por parte del paciente se asoció a una peor valoración de la calidad de la atención recibida. No se encontró asociación de la calidad con la Identificación del médico de familia.

La relación del paciente con los profesionales sanitarios, valorada como ‘Empatía’ con los mismos, obtuvo una peor puntuación cuando la percepción de la calidad de la asistencia fue también peor, con diferencias significativas en el caso del médico de familia y el enfermero de atención primaria.

- Cuidador del paciente.

Cuando los pacientes requerían cuidador, la percepción de la calidad de la asistencia fue peor de forma significativa.

Entre los pacientes que tenían cuidador, no se identificaron diferencias en la percepción de la calidad de la asistencia al separar por género, edad, parentesco o relación o presencia de sobrecarga por parte de los cuidadores.

Al comparar la presencia o no de cuidador con los niveles de dependencia y deterioro cognitivo establecidos en el Proceso para definir categorías (para el caso de la dependencia funcional un índice de Barthel por debajo de 60; y para el deterioro cognitivo, cinco o más errores en el cuestionario de Pfeiffer) se encontró también una diferencia significativa. De hecho, la mejor valoración de la calidad de la asistencia era la que tenían pacientes sin cuidador que tuvieran un deterioro cognitivo o dependencia funcional relevantes para el Proceso (eran 23 pacientes con deterioro cognitivo importante, y sólo en un caso además había una dependencia funcional moderada o severa), y la peor era la encontrada en pacientes con cuidador que no tuvieran esos grados importantes de dependencia o deterioro cognitivo.

#### 4.5. Influencia de factores combinados en la calidad percibida de la asistencia

El análisis univariante de factores combinados en relación a la puntuación media de la calidad percibida de la asistencia encontró respecto a estas combinaciones:

- Sexo y edad del paciente: A la hora de explicar la puntuación de la calidad percibida, el modelo que combinaba ambos factores quedaba en el límite de la significación ( $p=0,059$ ), al igual que la interacción de dichos factores ( $p=0,072$ ). El modelo que los combinaba explicaba una mínima proporción de la varianza de la calidad percibida (2,5 %). En la representación gráfica, la peor valoración por parte de las mujeres con menor edad se invierte con edades avanzadas (Gráfica 22).
- Edad y nivel de dependencia del paciente. La combinación de ambos factores no encontró significación a la hora de interpretar la calidad percibida de la asistencia. La representación gráfica mostraba cómo al ir aumentando la edad se igualaba la valoración de la calidad (Gráfica 23).
- Sexo, edad y nivel de dependencia de los pacientes. El modelo combinando los tres factores no era estadísticamente significativo.
- Sexo y edad de los cuidadores: La combinación de estos aspectos demográficos de los cuidadores de los pacientes no participaba en la percepción de la calidad, aunque la representación gráfica sugiriera que las cuidadoras mujeres se asociaran a una puntuación mejor (Gráfica 24).
- Nivel cognitivo y presencia de cuidador: El modelo que combinaba estos factores sí era significativo ( $p<0,001$ ), siendo valorables tanto los factores individuales como la combinación de ambos (en todos los casos  $p=0,001$  o inferior). En la representación gráfica, la valoración de la calidad de la asistencia era mayor en pacientes con deterioro cognitivo que no precisaban cuidador, y menor en pacientes sin deterioro cognitivo que tenían cuidador. La capacidad de explicar la varianza de la calidad percibida era del 11,5 % (Gráfica 25).



- 
- Nivel de dependencia y presencia de cuidador: Aunque el modelo era significativo, ninguno de los factores ni su combinación resultó valorable, aunque en la representación gráfica, la presencia de cuidador sugiriera una peor valoración. La capacidad de explicar la varianza fue mínima, 2,3 % (Gráfica 26).
  - Nivel de dependencia y diagnóstico de ‘Enfermedad osteoarticular crónica con deterioro funcional’. Pese a tratarse de un modelo en el límite de la significación ( $p=0,06$ ), ni el índice de Barthel (estratificado en los niveles de dependencia referidos en el proceso de 2002) ni la artrosis, ni su combinación fueron valorables. El modelo explicaba un 3,1 % de la varianza.
  - categorías de paciente pluripatológico: En un modelo que combinara las siete categorías de paciente pluripatológico la capacidad de explicar la puntuación de la calidad percibida quedó cercana a la significación ( $p=0,069$ ), siendo significativas la categoría C por sí sola ( $p=0,037$ ) y las combinaciones de categorías A y B ( $p=0,043$ ), B y F ( $p=0,006$ ), C y G ( $p=0,013$ ), E y G ( $p=0,043$ ). Aun sin alcanzar significación, este modelo explica el 16,7 % de la varianza de la puntuación de calidad.

#### 4.6. Correlaciones

En la Tabla 8 figura el valor de las correlaciones entre la calidad percibida de la asistencia y las variables continuas recogidas en el estudio.

La puntuación media de la calidad percibida de la asistencia tuvo correlación con la situación familiar (medida usando la escala socio-familiar de Gijón), la situación funcional (usando el índice de Barthel para actividades básicas de la vida diaria), la situación cognitiva (mediante el cuestionario SPMSQ de Pfeiffer), el número de consultas en el centro de salud con el médico de familia, el número de especialidades que hacen seguimiento del paciente, el número de especialidades quirúrgicas, el número de consultas con Medicina Interna, la Empatía con el médico de familia y la Empatía con el enfermero. En el límite de la significación estaba el número de categorías de paciente pluripatológico. Ninguna de ellas, sin embargo, era una correlación fuerte, con valores por encima de 0,5.

De todas las correlaciones, la mayor fue la que tenía con la Empatía con el médico de familia, la única moderada (Gráfica 27). La Empatía con el enfermero de atención primaria (Gráfica 28) estaba también entre las correlaciones significativas, aunque ya pequeñas.

#### 4.7. Análisis multivariante: Predictores. regresión logística.

En la Tabla 9 figuran los resultados del análisis multivariante mediante regresión logística, para identificar predictores del nivel de percepción de la calidad de la asistencia.

Los factores identificados en el análisis explicaban el 35 % de las diferencias entre los que se mostraron insatisfechos en el cuestionario de calidad percibida frente a los que no lo estaban.

- Variables demográficas del paciente.

Los pacientes residentes en Sevilla tenían una peor valoración de la calidad percibida frente a los que vivían en Camas. El género y la edad del paciente no influían.

- Situación socio-familiar.

El tipo de convivientes que tuviera el paciente influye en la percepción de la calidad de la atención: era mejor cuando el paciente vivía con su pareja que cuando tenía otros convivientes, y estaba en el límite de la significación en el caso de pacientes que vivían con sus hijos.

- categorías y diagnósticos.

Ni el número de categorías (sólo dos frente a los que tenían más), ni las categorías y diagnósticos específicos del paciente predecían la calidad percibida de la atención, según los resultados de la regresión logística.

- Situación funcional y cognitiva.

No predecían la calidad percibida de la atención sanitaria.

- Descompensaciones: ingresos y atención en urgencias.

No predecían la calidad percibida de la atención sanitaria.

- Asistencia en atención primaria.

Haber tenido consultas con el médico de atención primaria aumentaba la percepción de calidad, tanto entre los que habían tenido sólo una, como en los que habían tenido más de una.

También aumentaba la percepción de la atención el conocer el teléfono de contacto con el enfermero de atención primaria.

- Seguimiento por atención especializada.

Tanto si el paciente tenía seguimiento por una sola especialidad, como si se tenía con más especialidades, disminuía la percepción de calidad de la atención.

- Relación con profesionales sanitarios.

En cuanto a la relación con enfermería, recordar el nombre del enfermero de atención primaria era un aspecto que disminuía la valoración de la calidad por parte de los pacientes, mientras que haber tenido contacto telefónico con dicho enfermero aumentaba tal valoración.

Una puntuación alta de la relación del paciente con el médico (la empatía) aumentaba la percepción de calidad, siendo el factor que más influyó entre los identificados que participaban en esta opinión del paciente.

- cuidador del paciente.

Los pacientes que requerían cuidador tenían una peor percepción de la calidad de la atención recibida.

## 5. ANÁLISIS FACTORIAL

El análisis de las respuestas del cuestionario con la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (obteniendo un factor superior a 0,5, concretamente 0,896) y la prueba de esfericidad de Bartlett (con una significación menor de 0,01), permitían realizar un análisis factorial que condensara los ítems en unas 'Dimensiones' que las resumieran. El análisis factorial empleando el método de componentes principales, resumió los 17 ítems del cuestionario de calidad percibida de la asistencia en cinco Dimensiones. La matriz y las dimensiones aparecen en la Tabla 10. Las cinco Dimensiones de la calidad percibida extraídas mediante el análisis factorial explicaban un porcentaje de la varianza acumulada del 73,54 %. Tras la rotación: 43,98 % para el primer factor, 11,43 % para el segundo, 8,15 % para el tercero, 5,65 % para el cuarto y 4,33 % para el quinto. En base a los factores identificados en la matriz, se encontraron las siguientes asociaciones de ítems con Dimensiones:

- La dimensión I tenía entre las variables de las que recogía información 'Información de enfermedad', 'Información sobre pruebas', 'Capacidad de los médicos para comprender problemas', 'Amabilidad de los médicos', 'Atención del médico a explicaciones del paciente', 'Información sobre evolución de enfermedades' y 'Preparación del médico para su trabajo'. Estaba centrada en la actividad del médico.
- La dimensión II, recogía información de 'Tiempo para entrar en consulta', 'Tiempo para lograr cita en consulta', 'Disposición del personal para ayudar', 'Facilidad para nueva cita' y 'Material y equipos para el diagnóstico'. Era la dimensión dedicada a equipamiento y citación.
- La dimensión III incluía información de 'Limpieza de salas de espera y pasillos' y 'Limpieza de consultas'. Era la dimensión referida al aspecto de las instalaciones.
- La dimensión IV recogía información de 'Interés de enfermería en atención' y 'Amabilidad de enfermería'. Era la dimensión sobre actividad de enfermería.
- La dimensión V por último recogía el ítem 'Facilidad para desplazarse hasta consultas', refiriéndose por tanto a la accesibilidad.



## **V. DISCUSIÓN**





## 1. COMENTARIO GENERAL

Este estudio ha permitido conocer las características de los pacientes pluripatológicos en la población general y medir su percepción de la calidad de la asistencia que reciben.

Se ha podido estimar la prevalencia de pacientes pluripatológicos en los centros de salud estudiados, identificando un segmento de población relativamente pequeño que supone el 1,32 % de la población adulta.

Se han descrito las características de los pacientes pluripatológicos, donde cabe resaltar que:

- Como datos demográficos, la mitad eran mujeres, tenían una edad avanzada (la media está cercana a los 75 años), prácticamente todos residían en viviendas de su propiedad y eran pensionistas.
- Entre los datos clínicos destaca la elevada comorbilidad, con una media de 2,5 categorías definitorias de ser 'pacientes pluripatológicos' y además otros dos diagnósticos adicionales, con un claro predominio de las enfermedades cardiovasculares.
- Tienen un elevado consumo de recursos en los distintos niveles asistenciales, tanto en lo referente a ingresos hospitalarios (0,5 en el año previo), urgencias hospitalarias (0,5 en el trimestre previo), seguimiento ambulatorio por especialidades (media 1,74 por paciente, aunque con escaso protagonismo de medicina interna entre ellas, al seguir a menos del 20 % de los pacientes), frecuente acceso a la atención primaria (donde pueden destacarse las cerca de 3,5 consultas de media con el médico de familia en tres meses, o la tercera parte que conocían el número de teléfono del enfermero), además de un alto consumo de fármacos (media más de 8 por paciente).
- Presentan una limitación funcional relevante (moderada, severa o total) para las actividades básicas algo más de la cuarta parte de los pacientes, y un deterioro cognitivo moderado o severo en un 20 %.

- Una situación sociofamiliar donde predomina la convivencia con familiares de primer grado, la mitad vive en domicilio con equipamiento insuficiente o con deficiencias, un 20 % está limitado al domicilio y la gran mayoría necesita apoyo que es principalmente proporcionado por la familia. En esta situación casi dos de cada 3 necesitan un cuidador, papel en el que predominan hijas o nueras con una edad media de 60 años.

La evaluación de la relación con los trabajadores sanitarios obtuvo valores elevados, con una media por encima de 8,5 en una escala de 10, tanto para médicos de familia como enfermeros de atención primaria, y para internistas.

La percepción global de la calidad de la asistencia por los pacientes pluripatológicos ofreció un valor en principio aceptable, más cerca en la escala de medición de la puntuación ‘mejor de lo esperado’ que ‘tal como lo esperaba’.

Los aspectos mejor valorados de la asistencia eran precisamente los referidos a la relación con enfermeros y médicos, mientras los peores eran los tiempos de espera, sobre todo de entrada en consulta, el único con un valor medio por debajo de lo esperado.

Se identificaron 5 dimensiones dentro de la percepción de la calidad, que ordenados según la proporción de varianza que explicaban, eran: actividad de médicos, equipamiento y citación, aspecto de instalaciones, actividad de enfermería y accesibilidad.

Se encontraron diferencias en la valoración de la calidad de la asistencia en virtud de distintas variables. Así, se encontró una mejor opinión en varones, en aquellos que convivían con hijos, en los que vivían en la población periurbana (Camas) y en los que no precisaban un cuidador; en los que presentaban más categorías de paciente pluripatológico, tenían la categoría ‘F’ (tanto si padecían diabetes mellitus con repercusión visceral como arteriopatía periférica), o no tenían la categoría ‘B’ (en concreto, la referida a enfermedad osteoarticular con limitación funcional, que correspondía principalmente a poliartrosis); en los que tenían menos dependencia o, curiosamente, más deterioro cognitivo; en los que tenían más citas con su médico de familia o tenían acceso tanto con éste como con enfermería del centro de salud; en los

que, también como algo que resulta llamativo, no tenían seguimiento ni por especialidades quirúrgicas ni por medicina interna; y en los que referían mejor relación con médico de familia o enfermero y, otro dato un tanto sorprendente, no recordaban el nombre de su enfermero.

La búsqueda de correlaciones con la calidad percibida por los pacientes pluripatológicos encontró alguna asociación significativa, pero ninguna de ellas fuerte, siendo la más intensa de ellas la que había con la opinión de la relación con el médico de familia.

Por último, los aspectos que permitían predecir una mejor calidad percibida de la asistencia eran, en orden de mayor a menor influencia: una valoración alta de la empatía con el médico de familia, no tener seguimiento por especialidades, tener como conviviente a la pareja, no tener cuidador, vivienda en localidad periurbana, disponer del teléfono del enfermero y no conocer el nombre del enfermero.

A lo largo de esta Discusión se comentarán dichos Resultados, comparándolos con los estudios identificados al efecto, tanto con otros estudios sobre pacientes con comorbilidad, como con otros estudios que valoraron la percepción del paciente sobre la asistencia sanitaria.

## **2. COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS SOBRE COMORBILIDAD**

### **2.1. Reclutamiento de la población de estudio.**

En el Anexo 3 se exponen los estudios que, abordando el tema de la comorbilidad, ofrecen datos que permiten comparaciones o referencias a los resultados en el estudio objeto de esta tesis.

En este estudio para conocer la calidad percibida de la asistencia (como medida de satisfacción con la atención recibida) en el caso concreto de pacientes pluripatológicos (como pacientes con comorbilidad), se procuró identificar a todos los pacientes que cumplieran la definición existente de ‘paciente pluripatológico’ en una determinada zona geográfica, de modo que las percepciones de dichos pacientes identificados coincidieran con la de ese grupo de pacientes pluripatológicos. Así, este estudio partía de la determinación de la prevalencia de pluripatología en la población general.

Los estudios que permiten evaluar la “frecuencia” de comorbilidad identificados son muy heterogéneos, en tanto que las poblaciones estudiadas muestran una gran variedad, y habitualmente la comorbilidad es una de las características tenidas en cuenta en algún punto de la descripción de la población o del análisis de resultados y pocas veces se ha centrado en una zona específica que permita determinar la prevalencia.

Tal como se recoge en el Anexo 3, hay varios estudios con un procedimiento de selección de pacientes similar al nuestro, en el sentido de que recojan explícitamente o permitan identificar una frecuencia o proporción de pacientes con comorbilidad (43, 65, 66, 77, 116-122, 128, 130, 153, 155, 222-231)

También se incluyen otros estudios por compartir diversos aspectos con los pacientes pluripatológicos: atención domiciliaria (44, 232-236); evaluación cognitiva (237, 238); tratamientos prolongados (239); problemas crónicos (158, 240-242); un rango de edad (79, 102, 231, 243); uso de recursos en un periodo determinado, adscritos a determinados centros (41, 42, 80, 88, 142, 167, 228, 244-249); limitación para actividad física (250-252).

En resumen, entre los estudios que han identificado pacientes con comorbilidad, pocos son los que permiten conocer su frecuencia en determinados colectivos o situaciones, y menos los que la identifican en un área geográfica ofreciendo una prevalencia en población general. De hecho, en España sólo se ha localizado una publicación previa en la que se pueda calcular una prevalencia de comorbilidad (López Navarrete *et al* (43)), en su caso limitándose a pacientes mayores de 65 años e incluyendo pacientes de tres médicos de atención primaria de centros de salud distintos.

Así, este estudio ofrece una prevalencia de pluripatología y de la comorbilidad asociada al incluir a la gran mayoría de los médicos de un área concreta.

## **2.2. Selección e incidencias con los pacientes del estudio.**

En el Anexo 4 se recogen las dificultades en la identificación de pacientes y las incidencias que llevaron a restringir la población elegible o finalmente incluida en estudios que se han identificado sobre comorbilidad, ya enumerados en el Anexo 3.

Un primer problema que se planteó en el estudio objeto de esta tesis es la necesidad de recurrir a la historia clínica informatizada. En este sentido, un estudio realizado en Alemania (238) para valorar la prevalencia de deterioro cognitivo y tenía en cuenta la presencia de comorbilidad, encontraba que los médicos generales no habían dejado constancia del 45,4 % de los problemas médicos, el 61,8 % de los psiquiátricos y el 56,8 % de los sociales. Fue éste el motivo de excluir a los médicos que menos usaban la historia de forma significativa, por tanto menor probabilidad de recoger los diagnósticos, y así menor fiabilidad a la hora de identificar a todos los pacientes pluripatológicos correspondientes.

En relación con la tendencia a recoger o no los diagnósticos se podría plantear la validez de los diagnósticos recogidos en una historia de atención primaria. Sobre este

aspecto, otro estudio (253) encontró un acuerdo que fue desde un máximo 96 % de ‘verdaderos diagnósticos’ en diabetes a 58 % en enfermedad pulmonar crónica. Los acuerdos de ‘verdaderos diagnósticos’ oscilaron entre el 62 % y el 96 %. Los diagnósticos considerados como ‘falso positivo’ fueron un 4 %, llevando a aceptar que los diagnósticos recogidos en atención primaria eran en general válidos, como se asume en esta tesis.

Las diferencias entre médicos a la hora de recoger diagnósticos se investigó en un estudio que incluía 53 consultas con 114 médicos, analizando los diagnósticos por CIE-9 de sus 214524 pacientes en dos años consecutivos (254). Se encontraron diferencias entre consultas y entre médicos tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de cada diagnóstico, pero la conducta del médico para ambos factores se mantenía estable de un año a otro. Factores como edad, sexo y clase social de los pacientes, localización geográfica y organización de la consulta tienen una influencia marginal frente a aspectos idiosincráticos y excluyentes del médico. Se argumentaba que incluyendo un número suficiente de consultas y de pacientes, el resultado medio es una estimación suficientemente exacta tanto para estudios epidemiológicos como para el uso administrativo.

Un planteamiento como el de este estudio que parte de un contacto con los médicos antes de acceder a los pacientes se encuentra también en el caso de:

- Knox *et al* (42) (donde participaron 379 médicos de 1000 contactados)
- Fortin *et al* (66) (21 médicos de 130 posibles -16,2 %- para un área de 150.000 habitantes)
- Duberstein *et al* (248) (96 médicos de 297 posibles -32,3 %-)

La variabilidad en el número de pacientes incluidos correspondientes a cada médico también se refleja en otras publicaciones que han referido tal dato, como Wensing *et al* (240) con una tasa de respuesta del 63 % que en una continuación del

---

estudio disminuye; o Fortin *et al* (66) donde de una respuesta inicial por el 73 % de médicos invitados a participar, concluyen el estudio el 18 %.

Así, dentro de que la tasa de pacientes que completan nuestro estudio pueda no entenderse como 'mejorable' (aproximadamente el 70 %), supera la de otros que han actuado de manera similar. En nuestro caso los programas de colaboración entre medicina interna y atención primaria pueden haber logrado una mayor implicación de los médicos de familia, mejorando su participación, y a través de ellos, la colaboración de los pacientes, al citarles o tener aviso del estudio.

Dentro de las pérdidas un 21 % fueron excluidos de la valoración de satisfacción con la asistencia, destacando cerca de un 10 % que habían fallecido y un 6 % de cambios de centro, principalmente por cambios en la demarcación de áreas correspondientes a los centros de salud.

Frente al 10 % de fallecidos en el plazo de nueve meses (tres meses entre el final de la identificación y el inicio de las encuestas, seis durante el desarrollo de éstas). En relación con esto, aunque los plazos de seguimiento y pacientes incluidos muestren una gran variabilidad (79, 142, 232, 234, 243, 251, 255, 256), puede inferirse que la mortalidad de los pacientes pluripatológicos identificados inicialmente era mayor que la vista en otros estudios donde el principal criterio de inclusión era la edad, y supuso la mayor merma en la inclusión de pacientes en una encuesta personal.

La exclusión por cambio de domicilio (y por tanto de centro) sólo aparece recogida en Bayó *et al* (79)), McGlynn *et al* (244), Marengoni *et al* (255). En todos estos casos similar o superior a lo recogido en los datos de este estudio.

El ingreso en residencia de cuidados, que en este estudio no alcanzó el 1 %, fue sin embargo del 15 % en Bernabei *et al* (234), 2,3 % en Wenger *et al* (251) y menor del 0,1 % en Montgomery *et al* (243)(mayores de 65 años), algo que refleja la variedad de pacientes y de entornos a que corresponde cada una de estas publicaciones.

Así, la proporción de pacientes incluidos en los estudios sobre los identificados muestra una gran variabilidad, que dependería en gran medida del procedimiento y requisitos que cada estudio plantea (66, 79, 80, 101, 102, 118, 119, 128, 130, 167, 222, 224, 225, 228, 233, 237, 240, 242, 244, 245, 247-251). En este sentido, cabe destacar la diferencia entre dos estudios de Fortin *et al*: en 2005 el 90 % de los pacientes contactados al acudir a consulta de atención primaria participan (66), y al contactar con ellos posteriormente baja a 56,8 % (101). También los dos grupos de varones de similar edad incluidos por Asch *et al* (245): 86,5 % entre personas con patología crónica y 24,3 % entre personas contactadas telefónicamente de forma aleatoria.

### **2.3. Prevalencia y frecuencia de comorbilidad.**

La prevalencia de pacientes pluripatológicos identificada en el estudio objeto de esta tesis fue del 1,32 %, correspondiente a una población de 62702 personas adscritas a los 42 médicos que participaron, en cuatro centros de atención primaria.

Todos los estudios que permiten establecer la proporción de comorbilidad que se presenta en un determinado grupo, su prevalencia, muestran un valor superior –con frecuencia muy superior- al ofrecido en esta tesis, tal como se recoge en el Anexo 5.

Dos motivos pueden explicar esta menor frecuencia de pacientes pluripatológicos frente a otras mediciones de comorbilidad:

- Las poblaciones estudiadas. Como ya se exponía en la descripción de los estudios de comorbilidad que se incluyen en esta Discusión, la mayoría no se refieren a población general (ya sea una búsqueda activa o una selección aleatoria), sino que son seleccionados en un grupo de edad (habitualmente de edad avanzada, y por tanto, con mayor probabilidad de comorbilidad (121)) o por acudir a una determinada consulta (lo que hace esperar que con más probabilidad de presentar patologías), o por presentar un nivel de dependencia o fragilidad determinado.

- Las patologías valoradas. Tal como se comentará más adelante, es habitual que en los estudios que tienen en cuenta la comorbilidad, se refiera a ‘problemas crónicos’, donde se incluyen factores de riesgo o patologías sin considerar



su repercusión, en muchas ocasiones gracias a diagnósticos codificados. La identificación de pacientes pluripatológicos se entendería como más restrictiva en la inclusión al considerar las limitaciones que se hacían en su definición respecto a determinadas patologías (en base a afectación funcional sobre todo) y no la mera suma que habitualmente se tiene en cuenta.

Cabe recordar aquí una lectura que puede hacerse de un estudio que comparaba seis mediciones concretas de comorbilidad para resultados específicos (257). Concretamente mostraba la distinta validez predictiva de cada medición para predecir estancia hospitalaria y mortalidad hospitalaria o tras ella. Del mismo modo, distintos planteamientos para medir la comorbilidad –y otros aspectos como edad, género y localización geográfica, también considerados en el análisis de dicho estudio- llevan a encontrar distintas prevalencias.

Podría decirse que la frecuencia de comorbilidad aumenta cuanto mayor sea la edad, mayor sea la limitación funcional del grupo investigado, y mayor sea el uso de recursos sanitarios. Así, las frecuencias de comorbilidad identificadas van desde un 4,7 % en encuestas realizadas en Países Bajos a lo largo de ocho años a 55332 personas mayores de 16 años no institucionalizadas (suponía una tasa de respuesta del 60 %), con problemas referidos por los encuestados (118), hasta el 90 % en 980 pacientes que acuden a consulta de atención primaria en Canadá (66).

De hecho, esa prevalencia de un 4,7 % identificada en población general holandesa con enfermedades referidas por los pacientes, resulta similar a la máxima que se estimaba dentro del Proceso de atención a pacientes pluripatológicos en su publicación en 2002 (104). Allí se detallaba el proyecto “Medición del producto en atención Primaria”, desarrollado por el Servicio Andaluz de Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública, con información de 35.569 pacientes atendidos por 29 médicos de atención primaria en zonas tanto urbanas como rurales de las ocho provincias andaluzas. La prevalencia que se calculaba era del 5,07 % de población usuaria y 4,13 % de la población general; para ello se asignaban a cada categoría de la definición de paciente pluripatológico los códigos CIE-9 que les pudieran corresponder. Las restricciones puestas por la definición de paciente pluripatológico (al grado de limitación funcional o de deterioro cognitivo, al nivel de síntomas, al tipo de

seguimiento) marcarían en gran medida el paso de ese 4 – 5 % al 1,32 % identificado, con un rango entre 0,29 y 2,73 en los cupos incluidos de médicos de atención primaria.

Así, la definición de ‘paciente pluripatológico’ permite seleccionar un grupo relativamente pequeño dentro de la población general. La inclusión en base a una afectación de al menos dos órganos o sistemas, considerando además el nivel de gravedad o de limitación funcional que impliquen las patologías, lleva a identificar una prevalencia menor que la encontrada por otros estudios que no han hecho su extracción de la población general, o que han definido la frecuencia de comorbilidad en base a la presentación de un determinado número de enfermedades simultáneas sin tener en cuenta la gravedad o la limitación funcional, incorporando incluso factores de riesgo.

## **2.4. Características demográficas de los pacientes pluripatológicos.**

### **2.4.1. DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.**

Tanto entre los pacientes pluripatológicos identificados en población general como en los finalmente encuestados la proporción de cada género fue aproximadamente igual, es decir ‘mujeres 50 %, varones 50 %’.

En los estudios identificados que incluyen valoraciones de comorbilidad la frecuencia de mujeres fue habitualmente mayor que la de varones. Sólo cuando se desarrollaron en entornos donde con claridad predominaban los varones se encontraban más de éstos que de mujeres, como ocurre en centros de veteranos del ejército (102, 167, 242). En el resto, oscila entre ‘mujeres 55 %, varones 45 %’ (pacientes con comorbilidad en cupos de 42 médicos generales, (65)) y ‘mujeres 77 %, varones 23 %’ (mayores de 75 años, (222)). Estos datos se exponen en el Anexo 6.

En la proporción de géneros de cada estudio pueden influir:

- El grupo de edad del que se seleccionan los pacientes. En Sevilla y Camas, las poblaciones incluidas en el estudio objeto de esta tesis, la proporción en las fechas en que se realizó era ‘mujeres 52 %, varones 48 %’ en la población total; en adultos seguía siendo ‘mujeres 53 %, varones 47 %’, pero en mayores de 65 años pasaba a

---

‘mujeres 60 %, varones 40 %’ y por encima de 85 años llegaba a ‘mujeres 75 %, varones 25 %’ (258) Estudios referidos a población de edades similares presentan proporciones parecidas a éstas.

- La presencia de enfermedades crónicas como criterio principal para incluir pacientes, un aspecto que aumenta con la edad, cuando no se hace una búsqueda sistemática de todos los que existan en un área, puede favorecer un predominio de mujeres (158, 240, 246).
- Cuestiones concretas como el seguimiento domiciliario, acudir a una determinada consulta o centro pueden reflejar una diferencia de comportamientos y accesibilidad a recursos, además de que participe en ellos la edad.

En estudios que, como el que es objeto de esta tesis, los pacientes incluidos se extraen de población adulta (65, 118, 223), la proporción de géneros es de nuevo similar a la que se ha especificado para las áreas de Sevilla y Camas, y la proporción de géneros encontrada para pacientes con enfermedades crónicas (‘mujeres 55 %, varones 45 %’) se acerca a la encontrada en pacientes pluripatológicos en población general.

En definitiva, las proporciones de varones y mujeres entre los pacientes pluripatológicos se muestran igualadas, dato cercano a otros estudios que identifican pacientes con enfermedades crónicas en población general o adulta.

Por último, la distribución de géneros en estudios sobre pacientes pluripatológicos ingresados en áreas de Medicina Interna es similar a la encontrada (y encuestada) en población general, con en torno a un 47 – 48 % mujeres (105, 106, 109), mientras que recogiendo datos de todos los ingresados en un hospital –aunque aplicando datos del CMBD, con diagnósticos codificados por CIE-9- encontraba más varones (sólo un 35 % mujeres, (110).

#### 2.4.2. EDAD DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.

La edad de los pacientes pluripatológicos fue de unos 74 años, tanto en el grupo total de identificados en población general como entre los que fueron encuestados, con un rango que oscilaba entre los 40 y los 100 años.

En los estudios identificados que tienen en cuenta la comorbilidad, la edad media de los pacientes incluidos muestra un amplio abanico de resultados, que aparecen reflejados en el Anexo 7. Van desde 42 años (en adultos que acuden a consulta de atención primaria en una semana (41)) a 84,6 años (mayores de 75 años en un área urbana (222)).

Dentro de la gran variabilidad de edades encontradas en los estudios, hay que destacar que aquellos que se refieren específicamente a personas con al menos un problema crónico sin hacer limitaciones por edad (65, 118, 158, 240, 246) tienen una edad media en torno a los 60 años, llamativamente menor que la encontrada en el estudio objeto de esta tesis.

No hay que olvidar por otra parte que la aparición de problemas o enfermedades simultáneos en una misma persona sucede habitualmente a mayores edades (242).

La edad de los pacientes es mayor en otros estudios que tienen en cuenta aspectos concretos, como la necesidad de atención domiciliaria (44, 232-235, 259), presentan fragilidad (250, 252), tienen mayor consumo de recursos (142, 247, 251), o por supuesto cuando se limita por encima de un nivel determinado (79, 222, 226).

La edad es también menor cuando se incluyen todos los pacientes que acuden a consulta en un periodo (41, 80, 167, 227, 228, 239, 242, 245, 249, 260).

Así, los pacientes pluripatológicos tienen una edad relativamente avanzada, más cercana a los pacientes con más limitaciones y consumo de recursos, que a la referida cuando se plantea sólo la presencia de enfermedades crónicas.

Por último, la edad de los pacientes pluripatológicos identificados y encuestados en población general es cercana a la encontrada en pacientes ingresados en áreas de Medicina Interna: 66 (106), 72 (109) y 75 (105) años; y en el hospital completo: 72,3 (261).

## 2.5. Patologías de los pacientes pluripatológicos

### 2.5.1. NÚMERO DE PATOLOGÍAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.

La definición de un paciente como pluripatológico, como es sabido, no implica simplemente que tenga dos ó más enfermedades, sino que estén afectados al menos a dos órganos o sistemas distintos. De este modo, alguien con dos categorías puede tener más de dos enfermedades; un ejemplo relativamente frecuente sería un paciente con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca con limitación funcional (ambas englobadas en la categoría 'A') y simultáneamente arteriopatía periférica sintomática y diabetes con afectación vascular (ambas englobadas en la categoría 'F').

Tanto en los pacientes pluripatológicos inicialmente identificados como en los que se consiguió encuestar, el número de categorías por paciente fue aproximadamente de 2,5: un 60 % con dos, un 35 % con tres, y el resto con cuatro ó más. Además había, por paciente, otros dos diagnósticos adicionales de patologías crónicas que no se correspondían con categorías de paciente pluripatológico.

En los estudios identificados que valoran la comorbilidad, expuestos en el Anexo 8, habitualmente se cataloga en base al número de enfermedades o diagnósticos que presenta cada paciente, aunque otros valoran la presencia de enfermedades simultáneas, en muchas ocasiones refiriéndose a determinadas patologías concretas o más prevalentes. Este distinto planteamiento hace que las comparaciones directas entre dichos estudios, y con el de pacientes pluripatológicos objeto de esta tesis, deban ser realizadas con cautela.

Por otra parte, sólo uno de estos estudios (158) hace una diferenciación entre siete diagnósticos principales (concretamente diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad respiratoria crónica, enfermedades músculo-esqueléticas, depresión e hipertensión arterial) y otros 12 diagnósticos adicionales, un planteamiento similar al de pacientes pluripatológicos con unas enfermedades que definen categorías y otras que al no definir las se consideran diagnósticos adicionales.

La cifra de problemas crónicos, de ‘problemas médicos’ o de ‘enfermedades activas’ llega a ser cercano a uno por paciente, o incluso inferior, en población general (65, 121, 128, 244); cuando se incluye en base a haber requerido atención sanitaria, limitaciones de edad, requerir atención domiciliaria, presentar al menos un problema crónico, la cifra más habitual está en torno a tres por paciente, con grandes diferencias: desde 0,94 problemas crónicos (260) para pacientes que requieren alguna atención durante un año a 9,54 problemas médicos en pacientes mayores de 70 años a los que se hace una valoración cognitiva (238). Sólo en un caso se puede extraer una cuantificación del número de enfermedades cuando los pacientes presentan comorbilidad (229): 3,01 de nueve grupos de enfermedades (los ocho de la escala CIRS, a los que suma neoplasia).

Sí puede afirmarse, en vista de lo expuesto, que a mayor edad, mayor limitación funcional y mayor uso de recursos sanitarios (por ejemplo, por requerir atención domiciliaria), mayor es el número de enfermedades.

Los pacientes pluripatológicos, seleccionados precisamente por presentar comorbilidad, tienen un importante número de enfermedades (con afectación de al menos 2,5 órganos o sistemas por paciente, y otros dos problemas crónicos de media).

Por último, en estudios que han valorado a pacientes pluripatológicos en ámbitos hospitalarios, el número de categorías ha sido similar en Medicina Interna: 64,5 % con 2, 27,5 % con 3, 8 % con cuatro ó más (105); media  $2,5 \pm 0,7$ , 58,3 con dos, 41,7 con tres (106). Y algo menor en el hospital en general: 72,6 % con dos, 27,4 % con tres ó más (110).

### 2.5.2. PATOLOGÍAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.

La clasificación de enfermedades en categorías según el órgano o sistema afectado, tanto en el total de pacientes identificados como en los que fueron encuestados, permite la siguiente gradación según la frecuencia, de más a menos: A (patología cardíaca), F (patología vascular periférica incluyendo la secundaria a diabetes mellitus), B (patología osteo-articular y renal), C (patología respiratoria), E (patología neurológica), G (patología onco-hematológica), D (patología digestiva). La frecuencia de categorías fue similar entre los identificados y los encuestados.

Por patologías concretas las más frecuentes fueron la diabetes mellitus con repercusión visceral, la cardiopatía isquémica y la limitación crónica al flujo aéreo; y las menos, enfermedad inflamatoria intestinal, hepatopatía crónica activa y *cor pulmonale*.

Las patologías crónicas que no suponían categorías de paciente pluripatológico incluían una gran miscelánea, en la que destacaba con diferencia la hipertensión arterial (presente en más de la mitad de los paciente pluripatológicos), seguida de la dislipemia y la fibrilación auricular.

Así, tanto las categorías más frecuentes como los otros problemas crónicos se incluían claramente en la patología y factores de riesgo cardio-vasculares.

A la hora de revisar las patologías y problemas descritos en estudios que tratan la comorbilidad, enumerados en el Anexo 9, lo primero que se percibe es una gran variabilidad en la frecuencia de enfermedades.

Las diferencias entre poblaciones estudiadas, de distinta extracción (toda la población, sólo con enfermedades crónicas, que acuden a una consulta, por encima de un nivel de edad determinado, con una limitación concreta para actividades básicas) hacen que los resultados de frecuencia de enfermedades vayan desde un mínimo en el que apenas superen el 10 %: incluyendo a mayores de 18 años que hubieran requerido asistencia en los dos años previos, en encuesta telefónica (244); con pacientes

consecutivos que acuden a consulta (42); con pacientes que acuden a consulta en un año (260). Hasta un máximo en el que alguno de los problemas o enfermedades supera el 70 %: con una muestra, en un área de los pacientes mayores de 70 años que tuvieran movilidad mayor a ‘cama-sillón’ y no estuvieran en residencias (226); con los mayores de 65 años en los que se esperaba el mayor gasto el año siguiente (247).

Al intentar establecer comparaciones entre el estudio objeto de esta tesis y los enumerados, hay que recordar el distinto planteamiento que supone identificar a pacientes pluripatológicos, donde no sólo se tienen en cuenta la suma de enfermedades sino que también cada una de éstas suponga una repercusión funcional o una situación que precise unos mayores requerimientos en su seguimiento. De este modo, como ya se ha expuesto, no se diferencia entre unos diagnósticos principales (las ‘categorías’) y otros secundarios o adicionales (el único que lo hace (158) no especifica estos ‘adicionales’), aunque sí es frecuente hacer una diferenciación por órganos o aparatos.

Aunque la mayor o menor frecuencia de cada enfermedad o problema se pueda ver influida por la selección de poblaciones de los estudios, el orden en que se presentan es similar. La patologías más frecuentes suelen ser la hipertensión arterial (o el grupo en que se le incluya, vascular o cardio-vascular), que llega al 90 % (mayores de 65 años con mayor gasto esperado (247)) y artrosis (a menudo incluida como patología osteo-articular o musculoesquelética), que alcanza el 68 % (mayores de 70 años en centro de veteranos (102)). Hay que recordar que la hipertensión arterial no se considera por sí sola una categoría de paciente pluripatológico y la artrosis se considera teniendo en cuenta el nivel de limitación funcional que ocasione. Tras la hipertensión y la artrosis estarían patologías cardíacas, diabetes y patología respiratoria crónica, y con menor frecuencia neoplasias y patología neurológica: un orden de frecuencias similar también al que presentan los pacientes pluripatológicos.

Dos de los estudios del listado ofrecen frecuencias de enfermedades específicas para pacientes con comorbilidad, con al menos dos enfermedades distintas (un ensayo clínico sobre tipos de atención (241); y un estudio de prevalencia de comorbilidad teniendo en cuenta ocho tipos de patologías, siete de ellos incluidos en la escala CIRS



(229). De nuevo la aceptación como enfermedades que definan la comorbilidad de la hipertensión arterial (en la escala CIRS como ‘vascular’) y de la artrosis (en la escala CIRS como ‘músculo-esquelético’) muestran un planteamiento menos restrictivo que la definición de pacientes pluripatológicos. Teniendo en cuenta que esto afecta de nuevo a la frecuencia de enfermedades, el patrón en que se presentan tiene de nuevo semejanzas con las encontradas en pacientes pluripatológicos.

Por último, en estudios de pacientes pluripatológicos en ámbito hospitalario, todos en áreas de Medicina Interna, los extremos vienen a coincidir con lo encontrado en población general: cerca del 70 % la categoría A, y menos del 20 % las categorías D y G, con una variabilidad en las categorías con frecuencia intermedia que posiblemente refleje las peculiaridades que rijan los ingresos en dicho servicio en los centros implicados.

- En un hospital de Sevilla (105): A 69 %, B 53 %, E 37 %, F 36 %, C 33 %, G 15 %, D 11 %.
- En 24 hospitales de Andalucía (106): A 65 %, F 46 %, E 40 %, C 36 %, B 26 %, G 18 %, D 12 %.
- En un hospital de Albacete el orden de frecuencia era (109): A, C, B, F, G, D, E.

## 2.6. Características de los cuidadores.

Casi dos de cada tres pacientes pluripatológicos identificados requería cuidador, que era una mujer en cuatro de cada cinco casos, en la mitad de las veces cónyuge del paciente (e hijo-a en un tercio) con mayor variedad de edades (aunque la media, 60, era unos 15 años menor que la del paciente).

En los estudios identificados que recogen comorbilidad pocas veces se considera la presencia de cuidadores de los pacientes. Enumerados en el Anexo 10; incluyendo los estudios realizados en España, el objeto de estudio eran habitualmente pacientes con atención domiciliaria. En los estudios, todos españoles, que describen géneros, la proporción de mujeres al cuidado del paciente es similar a la de los pacientes pluripatológicos, en torno al 80 %. Sólo en uno se especificaba la edad del cuidador, también cercana a los 60 años. En los que ofrecían datos del parentesco con el paciente, a diferencia de los pacientes pluripatológicos, tenían un predominio de hijos frente a cónyuges.

En uno de los estudios realizado fuera de España, concretamente en Italia, con pacientes domiciliarios (234), la proporción que requería cuidador era algo superior a la que se encontró en paciente pluripatológicos (en torno al 70 %), siendo descritos como ‘cuidadores informales’. El otro estudio que no es español es el único que da un dato, sobre población no limitada a su domicilio, de necesidad de cuidadores: un 10 % de pacientes mayores de 70 años requerían un cuidador (102).

Cabe recordar cómo el ejercer el papel de cuidador de pacientes puede suponer una sobrecarga que puede ser cuantificada. Para ello existen instrumentos como el ‘Índice de esfuerzo del cuidador’ (262), validado en España (221). Para los pacientes pluripatológicos, empleando dicho índice, la sobrecarga estaba presente en el 41,5 % de sus cuidadores, siendo el deterioro cognitivo y funcional, el consumo de recursos sanitarios y la edad del paciente los predictores independientes del valor obtenido (263). No resulta sorprendente que el ‘cuidador tipo’ (una mujer con una edad cercana a la jubilación) sienta sobrecarga en tal proporción al asumir el cuidado de familiares dependientes, como con frecuencia son los pacientes pluripatológicos, con escasos apoyos (tal como muestra la escala de Gijón) y reconocimiento.

## 2.7. Situación socio-familiar de los pacientes pluripatológicos

La situación socio-familiar de los pacientes pluripatológicos se valoró empleando la escala de Gijón. (220). Sólo otro estudio más que tenga en cuenta la comorbilidad la ha empleado también (con pacientes mayores de 70 años de Cáceres (226)). Los resultados de otros estudios que valoran la comorbilidad e incluyen aspectos de la situación socio-familiar, aparecen en los Anexos 11 a 15.

Respecto a la situación familiar, lo primero que llama la atención es la diferencia entre lo descrito en España y los resultados de otros países. En los estudios extranjeros la proporción de pacientes que vive solo está en torno al 50 %, con edades por encima de 65 años, problemas crónicos o fragilidad. En España viven solos el 20 % o menos, también en el caso de los pacientes pluripatológicos; cifras similares sólo se recogen fuera de España cuando se trata de población general sin límite de edad o situación funcional (65, 101).

La vivienda, en los otros dos estudios que la tratan, tiene una frecuencia menor de equipamiento adecuado que el que se identifica en estos paciente pluripatológicos.

Las relaciones sociales, en el otro estudio que las valora al aplicar la escala de Gijón, obtiene mejores resultados que los pacientes pluripatológicos: aunque incluye a partir de 70 años, no ingresados en residencias ni con limitación cama-sillón; esto puede favorecer que mantengan más relaciones fuera del domicilio.

El apoyo social los paciente pluripatológicos lo necesitan en mayor proporción y lo reciben mayoritariamente de familiares y amigos, encontrando menos apoyo de

profesionales y de voluntarios que en otros estudios, incluyendo uno realizado fuera de España. (102).

La situación económica de los pacientes pluripatológicos, teniendo en cuenta que la participación para contestar esta pregunta fue menor que con cualquiera de las demás de la encuesta, y recordando también que los estudios están realizados en distintos momentos y lugares, es mejor que la referida en los otros dos estudios españoles que consideran esta cuestión. La comparación es más difícil con los estudios norteamericanos (243). El punto de corte en los dos estudios estadounidenses, 20.000 US\$, correspondía en el momento de la encuesta correspondían a unos 18.000 € anuales (264), con más del 60 % de los pacientes por encima; mientras el nivel más alto recogido en la escala de Gijón, 720 € mensuales, llevaría a 8640 € anuales, con más del 60 % de los pacientes por debajo; esto sugiere que la situación económica de los pacientes en aquellos estudios era mucho mejor que las de los pluripatológicos, aunque el entorno sea distinto, al igual que ocurre en el estudio alemán (265). El otro estudio, canadiense, se basa en la percepción de la situación económica de los pacientes, y guarda cierto paralelismo con los niveles recogidos en la escala de Gijón para los pluripatológicos.

## 2.8. Requerimientos de recursos sanitarios.

### 2.8.1. INGRESOS HOSPITALARIOS.

El 70 % de los pacientes pluripatológicos identificados en población general no había requerido ingresos hospitalarios en el año previo a ser encuestados. La media de ingresos era de 0,5 con una desviación típica de 1,1.

Aunque estas cifras puedan hacer pensar, en principio, que pocos pacientes Pluripatológicos ingresan, y que lo hacen pocas veces, al revisar otros estudios que tienen en cuenta la comorbilidad, que figuran en el Anexo 16, los únicos casos en que se superaba esa proporción del 30 % de pacientes pluripatológicos que presentaban ingresos hospitalarios en un año, era en pacientes que requerían atención domiciliaria, con un 40 % (233), subiendo al 50 % cuando además se limitaba a mayores de 65 años en un ensayo clínico (234); y se igualaba ese 30 % en pacientes mayores de 65 años con un uso de recursos al menos intermedio (142).

En cuanto al número de ingresos en un año, por paciente, ningún otro iguala ese 0,5 ingresos/año, siendo el más cercano, con 0,39, el ensayo sobre tipos de seguimiento con pacientes mayores de 65 años con al menos dos problemas crónicos (241).

Por otra parte, si entre esos resultados en los estudios que recogen datos de comorbilidad se incluye que cerca del 70 % de los pacientes que ingresan tienen problemas crónicos (121), los pacientes pluripatológicos suponen aproximadamente el 40 % de los ingresados en Medicina Interna (105, 106, 109, 110) y el 16,9 % del total de ingresados en un hospital (110). En estos pacientes pluripatológicos ingresados en Medicina Interna habían tenido ingresos el año previo el 49 % (109), con  $1,9 \pm 1,3$  ingresos, con diferencias significativas frente al resto de pacientes. El hecho de que la presencia de comorbilidad se haya mostrado como un predictor de reingreso (128, 231, 266), como también lo es la misma presencia de ingresos previos, puede participar en el amplio rango de valores en el número de ingresos que presentan los pluripatológicos.

### 2.8.2. ATENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIAS

De los pacientes pluripatológicos encuestados, algo más del 25 % habían acudido a servicios de urgencias en atención primaria durante un año (con 0,6 consultas por paciente) y algo más del 30 % a los del hospital (con 0,5 consultas por paciente).

Entre los estudios identificados sobre comorbilidad con información sobre atención en urgencias, expuestos en el Anexo 17, ninguno ofrece datos sobre atención en urgencias de atención primaria. Sobre el uso de servicios de urgencias hospitalarios, los que habían acudido en mayor proporción son los grupos de pacientes mayores de 60 años que acudían a consultas hospitalarias en Estados Unidos (llegaba al 40 % (237)); y el de pacientes mayores de 65 años con uso al menos intermedio de recursos dentro de un ensayo clínico sobre tipos de seguimiento (un 30 % (142)). En el mejor de los casos, los pacientes pluripatológicos igualarían esta segunda cifra.

Se ha documentado que el 55 % de los pacientes que acuden a Urgencias hospitalarias tienen patologías crónicas (121). Entre los pacientes pluripatológicos que ingresan en Medicina Interna se han registrado  $3,6 \pm 3,2$  consultas en urgencias hospitalarias en el año previo (105), una cifra significativamente mayor que la encontrada en el resto de los pacientes (105, 109).

Como en el caso de la hospitalización, la presencia de comorbilidad ha demostrado ser predictor de precisar atención en servicios de urgencias (231).

### 2.8.3. TRATAMIENTO: NÚMERO DE FÁRMACOS

El número de fármacos que tomaban los pacientes pluripatológicos encuestados era de más de ocho como media y sólo un 0,3 % de los pacientes no tomaban ningún medicamento.

Esta cifra supera la cifra de todos los estudios seleccionados que incluyan la comorbilidad en su valoración, en parte porque la presencia de patología crónica y su repercusión no eran los criterios de selección, sino otros aspectos como el requerir atención domiciliaria o acudir a consulta. En ninguno de los enumerados, que figuran en el Anexo 18, la media supera los cinco fármacos por paciente.

En otros estudios que atestiguaban en la Introducción de esta tesis la relación entre comorbilidad y polifarmacia se refería un número de fármacos por paciente más cercano a lo encontrado en pacientes pluripatológicos: ocho fármacos de media en pacientes mayores de 65 años con insuficiencia cardíaca (y otros 3,4 problemas por paciente) (49); una mayor proporción de pacientes con cinco a nueve fármacos, o más de nueve fármacos, frente a menos de cinco fármacos, en mayores de 65 años dados de alta de Medicina Interna y Geriátrica (55) con una correlación entre el número de diagnósticos y la polifarmacia; 8,1 en mayores de 65 años con polifarmacia (50); cuatro fármacos de media al alta de ingresos de pacientes mayores de 65 años, pero con una correlación entre la polifarmacia (seis fármacos en el estudio concreto) y el número de diagnósticos (45), algo también encontrado en Onder *et al* (55) y Laux *et al* (260); o con 7,2 fármacos de media en 20 pacientes que tenían problemas crónicos (5,4 problemas por paciente) (93).

Así, los pacientes pluripatológicos identificados son polimedcados, incluso más que en otros estudios sobre pacientes con comorbilidad.

## **2.9. Situación funcional: limitación para actividades básicas.**

La puntuación en el índice de Barthel para actividades físicas de la vida diaria en los pacientes pluripatológicos encuestados fue de  $77 \pm 30$ , con una cuarta parte por debajo de 60, es decir, con una limitación moderada o mayor.

La comparativa de la función física con otros estudios que valoran la comorbilidad es dificultosa por no existir un patrón de medida unánime, tal como se recoge en el Anexo 19. Entre las valoraciones encontradas están, además del índice de Barthel, el índice de Katz, la escala de la Cruz Roja, mediciones concretas de determinadas actividades definidas en el propio estudio, o la autopercepción del paciente mediante las escalas SF-36 o SF-12.

En cualquier caso, la limitación para actividades físicas –o la discapacidad- ha sido mayor cuando se ha centrado su medición en personas que requerían seguimiento domiciliario (232, 233, 235); en uno de estos casos se empleaba el índice de Barthel, con una puntuación de  $43 \pm 31$ , y 65 % con una puntuación menor de 60, una situación funcional peor que la encontrado en los pacientes pluripatológicos.

Por otra parte, siempre con la cautela de que la medición no emplea la misma escala, la limitación es igual o menor en otras publicaciones no orientadas a personas limitadas a domicilio o institucionalizadas, aunque se limitara por edad (79, 226, 267), o se especificara un nivel de riesgo o ‘vulnerabilidad’ (247, 251, 252). En el caso en que se empleaba el índice de Barthel, con pacientes mayores de 70 años de un centro de salud, la puntuación era  $90 \pm 2$  (226).

En los estudios que concretamente se referían a personas con enfermedades crónicas, la medición disponible de función física es la autopercepción empleando los cuestionarios SF-36 o SF-12 (158, 242, 249). Todos ellos coinciden en que una mayor número de enfermedades o diagnósticos, y a mayor curso temporal de los mismos, mayor es el impacto en la función física. Esta asociación entre comorbilidad y limitación funcional, como se comentó en la Introducción de esta tesis, fue descrita en 196 pacientes de residencias, mostrando la correlación entre un índice que aglutinaba 59



---

problemas y enfermedades (agudas y crónicas) y las actividades básicas medidas con el índice de Katz (67).

Por último, la limitación funcional también se ha evaluado en pacientes pluripatológicos en entornos hospitalarios. Los estudios existentes sobre ello se llevaron a cabo en áreas de Medicina Interna, área donde se ha documentado alguna limitación para actividades básicas al alta hasta en el 42,7 % (55) de los ingresados (teniendo en cuenta seis: comer, vestirse, bañarse, transferencia e ir al cuarto de baño). Uno de ellos se hizo en Sevilla, donde el deterioro funcional durante el ingreso tuvo lugar en el 16 % de los pacientes pluripatológicos, teniendo al alta un índice de Barthel de 20 (rango 0 – 60) (105); el otro, en Albacete, con el deterioro funcional en el 21 % de los pacientes pluripatológicos, pero con un índice de Barthel al alta de 90 (109). Las posibles diferencias de organización y manejo de pacientes entre ambos hospitales podrían justificar tanto la diferencia de situación funcional al alta como el hecho de que la comparación con los demás pacientes ingresados sólo muestre un mayor deterioro de los pacientes pluripatológicos en el caso de Sevilla.

### **2.10. Situación cognitiva: cuestionario SPMSQ de Pfeiffer.**

El número de errores en el cuestionario de Pfeiffer de los pacientes pluripatológicos encuestados fue de  $2,44 \pm 3,02$ . Un 20 % de los pacientes tenía cinco ó más errores, presentando por tanto un deterioro cognitivo moderado o mayor, el nivel que justificaría la inclusión en la categoría 'E' del Proceso.

Entre los estudios identificados que tienen en cuenta la comorbilidad, enumerados en el Anexo 20, la mayoría emplean el cuestionario SPMSQ de Pfeiffer, o el Minimal de Folstein, en versiones adaptadas a cada país o idioma. Sin embargo, no siempre se especifica cuál es el nivel a partir del que se considera el deterioro cognitivo o el nivel de éste.

Con mayor deterioro cognitivo estarían los grupos de pacientes en seguimiento domiciliario, donde hasta el 30 – 40 % tienen un nivel de deterioro cognitivo moderado – severo, con  $4,7 \pm 3,6$  errores (232, 235).

En pacientes que no estaban limitados a su domicilio la proporción de deterioro cognitivo era similar al de los pacientes pluripatológicos, destacando el 30 % (11 % moderado – severo) en mayores de 75 años (79) o el 37,5 % en mayores de 65 años vulnerables (252). En el caso en que se especifica la puntuación media del cuestionario de Pfeiffer, aplicado a pacientes mayores de 70 años de Cáceres era mejor que la de los pacientes pluripatológicos (226).

En los estudios sobre pacientes pluripatológicos desarrollados en hospitales el único dato orientador de deterioro cognitivo es la proporción de los que presentan la categoría 'E'. Sí que existe un estudio en el que, entre pacientes mayores de 65 años dados de alta de Medicina Interna y Geriátría, con una puntuación mayor de dos en el índice de Charlson en el 49 %, el deterioro cognitivo (medido con el test abreviado de Hodkinson) estaba presente en el 32,6 % (55).

### 2.11. Uso de recursos: atención primaria

En los tres meses previos a la encuesta, los pacientes pluripatológicos habían tenido  $3,4 \pm 3,1$  citas en consulta,  $0,4 \pm 1$  en domicilio y  $0,2 \pm 1,2$  consultas telefónicas con sus médicos de atención primaria; y  $1,1 \pm 2,3$  citas en consulta,  $1,1 \pm 4,4$  en domicilio y  $0,2 \pm 1,4$  consultas telefónicas con su enfermero del centro de salud. Habían requerido, con su médico, consultas en el centro de salud el 86 %, en domicilio el 22 % y por teléfono el 13 %; y con su enfermero, consultas en el centro de salud el 52 %, en domicilio el 26 % y por teléfono el 7 %.

Los estudios identificados que incluyen en sus datos la comorbilidad y ofrecen resultados sobre uso de recursos en atención primaria aparecen expuestos en el Anexo 21. Lo primero que se observa es una gran diversidad en la forma de exponer los resultados, en su mayor parte referidos a una base anual y habitualmente referidos a citas en consulta. Lo siguiente que llama la atención, es que sólo en dos casos (227, 233) hay datos sobre el trabajo de enfermería, que no aparecen por separado sino fusionados con las consultas con el médico de atención primaria.

El aspecto más resaltado en varios de los estudios es cómo a medida que aumenta el número de enfermedades, los requerimientos de recursos de atención primaria aumentan (43, 130, 164, 224, 260, 266, 268). En uno de ellos (130), en personas menores de 65 años se comprobó cómo se mantenía el número de citas por cada enfermedad concreta, pero a mayor comorbilidad aumentaban las citas por los demás problemas; más adelante se comprobó lo mismo en mayores de 65 años: en 1133030 usuarios de Medicare, valorando 179 diagnósticos agudos y crónicos, estableciendo niveles de comorbilidad por los Grupos clínicos ajustados, encontrando 0,81 – 0,91 visitas al año por cada problema concreto, y por los demás problemas 2,12 en el nivel de comorbilidad bajo, 3,9 en el intermedio y 6,57 en el alto (131).

En cuanto al número de citas en el centro de salud, oscilaba entre un mínimo de  $1,8 \pm 1,8$  visitas en un año (en personas seguidas en centros de veteranos, sin límite de edad (269)) y  $12,1 \pm 6,6$  visitas en un año (en el grupo control, con seguimiento convencional, de ensayo sobre tipos de atención, con pacientes mayores de 65 años con al menos dos problemas crónicos (241)), siendo esta última cifra cercana a la que

presentarían los pacientes pluripatológicos si se mantuviera anualmente el mismo ritmo de visitas que en un trimestre. Entre estos valores extremos están otros de pacientes seleccionados por presentar problemas crónicos, por tener una edad por encima de 65 años, por tener una ‘vulnerabilidad’ o por haber acudido a consultas.

Por otra parte, mientras el 14 % de los pacientes pluripatológicos no había acudido en tres meses a consulta con médico en centro de salud, similar –aunque en un año- al 16 % de pacientes con al menos una enfermedad crónica que tampoco habían acudido (118), y menor que en pacientes seleccionados por acudir a consulta donde cerca del 30 % no habían precisado citas en el año previo (167); en otro estudio que incluía todos los pacientes de un cupo de un médico de familia, el 46,6 % no requería citas en el año previo, mostrando una relación entre no tener citas y tener menos enfermedades crónicas (270).

En este sentido se ha visto, aunque en el contexto de consultas hospitalarias, que la comorbilidad (entendida como el número de enfermedades asociadas a los diagnósticos principales que motivaban seguimiento, que eran hipertensión arterial o diabetes mellitas) estaba entre las variables que acortaban el intervalo entre visitas programadas, aumentando por tanto su frecuencia (271), algo que participaría en que el número de enfermedades crónicas sea mayor entre los hiperfrecuentadores (36, 41).

En lo referido a visitas en domicilio, los dos estudios sobre pacientes domiciliarios dan cuenta de una visita cada dos meses o 5,2 al año (43, 44), ésta última uniendo las de médico y enfermero, lo que alcanzaría un número similar a la de los pacientes pluripatológicos si mantuvieran en el año el mismo nivel de visitas de un trimestre. De hecho, la presencia de enfermedades crónicas es uno de los predictores de precisar atención domiciliaria, como se vio en Croacia en 1809 pacientes encuestados en atención primaria, de los que 277 habían tenido visitas domiciliarias (272); y el nivel de ‘morbilidad’ explica parte de las diferencias observadas entre consultas, como se describió en Inglaterra, al revisar las consultas domiciliarias en seis meses de pacientes de 60 consultas, midiendo la ‘morbilidad’ por el sistema Johns Hopkins en ocho grupos, con una media de 17 % pacientes con visitas domiciliarias, variando entre el 7 y el 31 % según la consulta (273). Todo ello justifica que en algún caso se describa cómo los enfermos crónicos prácticamente ‘monopolicen’ el total de dicha atención (121).

## 2.12. Uso de recursos: atención especializada.

De los pacientes pluripatológicos encuestados, el 80 % tenía seguimiento por médicos especialistas distintos de su médico de atención primaria. El número medio de médicos especialistas que valoraban al paciente era de 1,74, con un claro predominio de especialidades médicas sobre quirúrgicas. Pese a que en el Proceso de atención a dichos pacientes se especificara que el especialista de referencia en el entorno hospitalario es el internista, sólo el 18,4 % tenía seguimiento por dichos especialistas.

En los estudios identificados que tratan la comorbilidad y ofrecen datos sobre uso de atención especializada, expuestos en el Anexo 22, hay de nuevo diversidad en la forma de exponer dichos resultados pese a la escasa cantidad de estudios: número de citas en un año, número de proveedores (aplicado en un sistema claramente distinto al español, en vista de los resultados (251)), porcentaje con más de una cita, porcentaje con citas en especialidades.

Como sucedía con los recursos empleados en atención primaria, en atención especializada también la mayor comorbilidad requiere más consultas (130, 164, 266). Al igual que en atención primaria, el primero comprobaba cómo, en personas menores de 65 años, se mantenía el número de citas por cada enfermedad concreta, pero a mayor comorbilidad aumentaban las citas por los demás problemas; y en un segundo estudio se veía la misma tendencia en mayores de 65 años (131) en 1133030 usuarios de Medicare, valorando 179 diagnósticos agudos y crónicos, estableciendo niveles de comorbilidad por los Grupos clínicos ajustados, encontrando 0,72 – 1,12 visitas al año por cada problema concreto, y por los demás problemas 1,8 en el nivel de comorbilidad bajo, 4,32 en el intermedio y 8,95 en el alto). También el número de enfermedades crónicas se asociaba con el número de remisiones a consultas de especialidades por el médico de atención primaria, de lo que dejan constancia el estudio de Laux *et al* (260), y otro que revisa 78107 visitas a médicos generales durante cinco años (274), con mayor envío a especialidades en el tercil de pacientes con mayor comorbilidad (medido por los grupos de diagnóstico agregado).

El número de consultas con especialidades encontrado fue de 5,95, en un ensayo clínico con mayores de 65 años con uso intermedio o mayor de recursos (142), y 7,5 en mayores de 60 años que acudían a consultas hospitalarias (237).

La proporción de pacientes con consulta con especialidades, se describían como un 60 % al año entre pacientes con enfermedades crónicas (118) y un 80 % al año en el grupo control de un ensayo sobre tipos de seguimiento (142), cifra ésta última comparable a la que presentan los pacientes pluripatológicos.

Sólo hay una discreta mención en estos estudios al papel de Medicina Interna (251): entre los proveedores de atención sanitaria a pacientes mayores de 65 años vulnerables, con 2,7 proveedores por paciente, el 50 % tenían un internista y el 43 % un médico de familia. Una proporción de acceso a especialidades que muestra más bien las diferencias entre el entorno en que se desarrolló dicho estudio y el objeto de esta tesis.

### **2.13. Los pacientes pluripatológicos como población con comorbilidad: resumen.**

A la hora de definir las características de este estudio y sus pacientes, en relación a otros estudios sobre comorbilidad, hay que destacar:

- Son escasos los estudios que hayan tratado de identificar a todos los pacientes con comorbilidad en un área determinada, como hizo éste empleando la definición de paciente pluripatológico.
- La colaboración y pérdidas, primero de los profesionales a través de los que se localizaba a los pacientes, y después de los mismos pacientes, han sido similares a las observadas en otros estudios.
- La frecuencia de comorbilidad (en este caso prevalencia, al extraerse de población general) fue menor que la identificada en otros estudios, lo que era explicable por la diferencia en procedimiento de identificación e inclusión, más restrictivo en el caso de los criterios de paciente pluripatológico.

- 
- La distribución de géneros fue equitativa, en contra de otros estudios que se han basado en una inclusión por edades que favorecería un predominio de mujeres.
  - La edad era avanzada y más cercana a la de estudios sobre pacientes incluidos por presentar limitaciones y consumo de recursos, frente a la menor edad encontrada en los casos que sólo se incluía según la presencia de problemas de salud crónicos.
  - La distribución y orden de frecuencias de los grupos de enfermedades y de diagnósticos concretos fueron similares a los de otros estudios que han tratado la comorbilidad, con diferencias en las frecuencias concretas debidas al método de identificación de los pacientes y las problemas crónicos o patologías considerados en cada caso (en muchos casos incluyendo al mismo nivel factores de riesgo que enfermedades establecidas, o sin considerar la repercusión funcional).
  - La identificación de cuidadores fue similar a la descrita en otros estudios que se ceñían a pacientes que requerían atención domiciliaria, con similar distribución de género del cuidador (en su mayoría cuidadoras), edad y parentesco con el paciente.
  - La situación socio-familiar ha sido poco valorada en otros estudios que tratan la comorbilidad. Destacan los convivientes del paciente, que son familiares en una proporción similar a la de otros estudios españoles, frente a publicaciones extranjeras donde hay más pacientes que viven solos. También el apoyo social institucional, que es menor que en otros casos recogidos dentro o fuera de España.
  - El consumo de recursos sanitarios, en cuanto a ingresos hospitalarios, consultas en urgencias, citas con atención primaria y seguimiento por especialidades, era igual o superior a los descritos en otros estudios que trataban la comorbilidad, aunque la selección se basara en dichos casos en criterios como una peor situación funcional o precisamente un mayor consumo de recursos.
  - La limitación funcional y el deterioro cognitivo estaban presentes en una proporción que sólo superan estudios restringidos a pacientes de atención domiciliaria.

Así, la valoración de la percepción de la calidad de la asistencia que se discute a continuación se ha hecho en una selección de la población de un área, basada en la presencia de comorbilidad por unos criterios establecidos en los servicios sanitarios, que presenta una edad avanzada, igual proporción de géneros, habitual necesidad de cuidadores, un entorno familiar que asume el apoyo que requiere el paciente, alto consumo de recursos sanitarios a distintos niveles y frecuentes limitación funcional y deterioro cognitivo.



### 3. CALIDAD PERCIBIDA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

#### 3.1. Estudios sobre calidad percibida de la asistencia sanitaria.

A la hora de valorar los resultados de la encuesta de percepción de calidad de la asistencia realizada a los pacientes pluripatológicos es necesario dejar constancia de la escasez de estudios que traten este aspecto entre las publicaciones identificadas que traten la comorbilidad. Concretamente los de Wensing *et al* (240), Fan *et al* (167), Montgomery *et al* (243), Parchman *et al* (242), Shadmi *et al* (247) y Duberstein *et al* (248).

Por ello, los estudios recogidos en el Anexo 23 tratan de la calidad percibida de la asistencia y de la satisfacción con la misma, seleccionados por el hecho de incluir aspectos relacionados con el análisis o resultados del estudio objeto de esta tesis.

Como puede observarse, dentro de la variedad de las muestras identificadas, tienen en común tratarse de pacientes comunitarios, seleccionados en una zona geográfica, o adscritos a unas consultas, bien como muestras aleatorias o mediante pacientes asignados a los médicos participantes. Aparte de la excepción de los seleccionados por presentar enfermedades crónicas (240, 242), en otras ocasiones se trataba de pacientes con una concreta como la diabetes (275).

Ya se comentó en la relación de estudios sobre comorbilidad que la participación de los médicos –cuando la inclusión se hacía gracias a sus datos, como en el estudio objeto de esta tesis, con un 84 % (42 de 50)- fue igual o menor en estos estudios sobre satisfacción de pacientes: 66,3 % (126 de 190) en Baker (276), 32,3 % (96 de 594) en Duberstein *et al* (248), 36 % (26 de 70) en Mercer *et al* (228).

La participación de los pacientes, que en el caso de los pacientes pluripatológicos fue del 70 %, muestra valores similares en la mayoría de los estudios que refieran dicha participación. Pese a ello se observa una amplia variedad de pacientes incluidos, en general menores cuando se trata de encuestas postales (la mínima del 27,5 %, 4173 de 15144 contactados (243)) y mayores cuando se trata de encuestas

presenciales o telefónicas, en las que llega a ser superior al 80 % (la máxima del 96 %, 4616 de 4800 contactados en sala de espera de consulta (248)).

### **3.2. Encuestas de satisfacción y calidad percibida.**

La encuesta a los pacientes pluripatológicos incluía una valoración de la percepción de la calidad de la asistencia, como medida de la satisfacción con la atención sanitaria. Se empleó para ello un cuestionario basado en el modelo SERVQUAL, ya valorado en el ámbito sanitario. Concretamente se usó el cuestionario SERVQCON, desarrollado en España para pacientes ambulatorios, atendidos en consultas.

La variedad de escalas y mediciones de la satisfacción y de la calidad percibida son casi tantas como artículos se exponen en el Anexo 24.

De estos artículos usan cuestionarios que describan como basados en el modelo SERVQUAL sólo tres: Retamal González *et al* (199), Cho *et al* (277) y Díaz (215).

Entre las otras publicaciones se emplean encuestas que sólo en algunos casos se repiten: EUROPEP en Grol *et al* (278) y Kersnik (279) (ambos en Europa), *General practice assessment survey* en Campbell *et al* (280) y Mercer *et al* (228) (ambos en el Reino Unido), y *Primary care assessment survey* en Montgomery *et al* (243), Shadmi *et al* (247), Duberstein *et al* (248) y Boyd *et al* (281) (las cuatro en EUA). Y entre las demás los cuestionarios son a veces contruidos para el estudio en cuestión.

Pese a esta variedad de escalas para medir la calidad percibida por los pacientes, tratando como lo hacen asuntos similares, se repiten frecuentemente: la relación del paciente con el médico y otros personales sanitarios, los tiempos de consulta, espera y para conseguir cita, la valoración de las instalaciones... algo que permite establecer comparaciones entre los distintos estudios.

Sin embargo, también hay que tener en cuenta a la hora de comparar que, aparte de que las preguntas no son siempre las mismas, la respuesta –las puntuaciones- a las preguntas, también cambian, y aunque la escala Likert se emplea mayoritariamente para

---

ello, el número de puntos considerados es distinto, y también su orden (ascendente o descendente), como ya se comentó en la Introducción.

Algunos de estos estudios analizan la consistencia interna de sus cuestionarios (Doyle *et al* (282), Iezzoni *et al* (283), Fan *et al* (167), Parchman *et al* (242), Cho *et al* (277), Díaz (215), Lee *et al* (284), Kersnik (279), Bowling *et al* (285)); también lo hacen los desarrollados en el manejo de patologías concretas: demencia en van Hout *et al* (286), artrosis en Pouchot *et al* (287), arteriopatía periférica en Spertus *et al* (288), Smolderen *et al* (289) y Hoeks *et al* (290). La mayoría mostraron una buena fiabilidad: medida por el alfa de Cronbach está por encima de 0,80, salvo en dos (Doyle *et al* (282) y Bowling *et al* (285). Lo mismo se aplica al cuestionario SERVQCON en la publicación que lo presentaba (0,88) (216) y en los resultados del estudio objeto de esta tesis (0,895).

El análisis factorial del cuestionario identificó cinco dimensiones en el caso de la calidad percibida por los pacientes pluripatológicos, consiguiendo que explicaran un porcentaje de varianza del 62,87 % de los resultados de la encuesta completa. Se trata de un resultado que queda dentro de lo referido por algunos de los otros artículos, con valores que oscilan entre el 57,5 y el 75 %: 60 % pasando de ‘17 escalas’ a ‘seis factores’ (Doyle *et al* (282)); 57,5 % pasando de ocho preguntas de la Satisfacción general a ‘dos subescalas’ y 69,4 % de 12 preguntas de Percepción de calidad de médico a ‘3 subescalas’ (Lee *et al* (284); 60 % pasando de 19 preguntas a ‘cuatro dimensiones’; y 75 % al pasar de ‘cuatro escalas’ a un único factor (Duberstein *et al* (248)).

### 3.3. Estudios sobre calidad percibida de asistencia: población

Como ya se expuso al comentar la muestra de pacientes pluripatológicos frente a otros estudios sobre comorbilidad, la edad media de los pacientes encuestados fue algo mayor a los 74 años, y había igual proporción de varones que de mujeres.

Los datos demográficos de los estudios recogidos sobre satisfacción con la asistencia y calidad percibida de la misma aparecen en el Anexo 25.

Las edades medias en estos estudios van desde 31,5 años (mayores de 15 años que acuden a atención primaria en Omán, al Mandhari *et al* (291)) a 75,4 años (mayores de 65 años en quintil de mayor gasto sanitario en EUA Shadmi *et al* (247)).

Esta variabilidad de edades estaría marcada por la selección de pacientes. Así, cuando se recoge la opinión de pacientes que acuden a atención primaria sin más limitación, la edad suele estar entre 30 y 50 años. Cuando la selección se hace por presentar alguna patología crónica, o hay alguna otra condición (como la presencia de enfermedades crónicas, o el seguimiento por sistemas especialmente dedicados a personas de más edad como son los centros de veteranos o el programa Medicare) se sitúa en torno a los 60 años o incluso los supera.

La proporción de géneros sólo muestra un predominio de varones en un estudio centrado en pacientes diabéticos (Gross *et al* (275)) y en los desarrollados en veteranos del ejército (Fan *et al* (269), Parchman *et al* (242)). Todos los demás muestran un predominio de mujeres, con una proporción habitualmente de ‘mujeres 60 %, varones 40 %’. Siguiendo los mismos argumentos comentados al valorar la proporción de géneros en los estudios sobre comorbilidad, dados los grupos de los que se extraen los estudios, mayoritariamente de población sin enfermedades crónicas ni de edad avanzada, sería de esperar una participación algo mayor de varones (en torno a ‘mujeres 50 – 55 %, varones 45 – 50 %). Esto sugiere que, en dichos estudios, las mujeres mostraron un mayor uso de la consulta de atención primaria (que servía de forma de captar a la población elegible) o mayor tendencia a participar, que los varones.

### 3.4. Encuestas de calidad percibida: resultados y valoraciones de los pacientes.

En una escala Likert de cinco puntos, donde '1' era el peor valor, '3' el valor neutro y '5' el mejor valor, la puntuación media dada por los pacientes pluripatológicos en el cuestionario de percepción de la calidad de la atención sanitaria fue de 3,68; por tanto, algo más cercano de 'mejor de lo que esperaba' que de 'igual que lo esperaba'.

A la hora de comparar estos resultados con los obtenidos con las demás encuestas de satisfacción y calidad percibida se hace patente la dificultad de enfrentar las distintas formas que se han identificado de puntuar las respuestas: porcentajes, escalas Likert (de 4, 5, 6 y 7 puntos) que pueden ser tanto ascendentes (valor más alto es mejor) o descendentes (valor más alto es peor).

En un intento de facilitar la interpretación de estas puntuaciones se ofrece el Anexo 26, que muestra cómo podrían entenderse las equivalencias entre ellas, siempre con la cautela de que sólo pretende ser orientativa y que se debe considerar que los resultados que miden están obtenidos en distintas muestras y entornos.

Teniendo en cuenta este Anexo 26 para orientar la comparación, puede verse que en los estudios incluidos, especificados en la Anexo 27, la medición de la satisfacción o de la calidad percibida global ofrecían una valoración igual o mejor por parte de los pacientes que la encontrada en los pacientes pluripatológicos. Tanto cuando se ofrece una puntuación media de escalas, como cuando se valora un porcentaje con la puntuación máxima para una pregunta concreta a la valoración global de la atención (con frecuencia fusionando los valores máximos de la escala Likert), como cuando – incluso sin haber dado un único 'valor resumen' – se encuentra que todos los ítems superan a las puntuaciones de los pacientes pluripatológicos.

De este modo, estarían con una mejor valoración global de la asistencia los siguientes estudios: Williams *et al* (292), Ortola *et al* (293), Calnan *et al* (294) (en las cuatro localizaciones de países distintos), Baker (276), Lee *et al* (284), Grol *et al* (278), Kersnik (279), Retamal González *et al* (199), Campbell *et al* (280), Cho *et al* (277) (en los grupos con menor y mayor número de visitas, en el grupo intermedio es similar a los pluripatológicos), Shadmi *et al* (247). El único que muestra una valoración global

menor, de hecho con una opinión por debajo de las expectativas, es el de Díaz (215). Hay que recordar que los de Retamal González *et al* (199), el de Cho *et al* (277) y de Díaz (215) emplean cuestionarios de tipo SERVQUAL del mismo modo que el llevado a cabo con los pacientes pluripatológicos. Y que el de Shadmi *et al* (247) estaba dedicado a pacientes con comorbilidad.

También es llamativo que en uno de los casos que valoran la ‘insatisfacción’ (Iezzoni *et al* (295)) separándola según nivel de discapacidad y edad, el nivel más alto referido de insatisfacción (10,4 %, en menores de 65 años con discapacidad severa) queda por debajo de la proporción encontrada de pacientes pluripatológicos que valoran la atención por debajo de lo que esperaban (un 12 %, teniendo en cuenta los que tenían una puntuación inferior a ‘3’, por tanto menor de lo que se esperaba). Situación similar en otro estudio que mide ‘insatisfacción’ (Hoffman *et al* (296)) y de diez ítems todos están por debajo del 10 % salvo los pagos extra (en un estudio estadounidense)

Al centrarse en las preguntas concretas del cuestionario, en el caso de los pacientes pluripatológicos, los ítems mejor valorados son los referidos a la relación del paciente con médicos y enfermeros, así como con la capacidad de ambos para su tarea: amabilidad de ambos, interés puesto por enfermería, preparación de médico, atención a explicaciones y capacidad de entender problemas por parte del médico. Los siguientes son los relacionados con el mantenimiento y limpieza tanto del centro como de las consultas.

Ya por debajo de la media están los ítems sobre información recibida (sobre evolución, sobre enfermedades y, los menos valorados, sobre pruebas complementarias), la atención de personal no sanitario, la facilidad para desplazamiento en el centro, el material sanitario y, por último, lo relacionado con la citación y los tiempos de espera (facilidad para cita, tiempo para conseguir cita, tiempo en sala de espera –este último es el único con una puntuación claramente negativa, con una media menor de ‘3’, o sea, por debajo de lo esperado).

---

Teniendo en cuenta las mismas equivalencias que ofrece el Anexo 26 (haciendo las mismas salvedades dichas para considerar las diferencias en la valoración global, sobre su intención sólo orientativa considerando que se trata de estudios distintos), en la comparación de aspectos concretos de la atención sanitaria de los artículos identificados, listados en la Anexo 27, el principal hallazgo es que en general la valoración de los pacientes de las cuestiones de relación con personal sanitario superan a la cuantificación de aspectos organizativos, especialmente el acceso y sobre todo el tiempo en sala de espera: algo similar a lo identificado en pacientes pluripatológicos. Una excepción a esto sería el estudio de Williams *et al* (292), donde la pregunta sobre relación ‘cuenta los problemas personales al médico’ obtiene una menor puntuación que la satisfacción global o con el tiempo de consulta.

Por otra parte, aplicando para la comparativa el Anexo 26, la cuantificación de datos concretos de satisfacción y calidad percibida, es prácticamente siempre menor en el caso de los pacientes pluripatológicos.

Es de destacar que en uno de los otros estudios identificados que aplica un cuestionario tipo SERVQUAL en España (Díaz (215)), en población de un área de atención primaria, las puntuaciones son inferiores, con una clara mejor valoración sólo en el caso del material sanitario. En el otro (Retamal González *et al* (199)), las puntuaciones son mejores.

Esta igual o mejor puntuación en otros estudios también sucede en los que tienen en cuenta la comorbilidad:

- Los de de Wensing *et al* (240), Montgomery *et al* (243), Hoffman *et al* (296) y Boyd *et al* (281) tienen una mejor valoración en todos los aspectos evaluados.
- el de Campbell *et al* (280) supera a éste sobre paciente pluripatológicos en la valoración del personal no sanitario (la de acceso, enfermería y comunicación son similares)
- el de Fan *et al* (167) es mejor en la puntuación de organización de cuidados (y es parecida en comunicación y relación).

- el de Parchman *et al* (242) diferencia dos aspectos: por un lado, los pacientes con más enfermedades percibían más molestias (*hassles*) del sistema; pero a la hora de valorar al médico puntúan igual que los pacientes con enfermedad única la comunicación (y lo hacen a un nivel equivalente al de los pacientes pluripatológicos), mientras que valoran mejor otras subescalas relacionadas con el médico, incluido el que prefieran al médico actual.
- el de Shadmi *et al* (247) tiene mejores puntuaciones que las referidas por pacientes pluripatológicos; incluso cuando diferencia por niveles de morbilidad, con peores puntuaciones en el nivel mayor de morbilidad, éstas son mejores que las de pacientes pluripatológicos.

Como ocurría con la valoración global, los estudios de Iezzoni *et al* (283, 295) que diferencian los resultados de opinión del paciente en función del grado de discapacidad, encontrando que son peores en el caso de los más discapacitados, las preguntas equivalentes a las realizadas a los pacientes pluripatológicos encuentran precisamente los mismos niveles de insatisfacción que esos pacientes más discapacitados.

Existen datos que han centrado el interés en otros estudios, no considerados en la encuesta SERVQCON y por tanto no preguntados a los pacientes pluripatológicos: en países árabes la privacidad y estructura de consultas y salas de espera (al Qatari *et al* (297), al Mandhari *et al* (291)), y en EUA los costes por cuenta del paciente (Lee *et al* (284), Iezzoni *et al* (295), Montgomery *et al* (243)) están entre los que reciben menor puntuación, mostrando una especial preocupación no satisfecha en dichas poblaciones, que no parece figurar en el entorno español.

Cabe recordar también las otras experiencias que han empleado la encuesta SERVQCON en pacientes ambulatorios, encontrando una mejor valoración que la que dan los pacientes pluripatológicos:



- En consultas de quemados en Galicia (204) (*Cal et al*), con 60 pacientes atendidos en cuatro meses, de 38,9 ( $\pm$  20,8) años, 55 % mujeres, la puntuación media obtenida en la escala de calidad percibida de la asistencia fue 4,1 ( $\pm$  0,7); las mejores puntuaciones fueron para la ‘Amabilidad del personal médico’, ‘Amabilidad del personal de enfermería’, ‘Interés de personal de enfermería en atención’, y las peores para ‘Tiempo de espera en sala’ y ‘Señalización de consulta’ (único valorado por debajo de lo esperado).

- En una unidad de atención a demencias (205)(*Morera Guitart et al*), donde respondían el 41,5 % de los 1267 contactados en tres años, con una edad de 64,6 años, 63 % mujeres, consideraron ‘satisfechos’ si el 90 % de los ítems se valoraban por encima de lo esperado, encontrando que lo estaban el 91 % de los usuarios

Por último, el Servicio Andaluz de Salud realizó unas encuestas de satisfacción entre el 15 de mayo y el 15 de junio de 2005, de 22594 encuestas presenciales, con respuestas valoradas en una escala Likert de cinco puntos (de ‘1’ como peor valoración a ‘5’ como la mejor), con el 3,7 % realizadas en el Distrito Aljarafe (Camas es uno de sus 38 centros de salud y consultorios) y el 9,3 % en el Distrito Sevilla (Amate, Candelaria y la Plata están entre sus 35 centros de salud y consultorios) (275). De las respuestas del cuestionario, teniendo en cuenta la suma de las puntuaciones ‘4’ y ‘5’, se incluyeron 11 indicadores de Satisfacción para una comparativa a nivel de Andalucía.

La calidad global percibida media en Andalucía era del 86,8 %, en el Aljarafe estaba en el intervalo de confianza 84,1 – 89,5 %, en Sevilla en el intervalo de confianza 84,30 – 88,1 %, frente al referido 26,1 % de los pacientes pluripatológicos de los cuatro centros de salud incluidos en el estudio objeto de esta tesis.

En dichas encuestas también obtienen mejores resultados tanto los aspectos mejor valorados por los pacientes pluripatológicos, entre ellos la satisfacción con los médicos (media en Andalucía 85,50 %, intervalo de confianza en Sevilla 92,9 – 95,6 %, intervalo de confianza en el Aljarafe 93,8 – 96,5 %, frente al 76 % de la mejor respuesta al respecto por parte de los pacientes pluripatológicos, referida a la ‘amabilidad de

médicos’); como los peor valorados, entre ellos la satisfacción con los trámites administrativos (media en Andalucía 73,6 %, intervalo de confianza en Sevilla 64,8 – 70,3 %, intervalo de confianza en el Aljarafe 70,5 – 77,4 %, frente al 51 % de la mejor respuesta que pueda considerarse relacionada con este aspecto por los pacientes pluripatológicos, referida a la ‘atención por personal no sanitario’)(298, 299).

Así, la valoración de la calidad de la asistencia de los pacientes pluripatológicos, con un valor medio que puede resultar aceptable, y con sólo un aspecto que claramente obtiene una puntuación negativa (el tiempo de espera en consultas), tiene unos resultados en general peores al compararlo con lo encontrado en otros estudios acerca de percepciones y satisfacción del paciente, incluso en estudios ceñidos a pacientes con enfermedades crónicas o con comorbilidad.

### **3.5. Encuestas de satisfacción y calidad percibida: análisis.**

Entre los aspectos que se relacionaron con o que predijeron la percepción de la calidad global se encontraban aspectos demográficos, socio-sanitarios, clínicos, de actividad de atención primaria y especializada, y de relación con los profesionales sanitarios.

Las asociaciones registradas con la calidad percibida por los pacientes o de la satisfacción con la misma aparecen recogidas en el Anexo 28. Como ha venido siendo repetido a lo largo de otras cuestiones de los estudios identificados para la comparación con la investigación objeto de esta tesis, lo primero que llama la atención es la diversidad de asociaciones encontradas. Aparte de que el entorno y población en las que se hayan llevado a cabo sean distintos, hay que tener en cuenta que el planteamiento y desarrollo también difieren. Por eso lo que más destaca son las coincidencias, que llevan a plantear que los determinantes que mueven la opinión de los pacientes pluripatológicos son similares a los que se dan en otros grupos.

### 3.5.1. RELACIÓN PACIENTE – PROFESIONALES SANITARIOS.

La importancia en la percepción de la calidad de la ‘empatía’ con los profesionales sanitarios –tanto con el médico de familia con el enfermero de atención primaria- se identifica, de entrada, como un factor significativo en el análisis univariante; entre las correlaciones encontradas, aun siendo débiles, son las más altas de las encontradas. Y una de ellas, la ‘empatía con el médico de familia’ aparece en la regresión logística como el factor que más puede explicar la calidad percibida de la calidad (un 10 %).

Una definición de empatía es ‘la capacidad de ver y experimentar el mundo del mismo modo que lo ve la otra persona, poniéndose en su lugar desde su mismo marco de referencia para poder compartir sus emociones’. En el ámbito sanitario, la empatía ‘se concibe como un proceso que abarca actividades cognitivas, afectivas y conductuales del profesional de la salud y que se va desarrollando en la medida en que transcurre el encuentro con el paciente, siendo sensible a los cambios que se producen en la relación’ (112). La empatía tiene menciones en varios de los estudios mencionados (Johansson *et al* (300), Cho *et al* (277), Infante *et al* (246), Díaz (215), Duberstein *et al* (248)), pero pocas veces tiene cuantificaciones, como la de Kersnik (279) o Mercer *et al* (228); en este último caso parece una mención de la importancia de la empatía en la satisfacción del paciente: en consultas por problemas psicosociales, la empatía medida con el cuestionario CARE se asociaba con la sensación por parte del paciente de que la consulta había sido útil (medida con el cuestionario de seis preguntas Instrumento de Capacitación del paciente, *Patient Enablement Instrument*).

Hay que recordar al hablar de empatía que en el estudio objeto de esta tesis, la ‘empatía global’ obtenida como análisis factorial de las tres puntuaciones hechas por los pacientes (acerca del médico de familia, el enfermero en atención primaria y el internista) se correlacionaba con aspectos socio-familiares y tenía como predictores la situación económica y el número de fármacos del tratamiento (112). Puede incluso resultar sorprendente cómo, dada la importancia de la relación entre pacientes y profesionales sanitarios (por su influencia en la satisfacción y percepción de la calidad de la asistencia), ésta pueda depender del número de fármacos prescritos al paciente en el caso de los pluripatológicos. En este sentido, puede recordarse la asociación, en

regresión logística, entre el número de fármacos que tenían prescritos los pacientes diabéticos y la satisfacción con la actitud del médico (275).

En cualquier caso, aunque no se hable directamente de ‘empatía’, la relación del paciente con los profesionales, o la percepción de sus características personales y humanas aparecen como un aspecto crucial en la opinión del paciente. Así sucede en Doyle *et al* (282) y Williams *et al* (292), ambos con correlaciones por encima de 0,5 entre la satisfacción con la atención y aspectos de la relación con los profesionales sanitarios; en Calnan *et al* (294), donde es uno de los aspectos clave para la satisfacción de pacientes de cuatro países europeos; en Safran *et al* (301), donde la satisfacción cuantificada en porcentaje va desde el 87,5 % entre los que estaban por encima del percentil 95 en la valoración de la confianza en el médico hasta el 0,4 % entre los que estaban por debajo del percentil 5. Es llamativo además cómo en Cho *et al* (277) es mayor la influencia en la satisfacción del paciente, en general, de la actitud del personal no médico, y que sólo en los pacientes que acceden más al servicio (en su caso, con más citas en consulta hospitalaria) llega a predominar la valoración de la actitud del médico. Y en el ensayo clínico de Boyd *et al* (281) mejora la opinión de la comunicación con el médico cuando el paciente recibe formación para el manejo de enfermedades crónicas. Existe además una revisión del papel de la empatía en la atención sanitaria (Derksen *et al* (302)) que apoya su relación con la satisfacción del paciente, al igual que otra (Sans-Corrales *et al* (303)) que asocian la calidad percibida por el paciente con la accesibilidad, la continuidad de atención, el tiempo por consulta, y la relación médico-paciente.

Hay que resaltar por último que parámetros de relación, como serían la identificación de los profesionales sanitarios por parte del paciente, tiendan a tener una correlación o ser predictores negativos de la percepción de la calidad. Esto sugiere la peculiaridad de que los pacientes pluripatológicos suelen recordar con más facilidad los nombres de los profesionales –concretamente de los enfermeros- que les atienden cuando los asocian a experiencias que valoren negativamente.

Por último, resulta llamativo como entre los predictores de la satisfacción, uno relacionado con la relación con el médico resulta positivo, y otro relacionado con el enfermero resulta negativo.

### 3.5.2. SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.

Al diferenciar la situación funcional medida con el índice de Barthel (para actividades básicas de la vida diaria) en los pacientes pluripatológicos, en los cuatro niveles diferenciados en el Proceso publicado en 2002 se encontró una diferencia significativa entre ellos. Del mismo modo había una correlación positiva, aunque débil, con la valoración global de la calidad de la asistencia. Sin embargo, el dintel de 60 puntos, comúnmente aceptado en la práctica diaria para marcar un nivel de dependencia relevante, y asumido así en el Proceso (por ejemplo al definir cuándo enfermedades comunes osteoarticulares o neurológicas son tenidas en cuenta para constituir categorías), no marcaba una diferencia significativa en la percepción de la calidad de la asistencia por parte de los pacientes pluripatológicos. Un nivel que sí sería considerable de cara a la calidad percibida sería el de 40 puntos (que diferencia la dependencia grave y total, frente a la moderada y leve).

Con frecuencia se encuentra en la literatura que uno de los determinantes de la satisfacción y calidad percibida de los pacientes está en su nivel de limitación funcional. La forma de cuantificar esta limitación funcional, e incluso su denominación, es variable; de hecho a veces se basa en la autopercepción del paciente.

Esta relación entre nivel de limitación funcional y percepción de la calidad por el paciente está documentada en Patrick *et al* (304) (empleando el Perfil de Impacto de la Enfermedad, *Sickness Impact Profile*), Wensing *et al* (240) (mediante las Tablas WONCA/COOP), Iezzoni *et al* (295) (se pregunta específicamente por las limitaciones de visión, audición, deambulación, ponerse en pie y escritura), al Mandhari *et al* (291) (usando el SF-12), Fan *et al* (269) (con el SF-36), Parchman *et al* (242) (de nuevo con el SF-12), Hoffman *et al* (296) (al diferenciar cinco niveles de deambulación, la valoración es peor en los que tienen menos), y, aunque resulte impreciso, también Lyratzopoulos *et al* (22) con ‘buen’ o ‘mal’ estado de salud; en el caso de Shadmi *et al* (247) que incluye 120 pacientes en dos niveles de morbilidad y recoge datos sobre limitación en alguna actividad básica de la vida diaria (preguntando sobre baño, vestido, alimentación, levantarse de la silla, lavarse), hay una diferencia no significativa entre ambos con una  $p=0,08$  (lo que sugiere que si hubiera sido un grupo más amplio, la limitación funcional sí podría haber sido significativa). El único estudio que no encuentra una asociación

entre estado funcional y la evaluación de la calidad de la asistencia es el de Grol *et al* (278), pero hay que especificar que se basaba en una única pregunta al respecto (si la percepción era de un estado ‘pobre’).

Pese a la diferencia en percepción de calidad según el nivel funcional, no llega a ser un predictor en la regresión logística.

El nivel de deterioro cognitivo asumido en el proceso como relevante (al menos cinco errores en el cuestionario de Pfeiffer) permitía identificar una diferencia significativa, donde los pacientes con más deterioro eran los más satisfechos con la atención recibida. El dintel aceptado para dicho deterioro cognitivo permitía no tener que tener en cuenta el nivel educativo del paciente (con cinco errores todos tendrían un deterioro cognitivo relevante).

La opinión de pacientes con deterioro cognitivo o con demencia es un aspecto poco recogido en la literatura. De hecho, de los dos estudios que se comentan sólo uno (286) ofrece opiniones de los propios pacientes, en su caso todos con demencia; tanto éste como el otro (305) recogen datos de los cuidadores o familiares de los pacientes, algo que por otra parte puede resultar comprensible para pacientes con demencia establecida.

Volviendo a los pacientes pluripatológicos y la relación con la demencia y el tener cuidadores, al evaluar la presencia o no de cuidador frente a que pudiera ser preciso tenerlo (bien por tener una limitación funcional importante para las actividades básicas con un índice de Barthel inferior a 60, o por presentar un deterioro cognitivo relevante con cinco ó más errores en el cuestionario de Pfeiffer), se encontraba que el grupo que mejor valoraba la calidad de la asistencia eran pacientes con deterioro cognitivo, pero no gran dependencia funcional, y tampoco tenían cuidador identificado.

Como ocurría con la dependencia funcional, aunque haya diferencias en la percepción de calidad de la asistencia según el deterioro cognitivo, no se ha retenido en el modelo multivariante.

---

En el caso de los pacientes pluripatológicos, al diferenciar a los pacientes entre los que tenían sólo dos categorías (aproximadamente el 60 %) con los que tenían más, eran éstos los que tenían una mejor percepción de la atención recibida. De esta manera, a más enfermedades (o al afectar estas enfermedades a más sistemas), mayor es la calidad percibida.

Este hallazgo en los pacientes pluripatológicos difiere sin embargo de lo sugerido por otros estudios, que encuentran peores percepciones en los pacientes con un mayor nivel de comorbilidad, en concreto los de Parchman *et al* (242) y Shadmi *et al* (247). Por el contrario, otro estudio sí relaciona un mayor número de enfermedades y la valoración del médico por parte del paciente: en Duberstein *et al* (248), en pacientes con más de un año de seguimiento un mayor número de patologías es un predictor de mejor valoración, teniendo en cuenta que se incluyen como patologías a factores de riesgo vascular (como la hipertensión) o síntomas poco especificados (como la lumbalgia).

Así, las diferencias observadas en la percepción de la calidad de la asistencia, a la hora de considerar el número de patologías o niveles de complejidad de las mismas, que en unos casos influyen en una mayor satisfacción con la atención recibida y en otros en lo contrario, pueden estar en los criterios de selección empleados para tomar en consideración las enfermedades y en base a ellas catalogar el grado de comorbilidad de los pacientes.

Por otra parte, una mejor valoración subjetiva por parte del paciente cuanto ‘mayor’ es la comorbilidad de los pacientes, como ocurre con el número de categorías de paciente pluripatológico, coincide con la mejor calidad de la atención medida de forma ‘objetiva’ también cuando aumenta la comorbilidad, como mostraba la revisión de Higashi *et al* (156, 306): aunque haya que aceptar que la percepción personal de los pacientes no tiene que coincidir con la evaluación formal y objetiva de la asistencia que hacen los mencionados estudios.

Un mayor número de categorías de enfermedades no predecía cambios en la regresión logística, pese a las diferencias en percepción de calidad de la asistencia entre los que tenían dos o más categorías.

En el análisis univariante, se encontró que la presencia de dos categorías se asociaban a diferencias en la percepción de la calidad de la asistencia: los pacientes que tenían la categoría 'B' tenían una peor percepción, y los que tenían la 'F' tenían una mejor percepción.

A la hora de diferenciar los diagnósticos englobados en cada categoría se encontró que, dentro de la 'B', los que tenían peor valoración de la asistencia eran los que presentaban una 'enfermedad osteoarticular crónica con limitación funcional' (que en líneas generales correspondía a artrosis avanzada). Dentro de la categoría 'F' tanto los que presentaban una 'arteriopatía periférica sintomática' como una 'diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica' tenían una mejor percepción de la asistencia.

Respecto a estos diagnósticos concretos (artrosis, arteriopatía periférica y diabetes mellitus) existen estudios que se han preocupado de cuantificar las percepciones del paciente y su satisfacción con la atención recibida: en el caso de la artrosis la escala creada por Pouchot *et al* (287); para la arteriopatía periférica el cuestionario ideado por Spertus *et al* (288) en Estados Unidos, con adaptaciones posteriores; y para la diabetes cabe destacar los de Gross *et al* (275) y Fan *et al* (167).

Sin embargo, pese a este interés en valorar la opinión del paciente en cada una de estas enfermedades, no se ha conseguido localizar ningún estudio que recogiendo distintas enfermedades padecidas, haga un análisis de cuáles entre ellas tengan mayor o menor influencia en la percepción de la calidad de la asistencia por parte del paciente, ni siquiera en el último de estos estudios mencionados (167) que recoge además la percepción ante la cardiopatía isquémica o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Un aspecto a tener en cuenta respecto al diagnóstico de 'Enfermedad osteoarticular crónica' es que se supeditaba a un nivel determinado de dependencia para actividades básicas para ser incluida como categoría de paciente pluripatológico. Además la dependencia funcional cuantificada con el índice de Barthel, al ser estratificada en los cuatro niveles especificados en el Proceso, mostraba diferencias significativas para la valoración de la calidad de la asistencia entre dichos niveles. Sin embargo, al analizar de forma conjunta el efecto sobre la calidad percibida de la



---

situación funcional y dicho diagnóstico, no se encontraba que la combinación tuviera una influencia sobre la opinión del paciente. Esto sugiere que la participación de la artrosis y otras enfermedades osteoarticulares en la satisfacción del paciente, al no estar relacionada con la situación funcional, se deba a otras variables relacionadas con dicha enfermedad, como podría ser el control del dolor.

Por último, al encontrar que padecer ‘Diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica’ (la enfermedad que individualmente más presentan los pacientes pluripatológicos) mejora la percepción de la calidad de la asistencia, se hace necesario comentar que la Diabetes mellitus dispone de un Proceso de atención específico en la asistencia sanitaria andaluza. Desde un punto de vista subjetivo, es posiblemente el proceso que mejor implantación y aplicación ha conseguido en atención primaria, estructurando el seguimiento de tales pacientes y permitiendo que controles analíticos, de valoración de neuropatía, nefropatía y retinopatía se lleven a cabo con regularidad, habiendo recibido una preocupación desde los gestores de que se cumpla tal atención, considerándola como un objetivo de buena práctica. Así, aunque no exista ningún estudio que corrobore que la presencia de diabetes (o de alguna otra enfermedad) aumente la percepción de calidad por parte de los pacientes, sí que se ha visto en pacientes diabéticos que el adecuarse a lo establecido en guías de práctica clínica sobre la enfermedad aumenta la satisfacción (Gross *et al* (275)). Posiblemente la satisfacción asociada a la presencia de la diabetes se deba precisamente a su mejor seguimiento gracias al Proceso específico.

A pesar de las diferencias en percepción del paciente según la presencia de dichas enfermedades y categorías, ninguna de ellas resultó identificada en la regresión logística.

### 3.5.3. SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR.

Respecto a la situación socio-familiar determinada por la escala de Gijón, el aspecto que mostró influencia en la opinión del paciente acerca de la asistencia recibida fue el hecho de convivir con los hijos o con la pareja, frente a otras situaciones de convivencia (otros familiares, solo con hijos cerca, solo).

En relación con la situación socio-familiar puede considerarse la presencia de cuidador, que se asociaba a una peor opinión de la calidad de la asistencia frente a los que no lo tenían.

Ambos aspectos (convivientes y cuidadores) aparecían también implicados como predictores de la puntuación de la calidad percibida en el análisis multivariante.

En relación con estos hallazgos hay que argumentar que son escasos los estudios que han relacionado la satisfacción del paciente con la atención recibida con su situación socio-familiar.

Así, en Patrick *et al* (304) se menciona la asociación entre la satisfacción con la asistencia recibida en atención primaria y el apoyo social que tienen los pacientes, en un estudio dedicado a la relación entre satisfacción y nivel de dependencia. Y en la revisión de Hall *et al* (307) de 1990 sobre la relación entre satisfacción del paciente y factores socio-demográficos sólo podrían mencionarse a este respecto la asociación dudosa con el estado civil y la ausencia de asociación con el número de miembros de la familia. El estado civil no influye sin embargo en la satisfacción del paciente en el estudio de militares norteamericanos en activo de Tucker *et al* (308).

En este sentido, aunque no se valore en sí la satisfacción del paciente, el estudio de grupos focales (Jerant *et al*, (309)), donde 54 pacientes con enfermedades crónicas (85 % con dos ó más) participan en la identificación de las barreras para un manejo más fácil, una de ellas el menor soporte familiar.

Por otra parte, pese a que los cuidadores se estén convirtiendo en una pieza clave en la atención a personas ancianas, con comorbilidad o dependencia, y a que cada vez se esté teniendo más en cuenta su sobrecarga y su opinión, la disponibilidad de

---

publicaciones que comparen la percepción del paciente según tenga o no cuidador es todavía menor que para la influencia de factores socio-familiar. De hecho, el estudio localizado de Wilde *et al* (310) los pacientes propios de domicilios eran los que peor valoraban la asistencia sanitaria, especialmente en lo referente a la preparación de los cuidadores; sin embargo, la comparación se hace frente a pacientes con valoración geriátrica, atención domiciliaria de enfermería o ingresados en residencias.

En definitiva, no se han identificado estudios que valoren específicamente la influencia de los convivientes o de precisar cuidadores en la opinión del paciente sobre la asistencia que reciben, aunque publicaciones como las mencionadas sí hayan recogido una importancia de factores socio-familiares en la opinión del paciente acerca de la atención recibida.

#### 3.5.4. REQUERIMIENTOS SANITARIOS.

En los pacientes pluripatológicos encuestados en un ámbito propio de atención primaria (pacientes no ingresados, entrevistados en su domicilio, en su centro de salud o por teléfono) se encontró que la calidad percibida obtenida se asociaban, en general, de forma positiva con la asistencia que el paciente había recibido de atención primaria (tanto del médico de familia, en términos de número de citas; como del enfermero, referida a su accesibilidad telefónica), y sin embargo se asociaban de forma negativa con la atención que habían recibido en otros ámbitos (consultas de especialidades).

En los estudios identificados sobre calidad percibida y satisfacción del paciente, se encuentran datos que avalan la asociación entre una mayor o más frecuente asistencia y una mejor percepción del paciente. En este sentido están los de Doyle *et al* (282), Lee *et al* (284), al Qatari *et al* (297), Grol *et al* (278), Fan *et al* (269), y Cho *et al* (277).

Por otra parte, resulta relativamente comprensible que se perciba menos calidad del entorno en el que se desarrolla la encuesta (atención primaria) cuando se ha tenido que recurrir a otros niveles de atención (urgencias hospitalarias, consultas de especialidades, ingresos), como plantean los resultados en los pacientes

pluripatológicos. Es éste sin embargo, un aspecto poco explorado; entre las escasas referencias a la influencia de un nivel de atención en otros están:

- en Doyle *et al* (282) la ausencia de correlación significativa entre satisfacción y disponibilidad de especialistas, cuando como se ha dicho sí la había con la disponibilidad de médicos de familia, en una encuesta por escrito.
- En Fan *et al* (269) en la regresión lineal la satisfacción de pacientes en una administración de veteranos se relacionaba con el uso de ‘otros servicios de salud’.
- Grol *et al* (278), en la evaluación de la atención primaria por pacientes en diez países europeos, encontraban que un acceso a especialidades no limitado por los médicos generales mejoraba esta valoración.
- Bowling *et al* (285), donde la satisfacción de los pacientes atendidos en consultas de atención primaria es mayor que la de los atendidos en consultas hospitalaria.

Aunque ninguno de estos casos coincida con lo encontrado en los pacientes pluripatológicos, en el caso de los desarrollados en Estados Unidos puede participar la diferencia entre los sistemas de atención sanitaria de dicho país y los europeos; y el realizado en Europa viene resaltar la influencia entre los niveles de atención primaria y especializada a la hora de evaluar la opinión o satisfacción del paciente.

También merece la pena resaltar que, en el seguimiento de los pacientes pluripatológicos por parte de atención especializada, menos del 20 % había tenido acceso a internistas en régimen ambulatorio, pese a ser el especialista que en el Proceso de atención a dichos pacientes se ponía como referencia en dicho nivel.

### 3.5.5. FACTORES DEMOGRÁFICOS.

Entre los pacientes pluripatológicos encuestados, los varones evaluaban mejor la calidad de la asistencia sanitaria que recibían. No había una relación con la edad de los pacientes.

Muchos estudios sobre satisfacción y calidad percibida han encontrado más datos sobre su asociación con género y edad (126, 127, 199, 248, 269, 276, 278, 279, 284, 295, 297, 300, 307, 309, 310), en los que se aprecia una diversidad de resultados sobre la existencia de una influencia de género y edad en la percepción de la calidad de la asistencia por el paciente, y acerca de cómo se manifiesta esta influencia. En general, parece existir cierta tendencia a que en mayores edades la valoración sea peor (algo que en el caso de los pacientes pluripatológicos sucedía pero no de forma significativa) y a que sea mejor la opinión de las mujeres (al contrario de lo que existe en los pacientes pluripatológicos).

Aparte de que los resultados sean dispares, hay que recordar las diferencias de estos estudios con la encuesta a pacientes pluripatológicos: incluyen a pacientes de menos edad, con mayor proporción de mujeres (salvo el estudio de Fan *et al* (269), en veteranos del ejército) y tienen muestras de cientos o miles de encuestados (la menor que identifique diferencias es la de al Qatari *et al* (297), con algo menos de 800; la de Wilde *et al* (310), que no las identifica tenía 428 pacientes). Todos estos aspectos – sobre todo el tamaño y la selección de las muestras- pueden afectar tales resultados y haber encontrado una distinta participación de los factores demográficos en resultados de satisfacción del paciente.

También tenían una mejor opinión los pacientes del centro de salud de Camas frente a los de Sevilla, aspecto que era además uno de los predictores de la valoración de la calidad por los pacientes.

Otras publicaciones han encontrado diferencias en la calificación de la calidad por los pacientes según el lugar o centro de residencia (126, 199, 269, 278, 279, 295,

311). En dichos estudios se observa cierta tendencia a una mejor opinión o valoración de poblaciones menores, cuando este aspecto ha sido tenido en cuenta, más allá de las localizaciones específicas.

### 3.5.6. CONSIDERACIONES SOBRE EL ANÁLISIS FACTORIAL

Al realizar un análisis factorial que diferencie Dimensiones dentro de la calidad percibida de la asistencia se reconoce la dificultad para separar estos componentes y la interrelación entre los distintos profesionales que atienden al paciente. Así, ítems asociados a cada Dimensión tienen correlaciones importantes con otras dimensiones, siendo las más de un valor más elevado:

- La ‘preparación del médico para su trabajo’ (incluida en la dimensión dedicada a la ‘Actividad del médico’); el ‘tiempo para entrar en consulta’ y la ‘disposición del personal para ayudar’ (incluidos en ‘Equipamiento y citación’); y la ‘facilidad para desplazarse hasta las consultas’ (incluido en ‘Accesibilidad’) también tenían correlaciones importantes con el ‘Aspecto de las instalaciones’.
- El ‘material y equipos para diagnóstico’ (incluido en ‘Equipamiento y citación’) tenía una correlación importante con la ‘Actividad del médico’.
- La ‘información sobre pruebas’ (incluida en la ‘Actividad del médico’) y el ‘tiempo para entrar en consulta’ (incluido en ‘Equipamiento y citación’) también tenía una correlación importante con la ‘Accesibilidad’.

Esto se debería en parte, de acuerdo con los valores obtenidos en la matriz, a una de las limitaciones que podrían atribuirse al análisis factorial: las asociaciones entre los distintos ítems y las dimensiones obtenidas no son ‘absolutas’ o ‘completas’, sino que siempre puede existir una cierta asociación del ítem con otra dimensión. Esta dificultad en la creación y definición de dimensiones también puede verse en las otras publicaciones acerca de satisfacción y calidad percibida por los pacientes que especifican sus matrices: Doyle *et al* (282), Lee *et al* (284) (que además encontró

---

asociaciones entre las tres escalas de ‘calidad del médico’ y las dos de ‘Satisfacción global’), y Díaz (215).

Sin embargo, no debe obviarse la implicación de esta interrelación entre profesionales que se deduce de los resultados del análisis factorial para la obtención de dimensiones de calidad percibida: que esa interrelación entre profesionales realmente existe, y que lo que cada uno de ellos haga influye en la percepción de la calidad de los otros. Así, el intento de separar la calidad obtenida por el paciente de cada uno de ellos (tanto en atención primaria: médico de familia, enfermero, personal no sanitario; como a otros niveles: especialidades, internista, urgencias hospitalarias, ingreso hospitalario) se enfrenta a conseguir de nuevo la influencia de los demás profesionales, al ser percibidos como un equipo en el que cada uno tiene su importancia.

En este sentido de la importancia de la labor en equipo, cabe recordar por un lado un estudio de grupos focales, con 76 pacientes con enfermedades crónicas, que al ser interrogados por una ‘buena consulta de medicina general’ respondían (además de mostrar interés en: mejoría en tiempos de acceso, posibilidad de atención domiciliaria, disponibilidad de pruebas, sala de espera más cómoda...) con la disponibilidad de enfermería y recepcionistas, así como con su actitud, por mucho que se resaltara que “en el centro de una buena consulta esté un buen médico” (Infante *et al*). (246) Por otro, un estudio de calidad de la práctica clínica que recoge datos de 60 consultas, incluyendo las percepciones de los pacientes (contestaron 4493, el 38 % de los contactados) y una encuesta sobre la colaboración del personal (contestaron 387, el 60 % de las 42 consultas en las que respondía al menos el 30 % del personal; se evaluó con el ‘*Team climate inventory*’, o Inventario de ambiente de equipo, si el personal percibía que trabajaban juntos, la frecuencia con que interactuaban, si identificaban metas y objetivos, y cuánto soporte encontraban para mejorar o renovar), encontrando mejores valoraciones de los pacientes cuando mejor era la relación entre los miembros del equipo que le atendía (280).

### 3.6. CALIDAD PERCIBIDA: PREDICTORES Y NO PREDICTORES

Al pasar del análisis univariante de los aspectos asociados a la percepción de la calidad por los pacientes pluripatológicos, a la regresión logística que permita identificar predictores de la opinión del paciente, se encontró que determinados factores se mantienen en ambos; otros sin embargo, pese a la relación con la calidad percibida, no llegaron a predecirla; por último, los demás aspectos no estaban ni siquiera relacionados con la percepción de la calidad de la asistencia por los pacientes pluripatológicos.

- Tenían influencia y eran predictores: la población donde vive el paciente, los convivientes del paciente, el número de citas con el médico de familia, el contacto telefónico con enfermería del centro de salud, seguimiento por especialidades, la relación con el médico de familia, recordar el nombre del enfermero, tener un cuidador.

- Tenían influencia en la percepción de la calidad, pero no la predecían: el género del paciente, el número de categorías de paciente pluripatológico, las enfermedades concretas, la dependencia para actividades básicas, el deterioro cognitivo, el contacto telefónico con el médico, y la empatía con el enfermero.

- Por último, no estaban ni siquiera relacionados con la percepción de la calidad de la asistencia por los pacientes pluripatológicos: la edad de los pacientes, factores socio-familiares (aparte de los convivientes), el número de fármacos, las actividades en atención primaria (salvo las consultas con el médico), la atención en urgencias y los ingresos hospitalarios, las características del cuidador y el esfuerzo del cuidador.

Al tener en cuenta la influencia de cada factor, es conveniente recordar la forma en que cada uno se presenta en los pacientes pluripatológicos, como se ha especificado en la primera parte de los resultados y la discusión.

Así, entre los factores demográficos destaca la ausencia de influencia de la edad: en los pacientes pluripatológicos, la edad avanzada que presentan, incluso mayor que en



otras publicaciones sobre pacientes con comorbilidad, no participa en la opinión del paciente, a diferencia de lo identificado en otros estudios. También resulta llamativo que sean los varones, con una proporción mayor a la que tienen en otros estudios sobre comorbilidad, los que mejor califican la atención recibida, al contrario que algunos de esos estudios.

Por otra parte, las enfermedades, tanto en cuanto al número de las que presentaba el paciente, como a diagnósticos concretos (precisamente lo que marcaba el hecho de ser pluripatológico y por tanto primer requisito para incluirse en el estudio), no llegaban a estar entre los predictores de la calidad percibida por el paciente.

Tampoco la pérdida de capacidad funcional ni el deterioro cognitivo, dos cuestiones relevantes por su frecuencia entre los pacientes, e importantes también al definir requisitos para la inclusión en alguna de las categorías, permitían predecir la percepción del paciente.

Entre el uso de recursos sanitarios por parte del paciente, sólo las consultas con el médico de familia y el número de especialidades que seguían al paciente se identificaban como predictores. Hay que resaltar que ni la atención en urgencias o ni el número de ingresos mostraran relación con la percepción de la calidad por el paciente, como tampoco lo hacía el número de fármacos que tomaba el paciente.

Es de destacar también cómo participa el tener cuidador en la opinión de los pacientes. La identificación de cuidadores podría estar potenciada en los pacientes pluripatológicos como una de las recomendaciones que figuran en su proceso de atención desde el año 2002, y tener cuidador resulta ser un predictor de una menor percepción de la calidad. Por otra parte, el parentesco del cuidador con el paciente no estaba ni siquiera relacionado, mientras que curiosamente, los convivientes identificados empleando la escala de Gijón sí que tenían influencia en la percepción de la calidad y hasta la predecían. En este sentido, llama la atención la diferencia que pueda existir entre el cuidador identificado en el proceso y los convivientes según la citada escala de Gijón: la correlación entre ambas variables, aunque significativa, es débil (0,147). También se puede resaltar el hallazgo de las diferencias de percepción dependiendo de que se pudiera haber esperado una mayor necesidad de cuidador

(entendiendo que sería así en los de peor situación funcional, con un índice de Barthel por debajo de 60; y en los de mayor deterioro cognitivo, con cinco ó más errores en el cuestionario de Pfeiffer), y que se tuviera cuidador realmente. Así, los que tenían una peor percepción, aunque no de forma significativa, eran los pacientes que teniendo un cuidador identificado, no presentaban dependencia funcional o deterioro cognitivo importantes; y los que tenían una mejor percepción de la calidad de la asistencia eran, esta vez sí de forma significativa, pacientes que hubieran precisado un cuidador pero no lo tenían, y que correspondían a personas con gran deterioro cognitivo pero sin dependencia funcional.

Por último, los aspectos relacionados con la relación entre los pacientes y los profesionales sanitarios apuntan a una mayor importancia de la valoración de la relación con el médico, con una influencia positiva medida por la empatía. Mientras la relación con enfermería traducía una influencia negativa a través de la identificación de su enfermero por el paciente, un hecho llamativo que sugiere que se recuerde más a profesionales con los que se tiene una mala experiencia; aunque el contacto telefónico entre paciente y enfermero también aportara un valor positivo en la opinión del paciente.

Hay que añadir sin embargo que, incluso habiendo conseguido identificar factores que pueden predecir la percepción de la calidad por el paciente mediante la regresión logística, sólo llegan a explicar un 35 % de la varianza en la puntuación que el paciente da de la calidad de la atención recibida. Entre los estudios referidos sólo uno consigue explicar una proporción superior (277), con el 60 %, mientras otros lo tienen menor con el 30 % (305) o hasta el 20 % (269), de modo que queda todavía un amplio margen sobre el que no hay componentes reconocidos, y serían por el momento dependientes del propio paciente.

En definitiva, los pacientes pluripatológicos (descritos como una población de edad avanzada, similar proporción de géneros, frecuente necesidad de cuidadores, un entorno familiar que tiende a asumir el apoyo que requiere el paciente, alto consumo de recursos sanitarios a distintos niveles, y frecuentes limitación funcional y deterioro

cognitivo) tienen como elementos decisivos que influyen en su percepción de la asistencia que reciben: la localidad de residencia, tener cuidador identificado, los convivientes del paciente, el número de citas con su médico de familia, el contacto telefónico con el enfermero asignado en el centro de salud, el número de especialidades con seguimiento, conocer el nombre del enfermero en atención primaria y la valoración de la relación con el médico de familia. Circunstancias tales como factores demográficos de paciente o cuidador, el número de enfermedades o cuáles eran concretamente, los ingresos o atención en urgencias, la limitación funcional o el deterioro cognitivo quedaban relegados por la regresión logística.

#### 4. IMPLICACIONES

Como ya se comentó en la Introducción de esta tesis, la valoración de la satisfacción de los usuarios se ha visto como importante y pertinente en los servicios de salud, como parte y complemento de otras actividades de control de calidad, obteniendo por ello una preocupación cada vez mayor por parte de los gestores de la asistencia sanitaria y de los profesionales que la llevan a cabo.

En el caso de los pacientes pluripatológicos, el estudio objeto de esta tesis ha encontrado factores que influyen en la percepción de la calidad de la atención que reciben. De acuerdo con la regresión logística expuesta en el punto anterior de la discusión, esos aspectos que predicen la calidad percibida por los pacientes pluripatológicos eran:

- la localidad de residencia: mejor en la de menos población.
- tener cuidador identificado: mejor cuando el paciente no precisa cuidador.
- los convivientes del paciente: mejor con pareja o hijos.
- el número de citas con su médico de familia: mejor con más citas.
- el contacto telefónico con el enfermero asignado en el centro de salud: mejor cuando el paciente sí conoce el teléfono del enfermero.
- el número de especialidades: mejor cuantas menos siguen al paciente.
- conocer el nombre del enfermero en atención primaria: mejor cuando no se conoce.
- la valoración de la relación con el médico de familia: mejor cuando más se valora la relación con el médico.

Para mejorar la satisfacción de los pacientes pluripatológicos, son éstos los factores sobre los que cabría intervenir.

Algunos de ellos admiten poca variación desde los profesionales sanitarios. Así, no está al alcance de la planificación trasladar a los pacientes a poblaciones menores.

Respecto a la influencia de precisar cuidadores y del tipo de conviviente en la opinión sobre la atención recibida, sí que podrían plantearse medidas de apoyo a familia y cuidadores. El análisis realizado indica que el nivel de dependencia funcional no llega a ser algo determinante a la hora de modificar la satisfacción del paciente.

En cuanto a la actividad de atención primaria y especializada, teniendo en consideración que este estudio se ha realizado en el entorno del domicilio y centro de salud (focalizando en cierto modo la percepción del paciente en la atención primaria), la satisfacción aumenta al potenciar la atención primaria y disminuir el seguimiento por otros especialistas. La atención en urgencias y los ingresos no influyen en la opinión del paciente, algo que sugiere que son percibidas como una entidad aparte del seguimiento ambulatorio de médicos de familia y demás especialistas en consultas.

La relación del paciente con enfermeros y médicos acaba siendo el factor más importante en la búsqueda de elementos modificables de esa percepción de la calidad del paciente. Llama la atención cómo el componente ‘médico’ tiene una mayor participación en la opinión del paciente, mientras que los referidos al ‘enfermero’ pueden resultar incluso negativos (como se ha expuesto, los pacientes que recuerdan el nombre de su enfermero percibían una peor asistencia), aunque los haya también positivos (como el acceso telefónico del paciente al enfermero).

Así, para mejorar la percepción de la asistencia de los pacientes pluripatológicos se pueden plantear medidas que:

- Aumenten el apoyo a cuidadores y familiares, además del soporte dado a los propios pacientes.

- Faciliten el control del paciente desde atención primaria, en vez de potenciar la atención especializada.
- Enriquezcan la relación del paciente con los profesionales sanitarios, sobre todo con el médico de familia.

Es posible que medidas de este tipo sean también útiles de cara a mejorar la satisfacción de otros o hasta de todos los pacientes en nuestro medio, sobre todo teniendo en cuenta que ni el número de patologías, ni las patologías concretas, ni el grado de limitación funcional o deterioro cognitivo que servían para identificar a los pacientes pluripatológicos han resultado decisivos. Hay que reconocer, sin embargo, que sería preciso desarrollar estudios que compararan estos resultados encontrados en los pacientes pluripatológicos con los de otros pacientes sin su nivel de comorbilidad, que además permitirían evaluar si, como han visto otros estudios, la presencia de comorbilidad empeora la percepción por los pacientes de la calidad de la atención sanitaria.

## **VI. CONCLUSIONES**





1. La prevalencia de pacientes pluripatológicos encontrada es del 1,32 % de la población adulta, tras realizar una identificación activa para el censado de los mismos. Esta prevalencia es menor que la inicialmente estimada para la población general en el Proceso ‘atención a pacientes pluripatológicos’.
2. Los pacientes pluripatológicos tienen una edad avanzada, con una proporción similar de mujeres y varones. Tienen una elevada comorbilidad en la que destacan los factores de riesgo y las patologías cardiovasculares. Entre ellos son frecuentes las limitaciones funcionales, el deterioro cognitivo y la necesidad de apoyo social. Presentan un importante consumo de recursos a nivel de atención primaria y especializada, incluyendo asistencia en domicilio, en urgencias e ingresos hospitalarios, así como polifarmacia. Casi dos de cada tres pacientes pluripatológicos tiene cuidadores identificados, papel que es asumido por mujeres en el 80 %, mayoritariamente adultas de edad media familiares del paciente.
3. El 95 % de los pacientes pluripatológicos conoce a su médico de familia, el 80 % a su enfermero del centro de salud y menos del 20 % al internista de referencia. La valoración de la relación de los pacientes pluripatológicos con dichos profesionales sanitarios, cuantificada como empatía referida con cada uno de ellos, es elevada.
4. La calidad percibida de la asistencia por los pacientes pluripatológicos tiene un valor medio de 3,68 en una escala Likert de cinco puntos, situándolo cerca de una percepción ‘mejor de lo esperado’.
5. La valoración de los ítems del cuestionario de calidad percibida de la asistencia en los pacientes pluripatológicos obtiene las puntuaciones más altas en la actitud de enfermeros y médicos, atención profesional de enfermeros y médicos, mantenimiento y limpieza de centro y consultas; y las más bajas corresponden a información recibida, atención de personal no sanitario, citación y tiempos de espera. El único valor puntuado por debajo de lo esperado era el ‘tiempo en sala de espera’. El cuestionario tenía una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,895.

6. Se identifican cinco Dimensiones de la calidad percibida mediante el análisis factorial del cuestionario de 17 ítems: Actividad del médico, Equipamiento y citación, Instalaciones, Actividad de enfermería, Accesibilidad.
7. Existen diferencias en la valoración de la calidad percibida de la asistencia sanitaria por los pacientes pluripatológicos, en función de los siguientes factores: género del paciente, localidad de residencia, los convivientes, el número de categorías de enfermedad, las categorías y enfermedades padecidas, la situación funcional, la situación cognitiva, el número de consultas con el médico de atención primaria, el contacto telefónico con el médico y el enfermero de atención primaria, el seguimiento por especialidades quirúrgicas o Medicina Interna, la identificación de enfermero, la relación con enfermero y médico de familia, y la presencia de un cuidador del paciente.
8. Aunque la calidad percibida de la asistencia de los pacientes pluripatológicos tiene correlaciones significativas con diversos factores (situación familiar, funcional y cognitiva, consultas con el médico de familia y con el internista, número de especialidades quirúrgicas y totales, empatía con el médico de familia y con el enfermero), ninguna de ellas es una correlación fuerte.
9. Los predictores de la calidad percibida de la asistencia por parte de los pacientes pluripatológicos explican el 35 % de la varianza en dicha valoración. Eran, de acuerdo con su orden de influencia de mayor a menor: la relación del paciente con el médico de familia, el seguimiento por especialidades, el tipo de convivientes, tener cuidador, el número de consultas con el médico de familia, la localidad de residencia, el contacto telefónico con el enfermero, la identificación del enfermero.
10. Medidas que mejorasen la relación del paciente con los profesionales, aumentasen el apoyo a cuidadores y familiares además de al propio paciente, y potenciasen el control del paciente desde atención primaria en vez de hacerlo desde atención especializada podrían mejorar la valoración de la calidad de la asistencia recibida por parte de los pacientes pluripatológicos.

## **VII.TABLAS**



**Tabla 1. Artículos sobre comorbilidad localizables en PubMed e IME-Biomedicina**

	PUBMED					IME- Biomedicina
	Todos	En inglés	En alemán	En francés	En español	
COMORBILIDAD	151545	138541	3874	2042	2675	1035
MULTIMORBILIDAD	2026	1450	504	14	24	2
POLIPATOLOGIA	165	73	27	39	15	1
PLURIPATOLOGIA	38	8	-	1	31	64
MULTIPLES...CRÓNICAS	837	781	9	8	18	42

\*62178 referidos a Psicología y Psiquiatría, mediante el término *MeSH "Psychiatry and Psychology Category"*[Mesh]

**Tabla 2. Citas en PubMed Central para índices de comorbilidad**

Índice	Nº citas
Charlson (25)	3695
Charlson-Deyo (26)	1221
CIRS (58)	208
Kaplan-Feinstein (81)	0
ICED (70)	45
Burden of disease (67)	10
HELP (82)	13
Walter <i>et al</i> (83)	73
HRDES (84)	13
BISEP (86)	20
CDS (39)	131
Carey <i>et al</i> (87)	35
MACSS (27)	9
Lee <i>et al</i> (77)	100
Profund (89)	3

**Tabla 3. Frecuencia de presentación de enfermedades y categorías.**

<b>categoría</b>	<b>Enfermedades incluidas en la categoría</b>	<b>% encuestados</b>	<b>% encuestados</b>
A	Insuficiencia cardíaca con síntomas continuos o agudizaciones frecuentes	24,8	68,9
	Cardiopatía isquémica	51,6	
B	Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional	18,4	39
	Vasculitis y conectivopatías	7,4	
	Insuficiencia renal crónica	16,3	
C	Limitación funcional al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional, con síntomas continuos o agudizaciones frecuentes	35	35,6
	<i>Cor pulmonale</i> crónico	2,8	
D	Enfermedad inflamatoria crónica intestinal	0,4	3,2
	*Hepatopatía crónica sintomática o en actividad	2,8	
E	Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad	18,2	18,2
F	Arteriopatía periférica sintomática	17,8	64,6
	Diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de cardiopatía isquémica (*)	56,6	
G	Enfermedad hematológica sintomática no subsidiaria de tratamiento especializado	10	19,9
	Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo	11	

(\*) Incluye retinopatía proliferativa (32 %), albuminuria (52,3 %), ataque cerebrovascular (16,2 %) y neuropatía sintomática (32,4 %).

**Tabla 4. Diagnósticos distintos de las categorías del proceso**

DIAGNÓSTICO	%	
Riesgo vascular	Hipertensión arterial	58
	Diabetes mellitus	6
	Dislipemia	22
	Obesidad	10
Patología cardíaca	Fibrilación auricular	14
	Valvulopatía mitral	3
	Valvulopatía aórtica	1
	Insuficiencia cardíaca	1
	Portador de marcapasos	3
Patología vascular	Enfermedad cerebral vascular	13
	Enfermedad trombo-embólica venosa	3
Patología respiratoria	Obstrucción crónica al flujo aéreo	12
	Apnea obstructiva del sueño	3
	Asma bronquial	3
Patología digestiva	Úlcera péptica	7
	Patología bilio-pancreática	7
Patología urinaria	Hipertrofia prostática	10
	Litiasis urinaria	4
	Incontinencia urinaria	1
Patología endocrino-metabólica	Hiperuricemia	3
	Enfermedades tiroideas	3
Patología reumatológica	Artrosis	13
Patología neurológica	Deterioro cognitivo	3
Patología psiquiátrica	Trastorno depresivo	5

148 (\*) Incluye retinopatía proliferativa (32 %), albuminuria (52,3 %), ataque cerebrovascular (16,2 %) y neuropatía sintomática (32,4 %).



**Tabla 5. Escala de valoración socio-familiar de Gijón**

<b>Subescala</b>	<b>Valor</b>	<b>% pacientes</b>
Situación familiar	Vive con hijos	36
	Vive con pareja de similar edad	45
	Vive con otros familiares y amigos	4
	Vive solo, tiene hijos próximos	11
	Vive solo, carece de hijos o viven alejados	4
Vivienda	Adecuada	46
	Equipamiento inadecuado	51
	Barreras arquitectónicas	3
	Vivienda inadecuada	1
	No tiene	0
Relaciones y contactos sociales	Relaciones fuera del domicilio	20
	Relaciones con familia y vecinos saliendo el paciente de casa,	46
	Sólo con familia pero saliendo el paciente de casa	14
	No sale el paciente pero recibe al menos una visita por semana	18
	No recibía apenas visitas.	2

**Tabla 5. Escala de valoración socio-familiar de Gijón (SIGUE)**

<b>Subescala</b>	<b>Valor</b>	<b>% pacientes</b>
Apoyo de la red social	No necesitaba apoyos,	16
	Necesitaba apoyo de familia o vecinos,	74
	Con ayuda a domicilio o voluntarios,	7
	Pendiente de residencia	<1
	Precisaba apoyo sin que lo recibiera.	2,5
Situación económica	Más de 119.000 pesetas (715,20 €)	24
	80 – 119000 pesetas (480,81 – 715,20 €)	28
	40 – 80000 pesetas (240,40 – 474,80 €)	43
	Menos de 40000 pesetas (240,40 €)	5
	Sin pensión ni otros ingresos	2,5

**Tabla 6. Puntuación en los ítems del cuestionario de calidad percibida.**

<b>ÍTEM DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD PERCIBIDA DE LA ASISTENCIA</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>Con valores &lt;'3' (%)</b>	<b>Con valores '4' (%)</b>	<b>N</b>
1-Información sobre enfermedad por médicos	3,61	1,00	<b>12</b>	58	464
2-Tiempo para entrar en consulta	2,80	,98	<b>42</b>	21	461
3-Información sobre pruebas por médicos	3,50	,98	<b>13</b>	50	466
4-Tiempo para lograr cita en consulta	3,28	1,76	<b>29</b>	42	460
5-Disposición del personal para ayudar	3,57	,95	<b>11</b>	51	464
6-Facilidad para nueva cita	3,36	1,02	<b>16</b>	41	457
7-Facilidad para desplazarse hasta consultas	3,52	,92	<b>11</b>	48	457
8-Interés de enfermería en atención	3,93	,88	<b>4</b>	70	463
9-Limpieza de salas de espera y pasillos	3,83	,83	<b>2</b>	63	460
10-Limpieza de consultas	3,87	,78	<b>1</b>	63	458
11-Capacidad de médicos para comprender problemas	3,91	,95	<b>8</b>	71	464
12-Amabilidad de médicos	4,07	,90	<b>5</b>	76	467
13-Amabilidad de enfermería	4,08	,79	<b>2</b>	76	462
14-atención de médico a explicaciones de paciente	3,96	,93	<b>7</b>	75	468
15-Información sobre evolución de enfermedades	3,67	,98	<b>11</b>	61	467
16-Preparación del médico para su trabajo	4,03	,87	<b>3</b>	71	465
17-Material y equipos para diagnóstico	3,49	,79	<b>7</b>	44	446
<b>PUNTUACIÓN GLOBAL</b>	<b>3,68</b>	<b>,60</b>	<b>12,1</b>	<b>26,2</b>	<b>428</b>

N – número de pacientes que responden a cada ítem concreto

Media y Desviación típica – Aparecen referidos a la puntuación de la escala Likert

1 – ,... mucho peor de lo que esperaba,  
 3 – ,... como lo esperaba,  
 5 – ,... mucho mejor de lo que esperaba,

2 – ,... peor de lo que esperaba,  
 4 – ,... mejor de lo que esperaba,

**Tabla 7. Análisis univariante: calidad percibida de la asistencia.**

Variable		calidad percibida Media (DT)	P	N
----------	--	---------------------------------	---	---

## ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Género del paciente	Mujer	3,62 (0,65)	<b>0,029</b>	211
	Varón	3,74 (0,58)		217
Edad del paciente	<65 años	3,71 (0,60)	0,578	69
	65 – 80 años	3,70 (0,59)		233
	>80 años	3,63 (0,61)		126
Localidad de residencia	Sevilla	3,54 (0,42)	<b>&lt;0,001</b>	266
	Camas	3,91 (0,75)		162

## SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR

Situación socio-familiar: convivientes	Hijo/a	3,78 (0,60)	0,052	<b>0,020</b>	148	
	Esposo/a	3,65 (0,56)			3,63 (0,59)	192
	Otros	3,59 (0,67)			81	273
Situación socio-familiar: vivienda	Adecuada	3,52 (0,41)	0,580	94		
	Falta un equipamiento	3,53 (0,36)		107		
	Inadecuada	3,68 (0,58)		7		
Situación socio-familiar: relaciones	Relaciones sociales y vecinos	3,52 (0,38)	0,861	133		
	Sale de casa	3,56 (0,36)		28		
	Visitas	3,54 (0,44)		40		
Situación socio-familiar: apoyos	No precisa	3,61 (0,29)	0,221	34		
	Tiene ayuda	3,50 (0,41)		144		
	Otro	3,61 (0,37)		19		

## SITUACIÓN CLÍNICA: CATEGORÍAS Y DIAGNÓSTICOS

Categorías de pluripatológico	Dos	3,62 (0,56)	<b>0,023</b>	248
	Tres ó más	3,76 (0,64)		180
Categoría A	Sí	3,69 (0,61)	0,466	302
	No	3,65 (0,58)		126
Insuficiencia cardíaca	Sí	3,65 (0,61)	0,540	109
	No	3,69 (0,58)		319

Tabla 7 (sigue). Análisis univariante

Cardiopatía isquémica	Sí	3,68 (0,61)	0,540	227
	No	3,68 (0,59)		201
Categoría B	Sí	3,59 (0,57)	<b>0,013</b>	167
	No	3,74 (0,61)		261
Artrosis	Sí	3,51 (0,55)	<b>0,007</b>	75
	No	3,72 (0,60)		353
Vasculitis	Sí	3,55 (0,63)	0,204	34
	No	3,69 (0,59)		394
Insuficiencia renal	Sí	3,65 (0,61)	0,609	70
	No	3,69 (0,58)		358
Categoría C	Sí	3,65 (0,61)	0,389	152
	No	3,70 (0,59)		276
Enf, pulmonar crónica	Sí	3,65 (0,60)	0,492	149
	No	3,70 (0,60)		279
<i>Cor pulmonale</i>	Sí	3,86 (0,67)	0,300	12
	No	3,68 (0,60)		416
Categoría D	Sí	3,90 (0,65)	0,158	14
	No	3,67 (0,60)		414
Enf. Inflamatoria intestinal	Sí	3,42	0,654	1
	No	3,68 (0,60)		427
Cirrosis hepática	Sí	3,94 (0,66)	0,112	13
	No	3,67 (0,60)		415
Categoría E	Sí	3,67 (0,59)	0,440	74
	No	3,72 (0,65)		354
Categoría F	Sí	3,76 (0,59)	<b>&lt;0,001</b>	282
	No	3,53 (0,58)		146
Diabetes mellitus	Sí	3,75 (0,60)	<b>0,006</b>	247
	No	3,59 (0,59)		181
Arteriopatía periférica	Sí	3,81 (0,61)	<b>0,026</b>	80
	No	3,65 (0,59)		348
Categoría G	Sí	3,71 (0,65)	0,634	84
	No	3,67 (0,59)		344

TABLAS

Tabla 7 (sigue). Análisis univariante

Enfermedades hematológicas	Sí	3,73 (0,71)	0,606	42
	No	3,67 (0,59)		319
Enfermedades oncológicas	Sí	3,63 (0,61)	0,568	46
	No	3,69 (0,60)		319

SITUACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA

Situación funcional (dependencia actividades básicas)	Total	3,53 (0,76)	3,61(0,64)	0,030	0,192	31	97
	Severa	3,32 (0,38)				17	
	Moderada	3,76 (0,59)				49	
	Leve	3,70 (0,59)				325	
Situación cognitiva (deterioro)	Moderado-severo	3,99 (0,67)	<0,001	79			
	No deterioro – D, leve	3,61 (0,55)		320			

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Nº fármacos	0 – 4	3,60 (0,67)	0,417	30
	5 – 9	3,76 (0,64)		190
	10 ó más	3,77 (0,64)		105

DESCOMPENSACIONES: INGRESOS Y URGENCIAS

Ingresos hospitalarios	Ninguno	3,70 (0,58)	0,225	302
	Uno	3,58 (0,63)		80
	Más de uno	3,75 (0,64)		46
Urgencias hospital	Ninguna	3,71 (0,61)	0,457	296
	Una	3,63 (0,59)		83
	Más de una	3,61 (0,57)		49
Urgencias atención primaria	Ninguna	3,66 (0,59)	0,161	307
	Una	3,79 (0,61)		60
	Más de una	3,60 (0,69)		47

Tabla 7 (sigue). Análisis univariante

## ATENCIÓN PRIMARIA

Consultas en centro con médico	Ninguna	3,55 (0,67)	3,57 (0,61)	0,111	0,038	51	106
	Una	3,58 (0,56)				55	
	Más de una	3,71 (0,60)				313	
Visitas en domicilio por médico	Ninguna	3,67 (0,61)	0,838			327	
	Una	3,72 (0,57)				52	
	Más de una	3,69 (0,60)				40	
Consultas telefónicas con médico	Ninguna	3,67 (0,60)	0,376			360	
	Una	3,66 (0,57)				26	
	Más de una	3,82 (0,65)				32	
Tiene teléfono de médico de familia	No	3,59 (0,56)	<0,001			215	
	Sí	3,76 (0,63)				198	
Consultas en centro con enfermero	Ninguna	3,73 (0,64)	0,105			192	
	Una	3,58 (0,56)				120	
	Más de una	3,71 (0,56)				106	
Visitas en domicilio por enfermero	Ninguna	3,68 (0,58)	0,998			314	
	Una	3,68 (0,68)				35	
	Más de una	3,68 (0,62)				69	
Consultas telefónicas con enfermero	Ninguna	3,68 (0,61)	0,702			390	
	Una	3,57 (0,45)				8	
	Más de una	3,77 (0,42)				19	
Tiene teléfono de enfermero	No	3,62 (0,57)	<0,001			271	
	Sí	3,81 (0,62)				141	

## ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Nº especialidades	Ninguna	3,68 (0,60)	0,213			74	
	Una	3,76 (0,63)				124	
	Más de una	3,64 (0,57)				224	
Nº especialidades médicas	Ninguna	3,66 (0,58)	0,314			109	
	Una	3,74 (0,62)				169	
	Más de una	3,64 (0,58)				117	
Nº especialidades quirúrgicas	Ninguna	3,77 (0,63)	0,032			204	
	Una	3,64 (0,56)				143	
	Más de una	3,55 (0,49)				44	

Tabla 7 (sigue). Análisis univariante

## MEDICINA INTERNA

Consultas con Medicina Interna	Ninguna	3,83 (0,69)	0,060	<b>0,012</b>	47	
	Una	3,58 (0,55)			9	26
	Más de una	3,41 (0,46)			17	
Urgencias con M, Interna	Ninguna	3,72 (0,65)	0,292	69		
	Una	3,31 (0,56)		3		
Llamadas telefónicas con M, Interna	Ninguna	3,72 (0,66)	0,214	68		
	Una	3,31 (0,22)		4		
Tiene teléfono de médico internista	No	3,84 (0,64)	<b>0,046</b>	48		
	Sí	3,53 (0,63)		28		

## RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS

Identificación médico familia	Sí	3,68 (0,60)	0,891	407		
	No	3,70 (0,71)		19		
Identificación enfermero	Sí	3,64 (0,58)	<b>0,042</b>	302		
	No	3,77 (0,65)		124		
Empatía médico familia	$\geq 7$	3,75 (0,58)	<b>&lt;0,001</b>	363		
	$<7$	3,15 (0,49)		45		
Empatía enfermero	$\geq 7$	3,70 (0,57)	<b>&lt;0,001</b>	321		
	$<7$	3,27 (0,42)		30		
Empatía internista	$\geq 7$	3,80 (0,64)	0,414	71		
	$<7$	3,55 (0,61)		5		



Tabla 7 (sigue). Análisis univariante

<b>CUIDADOR DEL PACIENTE</b>				
Con cuidador	No	3,80 (0,60)	<b>&lt;0,001</b>	134
	Sí	3,61 (0,58)		268
Género del cuidador	Mujer	3,64 (0,59)	0,256	207
	Varón	3,54 (0,54)		58
Edad del cuidador	<65 años	3,65 (0,67)	0,559	116
	65 – 80 años	3,58 (0,57)		77
	>80 años	3,52 (0,47)		17
Relación con cuidador	Esposo/a	3,58 (0,47)	0,523	137
	Hijo/a	3,66 (0,69)		99
	Otros	3,65 (0,62)		32
Esfuerzo del cuidador	Con Sobrecarga	3,62 (0,66)	0,549	59
	Sin Sobrecarga	3,68 (0,62)		99
Barthel < 60 o Pfeiffer > 5 errores	Sí, sin cuidador	4,40 (0,55)	<b>&lt;0,001</b>	23
	Sí, con cuidador	3,66 (0,64)		120
	No, sin cuidador	3,66 (0,53)		103
	No, con cuidador	3,57 (0,52)		136

**Tabla 8. Correlaciones con la calidad percibida de la asistencia.**

Variable	P	Correlación	
<b>SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR: ESCALA DE GIJÓN</b>			
Familia	0,004	-0,138	
Vivienda	NS	---	
Relaciones	NS	---	
Apoyos	NS	---	
Ingresos	NS	---	
<b>SITUACIÓN CLÍNICA: N° CATEGORÍAS Y DIAGNÓSTICOS</b>			
N° categorías	0,054	---	
N° Diagnósticos	NS	---	
<b>SITUACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA</b>			
Situación funcional	0,003	0,145	
Situación cognitiva	0,006	0,136	
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>			
N° fármacos	NS	---	
<b>DESCOMPENSACIONES: INGRESOS Y URGENCIAS</b>			
Ingresos hospitalarios	NS	---	
Urgencias hospital	NS	---	
Urgencias atención primaria	NS	---	
<b>ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>			
médico de familia	Consultas en centro	0,005	0,137
	Visitas en domicilio	NS	---
	Consultas telefónicas	NS	---
enfermero	Consultas en centro	NS	---
	Visitas en domicilio	NS	---
	Consultas telefónicas	NS	---
<b>SEGUIMIENTO POR ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>			
N° especialidades	0,044	<-0,100	
N° especialidades médicas	NS	---	
N° especialidades quirúrgicas	0,006	-0,138	
<b>MEDICINA INTERNA</b>			
Consultas	0,032	-0,251	
Urgencias	NS	---	
Llamadas telefónicas	NS	---	
<b>RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS</b>			
Empatía médico familia	<0,001	0,403	
Empatía enfermero	<0,001	0,249	
Empatía médico internista	NS	---	
<b>CUIDADOR DEL PACIENTE</b>			
Esfuerzo del cuidador	NS	---	

**Tabla 9. Predictores de calidad percibida de la asistencia.**

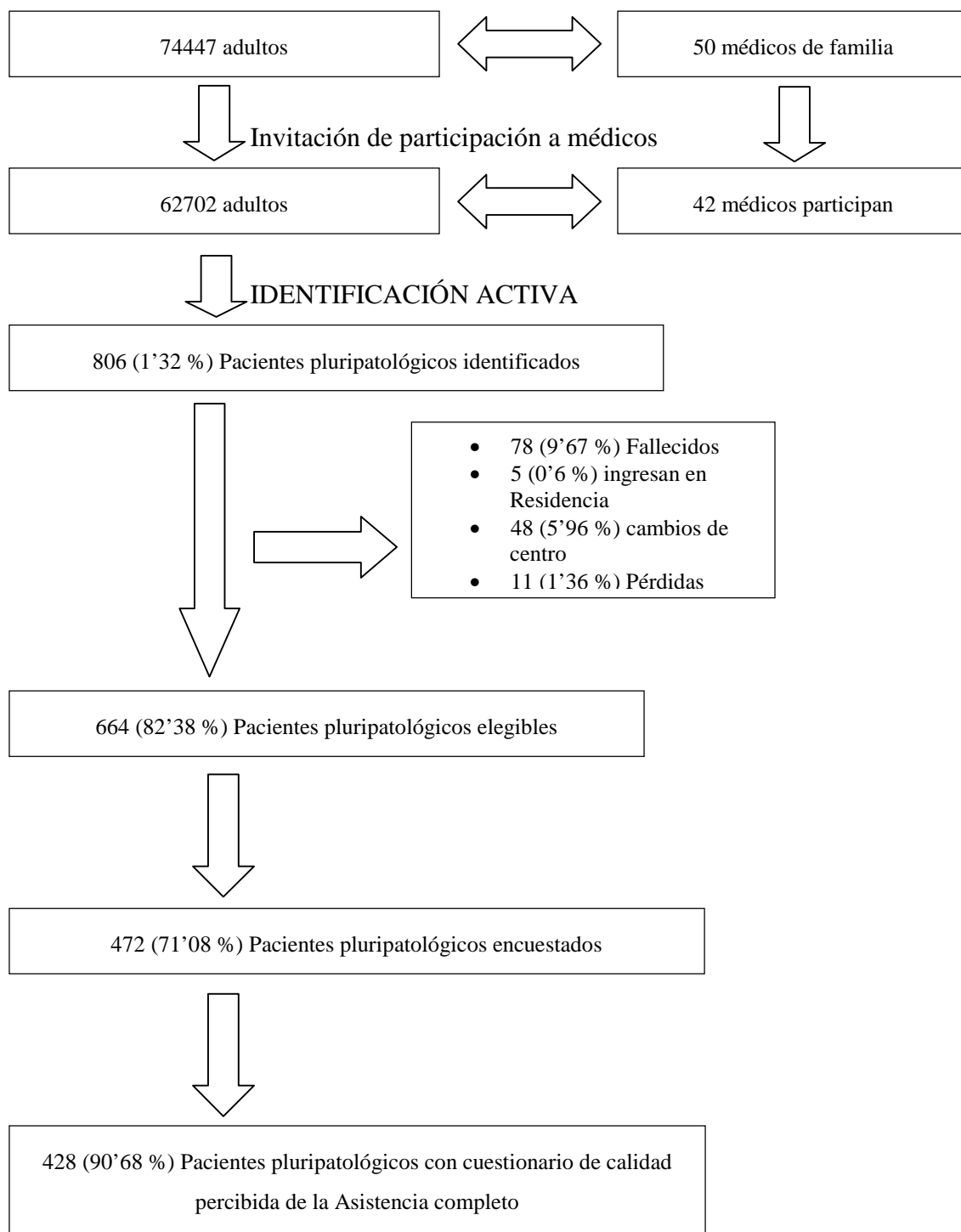
Variable		p	Ratio	IC 95 %	% varianza explicado
Localidad	Camas				2,7
	Sevilla	<0,01	0,1	0,03 – 0,27	
Convivientes	Otras				4,2
	Hijos	0,06	2,56	0,95 – 6,90	
	Pareja	<0,01	5,57	1,85 – 16,81	
Consultas con médico de familia	Ninguna				3,6
	Una	<0,01	6,43	2,09 – 19,83	
	Más de una	0,04	4,74	1,02 – 21,99	
Teléfono de enfermero	No				2,2
	Sí	0,02	2,98	1,15 – 7,73	
Especialidades	Ninguna				6,3
	Una	<0,01	0,06	0,01 – 0,29	
	Más de una	<0,01	0,11	0,02 – 0,55	
Conoce a enfermero	No				2,2
	Sí	0,04	0,37	0,14 – 0,97	
Empatía con médico de familia	Baja (<7)				10
	Alta (>= 7)	<0,01	17,0	5,74 – 50,39	
Tiene cuidador	No				3,8
	Sí	<0,01	0,29	0,12 – 0,71	

**Tabla 10. Dimensiones de calidad percibida: matriz de componentes rotados**

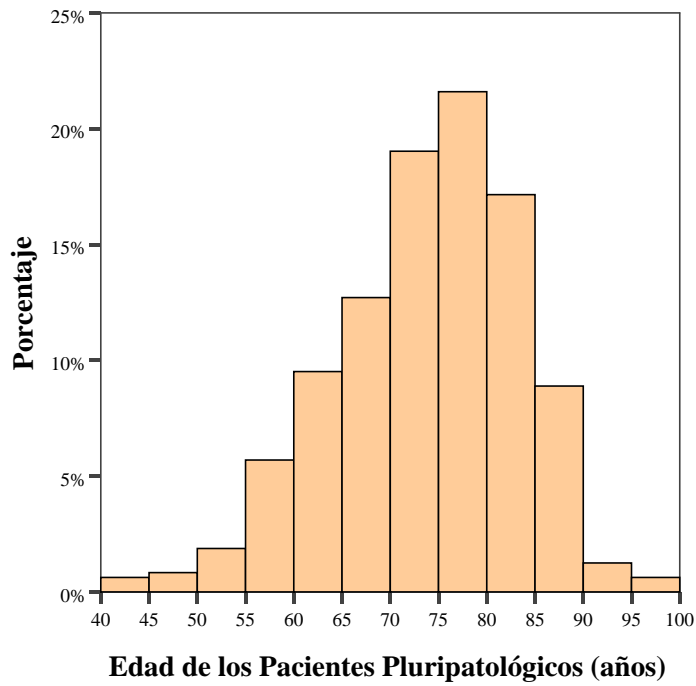
ÍTEM DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD PERCIBIDA DE LA ASISTENCIA	DIMENSIONES				
	I	II	III	IV	V
11-Capacidad de médicos para comprender problemas	<b>,846</b>	,154	,244	,077	,046
14-atención de médico a explicaciones de paciente	<b>,841</b>	,142	,204	,091	-,019
15-Información sobre evolución de enfermedades	<b>,841</b>	,219	,094	,062	,020
1-Información sobre enfermedad	<b>,792</b>	,203	-,082	,156	,096
16-Preparación del médico para su trabajo	<b>,751</b>	,157	,326	,117	,090
12-Amabilidad de médicos	<b>,736</b>	,116	,250	,227	-,044
3-Información sobre pruebas	<b>,641</b>	,248	,006	,122	,374
4-Tiempo para lograr cita en consulta	,138	<b>,761</b>	,116	,019	-,024
2-Tiempo para entrar en consulta	,153	<b>,749</b>	,091	,057	,345
6-Facilidad para nueva cita	,268	<b>,749</b>	,017	,169	,243
5-Disposición del personal para ayudar	,198	<b>,601</b>	,341	,169	-,039
17-Material y equipos para diagnóstico	,312	<b>,519</b>	,444	,147	-,055
10-Limpieza de consultas	,245	,200	<b>,832</b>	,215	,246
9-Limpieza de salas de espera y pasillos	,219	,192	<b>,831</b>	,233	,201
8-Interés de enfermería en atención	,155	,091	,165	<b>,867</b>	,180
13-Amabilidad de enfermería	,247	,198	,246	<b>,808</b>	-,065
7-Facilidad para desplazarse hasta consultas	,071	,200	,349	,085	<b>,797</b>

## **VIII. GRÁFICAS**

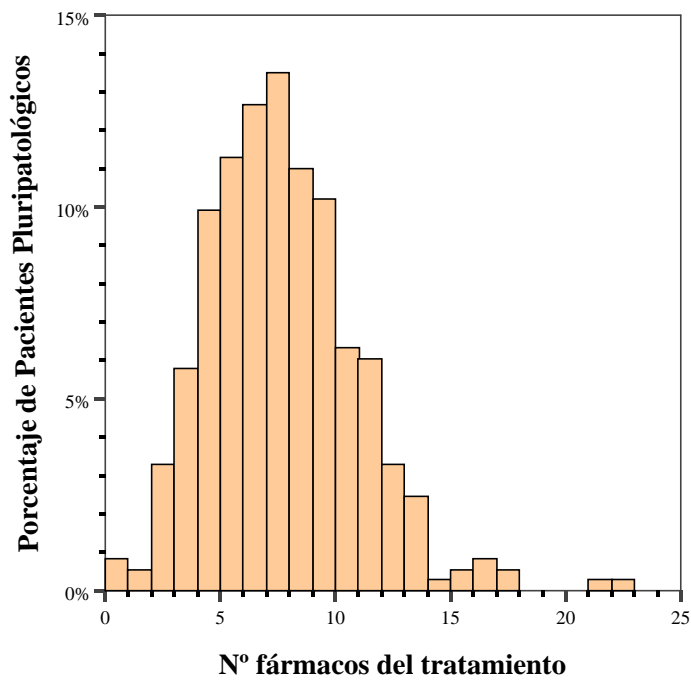


**Gráfica 1. Diseño del estudio.**

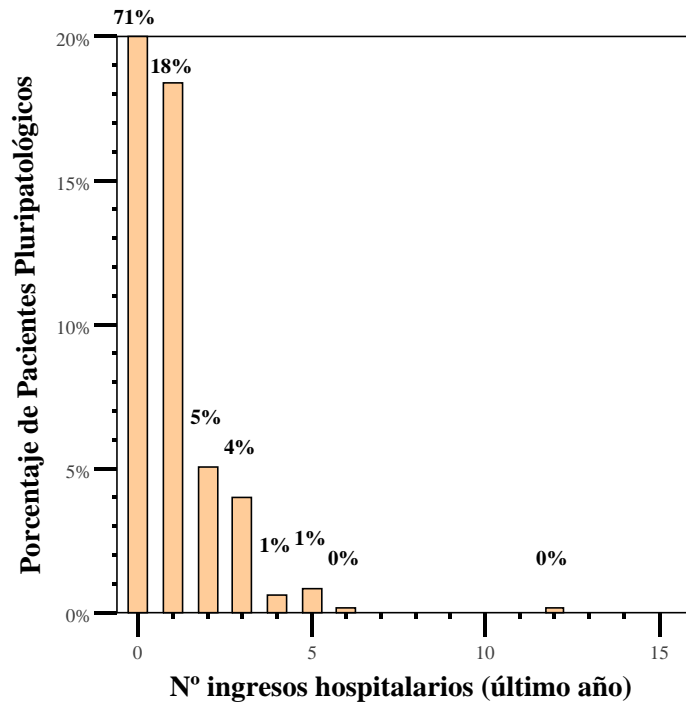
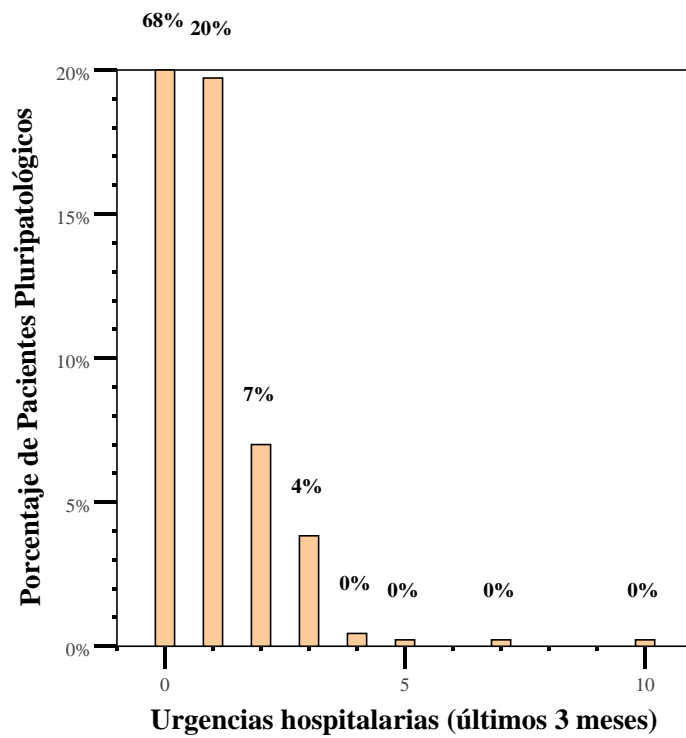
**Gráfica 2. Edad de los pacientes pluripatológicos identificados**



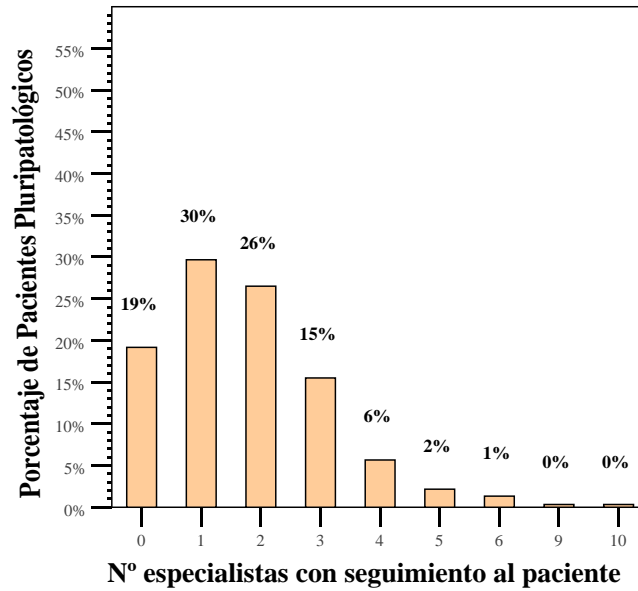
**Gráfica 3. Número de fármacos del tratamiento**



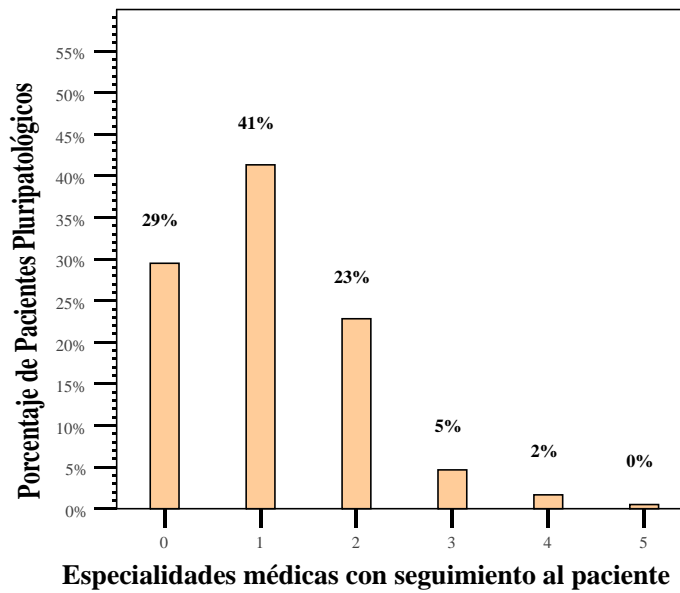


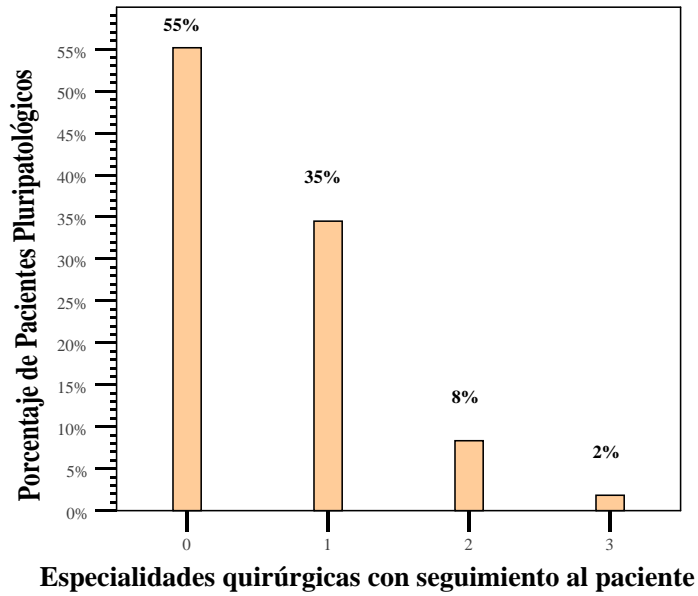
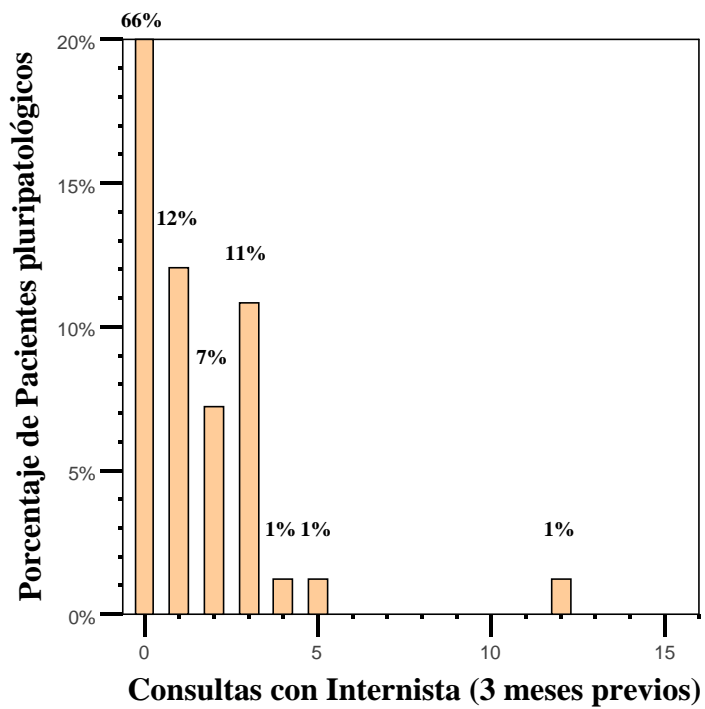
**Gráfica 4. Número de ingresos hospitalarios****Gráfica 5. Consultas en Urgencias hospitalarias.**

**Gráfica 6. Seguimiento por especialistas**

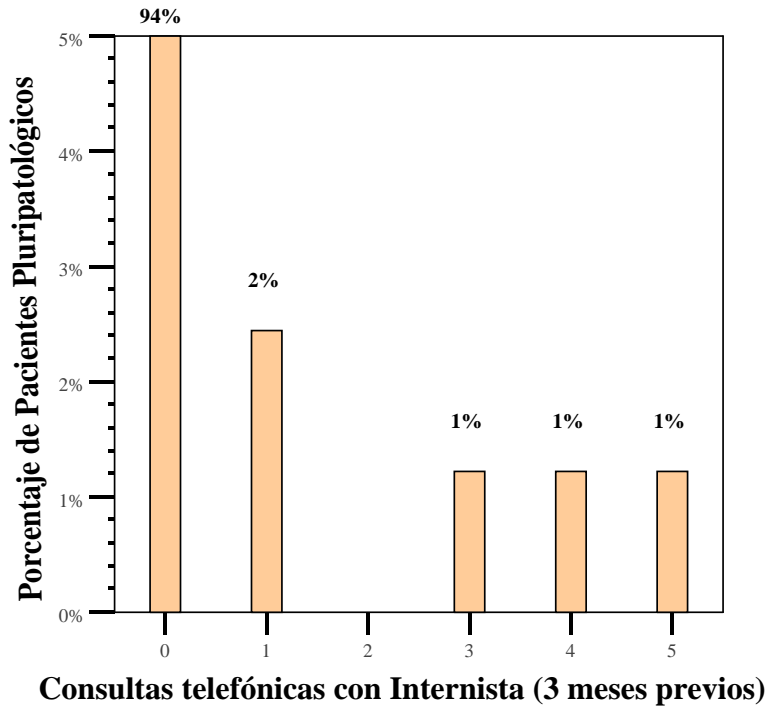


**Gráfica 7. Seguimiento por especialidades médicas**

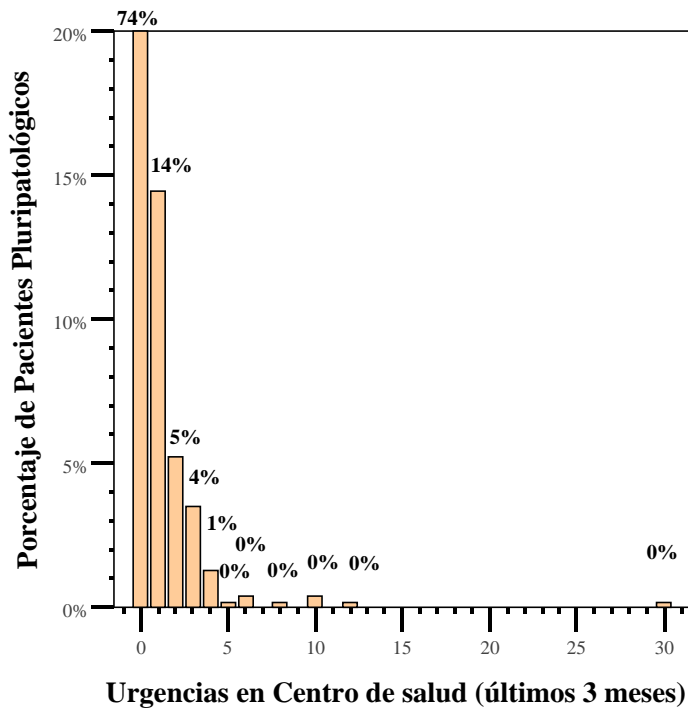


**Gráfica 8. Seguimiento por especialidades quirúrgicas****Gráfica 9. Consultas programadas con Internista**

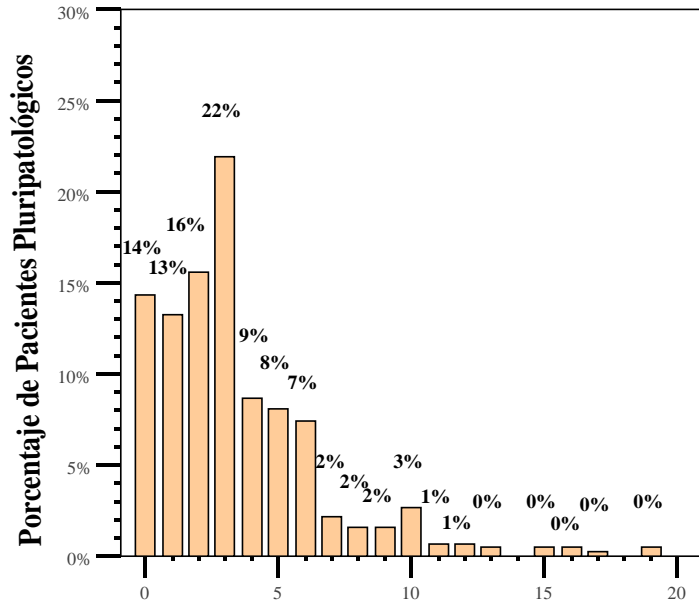
**Gráfica 10. Consultas telefónicas con Internista**



**Gráfica 11. Consultas urgentes en atención primaria**

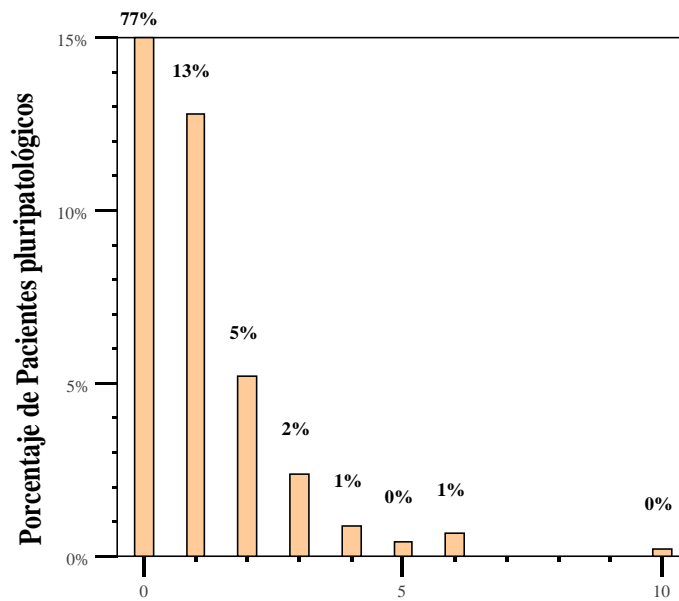


**Gráfica 12. Consultas con médico de familia en centro de salud**



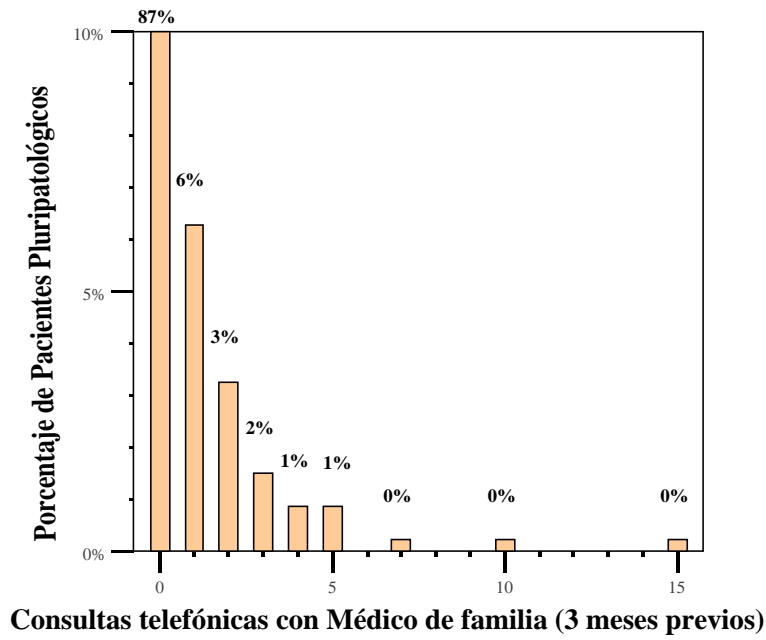
**Consultas con Médico de familia en Centro de salud (3 meses previos)**

**Gráfica 13. Consultas con médico de familia en domicilio del paciente**

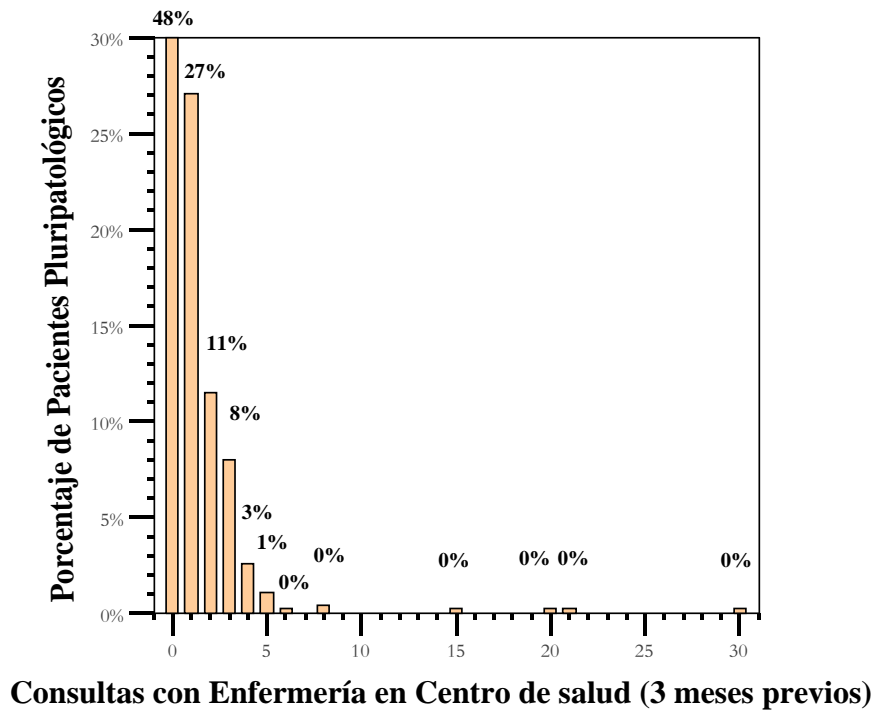


**Consultas con Médico de familia en domicilio (3 meses previos)**

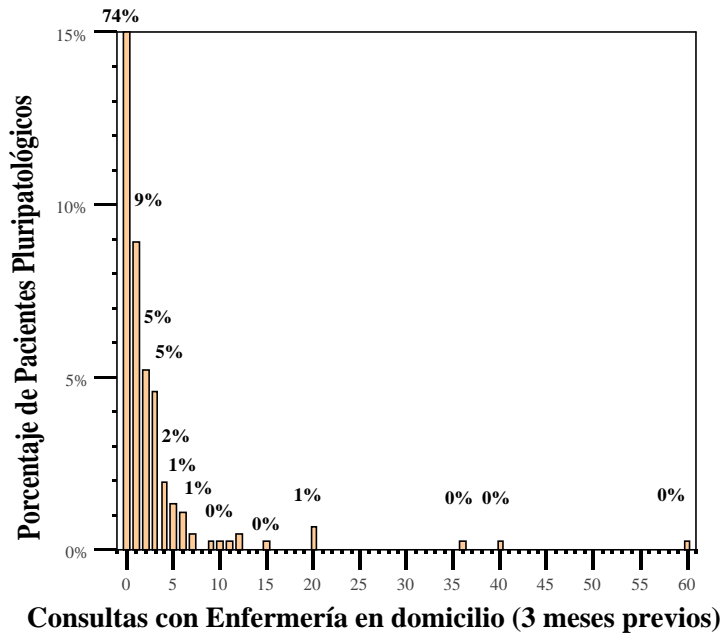
**Gráfica 14. Consultas telefónicas con médico de familia**



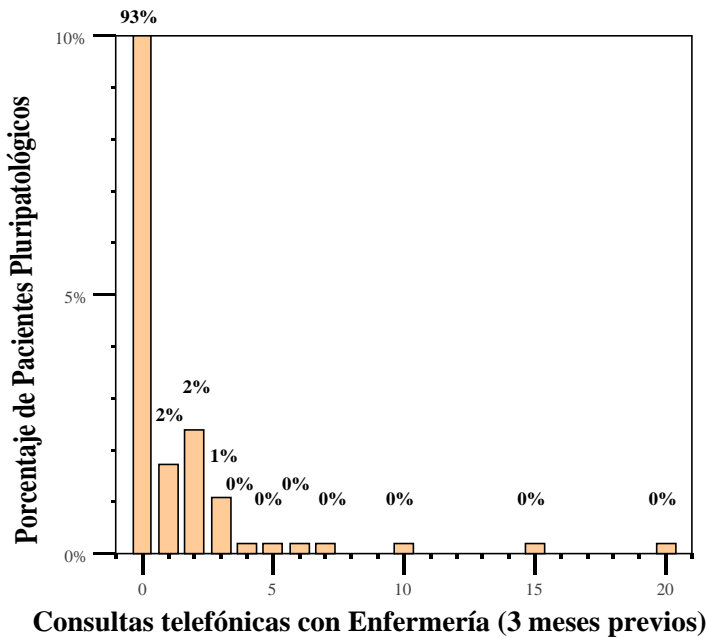
**Gráfica 15. Consultas con enfermería en el centro de salud**



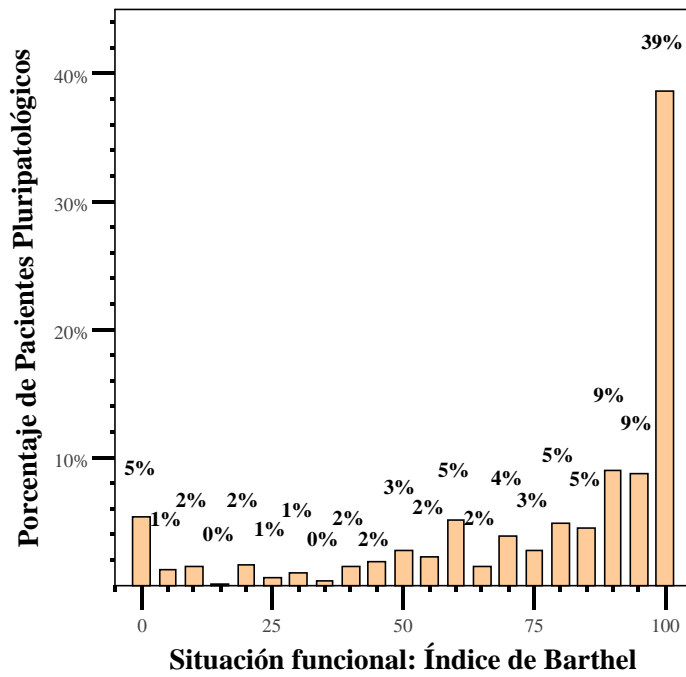
Gráfica 16. Consultas con enfermería en domicilio



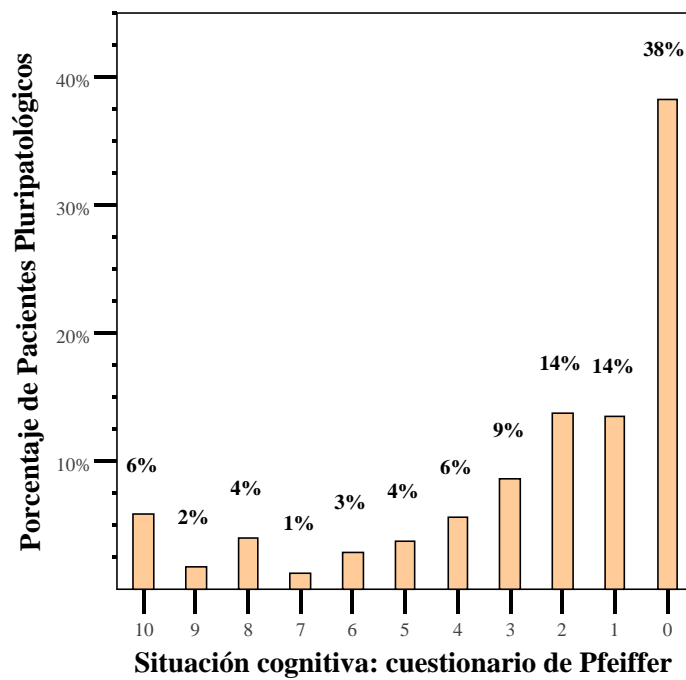
Gráfica 17. Consultas telefónicas con enfermería.



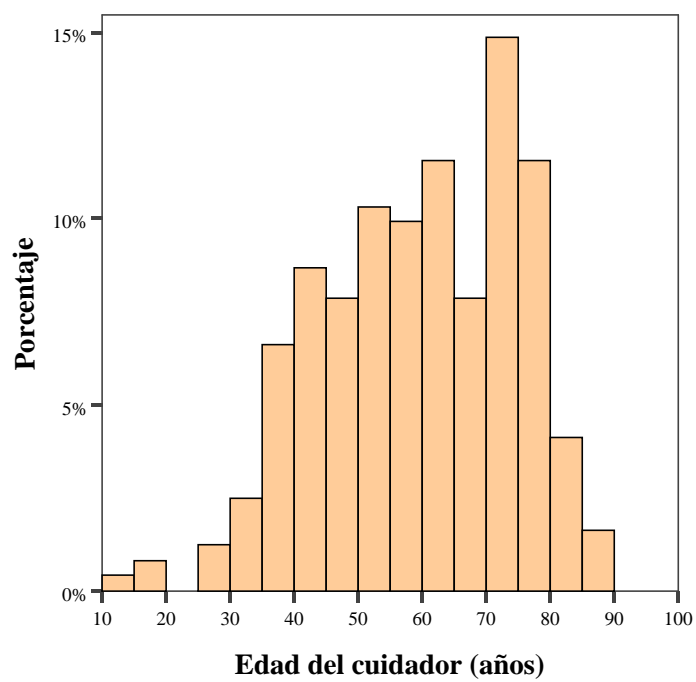
**Gráfica 18. Situación funcional (índice de Barthel).**



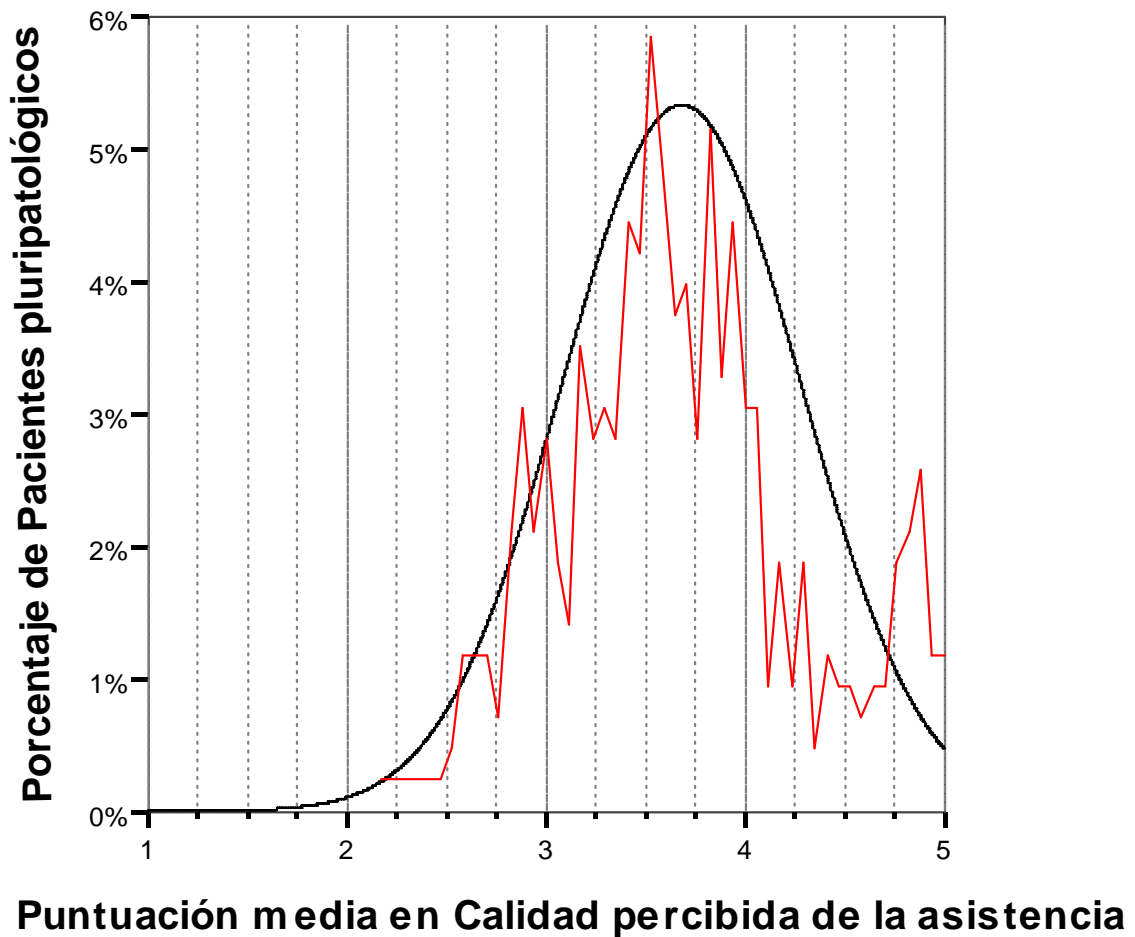
**Gráfica 19. Situación cognitiva (cuestionario de Pfeiffer)**





**Gráfica 20. Distribución de la edad de los cuidadores**

**Gráfica 21. Distribución de la puntuación global de la calidad percibida de la asistencia**



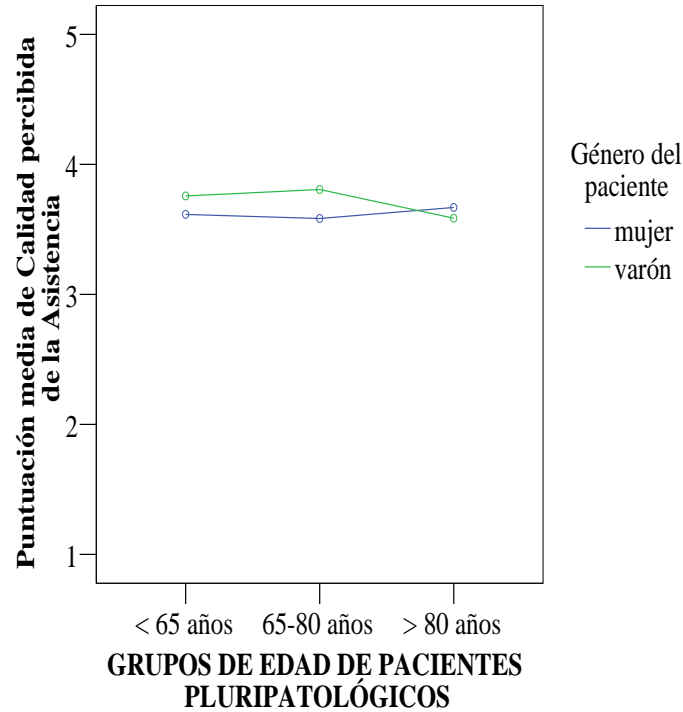
En rojo aparecen las puntuaciones obtenidas.

En negro aparece la curva normal sobre la distribución de dichas puntuaciones

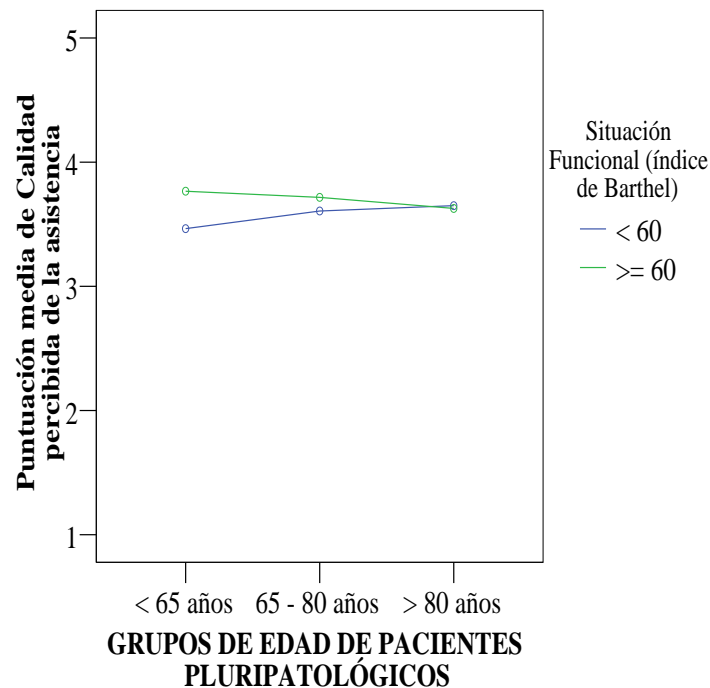
Puntuación global de la calidad percibida de la asistencia sanitaria

- 1 – ,... mucho peor de lo que esperaba,
- 2 – ,... peor de lo que esperaba,
- 3 – ,... como lo esperaba,
- 4 – ,... mejor de lo que esperaba,
- 5 – ,... mucho mejor de lo que esperaba,

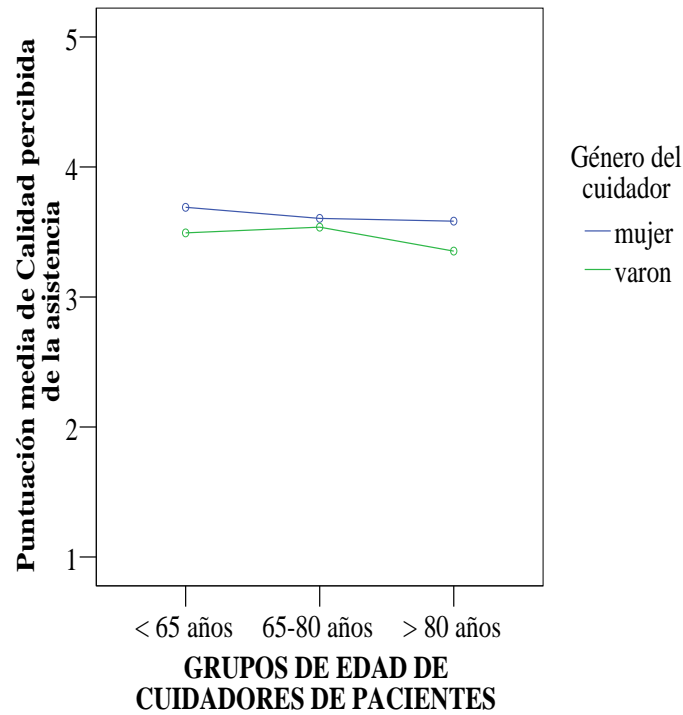
**GRÁFICA 22. Efecto de edad y género de los pacientes pluripatológicos en calidad percibida de la asistencia (p=0,072)**



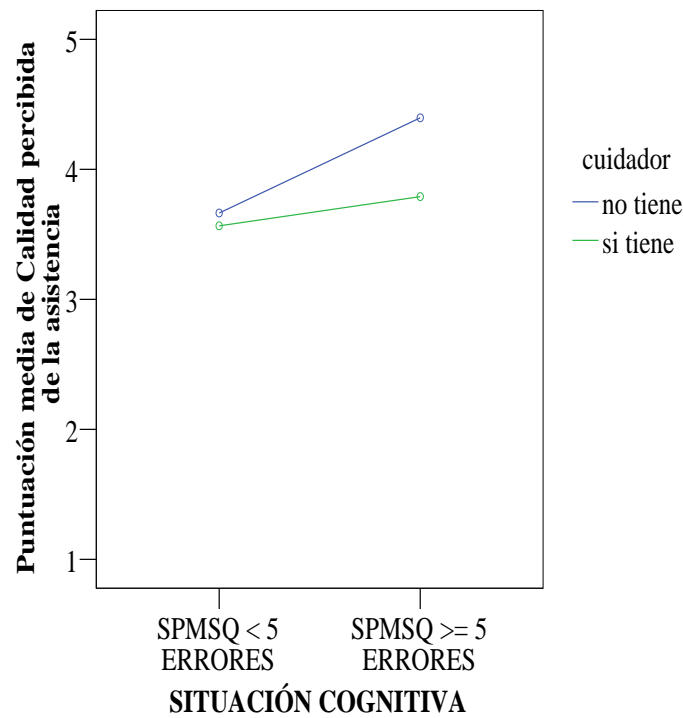
**GRÁFICA 23. Efecto de edad y nivel de dependencia en calidad percibida de asistencia (p=no significativa)**



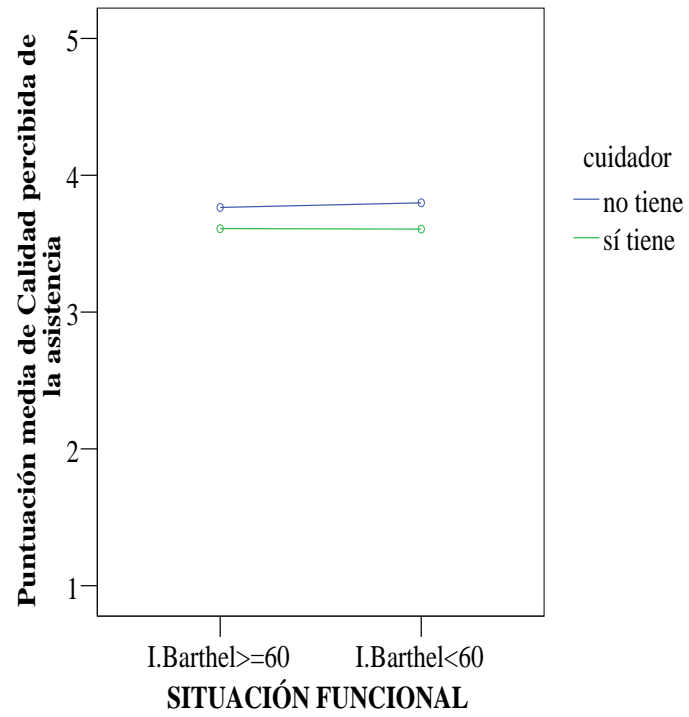
**GRÁFICA 24. Efecto de edad y género de los cuidadores de pacientes en calidad percibida de la asistencia (p=no significativa)**



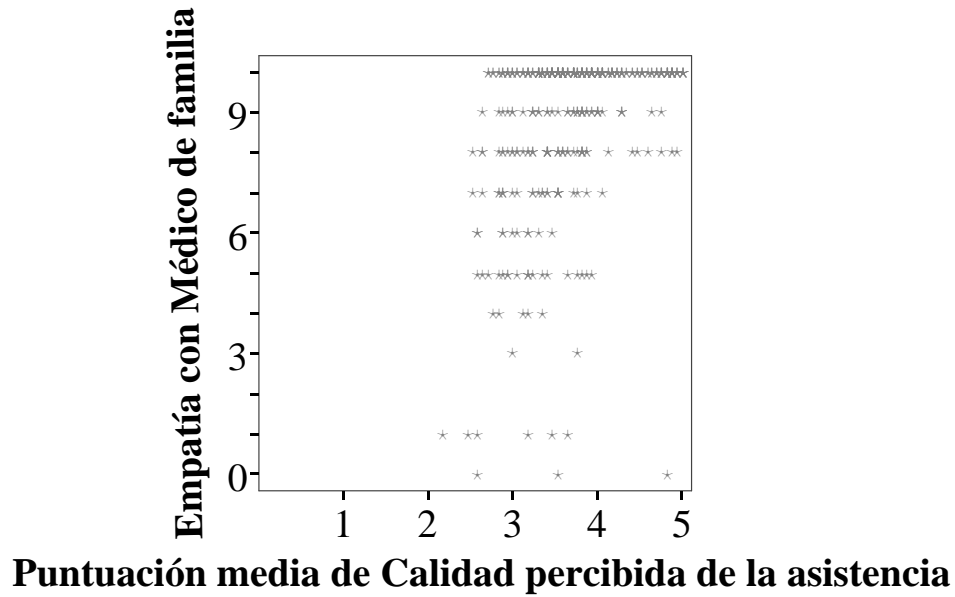
**GRÁFICA 25. Efecto de nivel cognitivo del paciente y presencia de cuidador en calidad percibida de la asistencia (p<0,001)**



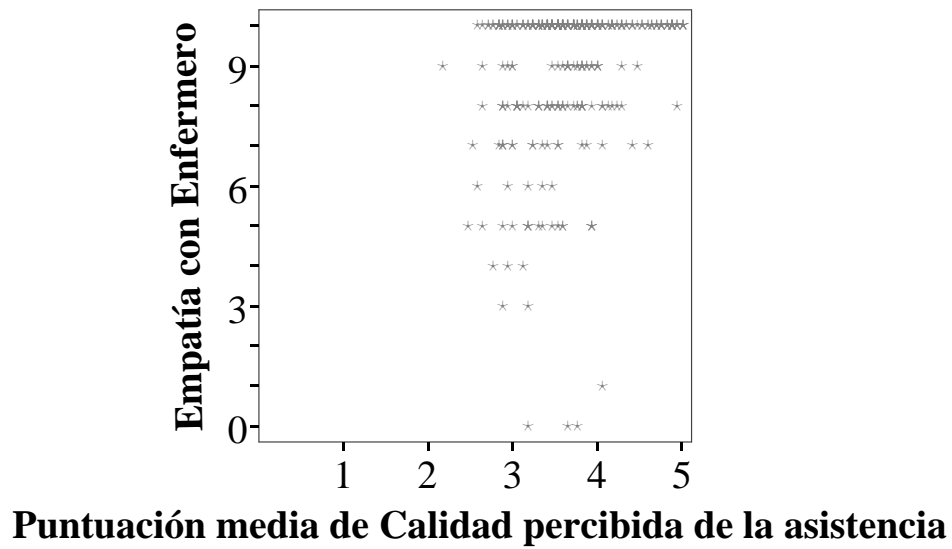
**GRÁFICA 26. Efecto de situación funcional del paciente y presencia de cuidador en calidad percibida de la asistencia (p=no significativa)**



**GRÁFICA 27. Correlación entre Empatía con médico de familia y la calidad percibida de la asistencia**



**GRÁFICA 28. Correlación entre Empatía con enfermero de atención primaria y la calidad percibida de la asistencia**



## **X. ANEXOS**





## ANEXO 1. Definición funcional de paciente pluripatológico<sup>a</sup>

<b>CATEGORÍA A</b>
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <sup>b</sup> . <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica.
<b>CATEGORÍA B</b>
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional <sup>c</sup> . <input type="checkbox"/> Vasculitis y conectivopatías. <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica.
<b>CATEGORÍA C</b>
<input type="checkbox"/> Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional <sup>b</sup> . <input type="checkbox"/> <i>Cor pulmonale</i> crónico.
<b>CATEGORÍA D</b>
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. <input type="checkbox"/> Hepatopatía crónica sintomática o en actividad.
<b>CATEGORÍA E</b>
<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad <sup>d</sup> .
<b>CATEGORÍA F:</b>
<input type="checkbox"/> Arteriopatía periférica sintomática. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica <sup>e</sup> .
<b>CATEGORÍA G:</b>
<input type="checkbox"/> Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado <sup>f</sup> . <input type="checkbox"/> Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo <sup>e</sup> .

Notas de la definición funcional:

- a) La HTA, hiperlipemia, y otras enfermedades crónicas, algunas de ellas con alta prevalencia, no han sido consideradas en sí misma sino a través del órgano sobre el que provocan el daño para contribuir a definir una población más homogénea con unos requerimientos asistenciales similares.
- b) En presencia de síntomas continuos o agudizaciones frecuentes.
- c) Índice de Barthel menor de 60 en situación de estabilidad clínica.
- d) Índice de Barthel menor de 60 y/o deterioro cognitivo moderado (Pfeiffer de 5 ó más) en situación de estabilidad clínica.
- e) Presencia de retinopatía proliferativa, albuminuria, enfermedad cerebro-vascular o neuropatía sintomática.
- f) Se hace referencia a la utilización de tratamientos o medicación que obliguen a seguimiento por los Servicios de Oncología o Hematología.

## ANEXO 2. Encuesta de calidad Asistencial al paciente pluripatológico

### 1. FILIACIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_ / SEXO: V-M / NACIO EN: \_\_\_\_ / **CÓDIGO** \_\_\_\_\_ /

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ / POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ / C.POSTAL \_\_\_\_\_ /

TELÉFONO \_\_\_\_\_ / PROFESIÓN \_\_\_\_\_ / RESIDENCIA: domicilio-institución-indigente-otros

NºHª(C.salud) \_\_\_\_\_ / NºHª(Hospital) \_\_\_\_\_ / NºS.S. \_\_\_\_\_ /

SITUACIÓN LABORAL \_\_\_\_\_ / SITUACION FAMILIAR (escala de Gijón):

Vive con hijos \_\_\_\_ / Vive con pareja de similar edad \_\_\_\_ / Vive con otros familiares y amigos \_\_\_\_ /

Vive solo pero tiene hijos próximos \_\_\_\_ / Vive solo, carece de hijos o viven alejados \_\_\_\_.

### 2. DATOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL

¿PRECISA CUIDADOR (o lo precisaría, si no lo tiene)? Sí / No

NOMBRE: \_\_\_\_\_ / SEXO: V-M / EDAD: \_\_\_\_ / TELÉFONO \_\_\_\_\_ /

RELACIÓN CON EL PACIENTE (esposo-a, hijo-a...) \_\_\_\_\_ /

TIENE CUIDADOR PRINCIPAL: Sí / No (aunque lo necesite)

### 3. DATOS TÉCNICOS Y ORGANIZATIVOS

Nº de ingresos hospitalarios (último año: <i>pasar a planta</i> )	
Nº de veces que tuvo que ir a Urgencias C. Salud (últimos 3 meses)	
Nº de veces que tuvo que ir a Urgencias Hospital (últimos 3 meses)	
Nº total de fármacos que toma (anotar según envases que tenga)	
% de fármacos con eficacia demostrada	
% de fármacos VINE	
% de fármacos contraindicados	
% de fármacos que interaccionan	
Índice de Barthel (0-100) <i>Comer + Lavarse + Vestirse + Arreglarse + Deposición + Micción + Uso Retrete + escalones + Trasladarse + deambular</i>	
Cuestionario de Pfeiffer (0-10). <i>Día-mes-año, día de la semana, nombre de este lugar, número de teléfono (dirección si no tiene), edad, cuándo nació, Presidente del Gobierno, Presidente anterior, Primer apellido de su madre, Reste de 3 en 3 desde 20.</i>	

Identificación de su M. Familia	Sí/no
Identificación de su enfermero/a de familia	Sí/no
Identificación de su Internista de referencia	Sí/no
Empatía con su M. Familia (1-10)	
Empatía con su enfermero/a de familia (1-10)	
Empatía con su Internista de referencia (1-10)	

Accesibilidad médico Familia (tres meses previos)	Teléfono de contacto (sí/no)	
	Nº visitas programadas	
	Nº visitas en domicilio	
	Nº consultas telefónicas	
Accesibilidad enfermero/a familia (tres meses previos)	Teléfono de contacto (sí/no)	
	Nº visitas programadas	
	Nº visitas en domicilio	

	Nº consultas telefónicas	
Especialistas que lo revisan (nº y cuáles)		
Tiene internista de referencia (sí/no)		
Accesibilidad de Internista de Referencia (tres meses previos)		
	Teléfono de contacto (sí/no)	
	Nº visitas programadas	
	Nº visitas sin cita por desestabilización	
	Nº consultas telefónicas	
Detección de cuidador Principal		Sí/No
Índice de esfuerzo del cuidador Principal (0-10)		
<i>Trastorno sueño-consume tiempo-esfuerzo físico-limita t.libre-modifica familia-cambio planes-otras exigencias tiempo-cambios emocionales-comportamientos molestos-enfermo no es el que era-modif en trabajo-carga económica-desbordamiento</i>		

#### 4. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AMBITO PRIMARIA (MODELO SERVQUAL)

Clave respuesta	La calidad de la asistencia sanitaria ha sido				
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
	1	2	3	4	5

La información que los médicos me han proporcionado sobre mi enfermedad ha sido	1	2	3	4	5
La duración del tiempo de espera para entrar en la consulta ha sido	1	2	3	4	5
La información del médico sobre las pruebas a realizar ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera hasta lograr día y hora para la consulta ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarme en lo que necesitaba ha sido	1	2	3	4	5
Tras la consulta, las facilidades para una nueva cita con el médico han sido	1	2	3	4	5
La facilidad y comodidad (señalizaciones, ascensores, barreras arquitectónicas, etc) para llegar a la consulta del médico han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por atenderme ha sido	1	2	3	4	5
La limpieza de salas de espera y pasillos ha sido	1	2	3	4	5
La limpieza de la consulta del médico ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del médico para comprender mis problemas de salud ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del médico ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal de enfermería ha sido	1	2	3	4	5
La atención del medico a mis explicaciones sobre lo que me pasaba ha sido	1	2	3	4	5
La información sobre la posible evolución de mi enfermedad ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del médico (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El material y equipos médicos para diagnóstico en las consultas ha sido	1	2	3	4	5

### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
González Montalvo <i>et al</i> (232)	1990	Guadalajara (España)	Programa de atención domiciliaria Seguimiento 18 meses Estudio descriptivo	85 pacientes con seguimiento domiciliario
Schellevis <i>et al</i> (116)	1993	Amsterdam (Países Bajos)	7 consultas de atención primaria (15 médicos) Población total adscrita a los médicos. Presencia de 5 enfermedades crónicas. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	23534 pacientes adscritos a 15 médicos de atención primaria.
Bilbao Curiel <i>et al</i> (44)	1993	Sestao (Vizcaya, España)	Un centro de salud. Pacientes con atención domiciliaria (imposibilidad para acudir al centro, durante más de 4 semanas, por problema no agudo, sin necesidad de ingreso). Corte transversal durante 3 meses. Estudio descriptivo.	197 pacientes con atención domiciliaria.
Callahan <i>et al</i> (237)	1995	Indiana (EUA)	Consultas de área hospitalaria (35 internistas y 117 residentes) pacientes mayores de 60 años Estudio de evaluación cognitiva	3954 pacientes mayores de 60 años con evaluación cognitiva
Castillo Alonso <i>et al</i> (259)	1995	Madrid (España)	Un centro de salud pacientes con renovación de tratamiento prolongado Periodo de inclusión: un mes. Estudio descriptivo.	359 pacientes con tratamiento prolongado
Sáenz Calvo <i>et al</i> (116)	1995	Madrid (España)	Un centro de salud (10 médicos) Población total: 14407 personas Historia clínica informatizada Periodo: 1 año (1993) Estudio descriptivo.	7867 pacientes con problemas crónicos
Bayó <i>et al</i> (79)	1996	Barcelona (España)	Un centro de salud Población total: 15346 personas. Población atendida: 9314 personas (60,7 % total) Muestra aleatoria de población mayor de 75 años Entrevista en junio-noviembre de 1993. Estudio descriptivo.	316 personas mayores de 75 años

### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Hoffman <i>et al</i> (121)	1996	EUA	Muestra de población representativa de población de EUA. Diagnósticos: hasta 4 por paciente, codificados por CIE-9. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y costes de recursos	34459 encuestados representativos de población de EUA.
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (Vizcaya, España)	1 centro de salud. Pacientes crónicos domiciliarios. Estudio descriptivo.	121 pacientes crónicos domiciliarios.
López Navarrete <i>et al</i> (43)	1997	Granada (España)	3 centros de salud, 1 médico de cada centro Población total: 60000 personas en los 3 centros Incluye población mayor de 65 años Estudio de prevalencia de patología crónica y uso de recursos.	711 personas mayores de 65 años adscritos a 3 médicos en distintos centros de salud
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	28 médicos generales pacientes con enfermedades crónicas Cuestionarios a pacientes consecutivos o enviados aleatoriamente por correo. Estudio de calidad de asistencia.	762 pacientes con enfermedades crónicas. (otro análisis: selección de 345 pacientes)
van den Akker <i>et al</i> (65)	1998	Sur de Países Bajos	15 consultorios, 42 médicos generales 335 diagnósticos codificados por médico (permanentes, crónicos, recurrentes o con consecuencias para situación funcional o pronóstico). Población atendida. Corte transversal 09/1994 Estudio de prevalencia de comorbilidad	60857 pacientes atendidos por dichos médicos
Bernabei <i>et al</i> (234)	1998	Rovereto (Trento, Italia)	Pacientes con atención domiciliaria. pacientes mayores de 65 años Ensayo clínico: atención convencional vs atención médica y social integral	200 pacientes mayores de 65 años con atención domiciliaria
Juncosa <i>et al</i> (227)	1999	Cataluña (España)	9 médicos y 9 enfermeros de 9 centros de salud. Pacientes adultos (mayores de 14 años) que acuden a cita en atención primaria durante 7 meses. Estudio de uso de recursos y sus costes.	1868 pacientes mayores de 14 años
Sandholzer <i>et al</i> (238)	1999	Hannover (Alemania)	67 médicos generales. Pacientes mayores de 70 años sin precisar atención domiciliaria. Estudio de prevalencia de deterioro cognitivo.	446 pacientes mayores de 70 años

### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	Unidad de Geriatría. Seguimiento domiciliario a petición de atención primaria. Periodo de inclusión: 3 años (1997 – 1999). Estudio descriptivo	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario
Shelton <i>et al</i> (231)	2000	Illinois (EUA)	2 cohortes de pacientes mayores de 65 años: - Desarrollo: seguimiento 1 año y al menos otra característica (ingreso en 6 meses previos, vivir solo, falta de cuidador, tomar 4 medicamentos, limitaciones en actividades de vida diaria, alteraciones de memoria, incontinencia fecal o urinaria, o múltiples enfermedades), - Validación: seguimiento de 1 año y cuestionario de 50 preguntas. Enfermedades crónicas: 6 concretas. Creación de índice para identificar riesgo de ingreso o consulta en urgencias.	411 pacientes en cohorte de desarrollo, 1054 pacientes en cohorte de validación, todos mayores de 65 años
Sommers <i>et al</i> (240)	2000	California (EUA)	Ensayo (atención convencional vs intervención médico-enfermero-trabajo social) 18 médicos en atención primaria (30 iniciales; 13 internistas y 5 médicos de familia) Pacientes: mayores de 65 años, 1 visita en 3 meses previos y 2 problemas crónicos, entre otros requisitos. Seguimiento 3 años (1992 – 1994).	543 pacientes mayores de 65 años con 2 problemas crónicos
Au <i>et al</i> (80)	2001	EUA	7 localizaciones de EUA Pacientes: Veteranos del ejército con 1 visita a su médico en el año previo. 12 Enfermedades crónicas en encuesta. Encuesta postal distribuida durante 3 años. Estudio de estado de salud percibida.	30690 veteranos con al menos una visita a su médico en año previo
Little <i>et al</i> (224)	2001	Southampton (Inglaterra, Reino Unido)	6 consultas de medicina general Muestra aleatoria ajustada por edad y sexo Pacientes: menores de 80 años que no vivan en residencias. Encuesta postal Estudio sobre hiperfrecuentación	2719 personas menores de 80 años que no vivían en residencia.

### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	Encuestas a lo largo de 8 años (1990 – 1997). pacientes 16 años no institucionalizados con 1 enfermedad crónica (24 posibles repartidas en 6 grupos). Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos.	13806 personas adultas no institucionalizadas con enfermedades crónicas
Menotti <i>et al</i> (119)	2001	Finlandia, Italia, Países Bajos	Zonas rurales de Finlandia (2), Países Bajos (1) e Italia (2). Pacientes incluidos en estudio previo de seguimiento de riesgo vascular por 25 años. Pacientes varones de 65 – 84 años. Seguimiento durante 10 años. 9 enfermedades crónicas (7 grupos). Estudio de prevalencia de comorbilidad.	2285 varones en seguimiento por riesgo vascular
Chan <i>et al</i> (128)	2002	Randwick (Nueva Gales del Sur, Australia)	Pacientes mayores de 55 años seleccionados aleatoriamente en área de un hospital. 10 diagnósticos de enfermedades crónicas. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	526 pacientes mayores de 55 años.
Gill <i>et al</i> (249)	2002	Connecticut (EUA)	Pacientes mayores de 75 años con fragilidad física (pruebas de marcha o levantarse de sillón) que no estuvieran en residencia. Seguimiento 12 meses. Ensayo clínico: tratamiento convencional vs programa de apoyo en domicilio	188 personas mayores de 75 años con fragilidad física
Wolff <i>et al</i> (122)	2002	EUA	Muestra del 5 % de asegurados en programa Medicare. Diagnósticos de enfermedades crónicas según CIE-9 (se consideraban cuando el paciente tenía al menos 1 ingreso o 2 consultas ambulatorias). Pacientes mayores de 65 años. Datos de un año (1999). Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos.	1217103 pacientes mayores de 65 años asegurados en Medicare.

### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Iron <i>et al</i> (225)	2003	Ontario (Canadá)	Encuesta por escrito a personas mayores de 12 años. Problemas crónicos: lista de 20, pudiendo especificar otros. Personas mayores de 25 años entran en análisis. Ajusta resultados a población del estado. Estudio sobre costes y uso de servicios, y su asociación con enfermedades crónicas.	3830 personas mayores de 25 años
McGlynn <i>et al</i> (243)	2003	12 áreas urbanas EUA	Encuesta telefónica a pacientes con atención sanitaria en los 2 años previos. Pacientes adultos (mayores de 18 años). Estudio de calidad de asistencia.	6712 pacientes mayores de 18 años.
Starfield <i>et al</i> (130)	2003	EUA	Datos de un Programa de gestión de cuidados. Enfermedades clasificadas en los Grupos Clínicos Ajustados. Pacientes menores de 65 años con uso de servicios en el año previo. Estudio sobre uso y tipos de atención recibida.	119195 adultos menores de 65 años con uso de servicios el año previo
Wenger <i>et al</i> (250)	2003	Nordeste y Suroeste EUA	2 Organizaciones de Gestión de la Asistencia pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad según escala validada, con uso de recursos durante un año (7/1998 – 7/1999). Estudio de calidad de asistencia.	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos sanitarios.
Asch <i>et al</i> (244)	2004	EUA	12 consultas en 2 redes de atención a veteranos, y 12 localizaciones urbanas. Muestras aleatorias (telefónicamente en las 12 localizaciones urbanas). pacientes varones mayores de 35 años con $\geq 2$ consultas en los 2 años previos. Comparativa de calidad de asistencia entre 2 grupos con distintos tipos de atención.	1588 varones mayores de 35 años
Bayliss <i>et al</i> (158)	2004	Boston, Chicago, Los Ángeles (EUA)	Pacientes con al menos un problema crónico. Seguimiento de 4 años. Estudio sobre efecto de comorbilidad en función física	1574 pacientes con problemas crónicos



### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Carlsson <i>et al</i> (120)	2004	Blekinge (Suecia)	13 centros de salud de la provincia. Pacientes que acuden en un año (2002). Diagnósticos en Grupos clínicos ajustados (ACG), clasificados en criterios de temporalidad (limitado, crónico, recurrente) Estudio sobre presencia de comorbilidad y sus tipos.	67494 pacientes que acuden en un año a su centro de salud.
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	Pacientes de 3 médicos en zona urbana y 3 médicos en zona rural. Muestra aleatoria, al menos 30 pacientes por médico. Pacientes mayores de 71 años, no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. Estudio descriptivo de situación de ancianos.	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni movilidad cama-sillón.
Knox <i>et al</i> (42)	2004	Australia	379 médicos generales. 100 pacientes consecutivos por médico. Estudio descriptivo de comorbilidad y uso de recursos en población general.	10755 pacientes que acuden a consulta.
Infante <i>et al</i> (245)	2004	2 estados de Australia	12 Grupos focales. Pacientes con enfermedades crónicas. Estudio de percepciones de pacientes acerca de calidad de atención.	76 pacientes con enfermedades crónicas.
Montgomery <i>et al</i> (242)	2004	EUA	13 Estados con 2 Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO en inglés) que atiendan al menos al 5 % de la población incluida en seguro Medicare. 121 HMO con al menos 3000 personas atendidas. pacientes mayores de 65 años incluidos en atención ambulatoria (Medicare part B) Encuestas postales. Seguimiento 2 años. Estudio de percepción de calidad de atención primaria.	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria.
Byles <i>et al</i> (102)	2005	2 estados de Australia	Pacientes veteranos del ejército y viudas de guerra mayores de 70 años. Comorbilidad medida por índice de Charlson. Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	1303 pacientes mayores de 70 años
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	7 centros médicos de atención a Veteranos del ejército. Encuesta postal a lo largo de 2 años. Estudio de satisfacción del paciente.	21689 pacientes en seguimiento en centros de Veteranos.

### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Fortin <i>et al</i> (66)	2005	Quebec (Canadá)	Área de 150.000 habitantes. 21 médicos de familia de los 130 del área participan en estudio, tras seleccionar por accesibilidad a historia y distribución de edad de los pacientes. Pacientes sucesivos que acuden a consulta. Comorbilidad valorada por índice CIRS. Estudio de prevalencia de comorbilidad en población general.	980 pacientes que acuden a consulta con médico de familia.
Hervás <i>et al</i> (153)	2005	Navarra (España)	Un centro de salud. Pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas que consultan en 3 meses. 20 enfermedades crónicas. Estudio descriptivo centrado en situación cognitiva.	147 pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas.
Min <i>et al</i> (155, 251)	2005 2007	Los Ángeles y Washington DC (EUA)	Dos programas de asistencia dirigida. Pacientes mayores de 65 años no institucionalizados, vulnerables según escala. Nº problemas y enfermedades crónicas: 15 (2005), 8(2007). Estudios de calidad de asistencia.	372 personas mayores de 65 años, vulnerables, viviendo en la comunidad.
Parchman <i>et al</i> (241)	2005	Texas (EUA)	Grupos de pacientes ‘metabólico’, ‘obesidad’ y ‘psiquiátrico’, separando los de ‘única enfermedad crónica’ y los de ‘múltiple’ Pacientes con cita en consulta en los 13 meses previos. Encuesta postal. Estudio de satisfacción con la asistencia.	422 pacientes con cita en 13 meses previos.
Segura Noguera <i>et al</i> (236)	2005	Barcelona (España)	12 centros de salud (8 urbanos y 4 rurales) Programa de atención domiciliaria Estudio descriptivo centrado en actividad diaria.	134 pacientes con atención domiciliaria.
Fortin <i>et al</i> (101)	2006	Quebec (Canadá)	Área de 150.000 habitantes. 21 médicos de familia de los 130 del área participan en estudio, tras seleccionar por accesibilidad a historia y distribución de edad de los pacientes. Pacientes sucesivos que acuden a consulta. Comorbilidad valorada por índice CIRS. Estudio sobre relación entre comorbilidad y calidad de vida.	238 pacientes que acuden a consulta con médico de familia.

### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Savageau <i>et al</i> (41)	2006	Massachusetts (EUA)	Centro de salud urbano con 17555 pacientes atendidos/año. Incluye pacientes adultos atendidos en una semana. Estudio de hiperfrecuentación.	382 pacientes que acuden a consulta en una semana.
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	861 personas mayores de 65 años en la comunidad, seguidas un año. Selecciona 20 % en que esperaba mayor gasto en siguiente año. Comorbilidad: de CIE-9 clasifica por sistema ACG en 6 grupos de morbilidad. Encuesta de calidad percibida de la asistencia.	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria.
Alkema <i>et al</i> (142)	2007	California (EUA)	4 localizaciones de un Plan de Gestión de la atención. Pacientes mayores de 65 años. Uso de recursos según escala (combina hospitalizaciones, consultas en urgencias, consumo de fármacos y edad). Ensayo clínico: seguimiento convencional (control) frente a seguimiento telefónico	404 pacientes en grupo control, mayores de 65 años con uso al menos intermedio de recursos.
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Rochester (Nueva York, EUA)	Una Organización de Gestión de Cuidados. Pacientes adultos (edad 18 a 65 años). Encuesta postal. Valoración de los médicos por los pacientes.	4616 pacientes de 18 a 65 años
Lee <i>et al</i> (77)	2007	EUA	Veteranos del ejército consultan durante 1 año (10/1999 – 9/2000), seguidos 3 años. Pacientes con 55 – 64 años al iniciar estudio, con al menos una enfermedad crónica. 11 enfermedades crónicas identificadas por códigos CIE-9. Estudio de mortalidad en pacientes con enfermedades crónicas.	741847 pacientes varones con 55 – 64 años y uso de recursos.
Higashi <i>et al</i> (156)	2007	EUA	Fusión de 3 estudios previos: 1- Encuesta telefónica, 12 áreas urbanas a pacientes atendidos en 2 años previos. 2- Mayores de 65 años frágiles, 2 Organizaciones de Gestión de atención 3- Veteranos del ejército mayores de 35 años en 12 redes de atención. Comorbilidad según número de enfermedades. Estudia relación entre comorbilidad y calidad de la asistencia.	7680 pacientes de 3 estudios previos. (6712 + 372 + 596)

### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Hoffman <i>et al</i> (296)	2007	Estados Unidos	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Encuesta personal Relación entre de satisfacción con la asistencia y movilidad.	Muestra de los usuarios de Medicare
Kadam <i>et al</i> (248)	2007	North Staffordshire (Inglaterra, Reino Unido)	6 consultorios. Pacientes mayores de 50 años que acuden a consulta en 18 meses. Problemas clasificados en 185 opciones de 'severidad' (según cronicidad, curso temporal, uso de recursos e impacto en el paciente). Estudia relación entre comorbilidad y función física.	9439 pacientes mayores de 50 años que acuden a consulta en 18 meses.
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Este de Escocia (Reino Unido)	70 consultas de atención primaria. Pacientes consecutivos que acuden a consulta. Encuesta antes y después de la cita. 24 problemas crónicos. Estudia diferencias en estado de salud y atención entre áreas con buena y mala situación socioeconómica.	3044 pacientes que acuden a consulta de atención primaria.
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Valoración basal y a los 6 meses Ensayo clínico sobre cambio en calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas a los pacientes	Consultas: 4 de Medicina interna, 1 de atención primaria 150 seleccionados en 2 grupos
Marengoni <i>et al</i> (222, 254, 267)	2008, 2009	Kungh-solmen (Estocolmo, Suecia)	Área urbana insular. Pacientes mayores de 77 años. 30 enfermedades crónicas mediante CIE-9. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	1099 pacientes mayores de 77 años
Laux <i>et al</i> (260)	2008	4 estados occidentales de Alemania	17 consultas con 24 médicos generales. Seguimiento durante año 2006. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	39699 pacientes con uso de recursos durante un año.

### ANEXO 3. Estudios que valoran la comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Britt <i>et al</i> (229)	2008	Australia	305 médicos generales. Pacientes atendidos de 6/2005 a 9/2005. Comorbilidad medida usando CIRS. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	9156 pacientes atendidos en atención primaria durante 5 meses.
Ramírez Duque <i>et al</i> (111)	2008	Sevilla (España)	<b>3 centros de salud urbanos y 1 periurbano</b> <b>42 médicos de familia</b> <b>Población adulta del centro.</b> <b>Comorbilidad por búsqueda activa de pacientes pluripatológicos.</b> <b>Estudio descriptivo.</b>	<b>62706 pacientes adscritos a los centros de salud.</b>
<b>Esta tesis</b>			<b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	
Glynn <i>et al</i> (266)	2011	Oeste de Irlanda	3 consultas de atención primaria Estudio descriptivo de comorbilidad y sus costes	3309 pacientes mayores de 50 años
Van den Bussche <i>et al</i> (132)	2011	Alemania	pacientes de una compañía de seguros de salud Estudio descriptivo de comorbilidad con consumo de recursos	123224 pacientes mayores de 65 años
Barnett <i>et al</i> (223)	2012	Escocia	314 consultas de atención primaria. Estudio descriptivo de comorbilidad	1751841 pacientes
Brett <i>et al</i> (230)	2013	Australia	2 consultas de atención primaria Estudio descriptivo	7247 pacientes vistos en 6 meses
Brettschneider <i>et al</i> (265)	2013	Alemania	8 centros de salud 158 consultas de atención primaria. Estudio de calidad de vida	3189 pacientes con comorbilidad
Kirchberger <i>et al</i> (265)	2013	Augsburgo (Alemania)	Muestra aleatoria de pacientes del área urbana. Estudio de patrones de asociación de comorbilidad	4127 pacientes de 65-94 años
Orueta <i>et al</i> (135)	2014	País Vasco (España)	pacientes de la comunidad autónoma Estudio de prevalencia de comorbilidad y costes	2262698 pacientes
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	pacientes de una compañía de seguros de salud Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	229493 pacientes mayores de 65 años

#### ANEXO 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
González Montalvo <i>et al</i> (232)	1990	Guadalajara (España)	85 pacientes con seguimiento domiciliario Estudio descriptivo	39 % fallecen (18 meses)
Callahan <i>et al</i> (237)	1995	Indiana (EUA)	3954 mayores de 60 años que acuden a consulta general hospitalaria. Estudio de evaluación cognitiva.	4413 pacientes vistos en 30 meses 114 (2,6 %) rechazaron participar 284 (6,4 %) cuestionario ilegible 60 (1,4%) cuestionario incompleto 3954 (89,6 %) pacientes participan
Bayó <i>et al</i> (79)	1996	Barcelona (España)	316 pacientes mayores de 75 años de un centro de salud. Estudio descriptivo.	1625 mayores de 75 años 495 selección en muestra aleatoria 24,8 % no localizados 5 % fallecidos 4 % cambio de domicilio 0,1 % rechaza participar 316 (63,8 %) entrevistados
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (Vizcaya, España)	121 pacientes crónicos domiciliarios. Estudio descriptivo.	14875 habitantes. 8 médicos. 134 pacientes crónicos domiciliarios identificados 13 (9,7 %) no participan (6 no localizados, 1 en hospital, 3 temporadas fuera (sic), 3 rechazo). 121 (90,3 %) participan.
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	762 pacientes con enfermedades crónicas en 1er estudio. 345 pacientes con enfermedades crónicas en 2º estudio. Estudios de calidad de asistencia.	1 - 28 médicos generales 50 - 60 pacientes con enfermedades crónicas (consecutivos o seleccionados aleatoriamente) 1210 cuestionarios entregados 762 (63 %) pacientes responden cuestionario. 2 - 23 médicos con al menos 15 incluidos 739 pacientes de estos médicos. 345 pacientes seleccionados (15 por médico).

#### ANEXO 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Bernabei <i>et al</i> (234)	1998	Rovereto (Trento, Italia)	200 pacientes mayores de 65 años con atención domiciliaria. Ensayo clínico con seguimiento de 1 año.	224 contactados. 24 rehusaron participar. En grupo control (100): - 13 fallecidos. - 15 ingresan en residencia
Au <i>et al</i> (80)	2001	EUA	30690 veteranos con al menos una visita a su médico en año previo. Estudio de estado de salud percibida.	54844 pacientes identificados 30690 (56 %) responden 17234 (56 %) responden estado de salud.
Little <i>et al</i> (224)	2001	Southampton (Inglaterra, Reino Unido)	2719 personas menores de 80 años que no vivían en residencia. Estudio sobre hiperfrecuentación.	4000 pacientes identificados 327 (8 %) no localizados 954 (24 %) no responden 2719 (68 %) incluidos
Menotti <i>et al</i> (119)	2001	Finlandia, Italia, Países Bajos	2285 varones de 65 – 84 años en seguimiento por riesgo vascular. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	92 % respondieron en Finlandia 76 % respondieron en Italia 74 % respondieron en Países Bajos
Chan <i>et al</i> (128)	2002	Randwick (Australia)	526 pacientes mayores de 55 años seleccionados aleatoriamente en el área de un hospital. Estudia relación entre comorbilidad y uso de recursos.	2820 encuestas enviadas 686 no respondidas 3 excluidos (no residentes, no hablar inglés) 526 respondidas por mayores de 55 años.
Wenger <i>et al</i> (250)	2001	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos. Estudio de calidad de asistencia.	3207 entrevistados mayores de 65 años 640 excluidos (54 fallecidos, 18 solos, 49 cáncer, 343 no localiza, 122 no inglés, 54 no seguidos). 289 rechazan participar. 475 pacientes con vulnerabilidad (elegibles). 420 (88 %) participan. 48 (10,1 %) excluidos (20 sin historia, 24 sin atención en año previo, 4 sólo vacunación de gripe). 372 (78,3 %) incluidos. 11 incluidos ingresan en residencias (2,3 %).

#### ANEXO 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	13806 personas adultas no institucionalizadas con enfermedades crónicas. Estudia prevalencia de enfermedad crónica y recursos.	55332 encuestados. Tasa de respuesta 60 %. 13806 con enfermedades crónicas.
Gill <i>et al</i> (249)	2002	Connecticut (EUA)	188 personas mayores de 75 años con fragilidad física Ensayo clínico: tratamiento convencional vs programa de apoyo en domicilio	216 elegibles 188 (87 %) aceptan participar
Iron <i>et al</i> (225)	2003	Ontario (Canadá)	3830 personas mayores de 25 años Estudio sobre uso de servicios y asociación con enfermedades crónicas.	5187 personas encuestadas 4284 (93 %) permiten uso de datos 3830 (89 %) dan datos correctos
McGlynn <i>et al</i> (243)	2003	12 áreas urbanas EUA	6712 pacientes mayores de 18 años. Estudio de calidad de asistencia.	20028 personas contactadas por teléfono 2091 (10,4 %) se habían mudado o no se localizaron 4662 (23,3 %) no participaron en encuesta 863 (4,3 %) no requirieron atención en 2 años previos 2008 (10 %) no dieron consentimiento verbal 2876 (14,4 %) no dieron consentimiento escrito 816 (4,1 %) sin historia accesible 6712 (33,5 %) incluidos finalmente.
Starfield <i>et al</i> (130)	2003	EUA	119195 adultos menores de 65 años con uso de servicios el año previo Datos de un Programa de gestión de cuidados. Estudio sobre uso y tipos de atención recibida.	322068 personas incluidas en Programa de gestión de cuidados. 221773 elegibles. 170447 con uso de recursos en año previo (incluye niños) 119195 adultos incluidos.



#### ANEXO 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Asch <i>et al</i> (244)	2004	EUA	1588 varones mayores de 35 años con al menos 2 consultas en 2 años previos, en 2 grupos (596 y 992). Estudio de calidad de asistencia	1 – 106576 veteranos 689 con EPOC, diabetes o HTA seleccionados aleatoriamente 664 localizados 621 contactados al limitarse recursos ( <i>resource constraints</i> ) 20 mujeres y 4 menores de 35 años 596 entran en análisis 2 – 4086 encuestas telefónicas 3138 (77%) consentimiento verbal 2351 (75%) consienten por escrito 2075 (88%) con historia 992 cumplen criterios
Knox <i>et al</i> (42)	2004	Australia	10755 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudio descriptivo de comorbilidad y uso de recursos en población general.	1000 médicos generales contactados aleatoriamente. 379 médicos generales incluidos en estudio. 100 pacientes consecutivos por médico. 30 pacientes por médico con datos de comorbilidad. 11373 pacientes encuestados. 618 (5,4 %) pacientes sin datos completos. 10755 (94,6 %) pacientes incluidos.
Montgomery <i>et al</i> (242)	2004	13 estados EUA	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria. Estudio de percepción de calidad de asistencia por los pacientes	15144 pacientes contactados por teléfono. 9625 (64 %) responden por teléfono, reciben carta. Excluyen: 405 fallecidos, 41 severamente enfermos, 360 ilocalizable, 3 en residencia. 6127 (71 %) personas responden carta. Excluyen: 653 sin médico de atención primaria, 1471 habían cambiado de médico en 2 años, 144 sin datos completos. 4173 incluidos.

#### ANEXO 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en 7 centros de Veteranos. Estudio de satisfacción del paciente.	62487 reciben cuestionario. 35383 (56,6 %) contestan cuestionario. 21689 (34,7 %) contestan cuestionario de satisfacción.
Fortin <i>et al</i> (66)	2005	Quebec (Canadá)	980 pacientes que acuden a consulta con médico de familia. Estudio de prevalencia de comorbilidad en población general.	130 médicos para área de 150000 habitantes 118 médicos con historias accesibles y atienden a adultos 86 médicos responden 27 médicos participan 21 médicos concluyen estudio 46,7 pacientes por médico (rango 17 – 111) 1085 pacientes contactados 980 (90,3 %) pacientes participan.
Byles <i>et al</i> (102)	2005	Nueva Gales del Sur y Queensland (Australia)	1303 pacientes mayores de 70 años. Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	1541 veteranos y viudas de guerra 1417 (92 %) responden encuesta 95 (6,1 %) rechazan, estaban demasiado enfermos o ingresan en residencias 17 no completan encuesta, 2 sólo dan datos basales (1,2%) 1303 (84,5%) completan cuestionario y datos
Parchman <i>et al</i> (241)	2005	Texas (EUA)	422 pacientes con cita en los 13 meses previos, en administración de veteranos del ejército. Estudio de satisfacción con la asistencia.	3 grupos de problemas (metabólico, obesidad, psiquiátricos) separando 'único problema' y 'múltiples problemas'. 120 pacientes contactados en cada grupo: total 720 422 (59 %) responden cuestionario.

#### ANEXO 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Fortin <i>et al</i> (101)	2006	Quebec (Canadá)	238 pacientes que acuden a consulta con médico de familia. Estudio sobre relación entre comorbilidad y calidad de vida.	980 pacientes que acuden a consulta con médico de familia identificados para estudio previo. Comorbilidad por índice CIRS en quintiles Intenta incluir 60 pacientes por quintil 419 contactados 66 (15,7 %) no localizados 108 (25,8 %) rechazan participar 7 (1,7 %) excluidos por enfermedad aguda 238 (56,8 %) participan
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria. Encuesta de calidad percibida de la asistencia.	861 pacientes con seguimiento en año previo. Selección 20 % pacientes con mayor gasto esperado en año próximo 150 como población elegible 120 (80 %) participan
Savageau <i>et al</i> (41)	2006	Massachusetts (EUA)	382 pacientes adultos que acuden a consulta de atención primaria en una semana. Estudio de hiperfrecuentación.	465 pacientes que acuden a consulta en una semana. 382 (81,9 %) autorizan uso de datos.
Alkema <i>et al</i> (142)	2007	California (EUA)	404 pacientes en grupo control, personas mayores de 65 años con uso al menos intermedio de recursos. Ensayo clínico de seguimiento convencional (control) frente a seguimiento telefónico.	5800 personas contactadas. 2824 asignados a grupo control (seguimiento convencional). 434 seleccionados aleatoriamente como grupo control 17 (4 %) fallecen en 2 meses 13 (3 %) abandonan seguimiento 404 incluidos finalmente en grupo control 90 (22,2 %) fallecen en 1 año 68 (16,8 %) abandonan seguimiento de 1 año.

## ANEXO 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Rochester (Nueva York, EUA)	4616 pacientes adultos (18 – 65 años). Valoración de los médicos por los pacientes.	594 médicos en una Organización de Gestión de la Asistencia. 297 médicos contactados (con al menos 100 pacientes, no más de 2 médicos por consulta). 96 (32,3 %) médicos participan 4800 pacientes contactados (50 pacientes por médico) 4746 (96 %) pacientes contestan 4616 incluidos finalmente en análisis.
Higashi <i>et al</i> (156)	2007	EUA	7680 pacientes de 3 estudios previos. (6712 + 372 + 596). Estudio de calidad de asistencia.	1 – McGlynn <i>et al</i> (243) 2 – Wenger - 2001 3 – Asch <i>et al</i> (244)
Kadam <i>et al</i> (248)	2007	North Staffordshire (Inglaterra, Reino Unido)	9439 pacientes mayores de 50 años que acuden a consulta. Estudia relación entre comorbilidad y función física.	19742 pacientes mayores de 50 años en 6 centros 14670 (73 %) participa en estudio. 11232 (53 %) autoriza acceso a historia. 9439 (84 %) acude a consulta en 18 meses previos.
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Este de Escocia (Reino Unido)	3044 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudia relación entre situación socio-económica, estado de salud y atención.	pacientes de 26 médicos de 70 consultas (16 en zonas pobres, 10 en zonas acomodadas) Tasa de respuesta del 70 %.
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Valoración basal y a los 6 meses Ensayo clínico sobre cambio en calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas a los pacientes	Consultas: 4 de Medicina interna, 1 de atención primaria 826 pacientes contactados, 150 seleccionados en 2 grupos Inician seguimiento 76 % controles, 84 % intervención Completan 65 % controles, 65 % intervención

#### ANEXO 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Marengoni <i>et al</i> (222, 254)	2008 2009	Kunghs-olmen (Estocolmo, Suecia)	1099 pacientes mayores de 77 años. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	1700 pacientes seleccionados. 429 (25,2 %) fallecen. 172 (10,1 %) se mudan o rechazan inclusión 1099 (64,7 %) incluidos.
Ramírez Duque <i>et al</i> (111)	2008	Sevilla (España)	806 pacientes pluripatológicos identificados. Estudio de prevalencia de pluripatología	50 médicos en 4 centros de salud. 3 (6 %) médicos excluidos por menor uso de historia clínica informatizada 5 (10 %) médicos no colaboran 42 (84 %) médicos participan 62702 pacientes asignados a los 42 médicos
<b>Esta tesis</b>			<b>664 pacientes pluripatológicos elegibles</b> <b>472 pacientes pluripatológicos encuestados (71 % elegibles).</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia</b>	<b>No elegibles:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>78 (9,7 %) fallecidos</b></li> <li>• <b>5 (0,6 %) ingresados en residencia,</b></li> <li>• <b>48 (5,96 %) cambios de centro,</b></li> <li>• <b>11 (1,36 %) pérdidas.</b></li> </ul>
Glynn <i>et al</i> (266)	2011	Oeste de Irlanda	3309 pacientes mayores de 50 años. Estudio descriptivo de comorbilidad y sus costes	Población de referencia 18942. 5150 mayores de 50 años. 3309 con al menos 2 consultas en 2 años previos
Van den Bussche <i>et al</i> (132)	2011	Alemania	123224 pacientes mayores de 65 años Estudio descriptivo de comorbilidad con consumo de recursos	1,75 millones de pacientes de una aseguradora 123224 pacientes mayores de 65 años
Brettschneider <i>et al</i> (265)	2013	Alemania	3189 pacientes con comorbilidad 8 centros de salud 158 consultas de atención primaria Estudio de calidad de vida	24862 pacientes revisados 7172 elegibles (con comorbilidad) 3317 autorizan consentimiento (46 % elegibles) 128 perdidos / fallecidos antes de encuesta (2 % autorizan)

#### ANEXO 4. Procedimientos de selección e incidencias en la población del estudio

Referencia	Año	Localización	Métodos	pacientes
Kirchberger <i>et al</i> (265)	2013	Augsburgo (Alemania)	4127 pacientes de 65-95 años Muestra aleatoria de pacientes del área urbana. Estudio de patrones de asociación de comorbilidad	9197 pacientes elegibles (encuestados en 15 años anteriores) 2734 fallecidos (29,7 %) 45 desplazados (0,01 %) 427 rechazan (4,6 %) 5991 cuestionario por correo (65 %) 4565 responden: 3833 por correo, 732 por teléfono
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	229493 pacientes mayores de 65 años pacientes de una compañía de seguros de salud Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	266925 pacientes mayores de 65 años identificados 17151 (6,4%) dejan el seguro 899 (0,3%) fallecen en el año del estudio 18547 (6,9%) excluidos por estar en residencias 835 (0,3%) sin datos 229493 pacientes mayores de 65 años incluidos

## ANEXO 5. Prevalencias de comorbilidad identificadas.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, ámbito, enfermedades consideradas	Prevalencia de comorbilidad
Schellevis <i>et al</i> (117)	1993	Amsterdam (Países Bajos)	23534 pacientes adscritos a 15 médicos de atención primaria. 5 enfermedades crónicas recogidas.	En mayores de 65 años: 15 % con 2 ó más enfermedades crónicas
Sáenz Calvo <i>et al</i> (116)	1995	Madrid (España)	7867 con problemas crónicos en un centro de salud. 14407 pacientes en registro informático del centro. Estudio descriptivo.	54,6 % con enfermedades crónicas
Hoffman <i>et al</i> (121)	1996	EUA	34459 encuestados representativos de población de EUA. Hasta 4 enfermedades en encuesta.	43,8 % refiere 2 ó más enfermedades crónicas. - 16,9 % en grupo 0 – 17 años - 28,4 % en grupo 18 – 44 años - 51 % en grupo 45 – 65 años - 69,2 % en grupo 65 años
López Navarrete <i>et al</i> (43)	1997	Granada (España)	711 personas mayores de 65 años adscritos a 3 médicos en distintos centros de salud	72 % con 2 ó más enfermedades crónicas.
van den Akker <i>et al</i> (65)	1998	Sur de Países Bajos	60857 pacientes atendidos por 42 médicos generales. 335 diagnósticos codificados	29,7 % de la población general tiene 2 ó más enfermedades crónicas, recurrentes o con implicaciones pronósticas y funcionales
Juncosa <i>et al</i> (227)	1999	Cataluña (España)	1868 pacientes adultos (mayores de 14 años) que acuden a cita en atención primaria durante 7 meses. Comorbilidad como ‘presencia de episodios simultáneos’ (no necesariamente de problemas crónicos). Estudio de uso de recursos y sus costes.	48,8 % con episodios simultáneos
Shelton <i>et al</i> (231)	2000	Illinois (EUA)	411 pacientes en cohorte de desarrollo (mayores de 65 años con ingresos hospitalarios, polifarmacia, limitaciones físicas, deterioro cognitivo o comorbilidad). 1054 pacientes en cohorte de validación (mayores de 65 años con encuesta completa) 6 diagnósticos especificados	22 % con 2 ó más enfermedades crónicas en cohorte de desarrollo. 11 % con 2 ó más enfermedades crónicas en cohorte de validación.

## ANEXO 5. Prevalencias de comorbilidad identificadas.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, ámbito, enfermedades consideradas	Prevalencia de comorbilidad
Menotti <i>et al</i> (119)	2001	Finlandia, Países Bajos, Italia	2285 varones en seguimiento por riesgo vascular (716 en Finlandia, 887 en Países Bajos, 682 en Italia) 7 conjuntos recogen 9 diagnósticos	23,3 % en Finlandia, 13,1 % en Países Bajos, 15,3 % en Italia, con 2 ó más enfermedades
Little <i>et al</i> (224)	2001	Southampton Reino Unido	2719 personas menores de 80 años, no vivían en residencia. 24 problemas crónicos.	45,1 % con 2 ó más problemas crónicos.
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	55332 encuestados; 13806 personas adultas no institucionalizadas con enfermedades crónicas. Estudia prevalencia de enfermedad crónica y recursos.	19,9 % con una enfermedad crónica. 4,7 % con 2 ó más enfermedades crónicas
Chan <i>et al</i> (128)	2002	Randwick (Nueva Gales del Sur, Australia)	526 pacientes mayores de 55 años seleccionados aleatoriamente en el área de un hospital. 10 diagnósticos de enfermedades crónicas. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	54,2 % con 2 ó más enfermedades crónicas.
Wolff <i>et al</i> (122)	2002	EUA	1217103 pacientes mayores de 65 años seguidos en Medicare. Diagnósticos de enfermedades crónicas según CIE-9 (cuando el paciente tenía 1 ingreso o 2 consultas).	64,7 % con 2 ó más enfermedades crónicas.
Iron <i>et al</i> (225)	2003	Ontario (Canadá)	3830 personas mayores de 25 años; ajusta resultados a población del estado 20 problemas crónicos	24,1 % con 2 ó más problemas crónicos.
Starfield <i>et al</i> (130)	2003	EUA	119195 adultos menores de 65 años con atención el año previo. Enfermedades clasificadas según Grupos Clínicos Ajustados (ACG) para establecer nivel de morbilidad.	79,4 % con morbilidad (1 ó más).
Carlsson <i>et al</i> (120)	2004	Blekinge (Suecia)	67494 pacientes que acuden en un año a su centro de salud. Diagnósticos en Grupos clínicos ajustados (ACG), clasificados en criterios de temporalidad (limitado, crónico, recurrente)	21,2 % tienen 2 ó más categorías de enfermedades.
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. 11 enfermedades o problemas crónicos.	72,4 % con 2 ó más problemas crónicos.



## ANEXO 5. Prevalencias de comorbilidad identificadas.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, ámbito, enfermedades consideradas	Prevalencia de comorbilidad
Fortin <i>et al</i> (66)	2005	Quebec (Canadá)	980 pacientes que acuden a consulta con médico de familia. Comorbilidad valorada por índice CIRS.	90 % con 2 ó más problemas crónicos.
Hervás <i>et al</i> (153)	2005	Navarra (España)	147 pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas. 20 problemas crónicos.	36 % con 3 ó más problemas crónicos.
Lee <i>et al</i> (77)	2007	EUA	741847 pacientes varones con 55 – 64 años con uso de servicios sanitarios. 11 enfermedades crónicas identificadas por códigos CIE-9.	40,8 % con 2 ó más enfermedades crónicas.
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Este de Escocia (Reino Unido)	3044 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. 24 problemas crónicos. Diferencia zonas pobres y acomodadas. Estudia relación entre situación socio-económica, estado de salud y atención.	50,2 % con 2 ó más problemas crónicos en zonas pobres. 45 % con 2 ó más problemas crónicos en zonas acomodadas.
Min <i>et al</i> (155)	2007	Los Ángeles y Washington DC (EUA)	372 personas mayores de 65 años, vulnerables, viviendo en la comunidad. 8 problemas y enfermedades crónicas.	61,8 % con 2 ó más problemas y enfermedades crónicas.
Britt <i>et al</i> (229)	2008	Australia	9156 pacientes atendidos en atención primaria durante 5 meses. Comorbilidad medida usando CIRS y además neoplasia. Estudio de prevalencia de comorbilidad	37,1 % con 2 ó más tipos de enfermedad crónica. 29 % ajustando a población de médicos incluidos en estudios. 25,5 % ajustando a población australiana.
Marengoni <i>et al</i> (222)	2008	Estocolmo, (Suecia)	1099 pacientes mayores de 77 años. 30 diagnósticos CIE-9. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	54,8 % con 2 ó más diagnósticos.
Ramírez Duque <i>et al</i> (111) <b>Esta tesis</b>	<b>2008</b>	<b>Sevilla (España)</b>	<b>62706 adultos adscritos a 42 médicos en 4 centros de salud. Comorbilidad por búsqueda activa de pacientes pluripatológicos</b>	<b>1,32 % son pacientes pluripatológicos.</b>

## ANEXO 5. Prevalencias de comorbilidad identificadas.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, ámbito, enfermedades consideradas	Prevalencia de comorbilidad
Glynn <i>et al</i> (266)	2011	Oeste de Irlanda	3309 pacientes mayores de 50 años con cita en 2 años previos Estudio descriptivo de comorbilidad y sus costes	66,2 % con comorbilidad
Van den Bussche <i>et al</i> (132)	2011	Alemania	123224 pacientes mayores de 65 años Comorbilidad como 3 ó más diagnósticos de 46 codificados en CIE-10 Estudio descriptivo de comorbilidad con consumo de recursos	58,9 % con comorbilidad
Barnett <i>et al</i> (223)	2012	Escocia	1751841 pacientes en 314 consultas de atención primaria. Estudio descriptivo de comorbilidad	42,4 % con enfermedades crónicas. 23,2 % con $\geq 2$ enfermedades crónicas 8,3 % con enfermedades físicas y mentales
Brett <i>et al</i> (230)	2013	Australia	7247 pacientes vistos en 6 meses Estudio descriptivo	51,8 % con $\geq 2$ dominios CIRS 34,5 % con $\geq 3$ dominios CIRS 14,9 % con $\geq 5$ dominios CIRS
Brettschneider <i>et al</i> (265)	2013	Alemania	3189 pacientes con comorbilidad incluidos Estudio de calidad de vida	24862 pacientes revisados 7172 con comorbilidad (28,8 %) ( $\geq 3$ enfermedades de 29)
Kirchberger <i>et al</i> (265)	2013	Augsburgo (Alemania)	4127 pacientes de 65-95 años Estudio de patrones de asociación de comorbilidad	87,5 % con enfermedades crónicas. 58,6 % con $\geq 2$ enfermedades crónicas
Orueta <i>et al</i> (135)	2014	País Vasco (España)	2262698 habitantes Comorbilidad: 2 diagnósticos de 52 codificados Estudio de prevalencia de comorbilidad y costes	23,61 % en población global 66,13 % en mayores de 65 años
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	229493 pacientes mayores de 65 años Comorbilidad como 2 ó más diagnósticos de 22 Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	76,6 % con comorbilidad

## ANEXO 6. Distribución por género en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo	Mujeres (%)	Varones (%)
Bilbao Curiel <i>et al</i> (44)	1993	Sestao (España)	197 pacientes con atención domiciliaria. Estudio descriptivo.	70	30
Callahan <i>et al</i> (237)	1995	Indiana (EUA)	3954 pacientes mayores de 60 años que acuden a consulta general hospitalaria. Estudio de evaluación cognitiva.	68,1	31,9
Castillo Alonso <i>et al</i> (259)	1995	Madrid (España)	359 pacientes con tratamiento prolongado. Estudio descriptivo.	63	37
Bayó <i>et al</i> (79)	1996	Barcelona (España)	316 pacientes mayores de 75 años de un centro de salud. Estudio descriptivo.	67 (54,4 en población general)	33 (45,6 en población general)
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao España)	121 pacientes crónicos domiciliarios. Estudio descriptivo.	68,7	31,4
López Navarrete <i>et al</i> (43)	1997	Granada (España)	711 personas mayores de 65 años adscritos a 3 médicos en distintos centros de salud. Estudio de prevalencia de patología crónica y uso de recursos.	60,8	39,2
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	739 pacientes con enfermedades crónicas, de 23 médicos (al menos 15 pacientes por médico). Estudio de calidad de asistencia	59	41
Bernabei <i>et al</i> (234)	1998	Rovereto (Italia)	200 pacientes mayores de 65 años con atención domiciliaria. Ensayo clínico con seguimiento de 1 año.	70 (control) 71(atención integral)	30 (control) 29 (atención integral)
van den Akker <i>et al</i> (65)	1998	Sur de Países Bajos	60857 pacientes atendidos por 42 médicos generales. 18069 pacientes con comorbilidad. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	51,3 (general) 54,8 (comorbilidad)	48,7 (general) 45,2 (con comorbilidad)

## ANEXO 6. Distribución por género en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo	Mujeres (%)	Varones (%)
Juncosa <i>et al</i> (227)	1999	Cataluña (España)	1868 pacientes adultos (mayores de 14 años) que acuden a cita en atención primaria durante 7 meses. Estudio de uso de recursos y sus costes.	54,2	45,8
Sandholzer <i>et al</i> (238)	1999	Hannover (Alemania)	446 pacientes mayores de 70 años. Estudio de prevalencia de deterioro cognitivo.	71,5	28,5
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.	68,1	31,9
Sommers <i>et al</i> (240)	2000	California (EUA)	543 pacientes mayores de 65 años con 2 problemas crónicos. Ensayo clínico: atención convencional (control: 263) vs intervención médico-enfermero-trabajador social (280)	67 (control) 70 (intervención)	33 (control) 30 (intervención)
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	55332 pacientes adultos no institucionalizados. 13806 adultos no institucionalizadas con enfermedades crónicas. Estudia prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos	51,4 (general) 55,8 (con enfermedades crónicas)	48,6 (general) 44,2 (con enfermedades crónicas)
Chan <i>et al</i> (128)	2002	Randwick (Australia)	526 pacientes mayores de 55 años seleccionados aleatoriamente en el área de un hospital. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos	54,6	45,4
Gill <i>et al</i> (249)	2002	Connecticut (EUA)	188 personas mayores de 75 años con fragilidad física Ensayo clínico: tratamiento convencional (control: 94) vs tratamiento domiciliario (intervención: 94)	74 (control) 85 (intervención)	26 (control) 15 (intervención)
Wolff <i>et al</i> (122)	2002	EUA	1217103 pacientes mayores de 65 años asegurados en Medicare. Estudia prevalencia de enfermedad crónica y consumo de recursos	60,2	39,8
McGlynn <i>et al</i> (243)	2003	12 áreas urbanas EUA	6712 pacientes mayores de 18 años. Estudio de calidad de asistencia.	59,6	39,4

## ANEXO 6. Distribución por género en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo	Mujeres (%)	Varones (%)
Wenger <i>et al</i> (250)	2003	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos sanitarios en año previo. Estudio de calidad de asistencia.	64	36
Bayliss <i>et al</i> (158)	2004	3 áreas urbanas EUA	1574 pacientes con problemas crónicos. Estudio sobre efecto de comorbilidad en función física.	58,7	41,3
Carlsson <i>et al</i> (120)	2004	Blekinge (Suecia)	67494 pacientes que acuden en un año a su centro de salud. Estudio sobre presencia de comorbilidad y sus tipos.	54,9	45,1
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. Estudio descriptivo.	67	33
Knox <i>et al</i> (42)	2004	Australia	10755 pacientes que acuden a consulta. Estudio descriptivo de comorbilidad y uso de recursos en población general.	59,5	40,5
Infante <i>et al</i> (245)	2004	2 estados de Australia	76 pacientes con enfermedades crónicas. Estudio de percepciones de pacientes sobre calidad de atención.	59	41
Montgo- mery <i>et al</i> (242)	2004	13 estados EUA	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria. Estudio de percepción de calidad de atención primaria.	59,9	40,1
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en centros de Veteranos. Estudio de satisfacción del paciente.	3,6	96,4
Fortin <i>et al</i> (66)	2005	Quebec (Canadá)	980 pacientes que acuden a consulta con médico de familia. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	67,3 (general) 67,1 (con 2 enfer- medades crónicas)	32,6 (general) 32,9 (con 2 enfer- medades crónicas)
Segura Noguera <i>et al</i> (236)	2005	Barcelona (España)	134 pacientes con atención domiciliaria de 12 centros de salud. Estudio descriptivo.	61,9	38,1

### ANEXO 6. Distribución por género en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo	Mujeres (%)	Varones (%)
Hervás <i>et al</i> (153)	2005	Navarra (España)	147 pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas de un centro de salud. Estudio descriptivo centrado en situación cognitiva.	49,7	50,3
Byles <i>et al</i> (102)	2005	2 estados de Australia	1303 pacientes mayores de 70 años (veteranos del ejército y viudas de guerra). Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	45	55
Min <i>et al</i> (155, 251)	2005, 2007	2 ciudades EUA	372 personas mayores de 65 años, vulnerables, viviendo en la comunidad. Estudios de calidad de asistencia.	74,6	36,3
Parchman <i>et al</i> (241)	2005	Texas (EUA)	422 veteranos del ejército con cita en 13 meses. Pacientes con problemas crónicos 'único' o 'múltiples'. Estudio de satisfacción con la asistencia.	27 (problema único) 10 (múltiples problemas)	73 (problema único) 90 (múltiples problemas)
Savageau <i>et al</i> (41)	2006	Massachusetts (EUA)	382 adultos que acuden a atención primaria en 1 semana. Estudio de hiperfrecuentación.	71,7	28,3
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria, en el quintil esperado de mayor gasto. Encuesta de calidad percibida de la asistencia.	58,3	31,7
Alkema <i>et al</i> (142)	2007	California (EUA)	404 pacientes en grupo control, personas mayores de 65 años con uso al menos intermedio de recursos. Ensayo clínico de seguimiento convencional (control) frente a seguimiento telefónico.	65,8 (control)	34,2 (control)
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Rochester (Nueva York, EUA)	4616 pacientes 18–65 años, Organización de Gestión de Cuidados Valoración de los médicos por los pacientes.	63	37
Hoffman <i>et al</i> (296)	2007	Estados Unidos	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Relación entre de satisfacción con la asistencia y movilidad.	57,8	41,2
Kadam <i>et al</i> (248)	2007	Inglaterra, Reino Unido	9439 pacientes mayores de 50 años, acuden a citas en 18 meses Estudia relación entre comorbilidad y función física.	55,4	44,6

## ANEXO 6. Distribución por género en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo	Mujeres (%)	Varones (%)
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Escocia Reino Unido	3044 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Relación: situación socio-económica, estado de salud y atención.	61	39
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Ensayo clínico sobre cambio en calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas a los pacientes	Controles: 52,6 Intervención: 63,5	Controles: 47,4 Intervención: 36,5
Laux <i>et al</i> (260)	2008	Zona oeste de Alemania	39699 pacientes con uso de recursos durante un año. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	59,6	40,4
Marengoni <i>et al</i> (222, 254)	2008 2009	Estocolmo, (Suecia)	1099 pacientes mayores de 77 años. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	77	23
Britt <i>et al</i> (229)	2008	Australia	9156 pacientes atendidos en atención primaria durante 5 meses. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	60	40
Ramírez Duque <i>et al</i> (111)	2008	Sevilla (España)	806 pacientes pluripatológicos identificados. Estudio de prevalencia de pluripatología	48,6	51,4
<b>Esta tesis</b>			<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>50</b>	<b>50</b>
Glynn <i>et al</i> (266)	2011	Oeste de Irlanda	3309 pacientes mayores de 50 años. Estudio descriptivo de comorbilidad y sus costes	50,9	49,1
Van den Bussche <i>et al</i> (132)	2011	Alemania	123224 pacientes mayores de 65 años Estudio descriptivo de comorbilidad con consumo de recursos	42,4 global 44,6 con comorbilidad	57,6 global 53,4 con comorbilidad
Barnett <i>et al</i> (223)	2012	Escocia	1751841 pacientes de 314 consultas de atención primaria. Estudio descriptivo de comorbilidad	50,5	49,5

**ANEXO 6. Distribución por género en estudios de comorbilidad.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo	Mujeres (%)	Varones (%)
Brett <i>et al</i> (230)	2013	Australia	7247 pacientes vistos en atención primaria durante 6 meses Estudio descriptivo de comorbilidad	58,5	41,5
Brettschneider <i>et al</i> (265)	2013	Alemania	3189 pacientes con comorbilidad incluidos Estudio de calidad de vida	59,3	40,7
Kirchberger <i>et al</i> (265)	2013	Augsburgo (Alemania)	4127 pacientes de 65-95 años Estudio de patrones de asociación de comorbilidad	51,2	48,8
Orueta <i>et al</i> (135)	2014	País Vasco (España)	2262698 habitantes de la comunidad autónoma Estudio de prevalencia de comorbilidad y costes	50,9	49,1
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	229493 pacientes mayores de 65 años Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	57,2 global 58,4 con comorbilidad	42,8 global 41,6 con comorbilidad



## ANEXO 7. Edad de los pacientes en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo.	Edad: Media (Desviación típica)
González Montalvo <i>et al</i> (232)	1990	Guadalajara (España)	85 pacientes con seguimiento domiciliario Estudio descriptivo	82
Bilbao Curiel <i>et al</i> (44)	1993	Sestao (España)	197 pacientes con atención domiciliaria. Estudio descriptivo.	78 (+ / - 23 )
Callahan <i>et al</i> (237)	1995	Indiana (EUA)	3954 pacientes mayores de 60 años que acuden a consulta general hospitalaria. Estudio de evaluación cognitiva.	68 (rango 60 – 102)
Castillo Alonso <i>et al</i> (259)	1995	Madrid (España)	359 pacientes con tratamiento prolongado que acuden a consulta en un centro. Estudio descriptivo.	64 (+ / - 0,76)
Bayó <i>et al</i> (79)	1996	Barcelona (España)	316 pacientes mayores de 75 años de un centro de salud. Estudio descriptivo.	81 (+ / - 4,3)
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (España)	121 pacientes crónicos domiciliarios de un centro de salud. Estudio descriptivo.	78 (+ / - 11,2)
López Navarrete <i>et al</i> (43)	1997	Granada (España)	711 personas mayores de 65 años adscritos a 3 médicos en distintos centros de salud Estudio de prevalencia de patología crónica y uso de recursos.	73,74 (+ / - 6,88)
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	739 pacientes con enfermedades crónicas, de 23 médicos (al menos 15 pacientes por médico). Estudios de calidad de asistencia.	62 (± 15,2)
Bernabei <i>et al</i> (234)	1998	Rovereto (Trento, Italia)	200 pacientes mayores de 65 años con atención domiciliaria Ensayo clínico con seguimiento de 1 año: atención convencional vs atención médica y social integral	80,7 (± 7,1) (intervención) 81 (± 7,4) (control)

### ANEXO 7. Edad de los pacientes en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo.	Edad: Media (Desviación típica)
van den Akker <i>et al</i> (65)	1998	Sur de Países Bajos	60857 pacientes atendidos por 42 médicos generales. 18069 pacientes con comorbilidad. Distribución de edad por grupos de 20 años en grupo con comorbilidad. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	0-19 ... 7,5 % 20-39 ... 18,5 % 40-59 ... 30,9 % 60-79 ... 36,1 % 80 ... 7 %
Juncosa <i>et al</i> (227)	1999	Cataluña (España)	1868 pacientes adultos (mayores de 14 años) que acuden a cita en atención primaria durante 7 meses. Estudio de uso de recursos y sus costes.	49,7 ( $\pm$ 19,1)
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.	83,24 ( $\pm$ 7,21)
Sommers <i>et al</i> (240)	2000	California (EUA)	543 pacientes mayores de 65 años con al menos 2 problemas crónicos. Ensayo clínico: atención convencional (control: 263) vs intervención médico-enfermero-trabajador social (280)	77 (control) 78 (intervención)
Au <i>et al</i> (80)	2001	EUA	30690 veteranos con al menos una visita a su médico en año previo. Estudio de estado de salud percibida.	65,5 Rango 63,7 – 68,2
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	55332 pacientes adultos no institucionalizados. 13806 adultos no institucionalizadas con enfermedades crónicas. Distribución de edad por grupos de 20 años (con enfermedades crónicas) Estudia prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos	16-34 ... 18 % 35- 54 ... 32,7 % 55-74 ... 37 % 75 ... 12,1 %
Chan <i>et al</i> (128)	2002	2 estados de Australia	526 pacientes mayores de 55 años, selección aleatoria en área de hospital Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	Mediana 70 Rango 55 - 95
Gill <i>et al</i> (249)	2002	Connecticut (EUA)	188 personas mayores de 75 años con fragilidad física Ensayo clínico: tratamiento convencional (control: 94) vs apoyo en domicilio (intervención: 94).	83,5 ( $\pm$ 5,2) en control. 82,8 ( $\pm$ 5,0) en intervención
Wolff <i>et al</i> (122)	2002	EUA	1217103 pacientes mayores de 65 años asegurados en Medicare. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos.	75,4

## ANEXO 7. Edad de los pacientes en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo.	Edad: Media (Desviación típica)
Wenger <i>et al</i> (250)	2001	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos. Estudio de calidad de asistencia.	80,6
Asch <i>et al</i> (244)	2004	EUA	1588 varones mayores de 35 años con al menos 2 consultas en 2 años previos, en 2 grupos (596 veteranos y 992 encuestas telefónicas). Estudio de calidad de asistencia.	62 (veteranos) 61,4 (selección telefónica)
Bayliss <i>et al</i> (158)	2004	3 zonas urbanas EUA	1574 pacientes con problemas crónicos. Estudio sobre efecto de comorbilidad en función física.	57,6 ( $\pm$ 15,4)
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. Estudio descriptivo.	79,7 ( $\pm$ 6,33) Rango 71 – 97
Infante <i>et al</i> (245)	2004	2 estados de Australia	76 pacientes con enfermedades crónicas. Estudio de percepciones de pacientes acerca de calidad de atención.	63,4 ( $\pm$ 1,65) Rango 19 – 84
Montgomery <i>et al</i> (242)	2004	13 estados EUA	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria. Estudio de percepción de calidad de asistencia por los pacientes	74,8 ( $\pm$ 5,8)
Byles <i>et al</i> (102)	2005	2 estados de Australia	1303 pacientes mayores de 70 años. Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	76 (cohorte de derivación) 76 (cohorte de validación)
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en 7 centros de Veteranos. Estudio de satisfacción del paciente.	64,8 ( $\pm$ 11,8)
Min <i>et al</i> (155, 251)	2005, 2007	2 áreas urbanas EUA	372 personas mayores de 65 años, vulnerables, viviendo en la comunidad. Estudios de calidad de asistencia.	80,6 ( $\pm$ 6,8) Rango 65 – 98
Parchman <i>et al</i> (241)	2005	Texas (EUA)	422 pacientes citados en 13 meses previos, administración de veteranos Pacientes con problemas crónicos ‘único’ o ‘múltiples’. Estudio de satisfacción con la asistencia	57 (múltiples problemas) 50 (problema único)
Segura Noguera <i>et al</i> (236)	2005	Barcelona (España)	134 pacientes con atención domiciliaria de 12 centros de salud. Estudio descriptivo.	82,2 ( $\pm$ 8,9) Rango 42 – 100

### ANEXO 7. Edad de los pacientes en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo.	Edad: Media (Desviación típica)
Savageau <i>et al</i> (41)	2006	Massachusetts (EUA)	382 pacientes adultos que acuden a atención primaria en una semana. Estudio de hiperfrecuentación.	42 ( $\pm$ 15) Rango 18 – 87
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria, en el quintil esperado de mayor gasto. Encuesta de calidad percibida de la asistencia.	75,42 ( $\pm$ 6,02)
Alkema <i>et al</i> (142)	2007	California (EUA)	404 pacientes en grupo control, personas mayores de 65 años con uso al menos intermedio de recursos. Ensayo clínico de seguimiento convencional (control) frente a seguimiento telefónico.	83,66 ( $\pm$ 7,36) Rango 65 – 100
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Rochester (Nueva York, EUA)	4616 pacientes de 18 – 65 años en una Organización de Gestión de Cuidados. Valoración de los médicos por los pacientes.	44,9 ( $\pm$ 12,1) Rango 18 – 65
Hoffman <i>et al</i> (296)	2007	Estados Unidos	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Encuesta personal Relación entre de satisfacción con la asistencia y movilidad.	75,3
Kadam <i>et al</i> (248)	2007	Inglaterra, Reino Unido	9439 pacientes mayores de 50 años que acuden a consulta en 18 meses. Estudia relación entre comorbilidad y función física.	66,1 ( $\pm$ 10,1),
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Escocia Reino Unido	3044 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudia relación situación socio-económica – salud – y atención.	44,6 ( $\pm$ 17,3)
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Ensayo clínico sobre cambio en calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas a los pacientes	Controles: 75,3 ( $\pm$ 6,3) Intervención: 75,6 ( $\pm$ 5,9)
Laux <i>et al</i> (260)	2008	Alemania (Occidental)	39699 pacientes con uso de recursos durante un año. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	48,8 ( $\pm$ 0,17)
Marengoni <i>et al</i> (222, 254, 267)	2008, 2009	Estocolmo (Suecia)	1099 pacientes mayores de 77 años. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	84,6 Rango 77-100

## ANEXO 7. Edad de los pacientes en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo.	Edad: Media (Desviación típica)
Ramírez Duque <i>et al</i> (111)	2008	Sevilla (España)	806 pacientes pluripatológicos identificados. Estudio de prevalencia de pluripatología	74,92 (± 10,79).
<b>Esta tesis</b>			<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>74,25 (± 9,59).</b>
Glynn <i>et al</i> (266)	2011	Oeste de Irlanda	3309 pacientes mayores de 50 años. Estudio descriptivo de comorbilidad y sus costes	50-59 ... 39,6% 60-69 ... 29,5% 60-79 ... 19,0% > 80 ... 12,0%
Van den Bussche <i>et al</i> (132)	2011	Alemania	123224 pacientes mayores de 65 años Comorbilidad: con 3 ó más diagnósticos Estudio descriptivo de comorbilidad con consumo de recursos	72,0 (± 6,1) en la población total del estudio 72,9 (± 6,8) con comorbilidad
Barnett <i>et al</i> (223)	2012	Escocia	1751841 pacientes de 314 consultas de atención primaria. Estudio descriptivo de comorbilidad	0-24 ... 27,4 % 25-44 ... 29 % 45- 64 ... 27 % 65-84 ... 14,5 % 85 ... 2,1 %
Britt <i>et al</i> (229)	2013	Australia	7247 pacientes vistos en 6 meses en consultas de atención primaria Estudio descriptivo	38,4 (± 22,7)
Brettschneider <i>et al</i> (265)	2013	Alemania	3189 pacientes con comorbilidad incluidos Estudio de calidad de vida	74,4 (± 5,2)
Kirchberger <i>et al</i> (265)	2013	Augsburgo (Alemania)	4127 pacientes de 65-95 años Estudio de patrones de asociación de comorbilidad	73.4(± 66.1)
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	229493 pacientes mayores de 65 años Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	74,9 (± 7,2) en la población total del estudio 72,7 (± 6,7) con comorbilidad

### ANEXO 8. Número de enfermedades por paciente en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades, tipo	Número de enfermedades
González Montalvo <i>et al</i> (232)	1990	Guadalajara (España)	85 pacientes con seguimiento domiciliario. Número de diagnósticos. Estudio descriptivo	Media 4 diagnósticos
Bilbao Curiel <i>et al</i> (44)	1993	Sestao (Vizcaya, España)	197 pacientes con atención domiciliaria. Nº problemas de salud. Estudio descriptivo.	Media 4,2 ( $\pm$ 4) problemas de salud.
Sáenz Calvo <i>et al</i> (116)	1995	Madrid (España)	7867 con problemas crónicos en un centro de salud. Nº diagnósticos crónicos. Estudio descriptivo.	Media 3,04 diagnósticos crónicos
Callahan <i>et al</i> (237)	1995	Indiana (EUA)	3954 mayores de 60 años en consultas hospitalarias 20 diagnósticos más frecuentes. Estudio de evaluación cognitiva	Media 5 diagnósticos
Castillo Alonso <i>et al</i> (259)	1995	Madrid (España)	359 pacientes con tratamiento prolongado que acuden a consulta en un centro. Nº enfermedades crónicas. Estudio descriptivo.	Media 3,2 ( $\pm$ 0,08) Enfermedades crónicas
Bayó <i>et al</i> (79)	1996	Barcelona (España)	316 personas mayores de 75 años de un centro de salud Nº trastornos crónicos. Estudio descriptivo.	3,77 ( $\pm$ 2,38) Trastornos crónicos
Hoffman <i>et al</i> (121)	1996	EUA	34459 encuestados representativos de población de EUA. Ajusta resultado a población 193,4 millones. Hasta 4 enfermedades en encuesta por CIE-9. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y costes de recursos	Ninguna... 54,2 % 1... 25,7 % 2 ... 20,1 %
López Navarrete <i>et al</i> (43)	1997	Granada (España)	711 personas mayores de 65 años adscritos a 3 médicos en distintos centros de salud Nº patologías crónicas Estudio de prevalencia de patología crónica y uso de recursos.	Ninguna... 9,5 % 1... 18,3 % 2 – 3 ... 46 % (63,7 %) 4 – 6 ... 25,5 % (35,3 %) 7 ... 0,7 % (1 %)

Los porcentajes entre paréntesis se refieren a la proporción de pacientes con 2 ó más enfermedades o problemas

## ANEXO 8. Número de enfermedades por paciente en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades, tipo	Número de enfermedades
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (Vizcaya, España)	121 pacientes crónicos domiciliarios. 11 tipos de patologías Estudio descriptivo.	Media 2,8 ( $\pm$ 1,3) Rango 0 – 11 tipos de patologías
Bernabei <i>et al</i> (234)	1998	Rovereto (Trento, Italia)	200 pacientes mayores de 65 años, atención domiciliaria. 100 controles Nº problemas médicos. Ensayo clínico con seguimiento de 1 año.	Media 4,8 ( $\pm$ 1,7) problemas médicos
van den Akker <i>et al</i> (65)	1998	Sur de Países Bajos	60857 pacientes atendidos por 42 médicos generales. Nº enfermedades activas simultáneas. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	Media 1,21 enfermedades activas simultáneas
Sandholzer <i>et al</i> (238)	1999	Hannover (Alemania)	446 pacientes mayores de 70 años. Nº problemas médicos. Estudio de prevalencia de deterioro cognitivo.	Media 9,53 problemas médicos
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. Nº diagnósticos Estudio descriptivo.	Media 4,02 ( $\pm$ 1,86) Diagnósticos
Au <i>et al</i> (80)	2001	EUA	30690 veteranos con al menos una visita a su médico en año previo en 7 localizaciones. 12 problemas médicos crónicos. Estudio de estado de salud percibida.	Media 3 problemas médicos crónicos (Media oscilaba entre 2,7 y 3,3 según la localización)
Little <i>et al</i> (224)	2001	Southampton (Inglaterra, Reino Unido)	2719 personas menores de 80 años que no vivían en residencia. 2543 pacientes con datos de problemas médicos. Lista de 24 problemas crónicos médicos. Estudio sobre hiperfrecuentación.	Ninguna... 28 % 1... 26,7 % 2 ... 20,2 % (44,8 %) 3 ... 24,9 % (55,2 %)
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	13806 adultos no institucionalizadas con enfermedades crónicas. 24 enfermedades crónicas. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos.	1... 80,7 % 2... 16 % (82,9%) 3... 3,3 % (17,1 %)

### ANEXO 8. Número de enfermedades por paciente en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades, tipo	Número de enfermedades
Menotti <i>et al</i> (119)	2001	Finlandia (F), Países Bajos (H), Italia (I)	2285 varones en seguimiento por riesgo vascular: 716 en Finlandia (F), 887 en Países Bajos (H), 682 en Italia (I). 7 conjuntos recogen 9 diagnósticos. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	0... 44,4 (F) – 56,7 (H) – 50,9 (I) % 1... 32,3 (F) – 30,2 (H) – 35,6 (I) % 2... 15,8 (F) – 10,3 (H) – 12,8 (I) % 3... 7,5 (F) – 2,8 (H) – 2,5 (I) %
Chan <i>et al</i> (128)	2002	Nueva Gales del Sur (Australia)	526 pacientes mayores de 55 años seleccionados aleatoriamente en el área de un hospital. 10 diagnósticos de enfermedades crónicas. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	Ninguna... 15,6 % 1... 30,2 % 2... 24,7 % (45,6 %) 3... 29,5 % (54,4 %)
Gill <i>et al</i> (249)	2002	Connecticut (EUA)	188 personas mayores de 75 años con fragilidad física. 10 problemas crónicos. Ensayo clínico: tratamiento convencional (control:94) vs programa de apoyo en domicilio (intervención: 94)	Media 2 (DE 1,3) en control Media 2,1 (DE 1,1) en intervención
Wolff <i>et al</i> (122)	2002	EUA	1217103 pacientes mayores de 65 años asegurados en Medicare. Diagnósticos de enfermedades crónicas según CIE-9 (consideradas si había al menos 1 ingreso o 2 consultas ambulatorias). Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos.	Ninguna... 18 % 1... 17,3 % 2... 21,8 % (33,7 %) 3... 18,8 % (29,1 %) 4... 24,1 % (37,2 %)
McGlynn <i>et al</i> (243) Higashi <i>et al</i> (156)	2003	12 áreas urbanas EUA	6712 pacientes mayores de 18 años. Número de problemas médicos. Estudio de calidad de asistencia.	Media 1,2
Starfield <i>et al</i> (130)	2003	EUA	119195 adultos menores de 65 años con uso de servicios el año previo Datos de un Programa de gestión de cuidados. Enfermedades según Grupos Clínicos Ajustados, clasifica en 3 niveles. Estudio sobre uso y tipos de atención recibida.	Sin comorbilidad... 20,6 % Nivel bajo (1 – 3)... 54,3 % Nivel medio (4 – 5)... 15,1 % Nivel alto ( 6)... 10 %
Wenger <i>et al</i> (250) Higashi <i>et al</i> (156)	2003	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos. Número de problemas médicos. Estudio de calidad de asistencia.	Media 2,5

Los porcentajes entre paréntesis se refieren a la proporción de pacientes con 2 ó más enfermedades o problemas



## ANEXO 8. Número de enfermedades por paciente en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades, tipo	Número de enfermedades
Asch <i>et al</i> (244)	2004	EUA	1588 varones mayores de 35 años con al menos 2 consultas en 2 años previos, en 2 grupos (596 veteranos y 992 encuestas telefónicas). 8 enfermedades crónicas con al menos 50 pacientes en cada uno grupo. Estudio de calidad de asistencia.	Media 2,22 (veteranos) Media 2,12 (encuesta telefónica)
Bayliss <i>et al</i> (158)	2004	Boston, Chicago y Los Ángeles (EUA)	1574 pacientes con problemas crónicos. 7 enfermedades principales. 16 enfermedades adicionales. Estudia efecto de comorbilidad en función física.	Media principales: 1,7 1... 56,4 % 2 ... 26,9 % (61,7 %) 3 ... 12,5 % (28,7 %) 4 ... 4,2 % (9,6 %) Media adicionales: 0,7
Carlsson <i>et al</i> (120)	2004	Blekinge (Suecia)	67494 pacientes que acuden en un año a su centro de salud. Diagnósticos en Grupos clínicos ajustados (ACG), clasificados en criterios de temporalidad (limitado, crónico, recurrente). Estudio sobre presencia de comorbilidad y sus tipos.	'1' ó '2 no crónicas' ... 75,8 % 2 – 3 ... 17,4 % (82 %) 4 ... 3,8 % (18 %)
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. 11 enfermedades o problemas crónicos. Estudio descriptivo.	Ninguna... 3,9 % 1... 23,7 % 2... 30,7 % (42,4 %) 3... 27,2 % (37,6 %) 4... 10,5 % (14,5 %) 5... 3,1 % (4,3 %) 6... 0,4 % (0,6 %) 7... 0,4 % (0,6 %)
Knox <i>et al</i> (42)	2004	Australia	10755 pacientes que acuden a consulta. Hasta 16 problemas recogidos por paciente. Estudio descriptivo de comorbilidad y uso de recursos en población general.	Media 2,9 problemas por paciente
Infante <i>et al</i> (245)	2004	2 estados de Australia	76 pacientes con enfermedades crónicas. Nº enfermedades crónicas. Estudio de percepciones de pacientes acerca de calidad de atención.	Media 2,4 ( $\pm$ 0,2) Rango 1 – 10.

### ANEXO 8. Número de enfermedades por paciente en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades, tipo	Número de enfermedades
Montgomery <i>et al</i> (242)	2004	13 estados EUA	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria. 20 problemas crónicos. Estudio de percepción de calidad de asistencia por los pacientes	Media 1,9 ( $\pm$ 1,4).
Fortin <i>et al</i> (66)	2005	Quebec (Canadá)	980 pacientes que acuden a consulta con médico de familia. Comorbilidad valorada por índice CIRS y n° problemas crónicos. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	Media 4,77 Ninguna... 2,3 % 1... 8,5 % 2... 13,7 % (15,3 %) 3... 12,7 % (14,2 %) 4... 12,7 % (14,2 %) 5... 50,2 % (56,2 %)
Byles <i>et al</i> (102)	2005	Nueva Gales del Sur y Queensland (Australia)	1303 pacientes mayores de 70 años en cohortes de derivación (D) y validación (V). Comorbilidad por n° de problemas e índice de Charlson. Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	Media 7 Ninguna... 1 % (D) – 1 % (V) 1 – 3... 15 % (D) – 12 % (V) 4 – 6... 30 % (D) – 28 % (V) 7 – 9... 29 % (D) – 30 % (V) 10... 25 % (D) – 29 % (V)
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en 7 centros de Veteranos. 24 problemas crónicos médicos. Estudio de satisfacción del paciente.	Media 3,3 ( $\pm$ 2,2).
Min <i>et al</i> (251)	2005	2 áreas urbanas EUA	372 personas mayores de 65 años, vulnerables, no institucionalizados. 15 problemas crónicos. Estudios de calidad de asistencia.	Media 2,5 ( $\pm$ 1,6)
Savageau <i>et al</i> (41)	2006	Massachusetts (EUA)	382 pacientes adultos que acuden a consulta de atención primaria en una semana. 7 problemas crónicos con prevalencia > 10 % (HTA, diabetes, asma, obesidad, artrosis, dolor crónico, reflujo gastro-esofágico) Estudio de hiperfrecuentación.	Media 1,34 ( $\pm$ 1,18)

Los porcentajes entre paréntesis se refieren a la proporción de pacientes con 2 ó más enfermedades o problemas

## ANEXO 8. Número de enfermedades por paciente en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades, tipo	Número de enfermedades
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Rochester (Nueva York, EUA)	4616 pacientes de 18 – 65 años en Organización de Gestión de Cuidados. 13 enfermedades y problemas crónicos. Valoración de los médicos por los pacientes.	Media 1,3 ( $\pm$ 1,5) Rango 0 – 11
Hoffman <i>et al</i> (294)	2007	Estados Unidos	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Encuesta personal. Comorbilidades autorreferidas. Relación entre de satisfacción con la asistencia y movilidad.	Media 2,5
Kadam <i>et al</i> (248)	2007	Inglaterra (Reino Unido)	9439 pacientes mayores de 50 años que acuden a consulta en 18 meses. Nº de problemas (' <i>morbidity</i> ') Estudia relación entre comorbilidad y función física.	1... 19 % 2 – 3... 36 % (44,4 %) 4 – 5... 22 % (27,2 %) 6... 23 % (28,4 %)
Lee <i>et al</i> (77)	2007	EUA	741847 pacientes varones con 55 – 64 años con uso de servicios sanitarios. 11 enfermedades crónicas identificadas por códigos CIE-9. Estudio de mortalidad en pacientes con enfermedades crónicas.	Ninguna... 29,4 % 1... 29,8 % 2... 23,6 % (57,8 %) 3... 11,7 % (28,7 %) 4... 5,5 % (13,5 %)
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Este de Escocia (Reino Unido)	3044 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. 24 problemas crónicos. Diferencia zonas pobres (P) y acomodadas (A)	Ninguna... 24,7 % (P) – 25,5 % (A) 1... 25 % (P) – 29,7 % (A) 2... 19,7 % (P) – 20,7 % (A) 3... 30,5 % (P) – 24,3 % (A)
Min <i>et al</i> (155)	2007	Los Ángeles y Washington DC (EUA)	372 personas mayores de 65 años, vulnerables, viviendo en la comunidad. 8 problemas crónicos. Estudios de calidad de asistencia.	Ninguna... 8,33 % 1... 29,8 % 2... 23,9 % (38,7 %) 3... 19,9 % (32,2 %) 4... 12,4 % (20,1 %) 5... 5,6 % (9,1 %)
Britt <i>et al</i> (229)	2008	Australia	9156 pacientes atendidos en atención primaria durante 5 meses. Comorbilidad medida usando CIRS y además neoplasia. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	Media 1,35 (población total) 2,24 (con enfermedades crónicas) 3,01 (con comorbilidad)

### ANEXO 8. Número de enfermedades por paciente en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades, tipo	Número de enfermedades (sigue)
(sigue) Britt <i>et al</i> (229)				Ninguna... 39,6% 1... 23,3 % 2... 16,4 % (44,2 %) 3... 10,6 % (28,6 %) 4... 5,6 % (15,1 %) 5... 2,8 % (7,5 %) 6... 1,2 % (3,2 %) 7... 0,4 % (1,1 %) 8... 0,1 % (0,3 %)
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria 9 diagnósticos recogidos Ensayo clínico sobre cambio en calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas a los pacientes	Controles: 2,6 ( $\pm$ 1,3) Intervención: 3,1 ( $\pm$ 1,5)
Laux <i>et al</i> (260)	2008	4 estados occidentales de Alemania	39699 pacientes con uso de recursos durante un año. Número de problemas crónicos. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	Media 0,94 (DE 0,19)
Marengoni <i>et al</i> (222)	2008	Kungh- solmen (Estocolmo, Suecia)	1099 pacientes mayores de 77 años. 30 diagnósticos CIE-9. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	Mediana 3 Rango 2 – 7 Ninguna... 14,7 % 1... 30,5 % 2... 54,8 %
Ramírez Duque <i>et al</i> (111)	2008	Sevilla (España)	806 pacientes pluripatológicos identificados. Comorbilidad según categorías de paciente pluripatológico Estudio de prevalencia de pluripatología	Media categorías 2,47 ( $\pm$ 0,62) 2... 59,1 % 3... 34,6 % 4... 5,5 % 5... 0,3 %

Los porcentajes entre paréntesis se refieren a la proporción de pacientes con 2 ó más enfermedades o problemas

## ANEXO 8. Número de enfermedades por paciente en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades, tipo	Número de enfermedades
<b>Esta tesis</b>			<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados. Comorbilidad según categorías de paciente pluripatológico Estudio de calidad percibida de la asistencia</b>	<b>Media categorías 2,49 (<math>\pm</math> 0,65) 2... 59,1 % 3... 34,1 % 4... 5,9 % 5... 0,8 % Media adicionales 2,02 (<math>\pm</math> 0,23)</b>
Van den Bussche <i>et al</i> (132)	2011	Alemania	123224 pacientes mayores de 65 años Comorbilidad: con 3 ó más diagnósticos Estudio descriptivo de comorbilidad con consumo de recursos	3,6 ( $\pm$ 3,1) en la población total del estudio 5,7 ( $\pm$ 2,5) con comorbilidad
Barnett <i>et al</i> (223)	2012	Escocia	1751841 pacientes de 314 consultas de atención primaria. Estudio descriptivo de comorbilidad	0 ... 57,8% 1 ... 19,0% 2 ... 9,6% 3 ... 5,7% 4 ... 3,4% 5 ... 2,0% 6 ... 1,2% 7 ... 0,6% 8 ... 0,6%
Brettschneider <i>et al</i> (265)	2013	Alemania	3189 pacientes con comorbilidad incluidos Comorbilidad: 3 diagnósticos de 29 posibles Estudio de calidad de vida	7 ( $\pm$ 2,5)
Kirchberger <i>et al</i> (265)	2013	Augsburgo (Alemania)	4127 pacientes de 65-95 años Estudio de patrones de asociación de comorbilidad	Mediana 2 (P25 1, P75 3)
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	229493 pacientes mayores de 65 años Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	Mediana 3, rango 0 – 13

**ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Schellevis <i>et al</i> (117)	1993	Amsterdam (Países Bajos)	23534 pacientes de 15 médicos. 5 enfermedades crónicas recogidas. Estudio descriptivo.	1ª – Artrosis (rodilla o cadera) 2ª – Diabetes mellitus	
Callahan <i>et al</i> (237)	1995 2001	Indiana (EUA)	3954 mayores de 60 años que acuden a consulta general hospitalaria. 20 diagnósticos. Estudio de evaluación cognitiva.	Artrosis 27,8 % Diabetes 22,3 % Pulmonar obstructiva 18,4% Gastrointestinal 13,8 % Cardiopatía isquémica 13,6 % Neoplasia maligna 9,7 % Insuficiencia cardíaca 9,7 % Genitourinario 9,2 % Anemia 9,1 % Cerebral vascular 7,4 % Vascular periférica 6 % Demencia 2,4 %	HTA 59,8 % Patología ocular 27,6 % P. dermatológicos 20,9 % Obesidad 13,1 % Neoplasia benigna 10,7 % ORL 9,5 % Heridas 9,5 % Infecciones 8,7 % Tiroidea 7,1 %
Bayó <i>et al</i> (79)	1996	Barcelona (España)	316 pacientes mayores de 75 años de un centro de salud. Estudio descriptivo.	Cardiovascular 61,4 % Endocrinología 44,6 % Locomotor 43,4 % (Artrosis 33,5 %) Digestivo 33,5 % Genitourinario 20,9 %	HTA 45,6 % Obesidad 23,4 % Dislipemia 23,1 % Sentidos 21,5 %
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (Vizcaya, España)	121 pacientes crónicos domiciliarios. 11 tipos de patologías. Estudio descriptivo.	Cardiovascular 56,2 % Neurológica 41,3 % Artrosis 33,9 % Respiratorio 32,2 % Diabetes 31,4 % Demencia 24,3 % Neoplasia 8,3 %	HTA 43 % Nutrición 8,3 % Terminales 3,3 % Otros 53,8 %

## ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
López Navarrete <i>et al</i> (43)	1997	Granada (España)	711 personas mayores de 65 años adscritos a 3 médicos en distintos centros de salud. Estudio de prevalencia de patología crónica y uso de recursos.	Osteomuscular 48,4 % Diabetes 23,3 % Cardiopatía 21,5 % Respiratorio 18,4 % Neurológico 10,1 % Demencia 2,8 %	HTA 41,2 % Dislipemia 16,9 % Psiquiatría 11,9 %
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	739 pacientes con enfermedades crónicas, de 23 médicos (al menos 15 pacientes por médico). Estudio de calidad de asistencia	Artrosis rodilla-cadera-mano 33 % Asma o EPOC 19 % Diabetes mellitus 15 %	HTA 44 %
Sommers <i>et al</i> (240)	2000	California (EUA)	543 pacientes mayores de 65 años con al menos 2 problemas crónicos. Ensayo clínico: atención convencional (control: 263 -C-) vs intervención médico-enfermero-trabajador social (280 -I-)	Diabetes 21 (C) – 15 (I) % Cardiopatía 18 (C) – 14 (I) % Respiratorio 17 (C) – 23 (I) % Digestivo 17 (C) – 18 (I) % Cáncer 11 (C) – 13 (I) % Ictus 10 (C) – 12 (I) %	HTA 45 (C) – 48 (I) %
Au <i>et al</i> (80)	2001	EUA	30690 veteranos con al menos una visita a su médico en año previo en 7 localizaciones. 12 problemas médicos crónicos. Estudio de estado de salud percibida.	Artritis/artrosis 54 % Cardiopatía isquémica 34,2 % EPOC 21,2 % Diabetes 21 % Cáncer 11 % Ictus 10,8 % Enfermedad renal 10,1 % Insuficiencia cardíaca 8 % Hepatopatía 7,1 %	HTA 53 % Depresión 29,6 % Alcoholismo 29,2 % Osteoporosis 3,6 %

**ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	13806 personas adultas no institucionalizadas con enfermedades crónicas. 24 enfermedades crónicas en 6 grupos. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos.	Musculo-esquelético 50,3 % Pulmonar 15,2 % Neurológico 5,3 % Diabetes 4,4 % Cardíaco 3,8 % Cáncer 1,8 % Musculo-esquelético + otra 12,8 % Otras combinaciones 6,4 %	
Menotti <i>et al</i> (119)	2001	Finlandia (F), Países Bajos (H), Italia (I)	2285 varones en seguimiento por riesgo vascular: 716 en Finlandia (F), 887 en Países Bajos (H), 682 en Italia (I). 7 conjuntos recogen 9 diagnósticos. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	Coronaria: 24,8(F) – 16(H) – 13,2(I) % Insuf. cardíaca: 4(F) – 4,3(H) – 4,6(I) % Vascular cerebral: 16,4(F) – 5,6(H) – 8,6(I) % Vascular periférico: 11(F) – 7,6(H) – 8,4(I) % EPOC: 17,2(F) – 13,8(H) – 22,8(I) % Cáncer: 7,5(F) – 7,2(H) – 2,7(I) % Diabetes: 9,1(F) – 5,7(H) – 9,2(I) %	
Chan <i>et al</i> (128)	2002	Randwick (Nueva Gales del Sur, Australia)	526 pacientes mayores de 55 años seleccionados aleatoriamente en el área de un hospital. 10 enfermedades crónicas. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos	Musculo-esquelético 54,8 % Cardiopatía isquémica 23,2 % Obstrucción flujo aéreo 13,5% Neoplasia 11 % Diabetes 9,5 % Ictus 4,5 % Demencia 2,7 %	HTA 38,6 % Gastrointestinal 26,2 % Otros (sin datos)



## ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Wolff <i>et al</i> (122)	2002	EUA	1217103 pacientes mayores de 65 años asegurados en Medicare. Diagnósticos según CIE-9 (considerados cuando había al menos 1 ingreso o 2 consultas ambulatorias). Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos.	Circulatorio 58 % Endocrino-metabólico 43 % Músculo-esquelético 25 % Respiratorio 15 % Sistema nervioso 12 % Piel y mama 8 % Renal 6 % Digestivo 4 % Sangre-inmunológico 4 % Mieloproliferativo 2 % Hepatobiliar 1 %	Ocular 20 % Mental 13 % Reproductor masculino 11 % ORL 2 % Reproductor femenino 1 % Otros 8 con < 1 %
Iron <i>et al</i> (225)	2003	Ontario (Canadá)	3830 personas mayores de 25 años; ajusta resultados a población del estado. 24,1 % con 2 ó más problemas crónicos. 20 problemas crónicos. Estudio sobre costes y uso de servicios, y su asociación con enfermedades crónicas.	Artrosis 53,9 % Asma 15 %	Lumbalgia 48 % HTA 32,8 % Migraña 23,6 % Otros 5,7 %
McGlynn <i>et al</i> (243)	2003	12 áreas urbanas EUA	6712 pacientes mayores de 18 años. Estudio de calidad de asistencia.	Artrosis 9 % Diabetes 7 % Cardiopatía isquémica 6 % EPOC – asma 6 % Insuficiencia cardíaca 2 % Ictus 2 % Neoplasia de mama 2 % Neoplasia de próstata 1 % Neoplasia de colon 1 %	HTA 29 % Depresión 5 % Dispepsia 4 % Hipertrofia prostática 2 % Fibrilación auricular 1 %

**ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Starfield <i>et al</i> (130)	2003	EUA	119195 adultos menores de 65 años con uso de servicios el año previo Datos de un Programa de gestión de cuidados. Estudio sobre uso y tipos de atención recibida.	Diabetes 23 % Asma 18,8 % Cardiopatía isquémica 13 % Insuficiencia cardíaca 2 % Esclerosis múltiple 2 % Hepatopatía crónica 1,3 %	HTA 64,4 % Dislipemia 42,3 % Tromboflebitis 2,9 %
Wenger <i>et al</i> (250)	2003	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos sanitarios en año previo. 11 problemas médicos, y problemas geriátricos. Estudio de calidad de asistencia.	Artrosis 48 % Cardiopatía isquémica 31 % Diabetes 23 % EPOC – asma 22 % Insuficiencia cardíaca 7 % Demencia 6 % Ictus 1 %	HTA 63 % Osteoporosis 21 % Depresión 17 % Caídas repetidas 13 % Incontinencia 7 % Úlceras por presión 2 % Malnutrición Terminales (sin datos) problemas visuales (sin datos) Hipoacusia (sin datos)
Asch <i>et al</i> (244)	2004	EUA	1588 varones mayores de 35 años con al menos 2 consultas en 2 años previos, en 2 grupos (596 veteranos -V- y 992 encuestas telefónicas -T-). 8 enfermedades crónicas con al menos 50 pacientes en cada uno de los 2 grupos; ajustado por edad. Estudio de calidad de asistencia.	Diabetes 30 (V) – 30 (T) % Artrosis 29 (V) – 19 (T) % C.isquémica 23 (V) – 25 (T) % EPOC 12 (V) – 12 (T) %	HTA 66 (V) – 66 (T) % Dislipemia 26 (V) – 26 (T) % Depresión 17 (V) – 14 (T) % Cefalea (sin datos)

## ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Bayliss <i>et al</i> (158)	2004	Boston, Chicago y Los Ángeles (EUA)	1574 pacientes con problemas crónicos. 7 enfermedades principales (y 16 adicionales). Estudio sobre efecto de comorbilidad en función física.	Musculo-esqueléticas 32,7 % Cardiopatía isquémica 23,1 % Diabetes 15,8 % Insuficiencia cardíaca 8,7 % Respiratorio 7,9 %	Depresión 20,3 % HTA 17,9 %
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. 11 problemas crónicos. Estudio descriptivo.	Osteoarticular 46,5 % Diabetes 32,5 % Cardiopatía isquémica 21,1 % EPOC 7,5 % Tumores 6,1 % Patología cognitiva 5,3 % Ictus 3,1 % Enf. Parkinson 1,3 %	HTA 71,5 % Podología 21,1 % Depresión 13,6 %
Knox <i>et al</i> (42)	2004	Australia	10755 pacientes que acuden a consulta. Hasta 16 problemas recogidos por paciente. Estudio descriptivo de comorbilidad y uso de recursos.	asma 8,1 % artrosis 8 % diabetes 6,6 % cardiopatía isquémica 5,4 %	hipertensión arterial 19,5 % depresión 10,2 % enfermedad esofágica 5,9 % dolor de espalda 5,4 % ansiedad 3,5 %

**ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Byles <i>et al</i> (102)	2005	Nueva Gales del Sur y Queensland (Australia)	1303 pacientes mayores de 70 años (veteranos del ejército y viudas de guerra). 25 tipos de problemas. Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	Reumatismo 68 % Dolor torácico-angor 28 % Cáncer 22 % Enf. pulmonar crónica 22 % Ataque cardíaco 16 % Puente coronario 12 % Diabetes 11 % problemas renales 10 % Ictus 10 % Insuficiencia cardíaca 6 % problemas hepáticos 4 %	problemas visuales 64 % HTA 54 % Lumbalgia-radiculopatía 53% problemas auditivos 52 % Olvidos 51 % problemas digestivos 41 % problemas urinarios 30 % Alergia-sinusitis 30 % Dermatitis 30 % Dolor crónico 29 % Depresión 27 % Debilidad muscular 19 % problemas biliares 15 % Desmayos 14 %
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en centros de Veteranos. 24 problemas crónicos. Estudio de satisfacción del paciente.	Artrosis 54,8 % Cardiopatía isquémica 35 % EPOC – asma 22 % Diabetes 21 %	Infección VIH 0,5 %
Hervás <i>et al</i> (153)	2005	Navarra (España)	147 pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas de un centro de salud. Estudio descriptivo centrado en situación cognitiva.	Artrosis 22,4 % Diabetes 21,8 % EPOC 12,2 % Neoplasia 7,6 % Cardiopatía no isq. 6,1 % Cerebral vascular 5,4 % Cardiopatía isquémica 2,7 % Insuficiencia renal 2,7 %	HTA 48,3 % Dislipemia 12,2 % Patología péptica 16,7 % Osteoporosis 5,4 % Hiperuricemia-gota 4,8 % Enfermedades tiroideas 2,7 %

## ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Min <i>et al</i> (251)	2005	Los Ángeles y Washington DC (EUA)	372 personas mayores de 65 años, vulnerables, viviendo en la comunidad. 15 problemas crónicos. Estudios de calidad de asistencia.	Cardiopatía isquémica 31,2 % EPOC 25,3 % Diabetes 23,7 % Insuficiencia cardíaca 15,3 % Demencia 7,5 % Insuficiencia renal 6,4 % Ictus 0,5 % Artrosis (sin datos)	HTA 61,3 % Depresión 16,4 % Fibrilación auricular 12,9 % Incontinencia 8,6 % Hipoacusia (sin datos) Úlceras por presión (sin dato) Osteoporosis (sin datos)
Segura Noguera <i>et al</i> (236)	2005	Barcelona (España)	134 pacientes con atención domiciliar de 12 centros de salud. Estudio descriptivo.	Cardiovascular 56,7 % Osteoarticular 49,3 % Respiratoria 23,1 % Neurológica 20,1 % Metabólica 25,4 % Uroginecológica 20,9 %	Psiquiátrica 17,9 % Otros 22,4 %
Savageau <i>et al</i> (41)	2006	Massachusetts (EUA)	382 pacientes adultos que acuden a consulta de atención primaria en una semana. 7 problemas crónicos con prevalencia > 10 % y problemas psicológicos. Estudio de hiperfrecuentación.	Diabetes 13,6 %	Obesidad 50,6 % Depresión 31 % HTA 25,2 %
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria, en el quintil esperado de mayor gasto. Encuesta de calidad percibida de la asistencia.	Cardiopatía isquémica 50 % Artrosis 49,2 % Diabetes mellitus 25,8 % Insuficiencia cardíaca 19,2 % Demencia 10 % Enf. Parkinson 3,3 %	HTA 90 % Depresión 15 %

**ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Alkema <i>et al</i> (142)	2007	California (EUA)	404 pacientes en grupo control, personas mayores de 65 años con uso al menos intermedio de recursos. 10 diagnósticos por CIE-9 Ensayo clínico de seguimiento convencional (control) frente a seguimiento telefónico.	Cardiopatía 57,2 % EPOC – neumonía 32,7 % Artrosis 22,5 % Cáncer 22 % Ictus 17,1 % Diabetes 16,1 % Cáncer de próstata 10,6 % Enfermedad renal 3,5 %	HTA 63,1 % Fracturas 11,1 %
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Rochester (Nueva York, EUA)	4616 pacientes de 18 – 65 años en una Organización de Gestión de Cuidados. 13 problemas crónicos. Valoración de médicos por pacientes.	Movilidad limitada 13,8 % Artrosis 11,8 %	HTA 25,8 % Depresión 23,7 % Úlceras 12,9 % Lumbalgia-ciatalgia 10,7 %
Lee <i>et al</i> (77)	2007	EUA	741847 pacientes varones con 55 – 64 años con uso de servicios sanitarios. 11 enfermedades crónicas identificadas por códigos CIE-9. Estudio de mortalidad en pacientes con enfermedades crónicas.	Artrosis 3,4 % Diabetes 3,3 % Cardiopatía isquémica 2,3 % EPOC 2,1 % Cáncer 1,4 % Asma 0,5 % Ictus 0,3 % Demencia 0,3 % Artritis reumatoide 0,2 %	HTA 14,5 % Depresión 1,5 %

## ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Britt <i>et al</i> (229)	2008	Australia	9156 pacientes totales (T) atendidos en atención primaria durante 5 meses. 3398 pacientes con 2 ó más tipos de enfermedades (C). Dominios de CIRS y neoplasia. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	Vascular 31,5 (T) – 69,5 (C) % Musculo-esquelético 26,5 (T) – 60,6 (C) % Asma/EPOC 13,7 (T) – 25,6 (C) % Cardíaco 10,7 (T) – 28,1 (C) % Diabetes 8,3 (T) – 20,7 (C) % Cerebro-vascular 3,7 (T) – 9,4 (C) % Neoplasia 3,1 (T) – 7,0 (C) %	Psiquiatría 24,7 (T) – 48,5 (C) % Reflujo gastro-esofágico 13,1 (T) – 32,1 (C) %
Laux <i>et al</i> (260)	2008	4 estados occidentales de Alemania	39699 pacientes con uso de recursos durante un año. Diagnósticos codificados por sistema ICPC Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	Diabetes 3,1 % Artrosis 3,1 % Cardiopatía isquémica 2,4 %	HTA 6 %
Ramírez Duque <i>et al</i> (111)	2008	Sevilla (España)	806 pacientes pluripatológicos identificados. Categorías de paciente pluripatológico. Estudio de prevalencia de pluripatología	· Cardiopatía (A) 66,8 % · Diabetes-vascular (F) 61,3 % · Osteoarticular-renal (B) 38,5% · Respiratorio (C) 36,1 % · Neurológico (E) 22,4 % · Onco-hematología (G) 17,4% · Digestivo (D) 4,6 %	

**ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Esta tesis			<p><b>472 pacientes pluripatológicos encuestados.</b>  <b>Categorías de paciente pluripatológico.</b>  <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b></p>	<p>• <b>Cardiopatía (A) 68,9 %</b>  <i>Cardiopatía isquémica 51,6%</i>  <i>Insuficiencia cardíaca 24,8%</i></p> <p>• <b>Diabetes-vascular (F) 64,6 %</b>  <i>Arteriopatía periférica 17,8%</i>  <i>Diabetes con afectación 56,6%</i></p> <p>• <b>Osteoarticular-renal (B) 39 %</b>  <i>Osteoart.con limitación 18,4%</i>  <i>Vasculitis-conectivopatía 7,4%</i>  <i>Insuficiencia renal 16,3%</i></p> <p>• <b>Respiratorio (C) 35,6 %</b>  <i>Limitación flujo aéreo 35%</i>  <i>Cor pulmonale 2,8%</i></p> <p>• <b>Neurológico (E) 18,2 %</b></p> <p>• <b>Onco-hematología (G) 19,9%</b>  <i>Hematología 10%</i>  <i>Oncología 11%</i></p> <p>• <b>Digestivo (D) 3,2 %</b>  <i>Enfermedad inflamatoria 0,4%</i>  <i>Hepatoptía activa 2,8 %</i></p>	<p><b>HTA 58%</b>  <b>Dislipemia 22%</b>  <b>Fibrilación auricular 14%</b>  <b>Ictus sin secuelas 13%</b>  <b>Artrosis sin limitación 13%</b>  <b>EPOC leve 12%</b>  <b>Obesidad 10%</b>  <b>Pat.prostática 10%</b>  <b>Úlcera péptica 7%</b>  <b>Pat.biliar 7%</b>  <b>Diabetes sin afectación 6%</b>  <b>Trastorno depresivo 5%</b>  <b>Litiasis urinaria 4%</b>  <b>Marcapasos 3 %</b>  <b>Enf.trombo-embólica 3%</b>  <b>Apnea del sueño leve 3%</b>  <b>Asma leve 3%</b>  <b>Hiperuricemia 3%</b>  <b>Pat.tiroidea 3%</b>  <b>Deterioro cognitivo leve 3%</b>  <b>Insuf.cardíaca leve 1%</b>  <b>Incontinencia urinaria 1%</b></p>
Barnett <i>et al</i> (223)	2012	Escocia	<p>1751841 pacientes, consultas de atención primaria 40 diagnósticos  Estudio descriptivo de comorbilidad</p>	<p>Asma 7%  Cardiopatía isquémica 4,7%  Diabetes 4,3%  Poliartritis 3,4 %</p>	<p>HTA 13,4 %  Depresión 8,2 %  Dolor 7,2 %  Dispepsia 4,5 %  Pat. Tiroidea 4,1%  HIpoacusia 3,4 %</p>



### ANEXO 9. Tipos y frecuencia de enfermedades en estudios de comorbilidad.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, enfermedades	Enfermedades similares a categorías de Pluripatología	Otras enfermedades
Brett <i>et al</i> (230)	2013	Australia	7247 pacientes acuden a consultas de atención primaria. Dominios CIRS Estudio descriptivo	1 –Musculo-esquelético 3- Respiratorio 4- Vascular	2 – Psiquiátrico
Brettschneider <i>et al</i> (265)	2013	Alemania	3189 pacientes con comorbilidad incluidos Comorbilidad= 3 enfermedades de 29 posibles Estudio de calidad de vida	Diabetes mellitus 37,6% Cardiopatía isquémica 31,4% EPOC/asma 24,2 %	HTA 77,9% Dislipemia 58,5% Lumbalgia 49,5% Artrosis 43,3% Pat.tiroidea 33,8% Arritmias 26,9% Varices venosas 23,3%
Kirchberger <i>et al</i> (265)	2013	Augsburgo (Alemania)	4127 pacientes de 65-95 años Estudio de patrones de asociación de comorbilidad	Enfs.Cardíacas 25,8% Diabetes mellitus 16,8% Enfs.articulares 16,2% Enfs.pulmonares 10,3% Ictus 7 % Cáncer 4,3%	HTA 57,9% Enfs. Oculares 38,1% Enfs.gastrointestinales 8,7% Enfs.mentales 8,4%

**ANEXO 10. Datos de cuidadores de pacientes en estudios de comorbilidad.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo	Con cuidador	Sexo cuidador	Edad cuidador	Tipo cuidador
Bilbao Curiel <i>et al</i> (44)	1993	Sestao (España)	197 pacientes con atención domiciliaria. Estudio descriptivo.		77,3 % mujer	58 ( $\pm$ 28)	
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (España)	121 pacientes crónicos domiciliarios. Estudio descriptivo.		74 % mujer		1º hijos/as 2º cónyuge
Bernabei <i>et al</i> (234)	1998	Rovereto (Trento, Italia)	200 pacientes mayores de 65 años con atención domiciliaria. Ensayo clínico: atención convencional vs atención médica y social integral	68 % (intervención) 76 % (control)			'cuidador informal'
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.				59,9% familiar 20,7% cónyuge 19,4% otros
Segura Noguera <i>et al</i> (236)	2005	Barcelona (España)	134 pacientes con atención domiciliaria de 12 centros de salud. Estudio descriptivo.		80,6 % mujer		44,4% hijo/a 25,6% cónyuge 2,3% f.política 1,5% padres 0,8% vecinos 9,8% contrato 15,8% otros
Byles <i>et al</i> (102)	2005	Nueva Gales del Sur y Queensland (Australia)	1303 pacientes mayores de 70 años (veteranos del ejército y viudas de guerra). Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	10 %			
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>64,2 %</b>	<b>79,1 % mujer</b>	<b>60,1(<math>\pm</math> 15,1)</b>	<b>49,3% cónyuge</b> <b>38,5% hijo-a</b> <b>7,2% familiar</b> <b>0,7% vecino</b> <b>4,3% contrato</b>

**ANEXO 11. Situación socio-familiar: situación familiar / convivientes.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo.	Situación familiar del paciente
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (España)	121 pacientes crónicos domiciliarios de un centro de salud. Estudio descriptivo.	66,6 % vive con una persona 10,7 % vive solo (53 % viudos)
Bernabei <i>et al</i> (234)	1998	Rovereto (Trento, Italia)	200 pacientes mayores de 65 años con atención domiciliaria. Ensayo clínico, seguimiento 1 año: atención convencional vs atención médica-social	50 % vive solo en ambos grupos
van den Akker <i>et al</i> (65)	1998	Sur de Países Bajos	60857 pacientes atendidos por 42 médicos generales. Estudio de prevalencia de comorbilidad.	85,1 % vive con familia 11,8 % vive solo 1,1 % vive en residencia
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.	58,9 % vive con familiares 28,8 % vive con cónyuge 10,1 % vive solo 2,2 % otros
Sommers <i>et al</i> (240)	2000	California (EUA)	543 pacientes mayores de 65 años con al menos 2 problemas crónicos. Ensayo clínico: atención convencional (control: 263) vs intervención médico-enfermero-trabajador social (280)	42 % vive solo (control) 55 % vive solo (intervención)
Gill <i>et al</i> (249)	2002	Connecticut (EUA)	188 personas mayores de 75 años con fragilidad física. Ensayo clínico: tratamiento convencional (control: 94) vs programa de apoyo en domicilio (intervención 94)	44 % vive solo (control) 50 % vive solo (intervención)
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. Estudio descriptivo. Situación familiar según escala de Gijón.	33,8 % vive con hijos 38,3 % vive con pareja 4,8 % vive con otro familiar 14,5 % vive solo, familia cerca 8,8 % vive solo, familia lejos
Byles <i>et al</i> (102)	2005	2 estados de Australia	1303 pacientes mayores de 70 años. Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	49 % vive solo
Hervás <i>et al</i> (153)	2005	Navarra (España)	147 pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas. Estudio descriptivo centrado en situación cognitiva.	23,1 % en residencias 7,5 % vive solo o con otro anciano

**ANEXO 11. Situación socio-familiar: situación familiar / convivientes.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo.	Situación familiar del paciente
Fortin <i>et al</i> (101)	2006	Quebec (Canadá)	238 pacientes que acuden a consulta con médico de familia. Estudio sobre relación entre comorbilidad y calidad de vida.	34,9 % con varios convivientes 46,2 % con 1 conviviente 18,9 % vive solo
Hoffman <i>et al</i> (294)	2007	Estados Unidos	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Encuesta personal Relación entre de satisfacción con la asistencia y movilidad.	31,7 % vive solo 18,7 % en residencias
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b> <b>Situación familiar según escala de Gijón.</b>	<b>36,3 % vive con hijos</b> <b>44,5 % vive con pareja</b> <b>4,3 % vive con otro familiar</b> <b>11,2 % vive solo, familia cerca</b> <b>3,7 % vive solo, familia lejos</b>

## ANEXO 12: Situación socio-familiar: situación de vivienda

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, valoración, tipo	Situación de vivienda
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (Vizcaya, España)	121 pacientes crónicos domiciliarios de 1 centro de salud. Estudio descriptivo.  (* ) = coinciden con equipamiento adecuado según escala de Gijón, junto a luz y agua.	0 % sin inodoro * 2,5 % sin agua caliente 5 % sin calefacción* 5,8 % sin lavadora 6,6 % sin teléfono* 7,4 % sin bañera 80,2 % sin ascensor* (53 % con 20 ó más escalones)
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. Situación de vivienda según escala de Gijón. Estudio descriptivo.	19,7 % vivienda adecuada 28,5 % equipamiento inadecuado 43 % barreras arquitectónicas 8,8 % vivienda inadecuada 0 % sin vivienda
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos. Situación de vivienda según escala de Gijón. Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>45,9 % vivienda adecuada 50,9 % equipamiento inadecuado 2,7 % barreras arquitectónicas 0,5 % vivienda inadecuada 0 % sin vivienda</b>

**ANEXO 13. Situación socio-familiar: relaciones sociales.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, valoración, tipo	Relaciones sociales
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. Estudio descriptivo. Situación de relaciones sociales según escala de Gijón.	61 % relaciones fuera de domicilio 20,6 % familia y vecinos, sale 8,8 % familia, sale 9,2 % recibe >1 visita/semana 1 % recibe <1 visita/semana
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos. Estudio de calidad percibida de la asistencia. Situación de relaciones sociales según escala de Gijón.</b>	<b>19,7 % relaciones fuera domicilio 46 % familia y vecinos, sale 14,1 % familia, sale 17,8 % recibe &gt;1 visita/semana 2,4 % recibe &lt;1 visita/semana</b>

#### ANEXO 14. Situación socio-familiar: apoyo social

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, valoración, tipo	Apoyo social
García <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (España)	121 pacientes crónicos en domicilio, 1 centro de salud. Estudio descriptivo.	16,5 % ayuda 2 h/día 5,8 % ayuda > 2 h/día
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.	14,4 % ayuda social oficial 18,8 % ayuda social privada
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. Estudio descriptivo. Situación de apoyo social según escala de Gijón.	45,6 % no necesita 39,5 % familia o vecinos 14 % ayuda a domicilio/voluntarios 0,4 % pendiente residencia 0,4 % cuidados no dados
Byles <i>et al</i> (102)	2005	2 estados de Australia	1303 pacientes mayores de 70 años. Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	12 % ayuda a domicilio
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos. Estudio de calidad percibida de la asistencia. Situación de apoyo social según escala de Gijón.</b>	<b>16,4 % no necesita 73,6 % familia o vecinos 7,2% ayuda a domicilio/voluntarios 0,5 % pendiente residencia 2,4 % cuidados no dados</b>

**ANEXO 15. Situación socio-familiar: situación económica.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, valoración, tipo	Situación económica
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.	18,2 % >100.000 pts/mes 68,3 % 50 – 100.000 pts/mes 13,5 % <50.000 pts/mes
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. Estudio descriptivo. Situación económica según escala de Gijón.	7,5 % >120.000 pts/mes 27,2 % 80 – 120.000 pts/mes 61 % 40 – 80.000 pts/mes 3,5 % <40.000 pts/mes 0,8 % sin ingresos
Montgo- mery <i>et al</i> (242)	2004	13 estados EUA	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria. Estudio de percepción de calidad de asistencia por los pacientes	62,3 % >20.000 US\$/año 37,7 % <20.000 US\$/año
Fortin <i>et al</i> (101)	2006	Quebec (Canadá)	238 pacientes que acuden a consulta con médico de familia. Situación económica percibida por el paciente Estudio sobre relación entre comorbilidad y calidad de vida.	22,7 % con situación buena 61,3 % con situación intermedia 15,2 % con situación mala
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria, en el quintil esperado de mayor gasto. Encuesta de calidad percibida de la asistencia.	18,5 % >50.000 US\$/año 60,5 % 20 – 50.000 US\$/año 21 % <20.000 US\$/año
Hoffman <i>et al</i> (294)	2007	Estados Unidos	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Encuesta personal Relación entre de satisfacción con la asistencia y movilidad.	59,2 % < 25.000 US\$/año
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos. Estudio de calidad percibida de la asistencia. Situación económica según escala de Gijón.</b>	<b>23,8 % &gt;720 €/mes 28,6 % 480 – 720 €/mes 42,9 % 240 – 720 €/mes 2,4 % &lt;240 €/mes 2,4 % sin ingresos</b>
Brettsch- neider <i>et al</i> (265)	2013	Alemania	3189 pacientes con comorbilidad incluidos Retribución mensual de los pacientes Estudio de calidad de vida	1412 €/mes (± 704)



## ANEXO 16. Ingresos hospitalarios

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, plazo, tipo	Ingresos hospitalarios
Callahan <i>et al</i> (237)	1995	Indiana (EUA)	3954 mayores de 60 años en consulta general hospitalaria. Nº ingresos en año previo. (*) Sólo en los que tenían alguno Estudio de evaluación cognitiva.	17,4 % con ingresos 82,6 % sin ingresos Media 1,5 ( $\pm$ 1) (*)
Hoffman <i>et al</i> (121)	1996	EUA	34459 encuestados representativos de población de EUA. Nº ingresos en un año Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y recursos	68,6 % ingresos en pacientes con enfermedades crónicas
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (Vizcaya, España)	121 pacientes crónicos domiciliarios de un centro de salud. Ingresos en año previo. Estudio descriptivo.	41,5 % con ingresos 58,5 % sin ingresos
Bernabei <i>et al</i> (234)	1998	Rovereto (Trento, Italia)	200 pacientes mayores de 65 años, atención domiciliaria Ingresos en un año (prospectivo). Ensayo clínico con seguimiento de 1 año.	51 % con ingresos 49 % sin ingresos
Shelton <i>et al</i> (231)	2000	Illinois (EUA)	411 pacientes cohorte de desarrollo: >65 años con hospitalización, polifarmacia, limitación física, deterioro cognitivo o comorbilidad. 1054 pacientes cohorte de validación: >65 años con encuesta. Ingresos hospitalarios en año previo. Estudio para creación de índice para identificar probabilidad de ingreso o consulta en urgencias.	21 % con ingresos 79 % sin ingresos (cohorte de desarrollo) 9 % con ingresos 91 % sin ingresos (cohorte de validación)
Sommers <i>et al</i> (240)	2000	California (EUA)	543 pacientes mayores de 65 años con 2 problemas crónicos. Ingresos en un año (prospectivo). Ensayo clínico: atención convencional (control: 263) vs intervención médico-enfermero-trabajador social (280).	Media 0,39 ( $\pm$ 0,81) en control
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	13806 adultos no institucionalizadas con enfermedades crónicas. Ingresos en un año. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y recursos.	14 % con ingresos 86 % sin ingresos
Chan <i>et al</i> (128)	2002	Randwick (Nueva Gales del Sur, Australia)	526 pacientes mayores de 55 años seleccionados aleatoriamente en el área de un hospital. Ingresos en 15 meses (marzo 1998 – junio 1999) Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	Media 0,21 ingresos 13,3 % con ingresos 84,7 % sin ingresos

## ANEXO 16. Ingresos hospitalarios

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, plazo, tipo	Ingresos hospitalarios
Wolff <i>et al</i> (122)	2002	EUA	1217103 pacientes mayores de 65 años asegurados en Medicare. Ingresos en un año. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y recursos.	Media 0,38 ingresos
McGlynn <i>et al</i> (243) Higashi <i>et al</i> (156)	2003	12 áreas urbanas EUA	6712 pacientes mayores de 18 años. Ingresos en un año. Estudio de calidad de asistencia.	Media 0,1
Wenger <i>et al</i> (250) Higashi <i>et al</i> (156)	2003	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años vulnerables con uso de recursos sanitarios. Ingresos en 13 meses. Estudio de calidad de asistencia.	0,27 ingresos 19 % con ingresos 81 % sin ingresos
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 mayores de 71 años, movilidad al menos cama-sillón. Ingresos en un año. Estudio descriptivo.	21 % con ingresos 79 % sin ingresos
Byles <i>et al</i> (102)	2005	2 estados de Australia	1303 pacientes mayores de 70 años. Retrospectivo 1 año, prospectivo 2 años. Estudio para crear un nuevo índice de comorbilidad.	43 % con ingresos en año previo. 63 % con ingresos en 2 años siguientes.
Alkema <i>et al</i> (142)	2007	California (EUA)	404 personas mayores de 65 años, uso intermedio de recursos. Prospectivo 1 año Ensayo clínico de seguimiento convencional (control) frente a seguimiento telefónico.	31,4 % con ingresos (12,6 % con 2 ingresos) 68,6 % sin ingresos (en grupo control)
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Ingresos en año previo.</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>Media 0,51 (± 1,09)</b> <b>29,4 % con ingresos</b> <b>70,6 % sin ingresos</b>
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	229493 pacientes mayores de 65 años Ingresos en año previo (sólo cuando tienen alguno) Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	Media 1,5 (± 0,9)

**ANEXO 17. Requerimientos urgentes (atención primaria y hospitalaria).**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, plazo, tipo	Consultas en urgencias
Callahan <i>et al</i> (237)	1995	Indiana (EUA)	3954 mayores de 60 años en consulta general hospitalaria. Nº Urgencias hospitalarias en 1 año. (*) Sólo los que tenían alguno. Estudio de evaluación cognitiva.	Media 1,96 ( $\pm$ 1,11) (*) 39,8 % acudieron a urgencias 60,2 % no acudieron a urgencias
Hoffman <i>et al</i> (121)	1996	EUA	34459 encuestados representativos de población de EUA. Nº consultas en urgencias en un año Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y recursos	55,1 % urgencias en pacientes con enfermedades crónicas
Bernabei <i>et al</i> (234)	1998	Rovereto (Trento, Italia)	200 pacientes mayores de 65 años en domicilio. (control: 100) Consultas en Urgencias hospitalarias en 1 año. Ensayo clínico con seguimiento de 1 año.	17 % acuden a urgencias 83 % no acuden a urgencias
Shelton <i>et al</i> (231)	2000	Illinois (EUA)	411 pacientes en cohorte de desarrollo (mayores de 65 años con ingresos hospitalarios, polifarmacia, limitaciones físicas, deterioro cognitivo o comorbilidad). 1054 pacientes en cohorte de validación (mayores de 65 años con encuesta completa). Consultas en Urgencias hospitalarias en 6 meses. Creación de índice para identificar probabilidad de ingreso o consulta en urgencias.	18 % acuden a urgencias 82 % no acuden a urgencias (cohorte de desarrollo) 10 % acuden a urgencias 90 % no acuden a urgencias (cohorte de validación)
Sommers <i>et al</i> (240)	2000	California (EUA)	543 pacientes mayores de 65 años con 2 problemas crónicos. Consultas en Urgencias hospitalarias en un año (prospectivo). Ensayo: convencional (control: 263) vs médico-enfermero-trabajador social (280).	5,9 % acuden a urgencias 94,1 % no acuden a urgencias (en grupo control)
Wenger <i>et al</i> (250) Higashi <i>et al</i> (156)	2003	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos sanitarios. Consultas en Urgencias hospitalarias en 13 meses Estudio de calidad de asistencia.	Media 0,19 consultas en urgencias en 13 meses

**ANEXO 17. Requerimientos urgentes (atención primaria y hospitalaria).**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, plazo, tipo	Consultas en urgencias
Savageau <i>et al</i> (41)	2006	Massachusetts (EUA)	382 pacientes adultos que acuden a consulta de atención primaria en una semana. Consultas en Urgencias hospitalarias en 2,5 años (30 meses) previos (**). Estudio de hiperfrecuentación.	Media 0,68 ( $\pm$ 1,40 (**)) Rango 0 – 11 0,7 % no tenía ninguna
Alkema <i>et al</i> (142)	2007	California (EUA)	404 pacientes en grupo control, personas mayores de 65 años con uso al menos intermedio de recursos. Consultas en Urgencias hospitalarias en un año (prospectivo). Ensayo de seguimiento convencional (control) frente a seguimiento telefónico.	Media 0,51 ( $\pm$ 1,06) (***) Rango 0 – 7 28,2 % acuden a urgencias 71,8 % no acuden a urgencias (en grupo control)
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Consultas en Urgencias en últimos 3 meses.</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>Atención primaria:</b> <b>Media 0,6 (<math>\pm</math> 1,9)</b> <b>26,3 % acuden a urgencias</b> <b>73,7 % no acuden a urgencias</b> <b>Hospitalarias:</b> <b>Media 0,51 (<math>\pm</math> 1)</b> <b>31,6 % acuden a urgencias</b> <b>68,4 % no acuden a urgencias</b>

**ANEXO 18. Número de fármacos del tratamiento.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, tipo	Número de fármacos
González Montalvo <i>et al</i> (232)	1990	Guadalajara (España)	85 pacientes con seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.	Media 3
Castillo Alonso <i>et al</i> (259)	1995	Madrid (España)	359 pacientes con tratamiento prolongado que acuden a consulta. Estudio descriptivo.	Media 2,9 ( $\pm$ 0,09)
Sáenz Calvo <i>et al</i> (116)	1995	Madrid (España)	7867 con problemas crónicos en un centro de salud. Estudio descriptivo.	Media 1,58
Hoffman <i>et al</i> (121)	1996	EUA	34459 encuestados representativos de población de EUA. Prescripciones en un año Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y recursos	83,3 % prescripciones en pacientes con enfermedades crónicas
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (España)	121 pacientes crónicos domiciliarios. Estudio descriptivo.	Media 3,72 ( $\pm$ 2,14) Rango 0 – 10
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.	Media 4,95 ( $\pm$ 2,8)
Shelton <i>et al</i> (231)	2000	Illinois (EUA)	411 en cohorte de desarrollo: mayores de 65 años con ingresos, polifarmacia, limitación física, deterioro cognitivo o comorbilidad. 1054 en cohorte de validación: mayores de 65 años con encuesta. Polimedicación: 5 ó más fármacos prescritos Creación de índice sobre probabilidad de ingreso o consulta en urgencias.	32 % con 5 fármacos (cohorte de desarrollo)  12 % con 5 fármacos (cohorte de validación)
Laux <i>et al</i> (260)	2008	Alemania occidental	39699 pacientes con uso de recursos durante un año. Estudio de relación entre comorbilidad y uso de recursos.	Media 3,49 (DE 0,2)
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Número de fármacos en el momento de la encuesta.</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>Media 8,19 (<math>\pm</math> 3,24)</b> <b>0,3 % sin medicación</b>

## ANEXO 19. Situación funcional.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, valoración, tipo	Situación funcional
González Montalvo <i>et al</i> (232)	1990	Guadalajara (España)	85 pacientes con seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.	53 % deterioro severo de función física
Bayó <i>et al</i> (79)	1996	Barcelona (España)	316 pacientes mayores de 75 años de un centro de salud. ABVD: índice de Katz. Estudio descriptivo.	39 % con limitación en 1 ABVD
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (Vizcaya, España)	121 pacientes crónicos domiciliarios. Incapacidad física: escala de Cruz Roja. Estudio descriptivo.	14,8 % incapacidad severa (grado 5) 38,1 % incapacidad moderada (grados 3-4)
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. ABVD: Índice de Barthel. Incapacidad: escala de Cruz Roja. Estudio descriptivo.	Barthel media 43,14 ( $\pm$ 31,6) 65 % con Barthel $\leq$ 60 Cruz roja media 3,26 ( $\pm$ 1,28) 74,4 % con Cruz roja $\leq$ 3
Wenger <i>et al</i> (250) Higashi <i>et al</i> (156)	2003	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos sanitarios. Discapacidad en 6 actividades. Estudio de calidad de asistencia.	Media 0,49 discapacidades
Bayliss <i>et al</i> (158)	2004	Boston, Chicago y Los Ángeles (EUA)	1574 pacientes con problemas crónicos. 7 enfermedades principales. 16 enfermedades adicionales. Función física por componente físico SF-36, comparando con la apropiada para edad y género. Estudia efecto de comorbilidad en función física.	10 % > 1 DE por encima... 63,7 % dentro de 1 DE... 17,9 % > 1 DE por debajo... 8,5 % > 2 DE por debajo... ...de función física esperada por edad y sexo
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 pacientes mayores de 71 años no institucionalizados ni con movilidad cama-sillón. ABVD: Índice de Barthel. Estudio descriptivo.	Barthel media 90,55 ( $\pm$ 2,11)

## ANEXO 19. Situación funcional.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, valoración, tipo	Situación funcional
Min <i>et al</i> (251)	2005	Los Ángeles y Washington DC (EUA)	372 personas mayores de 65 años, vulnerables, viviendo en la comunidad. Dificultad en ABVD. Estudios de calidad de asistencia.	22 % dificultad en alguna ABVD
Parchman <i>et al</i> (241)	2005	Texas (EUA)	422 pacientes con cita en los 13 meses previos en una administración de veteranos del ejército. Pacientes con problemas crónicos 'único' o 'múltiples'. Situación física según SF-12. Estudio de satisfacción con la asistencia	SF-12: 34,8 ± 7,4 (múltiples problemas)  SF-12: 39,5 ± 7,1 (problema único)
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria, en el quintil esperado de mayor gasto. 5 ABVD (bañarse, vestirse, comer, transferencia, lavarse). Encuesta de calidad percibida de la asistencia.	36,3 % dificultad en alguna ABVD
Kadam <i>et al</i> (248)	2007	North Staffordshire (Inglaterra, Reino Unido)	9439 pacientes mayores de 50 años que acuden a consulta en 18 meses. Función física según SF-12. Estudia relación entre comorbilidad y función física.	Función física pobre 4 % con 2-3 enfermedades. Función física pobre 20 % con 4-5 enfermedades. Función física pobre 24 % Con 6 ó más enfermedades.
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Valora pacientes con alguna limitación para ABVD basal y a los 6 meses Ensayo clínico sobre cambio en calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas a los pacientes	Alguna limitación ABVD Basal / A los 6 meses Controles: 39 / 37 Intervención: 41 / 32
Marengoni <i>et al</i> (222, 254, 267)	2008 2009	Estocolmo (Suecia)	1099 pacientes mayores de 77 años. Situación funcional por índice de Katz Estudio de prevalencia de comorbilidad.	12,1 % discapacidad

## ANEXO 19. Situación funcional.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, valoración, tipo	Situación funcional
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados ABVD: Índice de Barthel. Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>Barthel 77,12 (<math>\pm</math> 30,16) 26 % con Barthel 60 o inferior</b>
Van den Bussche <i>et al</i> (132)	2011	Alemania	123224 pacientes mayores de 65 años Estudio descriptivo de comorbilidad con consumo de recursos	Cuidados por dependencia ' <i>nursing dependency</i> ' 13,4 % en la población total del estudio 16,9 % con comorbilidad
Brettschneider <i>et al</i> (265)	2013	Alemania	3189 pacientes con comorbilidad incluidos Comorbilidad: 3 diagnósticos de 29 posibles Estudio de calidad de vida	Con severos problemas: Movilidad 12 % Autocuidado 1,4 % Actividades corrientes 2,9% Dolor 15,3% Ansiedad/depresión 3,8%
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	229493 pacientes mayores de 65 años Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	Cuidados por dependencia ' <i>nursing dependency</i> ' 8,5 % en la población total del estudio 10,6 % con comorbilidad



## ANEXO 20. Situación cognitiva.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, valoración, tipo	Situación cognitiva
González Montalvo <i>et al</i> (232)	1990	Guadalajara (España)	85 pacientes con seguimiento domiciliario. Estudio descriptivo.	36 % con deterioro mental.
Callahan <i>et al</i> (237)	1995	Indiana (EUA)	3954 mayores de 60 años en consulta general hospitalaria. Situación cognitiva: cuestionario de Pfeiffer. Estudio de evaluación cognitiva.	10,5 % con deterioro leve (3 – 4 errores) 5,2 % con deterioro severo (5 ó más errores)
Castillo Alonso <i>et al</i> (259)	1995	Madrid (España)	359 pacientes con tratamiento prolongado que acuden a consulta en 1 centro. Situación cognitiva en 1 de cada 3 pacientes: minimal de Folstein. Estudio descriptivo.	24,54 % con deterioro cognitivo.
Bayó <i>et al</i> (79)	1996	Barcelona (España)	316 pacientes mayores de 75 años de un centro de salud. Situación cognitiva: cuestionario de Pfeiffer. Estudio descriptivo.	19 % con deterioro leve (3 – 4 errores) 6,9 % con deterioro moderado (5 – 7 errores) 3,8 % con deterioro severo (8 ó más errores)
Sandholzer <i>et al</i> (238)	1999	Hannover (Alemania)	446 pacientes mayores de 70 años. Situación cognitiva: MMSE. Estudio de prevalencia de deterioro cognitivo.	21 % con deterioro cognitivo.
Baztán <i>et al</i> (235)	2000	Madrid (España)	524 pacientes geriátricos en seguimiento domiciliario. Situación cognitiva: cuestionario de Pfeiffer. Estudio descriptivo.	Pfeiffer media 4,7 ( $\pm$ 3,6) errores 12,8 % con deterioro moderado (5 – 7 errores) 28,4 % con deterioro severo (8 ó más errores)
Corrales <i>et al</i> (226)	2004	Cáceres (España)	228 mayores de 71 años no institucionalizados ni movilidad cama-sillón. Situación cognitiva: cuestionario de Pfeiffer. Estudio descriptivo.	Pfeiffer media 1,86 ( $\pm$ 0,28) errores

## ANEXO 20. Situación cognitiva.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, valoración, tipo	Situación cognitiva
Hervás <i>et al</i> (153)	2005	Navarra (España)	147 pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas. Situación cognitiva: MMSE. Estudio descriptivo centrado en situación cognitiva.	12,9 % con deterioro cognitivo.
Min <i>et al</i> (251)	2005	Los Ángeles y Washington DC (EUA)	372 personas mayores de 65 años, vulnerables, viven en la comunidad. Deterioro cognitivo: <i>Blessed Orientation-Memory Concentration Test</i> . Estudios de calidad de asistencia.	37,4 % con deterioro cognitivo.
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Situación cognitiva: cuestionario de Pfeiffer.</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>Pfeiffer media 2,44 (<math>\pm</math> 3,02) errores</b> <b>14,3 % con deterioro leve (3 – 4 errores)</b> <b>20 % con deterioro moderado o severo</b> <b>(5 ó más errores)</b>

## ANEXO 21. Uso de recursos. Atención primaria.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, visitas, tipo.	Citas en atención primaria
Bilbao Curiel <i>et al</i> (44)	1993	Sestao (España)	197 pacientes con atención domiciliaria. Estudio descriptivo.	1 visita domiciliaria cada 2 meses
Schellevis <i>et al</i> (243)	1994	Amsterdam (Países Bajos)	Cohorte identificada en Schellevis <i>et al</i> (117). (23534 pacientes de atención primaria. 5 enfermedades crónicas recogidas. Estudio de prevalencia de enfermedad) 1989 pacientes con enfermedades crónicas. 962 no seguidos por especialidades se incluyen. Tiempo de seguimiento: 21 meses. Estudio de uso de recursos en atención primaria.	3,2 consultas /año (población general en Países Bajos)  4,2 – 5,7 consultas / año (pacientes con una única enfermedad)  5,4 – 7,4 consultas /año (pacientes con comorbilidad).
Hoffman <i>et al</i> (121)	1996	EUA	34459 encuestados representan población de EUA. Consultas con médico y en domicilio en 1 año. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y recursos	66,6 % citas con médico habitual en pacientes con enfermedades crónicas 96,1 % atención domiciliaria en pacientes con enfermedades crónicas
García Bermejo <i>et al</i> (233)	1997	Bilbao (Vizcaya, España)	121 pacientes crónicos domiciliarios de un centro de salud. Visitas anuales por médico y <u>enfermero</u> . Estudio descriptivo.	Media 5,2 (DE $\pm$ 5,3) en un año Rango 0 – 30  No recibe ninguna el 9,5 %
López Navarrete <i>et al</i> (43)	1997	Granada (España)	711 personas mayores de 65 años adscritos a 3 médicos en distintos centros de salud. Estudio de prevalencia de patología crónica y uso de recursos.	Media 5,79 ( $\pm$ 4,2) en un año Rango 0 – 27
Juncosa <i>et al</i> (227)	1999	Cataluña (España)	1868 pacientes adultos (mayores de 14 años) que acuden a cita en atención primaria durante 7 meses. Estudio de uso de recursos y sus costes.	Media 5,97 en 7 meses (consultas con médico de familia y <u>enfermería</u> ) 98 % en consulta 1,8 % en domicilio 0,2 % otros (sic)

**ANEXO 21. Uso de recursos. Atención primaria.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, visitas, tipo.	Citas en atención primaria
Sommers <i>et al</i> (240)	2000	California (EUA)	543 pacientes mayores de 65 años con al menos 2 problemas crónicos. Citas en domicilio y en consultas de atención primaria en el año previo. Ensayo clínico: atención convencional (control: 263) vs intervención médico-enfermero-trabajador social (280)	Citas en atención primaria Media 12,6 ( $\pm$ 6,6) en control Media 13,1 ( $\pm$ 9) en intervención (Citas con médico de familia en un año)  13 % en control 11,2 % en intervención (Visitas domiciliarias en un año)
Little <i>et al</i> (224)	2001	Southampton (Inglaterra, Reino Unido)	2719 personas menores de 80 años, no en residencia. 24 problemas crónicos valorados. Hiperfrecuentación: 5 consultas en año previo en atención primaria) Estudio sobre hiperfrecuentación.	Sin enfermedades crónicas: 9 % 1 enfermedad crónica: 20,7 % 2 enfermedades crónicas: 27 % 3 enfermedades crónicas 44,5 % (con 5 consultas en año previo)
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	13806 personas adultas no institucionalizadas con enfermedades crónicas. Consultas con médico general en año previo. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos.	84,6 % tiene consultas con médico general el año previo
McGlynn <i>et al</i> (243) Higashi <i>et al</i> (156)	2003	12 áreas urbanas EUA	6712 pacientes mayores de 18 años. Consultas ambulatorias en un año. Estudio de calidad de asistencia.	Media 3,8 visitas en un año.
Starfield <i>et al</i> (130)		EUA	119195 adultos menores de 65 años con uso de servicios el año previo. Diferencia citas en atención primaria por cada enfermedad concreta y por las enfermedades asociadas. Estudio sobre uso y tipos de atención recibida.	Rango 0,33 – 1,85 citas al año (por cada uno de los 9 problemas concretos)  Rango 1 – 2,44 citas/año con comorbilidad baja Rango 2,31 – 4,67 citas/año con comorbilidad media Rango 4,27 – 8,19 citas/año con comorbilidad alta (por problemas asociados)

## ANEXO 21. Uso de recursos. Atención primaria.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, visitas, tipo.	Citas en atención primaria
Wenger <i>et al</i> (250) Higashi <i>et al</i> (156)	2003	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos sanitarios. Consultas ambulatorias en un año. Estudio de calidad de asistencia.	Media 8,1 visitas en un año (por atención primaria y especialidades)
Asch <i>et al</i> (244)	2004	EUA	1588 varones mayores de 35 años con al menos 2 consultas en 2 años previos, en 2 grupos (596 veteranos y 992 encuestas telefónicas). Consultas ambulatorias en un año. Estudio de calidad de asistencia.	Media 9,2 visitas en un año –veteranos- (por atención primaria y especialidades)  Media 7,9 visitas en un año –encuesta telefónica- (por atención primaria y especialidades)
Knox <i>et al</i> (42)	2004	Australia	10755 pacientes que acuden a consulta. Consultas con médico general en un año. Estudio descriptivo de comorbilidad y uso de recursos en población general.	Media 8,8 citas en un año (médico general)
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en 7 centros de Veteranos. Consultas en atención primaria en año previo. Estudio de satisfacción del paciente.	Media 1,8 ( $\pm$ 1,8) visitas en año previo. 28,7 % no tenía ninguna
Savageau <i>et al</i> (41)	2006	Massachusetts (EUA)	382 pacientes adultos que acuden a consulta de atención primaria en una semana. Consultas en atención primaria en 2,5 años (30 meses) previos. Estudio de hiperfrecuentación.	Media 10,3 ( $\pm$ 8,12) visitas en 2,5 años previos. Rango 0 – 59 0,7 % no tenía ninguna
Alkema <i>et al</i> (142)	2007	California (EUA)	404 pacientes en grupo control, personas mayores de 65 años con uso al menos intermedio de recursos. Consultas con médico de atención primaria en un año (prospectivo). Ensayo clínico de seguimiento convencional (control) frente a seguimiento telefónico.	Media 6,91 ( $\pm$ 5,17) Rango 0 – 34 8,7 % no tienen citas 91,3 % tienen citas (en grupo control)

## ANEXO 21. Uso de recursos. Atención primaria.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, visitas, tipo.	Citas en atención primaria
Noel <i>et al</i> (164) Parchman <i>et al</i> (241)	2007	Texas (EUA)	422 pacientes con cita en los 13 meses previos en una administración de veteranos del ejército. Pacientes con problemas crónicos 'único' (195) o 'múltiples' (236). Número de consultas con médico de familia. Estudio de vivencia de enfermedad por pacientes.	Con problema crónico único: 11,4 % Con problemas crónicos múltiples: 33,3 % (con >4 consultas en año previo)
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Uso de recursos en atención primaria en los 3 meses previos.</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Consultas con médico de familia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En consulta: Media 3,42 (± 3,11)</b></li> <li><b>14,3 % no habían tenido citas en consulta</b></li> <li>- <b>En domicilio: Media 0,42 (± 1,04)</b></li> <li><b>77,5 % no habían tenido citas domiciliarias</b></li> <li>- <b>Por teléfono: Media 0,32 (± 1,18)</b></li> <li><b>86,6 % no habían tenido consultas telefónicas</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Consultas con enfermero</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En consulta: Media 1,13 (± 2,34)</b></li> <li><b>48,2 % no habían tenido citas en consulta.</b></li> <li>- <b>En domicilio: Media 1,14 (± 4,37)</b></li> <li><b>74 % no habían tenido citas domiciliarias.</b></li> <li>- <b>Por teléfono: Media 0,24 (± 1,42)</b></li> <li><b>93,3 % no habían tenido consultas telefónicas</b></li> </ul> </li> </ul>
Van den Bussche <i>et al</i> (132)	2011	Alemania	123224 pacientes mayores de 65 años Número de consultas en atención primaria en un año Estudio descriptivo de comorbilidad con consumo de recursos	27,9 (± 23,6) en la población total del estudio 36,3 (± 24,5) con comorbilidad

**ANEXO 21. Uso de recursos. Atención primaria.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, visitas, tipo.	Citas en atención primaria
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	229493 pacientes mayores de 65 años Número de consultas en atención primaria en un año Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	<p>Totales en atención primaria 6,1 (<math>\pm</math> 6,7) en la población total del estudio 7,4 (<math>\pm</math> 7,0) con comorbilidad</p> <p>Telefónicas 0,5 (<math>\pm</math> 1,6) en la población total del estudio 0,7 (<math>\pm</math> 1,8) con comorbilidad</p> <p>En domicilio 0,2 (<math>\pm</math> 1,6) en la población total del estudio 0,3 (<math>\pm</math> 1,8) con comorbilidad</p>

**ANEXO 22. Uso de recursos. Atención especializada.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, consultas, tipo	Consultas en atención especializada
Callahan <i>et al</i> (237)	1995	Indiana (EUA)	3954 pacientes mayores de 60 años que acuden a consulta general hospitalaria. Consultas ambulatorias en un año (consultas médicas y quirúrgicas) Estudio de evaluación cognitiva.	Media 7,48 ± 6,66 en un año (consultas ambulatorias)
Hoffman <i>et al</i> (121)	1996	EUA	34459 encuestados representan población de EUA. Consultas en especialidades en 1 año. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y recursos	70,3 % citas en especialidades médicas en pacientes con enfermedades crónicas
Westert <i>et al</i> (118)	2001	Países Bajos	13806 personas adultas no institucionalizadas con enfermedades crónicas. Consultas con especialistas en año previo. Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de recursos.	60,5 % tiene consultas con especialistas el año previo
Starfield <i>et al</i> (130)	2003	EUA	119195 adultos menores de 65 años con uso de servicios el año previo. Diferencia citas en atención especializada por cada enfermedad concreta y por las enfermedades asociadas. Estudio sobre uso y tipos de atención recibida.	Rango 0,12 – 2,19 citas al año (por cada uno de los 9 problemas concretos)  Rango 0,59 – 1,29 citas/año con comorbilidad baja Rango 1,62 – 2,27 citas/año con comorbilidad media Rango 3,87 – 6,90 citas/año con comorbilidad alta (por problemas asociados)
Wenger <i>et al</i> (250) Higashi <i>et al</i> (156)	2003	Nordeste y Suroeste EUA	372 pacientes mayores de 65 años con vulnerabilidad y uso de recursos sanitarios. Proveedores por paciente en 13 meses Estudio de calidad de asistencia.	Media 2,7 proveedores por paciente Rango 1 – 8 187 internistas 161 médicos de familia 373 especialistas médicos o quirúrgicos 199 oftalmólogos



## ANEXO 22. Uso de recursos. Atención especializada.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, consultas, tipo	Consultas en atención especializada
Alkema <i>et al</i> (142)	2007	California (EUA)	404 pacientes en grupo control, personas mayores de 65 años con uso al menos intermedio de recursos. Consultas con especialidades en un año (prospectivo). Ensayo clínico de seguimiento convencional (control) frente a seguimiento telefónico.	18,8 % no tienen citas con especialistas 81,2 % tienen citas con especialistas Media 5,95 ( $\pm$ 7,57) citas en un año Rango 0 – 61 (en grupo control)
Noel <i>et al</i> (164) Parchman <i>et al</i> (241)	2007	Texas (EUA)	422 pacientes con cita en los 13 meses previos en una administración de veteranos del ejército. Con problemas ‘único’ (195) o ‘múltiples’ (236). Pacientes con citas con especialidades en año previo. Estudio de vivencia de enfermedad por pacientes.	Con problema crónico único: 32 ‘4 % Con problemas crónicos múltiples: 53,9 % (con >1 cita en año previo)
Laux <i>et al</i> (260)	2008	4 estados occidentales de Alemania	39699 pacientes con uso de recursos durante un año. Remisión a especialidades en un año. Estudia relación entre comorbilidad y uso de recursos.	Media 2,83 $\pm$ 0,12
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Atención especializada en el año previo y en Medicina Interna en los 3 meses previos.</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Seguimiento por especialidades</b></li> <li>- <b>media 1,74 (<math>\pm</math>1,42) especialistas por paciente</b> <b>19,1 % sin seguimiento por especialidades</b></li> <li>- <b>media 1,09 (<math>\pm</math> 0,96) especialidades médicas</b> <b>29,4 % sin seguimiento por esp. médica</b></li> <li>- <b>media 0,57 (<math>\pm</math> 0,73) especialidades quirúrgicas</b> <b>55,1 % sin seguimiento por quirúrgicas</b></li> <li>• <b>Consultas con Medicina Interna (3 meses)</b></li> <li>- <b>18,4 % con seguimiento por Medicina Interna.</b></li> <li>- <b>37,9 % con teléfono de contacto con internista</b></li> <li>- <b>Media 0,84 (<math>\pm</math> 1,71) consultas programadas.</b> <b>66,3 % sin citas en 3 meses.</b></li> </ul>

**ANEXO 22. Uso de recursos. Atención especializada.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, consultas, tipo	Consultas en atención especializada
				<p>- <b>Media 0,04 (<math>\pm</math> 0,19) consultas no programadas.</b>  <b>3,7 % requirió atención urgente.</b></p> <p>- <b>Media 0,17 (<math>\pm</math> 0,78) consultas telefónicas</b>  <b>7,1 % requirió atención telefónica.</b></p>
Van den Bussche <i>et al</i> (132)	2011	Alemania	123224 pacientes mayores de 65 años Número de especialidades vistas en un año Estudio descriptivo de comorbilidad con consumo de recursos	<p>Especialistas vistos  4,8 (<math>\pm</math> 3,3) en la población total del estudio  5,7 (<math>\pm</math> 3,3) con comorbilidad</p>
Bähler <i>et al</i> (135)	2015	Suiza	229493 pacientes mayores de 65 años Consultas en atención especializada en un año Estudio de comorbilidad y consumo de recursos	<p>Número de consultas  4,3 (<math>\pm</math> 6,4) en la población total del estudio  5,1 (<math>\pm</math> 6,8) con comorbilidad</p> <p>Especialistas vistos  1,8 (<math>\pm</math> 1,9) en la población total del estudio  2,1 (<math>\pm</math> 1,9) con comorbilidad</p>

### ANEXO 23. Estudios sobre satisfacción del paciente: selección e inclusión.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, encuesta, objetivo.	Selección de pacientes.
Doyle <i>et al</i> (282)	1977	Illinois (EUA)	432 personas participantes de una muestra representativa de un área. Encuesta por escrito. Estudio de satisfacción con atención médica.	161335 habitantes en un condado. 520 personas: muestra seleccionada del condado. Tasa de respuesta 83 % 432 incluidos.
Patrick <i>et al</i> (304)	1983	Lambeth (Londres, Reino Unido)	Pacientes del área. Estudio de satisfacción con atención primaria y relación con nivel de discapacidad.	1245 pacientes.
Williams <i>et al</i> (292)	1991	Inglaterra (Reino Unido)	Muestra representativa de área de atención primaria. Encuesta postal. Estudio de satisfacción con atención primaria.	454 pacientes. Tasa de respuesta 62 %
Ortola <i>et al</i> (293)	1993	Alcoy (Alicante, España)	Muestra sistemática de área de atención primaria. Encuesta en domicilio. Estudio de satisfacción con atención primaria.	312 usuarios.
Wilde <i>et al</i> (310)	1995	Värmland (Suecia)	428 pacientes mayores de 60 años. Encuesta personal. Encuesta de percepción de calidad de asistencia	pacientes de 2 ciudades de la provincia: 51 en servicios de geriatría ( <i>geriatric department</i> ) 111 con atención a domicilio ( <i>home nursing</i> ) 111 en residencias de cuidados ( <i>nursing home</i> ) 154 en domicilios ( <i>service home</i> )
Baker (276)	1996	Suroeste de Inglaterra (Reino Unido)	7273 pacientes de atención primaria Encuesta postal. Estudio de satisfacción con médicos generales.	190 médicos de 59 consultas contactados. 142 médicos de 49 consultas aceptan participar (74,7 %). 126 médicos de 39 consultas responden (66,3 %). 75 pacientes consecutivos contactados por médico. Tasa de respuesta 76,6 %.

**ANEXO 23. Estudios sobre satisfacción del paciente: selección e inclusión.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, encuesta, objetivo.	Selección de pacientes.
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	762 pacientes con enfermedades crónicas que acuden a consultas en atención primaria. Estudios de calidad de asistencia en atención primaria y su relación con estado de salud.	28 médicos generales participan 50 – 60 pacientes con enfermedades crónicas por médico (consecutivos o seleccionados aleatoriamente) 1210 cuestionarios entregados 762 (63 %) pacientes responden cuestionario.
Lee <i>et al</i> (284)	1998	EUA	8859 pacientes comunitarios mayores de 65 años de una muestra sistemática. Estudio de satisfacción con la asistencia.	1163 localizaciones. 12674 pacientes responden. Tasa de respuesta 87 %. Excluidos: en residencia 942, responde familia 11.
Safran <i>et al</i> (301)	1998	Massachusetts (EUA)	Adultos empleados por la administración estatal. Encuesta escrita. Estudio de características de atención primaria y conexión con resultados, entre ellos satisfacción del paciente	7204 adultos empleados por la administración estatal.
al Qatari <i>et al</i> (297)	1999	Qateef (Arabia Saudí)	789 personas del área. Entrevista personal. Estudio de satisfacción con atención primaria.	250.000 habitantes, 25 consultorios 802 domicilios con 838 familias seleccionados aleatoriamente 40 sin respuesta, 9 rechazan 789 responden.
Grol <i>et al</i> (278)	2000	10 países de Europa	17391 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Encuesta postal. Estudio de evaluación de la atención primaria por pacientes.	36 consultas por país. Contacta 45 – 80 pacientes consecutivos que acuden a consulta. Al menos 30 pacientes incluidos por consulta. Tasa de respuesta 79,5 %.
Kersnik (279)	2000	Eslovenia	1809 pacientes que acuden a atención primaria. Encuesta postal. Estudio de satisfacción con atención primaria.	36 consultas de atención primaria. 2160 pacientes consecutivos contactados. Tasa de respuesta 84 %.

### ANEXO 23. Estudios sobre satisfacción del paciente: selección e inclusión.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, encuesta, objetivo.	Selección de pacientes.
Mafullul <i>et al</i> (261)	2000	Inglaterra (Reino Unido)	91 cuidadores de pacientes con demencia. Encuesta presencial. Estudio de satisfacción de cuidadores.	196 pacientes con seguimiento psiquiátrico 127 pacientes tienen cuidadores 58 con demencia, 69 con alteraciones funcionales No participan: 7 con demencia, 15 sin demencia No localizados: 3 con demencia, 11 sin demencia Participan: 48 con demencia, 43 sin demencia
Retamal González <i>et al</i> (199)	2000	Cuenca (España)	295 pacientes que acuden a atención primaria. Encuesta presencial. Estudio de calidad percibida en atención primaria	9542 usuarios asignados a 2 centros de salud 295 encuestados (muestra sistemática)
Tucker <i>et al</i> (308)	2000	EUA	4882 militares en activo. Encuesta postal. Estudio de satisfacción con atención recibida.	1700000 militares y sus familias. 27533 encuestas postales enviadas. 15749 encuestas postales respondidas (57 %). 4882 encuestas respondidas por personal en activo.
Campbell <i>et al</i> (280)	2001	3 regiones sanitarias de Inglaterra (Reino Unido)	4493 pacientes de atención primaria. Encuestas postales. Estudio de calidad de la práctica en atención primaria.	6 áreas sanitarias (2 por región) 75 consultas contactadas 60 consultas incluidas (10 por área) 200 pacientes contactados por consulta 11831 cuestionarios enviados Tasa de respuesta 38 %. 4493 pacientes responden
Van Hout <i>et al</i> (286)	2001	Holanda.	pacientes de consulta de demencia ( <i>memory clinic</i> ) Encuesta presencial a pacientes y postal a médicos. Estudio de opinión de usuarios y médicos	105 pacientes consecutivos: 31 encuestados 84 familiares (de los 105 pacientes): 81 encuestados 60 médicos opinan de 101 de los pacientes
Iezzoni <i>et al</i> (295, 283)	2002 2003	EUA	Muestra representativa a nivel nacional de adultos de extracción comunitaria incluidos en seguro Medicare. Encuestas presenciales. Ajusta resultados a la población atendida por Medicare. Estudio de satisfacción con la asistencia sanitaria y relación con discapacidad.	16403 pacientes adultos de extracción comunitaria.

**ANEXO 23. Estudios sobre satisfacción del paciente: selección e inclusión.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, encuesta, objetivo.	Selección de pacientes.
Wensing <i>et al</i> (311)	2002	9 países de Europa	15996 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Encuesta postal. Estudio de satisfacción de pacientes con disponibilidad de atención primaria.	Contacta con 24000 pacientes (45 – 80 pacientes consecutivos que acuden a consulta). Tasa de respuesta 66,7 % (47,1 – 89 % según país)
Gross <i>et al</i> (275)	2003	Israel	135 pacientes diabéticos de una muestra representativa. Encuesta presencial. Estudio de satisfacción del paciente y relación con seguimiento de guías por médicos.	2 planes de seguimiento de pacientes. 12 médicos de atención primaria participan. 200 pacientes diabéticos contactados aleatoriamente. Tasa de respuesta 68 % 135 pacientes participan.
al Mandhari <i>et al</i> (291)	2004	Adh Dhahira (Omán)	1226 pacientes mayores de 15 años seleccionados aleatoriamente entre los que acuden al centro de salud. Encuesta presencial. Estudio de satisfacción del paciente y relación con percepción de estado de salud.	Área con 214997 habitantes con 12 centros de salud. Participan 6 centros de salud con 95102 habitantes asignados. Selección aleatoria de pacientes mayores de 15 años. 1226 pacientes entrevistados: - 628 medicina general. - 319 cuidado antenatal. - 280 vacunas y crecimiento.
Cho <i>et al</i> (277)	2004	Sungnam (Corea del Sur)	537 pacientes ambulatorios de 18 – 65 años que acuden a consultas hospitalarias. Encuesta presencial. Estudio de satisfacción del paciente y relación con frecuencia de visitas.	800 pacientes ambulatorios que acuden a consultas hospitalarias en 10 días. 557 (69,6 %) contestan 537 con edad 18 – 65 años y cuestionario de satisfacción entran en análisis.
Infante <i>et al</i> (245)	2004	Nueva Gales del Sur y Australia del Sur (Australia)	76 pacientes con enfermedades crónicas en 12 Grupos focales. Estudio de percepciones de pacientes acerca de calidad de atención.	Anuncio en noticias locales y contacto con organizaciones de consumidores. 76 pacientes con enfermedades crónicas.

### ANEXO 23. Estudios sobre satisfacción del paciente: selección e inclusión.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, encuesta, objetivo.	Selección de pacientes.
Montgomery <i>et al</i> (242)	2004	13 estados EUA	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria en Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Encuestas postales. Estudio de percepción de calidad de asistencia.	15144 pacientes contactados. 9625 (64 %) participan. 6127 (71 %) contestan. 4173 elegibles incluidos.
Spertus <i>et al</i> (288)	2004	2 estados EUA	44 pacientes con revascularización MM.II. Encuestas escritas. Creación de índice de percepciones del paciente.	44 pacientes con isquemia de miembros inferiores antes de revascularización. 35 (79,5 %) responden 6 semanas tras revascularización
Díaz (215)	2005	Málaga (España)	400 adultos seleccionados aleatoriamente de un área urbana. Encuesta personal. Estudio de percepción de calidad de asistencia y su relación con el uso de servicios sanitarios públicos.	Distrito urbano de 608688 habitantes. Muestra aleatoria de 400 personas mayores de 18 años.
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en 7 centros de Veteranos. Encuesta postal. Estudio de satisfacción del paciente.	62487 reciben cuestionario. 35383 (56,6 %) participan. 21689 (34,7 %) contestan cuestionario de satisfacción.
Parchman <i>et al</i> (241)	2005	Texas (EUA)	422 pacientes con cita en los 13 meses previos, en administración de veteranos del ejército. Encuesta postal. Estudio de satisfacción con la asistencia.	3 grupos de problemas (metabólico, obesidad, psiquiátricos) separando 'único problema' y 'múltiples problemas'. 120 pacientes contactados en cada grupo: total 720 422 (59 %) responden cuestionario.
Pouchot <i>et al</i> (287)	2005	Île-de-France (France)	928 pacientes con artrosis. Encuesta escrita. Creación de índice de satisfacción en pacientes con artrosis.	20 pacientes para selección de preguntas. 797 para valorar características de cuestionario. 111 para evaluar fiabilidad. 5 reumatólogos y 5 médicos generales.

**ANEXO 23. Estudios sobre satisfacción del paciente: selección e inclusión.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, encuesta, objetivo.	Selección de pacientes.
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria en el quintil de mayor gasto sanitario. Encuesta postal Estudio de calidad percibida de la atención primaria y su relación con el nivel de morbilidad.	861 pacientes con seguimiento en año previo. Selección 20 % pacientes con mayor gasto esperado en año próximo 150 como población elegible 120 (80 %) participan
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Rochester (Nueva York, EUA)	4616 pacientes adultos (18 – 65 años). Encuesta escrita (en sala de espera) Valoración de los médicos por los pacientes, con satisfacción.	594 médicos en una Organización de Gestión de la Asistencia. 297 médicos contactados (con al menos 100 pacientes, no más de 2 médicos por consulta). 96 (32,3 %) médicos participan 4800 pacientes contactados (50 pacientes por médico) 4746 pacientes contestan 4616 (96 %) incluidos finalmente
Hoffman <i>et al</i> (294)	2007	EUA	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Encuesta personal Relación entre de satisfacción con la asistencia y movilidad.	Muestra de los usuarios de Medicare
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Este de Escocia (Reino Unido)	3044 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Encuesta antes y después de la cita. Estudia diferencias en estado de salud y atención entre áreas con buena y mala situación socioeconómica.	70 consultas de atención primaria 26 médicos participan (36 %) (16 en zonas pobres y 10 en acomodadas). Pacientes consecutivos que acuden a consulta. Tasa de respuesta 70 %



### ANEXO 23. Estudios sobre satisfacción del paciente: selección e inclusión.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, encuesta, objetivo.	Selección de pacientes.
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Encuesta basal y a los 6 meses de seguimiento. Ensayo clínico sobre cambio en calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas	Consultas: 4 de Medicina interna, 1 de atención primaria 826 pacientes contactados, 150 seleccionados en 2 grupos Inician seguimiento 76 % controles, 84 % intervención Completan 65 % controles, 65 % intervención
Smolderen <i>et al</i> (289) Hoeks <i>et al</i> (290)	2008 2009	Países Bajos	465 pacientes con revascularización MM.II. Encuesta por escrito Adaptación y validación de encuesta de percepción de pacientes con arteriopatía periférica.	11 hospitales 711 pacientes con revascularización MM.II. 701 con datos clínicos 552 sobreviven al cabo de 3 años 465 (84 %) completan estudio
Kontopantelis <i>et al</i> (126)	2010	Inglaterra	1999523 pacientes en atención primaria Encuesta postal Estudio de satisfacción de accesibilidad de atención primaria	8403 consultas de atención primaria invitadas al estudio 8307 consultas incluidas (resto con < 50 paciente incluidos) 4922080 pacientes elegidos aleatoriamente 1999523 respuestas (40,6%)
Lyratzopoulos <i>et al</i> (127)	2012	Inglaterra	2163456 pacientes en atención primaria Encuesta de satisfacción con atención primaria	8267 consultas de atención primaria Tasa de respuesta 38 %
Bowling <i>et al</i> (285)	2013	Londres y Essex (Gran Bretaña)	833 pacientes en consultas de atención primaria y Hospital Entrevistas personales y Cuestionarios con autorespuesta Comparativa de expectativas previas y satisfacción con consulta	188 entrevistas + 705 cuestionarios 21 consultas hospitalarias: 434 pacientes 22 consultas de atención primaria: 399 pacientes

**ANEXO 23. Estudios sobre satisfacción del paciente: selección e inclusión.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, encuesta, objetivo.	Selección de pacientes.
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes identificados como pluripatológicos. Encuesta telefónica o presencial. Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>4 centros de salud (3 urbanos, 1 periurbano). 50 médicos de familia, 42 participan. 62706 pacientes adscritos a dichos médicos. 806 pacientes pluripatológicos identificados. 664 pacientes pluripatológicos elegibles. 472 (71 %) pacientes pluripatológicos encuestados</b>

**ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Doyle <i>et al</i> (282)	1977	Illinois (EUA)	432 personas participantes de una muestra representativa de un área. Alfa de Cronbach de cuestionario: 0,77. Estudio de satisfacción con atención médica.	Cuestionario de satisfacción del paciente. <i>Patient satisfaction questionnaire</i> 17 preguntas 'scales' sobre percepción de atención 6 factores según análisis factorial (66,9 % varianza) - conducta del médico - instalaciones - continuidad de cuidados - accesibilidad - disponibilidad de médicos de familia - disponibilidad de especialistas y hospital
Patrick <i>et al</i> (304)	1983	Lambeth (Londres, Reino Unido)	1245 pacientes de una zona de Londres. Estudio de satisfacción con atención primaria y relación con nivel de discapacidad.	Escalas multidimensionales ( <i>multidimensional scaling</i> ) de Roghmann <i>et al.</i> Se midió la satisfacción general y 3 submedidas (acceso, calidad, experiencia reciente)
Wilde <i>et al</i> (310)	1995	Värmland (Suecia)	428 pacientes mayores de 60 años. Encuesta de percepción de calidad de asistencia	Cuestionario de calidad desde la perspectiva del paciente ( <i>Quality from the Patient's Perspective</i> ) 17 factores 40 ítems puntuados en escala Likert de dos maneras: - valoración de la realidad percibida - evaluación de la importancia subjetiva
Baker (276)	1996	Suroeste de Inglaterra (Reino Unido)	7273 pacientes de atención primaria Estudio de satisfacción con médicos generales.	Cuestionario de satisfacción de consultas. ( <i>consultation satisfaction questionnaire</i> ) 18 preguntas. 4 escalas: - satisfacción general - atención profesional - profundidad de relación - percepción del tiempo

**ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	762 pacientes con enfermedades crónicas que acuden a consultas en atención primaria. Estudios de calidad de asistencia en atención primaria y su relación con estado de salud.	Cuestionario validado CEP (nº preguntas): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organización de citas (9).</li> <li>- Disponibilidad para urgencias (3).</li> <li>- Local (3).</li> <li>- Continuidad (4).</li> <li>- Cooperación (4).</li> <li>- atención médica (6).</li> <li>- Relación y comunicación (10).</li> <li>- Información y consejo (6).</li> <li>- Apoyo (6).</li> </ul> Puntúa en escala Likert de 6 puntos.
Lee <i>et al</i> (284)	1998	EUA	8859 pacientes comunitarios mayores de 65 años de una muestra sistemática. Alfa de Cronbach de subescalas: 0,83 y 0,91. Estudio de satisfacción con la asistencia.	20 preguntas → análisis factorial <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción general (8)</li> </ul> 2 subescalas <ul style="list-style-type: none"> <li>- calidad global (5, 46,3 % varianza)</li> <li>- Acceso (3, 57,5 % varianza)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de calidad de médico (12)</li> </ul> 3 subescalas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidad técnica (4, 51,2 % varianza)</li> <li>- Trato interpersonal (4, 62,7 % varianza)</li> <li>- Información (4, 69,4 % varianza)</li> </ul> Puntúa en escala Likert de 4 puntos.
Safran <i>et al</i> (301)	1998	Massachusetts (EUA)	7204 trabajadores por la administración estatal. Estudio de características de atención primaria y conexión con resultados, entre ellos satisfacción del paciente	7 elementos de atención (accesibilidad, continuidad, exhaustividad, integración, interacción clínica, trato interpersonal y confianza) en 11 escalas. 3 resultados (adherencia del paciente al consejo del médico, satisfacción del paciente, mejora del estado de salud).

## ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
al Qatari <i>et al</i> (297)	1999	Qateef (Arabia Saudí)	789 personas del área. Estudio de satisfacción con atención primaria.	10 componentes de satisfacción (actitud de personal, resultado percibido, actividades, medidas de privacidad, tiempo de consultas, tiempo de espera, explicaciones, estructura de entorno, medidas de confidencialidad, estructura de zona de espera). Puntúa en escala Likert de 5 puntos (1 muy insatisfecho a 5 muy satisfecho).
Grol <i>et al</i> (278)	2000	10 países de Europa	17391 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudio de evaluación de atención primaria por pacientes.	Cuestionario del grupo EUROPEP. 23 preguntas. Puntúa escala de 5 puntos de 'pobre' a 'excelente'
Kersnik (279)	2000	Eslovenia	1809 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Encuesta postal. Alfa de Cronbach: 0,93. Estudio de satisfacción con atención primaria.	Cuestionario del grupo EUROPEP. 23 preguntas en dimensiones: 5 subescalas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación</li> <li>- Aspectos técnicos</li> <li>- Actitud empática</li> <li>- Información recibida</li> <li>- Organización de consulta</li> </ul>
Mafullul <i>et al</i> (305)	2000	Inglaterra (Reino Unido)	91 cuidadores de pacientes con demencia. Estudio de satisfacción de cuidadores.	La opinión de los cuidadores incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de valoración de satisfacción de los cuidadores (<i>Carers' Assessment of Satisfaction Questionnaire</i>): 30 ítems, respuesta 'sí/no'.</li> <li>- Cuestionario de valoración de las dificultades de los cuidadores (<i>Carers' Assessment of Difficulties Questionnaire</i>): 32 ítems, respuesta 'sí/no'.</li> <li>- Cuestionario general de salud (<i>General Health Questionnaire</i>): 28 ítems, escala Likert 5 puntos</li> </ul>
Retamal González <i>et al</i> (199)	2000	Cuenca (España)	295 pacientes que acuden a atención primaria. Encuesta presencial. Estudio de calidad percibida en atención primaria	Cuestionario 'Perfil de satisfacción', 21 preguntas y 'Valoración global'. 3 componentes de atención por análisis factorial, resume 16 ítems: atención médica (8 ítems), Entorno/centro (4), Cita/trato (4) Puntúa en escala Likert de 7 puntos (1 muy insatisfecho a 7 muy satisfecho)

**ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Campbell <i>et al</i> (280)	2001	3 regiones sanitarias de Inglaterra Reino Unido	4493 pacientes de atención primaria. Estudio de calidad de la práctica en atención primaria.	Encuesta de valoración de la consulta general ( <i>general practice assessment Survey</i> ), sobre calidad de acceso, continuidad de cuidados y aspectos interpersonales de la atención
Van Hout <i>et al</i> (286)	2001	Holanda.	Consulta de demencia ( <i>memory clinic</i> ): encuesta a 31 pacientes, 84 familiares, 101 médicos Alfa de Cronbach: de 0,60 a 0,83 Estudio de opinión de usuarios y médicos	Encuesta desarrollada para el estudio, 5 aspectos con 30 preguntas: Comunicación de resultados (3), Información apropiada de diagnóstico (6), Actitud de los médicos (9), Utilidad de la valoración (7), Información y consejo a familiares (5). Puntúa en escala Likert de 5 puntos (1 muy negativo a 5 muy positivo).
Iezzoni <i>et al</i> (295, 283)	2002 2003	EUA	16403 adultos de extracción comunitaria incluidos en seguro Medicare. Ajusta resultados a la población atendida por Medicare. Alfa de Cronbach: 0,895 Estudio de satisfacción con la asistencia sanitaria y relación con discapacidad.	5 aspectos de la calidad de atención (Global, Información, Seguimiento, Interés, Especialistas). 5 aspectos del Acceso a la atención (Disponibilidad, Facilidad, Costes, Localización, Teléfono). 6 aspectos de calidad técnica (cuidado, competencia, comprensión de historia, comprensión de condiciones clínicas, globalidad, confianza en médico). 6 aspectos de calidad interpersonal (con prisas, no explica, actúa como haciendo favor, información completa, responde a preguntas, dependencia del médico). 4 respuestas 'fuerte desacuerdo' a 'fuerte acuerdo'
Wensing <i>et al</i> (311)	2002	9 países de Europa	15996 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudio de satisfacción de pacientes con disponibilidad de atención primaria.	Cuestionario del grupo EUROPEP. 23 preguntas en 5 aspectos: - Lograr cita. - Contactar por teléfono. - Hablar por teléfono con médico. - Espera en sala. - Rapidez de servicio en atención urgente. Puntúa escala de 5 puntos de 'pobre' a 'excelente'

**ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Gross <i>et al</i> (275)	2003	Israel	135 diabéticos de muestra representativa. Estudio de satisfacción del paciente y relación con seguimiento de guías por médicos.	- Satisfacción con nivel profesional del médico. - Satisfacción con actitud del médico. - Insatisfacción con tratamiento.
al Mandhari <i>et al</i> (291)	2004	Adh Dhahira (Omán)	1226 pacientes mayores de 15 años seleccionados aleatoriamente entre los que acuden al centro de salud. Encuesta presencial. Estudio de satisfacción del paciente y relación con percepción de estado de salud.	Encuesta de satisfacción (ítems): - Estructura del centro (8). - Área de espera (9). - Trabajo de administrativos (2). - Trabajo de médicos (11). - atención antenatal (4). - Vacunas y crecimiento (3). - Dispensación de fármacos (3). - Servicio de laboratorio (3). Valoración en escala Likert de 5 puntos. Cuestionario de estado de salud SF-12.
Cho <i>et al</i> (277)	2004	Sungnam (Corea del Sur)	537 pacientes ambulatorios de 18 – 65 años que acuden a consultas hospitalarias. Encuesta presencial. Alfa de Cronbach: de 0,80 a 0,94 en las 4 escalas. Estudio de satisfacción del paciente y relación con frecuencia de visitas.	Cuestionario de satisfacción de tipo SERVQUAL: - interés de los médicos (5 preguntas) - interés de los no médicos (5) - conveniencia de cuidados (5) - tangibilidad-equipos (4). Además 3 preguntas sobre satisfacción con centro Puntúa en escala Likert de 7 puntos.

**ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Infante <i>et al</i> (245)	2004	Nueva Gales del Sur y Australia del Sur (Australia)	76 pacientes con enfermedades crónicas en 12 Grupos focales. Características referidas por pacientes. Estudio de percepciones de pacientes acerca de calidad de atención.	Características de médico general <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidades interpersonales (6)</li> <li>- Habilidades clínicas (7)</li> <li>- Acceso (2)</li> </ul> Características de consultas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios clínicos (4)</li> <li>- Acceso a servicios y manejo de tiempo (6)</li> <li>- Personal (3)</li> <li>- Otras instalaciones (4)</li> </ul>
Montgomery <i>et al</i> (242)	2004	13 estados EUA	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria en Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Encuestas postales. Estudio de percepción de calidad de asistencia.	9 aspectos de Encuesta de valoración de atención primaria ( <i>Primary Care Assessment Survey</i> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interacción médico-paciente (5 medidas)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- comunicación –3 preguntas</li> <li>- trato interpersonal –2</li> <li>- minuciosidad de examen físico –1</li> <li>- confianza –4</li> <li>- conocimiento de paciente por médico –3</li> </ul> </li> <li>- Estructurales/organizacionales (4 medidas)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso financiero –2 preguntas</li> <li>- acceso organizacional –3</li> <li>- continuidad de visitas –1</li> <li>- integración –2</li> </ul> </li> </ul>



## ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Spertus <i>et al</i> (288)	2004	2 estados EUA	44 pacientes con revascularización MM.II. Encuestas escritas. Alfa de Cronbach: 0,80 a 0,94. Creación de índice de satisfacción.	Cuestionario para arteriopatía periférica ( <i>Peripheral Artery Questionnaire</i> ): 20 ítems en 7 dominios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitación física</li> <li>- Síntomas</li> <li>- Estabilidad de síntomas</li> <li>- Limitación social.</li> <li>- Satisfacción con tratamiento (3 ítems)</li> <li>- calidad de vida</li> <li>- puntuación global</li> </ul> Puntuación adaptada a porcentaje.
Díaz (215)	2005	Málaga (España)	400 adultos seleccionados aleatoriamente de área urbana. Encuesta con Alfa de Cronbach: 0,93. Estudia calidad percibida y relación con uso de servicios.	Cuestionario modelo SERVQUAL 22 preguntas, 5 factores (66'9 % varianza): atención de médico, accesibilidad y organización, elementos tangibles, tiempo de espera, atención de administrativos y enfermería). Puntúa escala Likert, 7 puntos (1 peor, 7 mejor)
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes seguidos en 7 centros de Veteranos. Encuesta postal. Alfa de Cronbach: humanística 0,98, organizacional 0,95. Estudio de satisfacción del paciente.	Cuestionario de satisfacción de pacientes ambulatorios de Seattle ( <i>Seattle Outpatient Satisfaction Questionnaire</i> ) con 2 escalas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala humanística (12 preguntas)</li> <li>- Escala organizacional (9 preguntas)</li> </ul> Puntúa escala Likert 5 puntos (pobre a excelente).
Parchman <i>et al</i> (241)	2005	Texas (EUA)	422 pacientes con cita en los 13 meses previos, en administración de veteranos del ejército. Encuesta con Alfa de Cronbach: 0,94. Estudio de satisfacción con la asistencia.	Molestias ( <i>Hassles</i> ) del Sistema: 16 preguntas de '0' (nada) a '4' (mucho), puntuación mayor 64. Instrumento de componentes de atención primaria ( <i>Components of primary care instruments</i> ) con 4 subescalas, en escala Likert de 5 puntos.

**ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Pouchot <i>et al</i> (287)	2005	Île-de-France (France)	928 pacientes con artrosis. Alfa de Cronbach por escalas: de 0,66 a 0,86. Creación de índice de satisfacción en pacientes con artrosis.	Satisfacción del tratamiento de la artrosis ( <i>osteo-ARthritis Treatment Satisfaction (ARTS)</i> ), 4 escalas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ventajas del tratamiento (7)</li> <li>- Conveniencia del tratamiento (3)</li> <li>- Confianza en el tratamiento (2)</li> <li>- Satisfacción con el médico (6)</li> </ul>
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria en el quintil de mayor gasto sanitario. Estudio de calidad percibida de la atención primaria y su relación con el nivel de morbilidad.	5 dominios de Encuesta de Valoración de la atención Primaria ( <i>Primary Care Assessment Survey</i> ). Valora sobre 100: <ul style="list-style-type: none"> <li>- comunicación (4 preguntas)</li> <li>- trato interpersonal (5)</li> <li>- conocimiento del paciente (5)</li> <li>- integración de cuidados (2)</li> <li>- confianza en el médico (3)</li> </ul> 2 preguntas adicionales de la misma Encuesta sobre aspecto organizacional. <ul style="list-style-type: none"> <li>- tiempo para contacto por teléfono con centro</li> <li>- tiempo para contactar por teléfono con médico</li> </ul> Pregunta adicional sobre Satisfacción general. Las 3 preguntas escala Likert en escala de 5 puntos.
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Rochester (Nueva York, EUA)	4616 pacientes adultos (18 – 65 años). Encuesta escrita (en sala de espera) Valoración de los médicos por los pacientes, con satisfacción.	Cuestionario de Ambiente de atención de Salud ( <i>Health Care Climate Questionnaire</i> ), 5 preguntas. 2 dominios de Encuesta de Valoración de atención Primaria ( <i>Primary Care Assessment Survey</i> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>- conocimiento del paciente</li> <li>- confianza en el médico</li> </ul> Pregunta sobre satisfacción general con médico en escala Likert de 5 puntos.

**ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Hoffman <i>et al</i> (294)	2007	Estados Unidos	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Encuesta personal Estudio de satisfacción con la asistencia	Encuesta <i>Medicare Current Beneficiaries Survey</i> : 10 ítems calidad global, Disponibilidad de servicios fuera de horario, Facilidad de acceso, Costes extra, Información proporcionada, atención en el seguimiento, Interés del médico, atención en un único sitio, Disponibilidad de especialistas, Facilidad para obtener respuestas. Escala Likert de 4 puntos invertida
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Este de Escocia (Reino Unido)	3044 pacientes en consulta de atención primaria. Encuesta antes y después de la cita. Estudia diferencias en estado de salud y atención entre áreas con buena y mala situación socioeconómica.	Encuesta de valoración de la consulta general ( <i>general practice assessment survey</i> ), sobre programación de acceso, tiempos de espera y tiempo en consulta; satisfacción global; y si se recomendaría al médico.
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Ensayo clínico sobre cambio en calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas	5 dominios de Encuesta de Valoración de la atención Primaria ( <i>Primary Care Assessment Survey</i> ). Valora sobre 100: - comunicación médico – paciente - trato interpersonal - conocimiento del paciente - integración de cuidados - confianza en el médico Encuesta basal y a los 6 meses.

**ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Smolderen <i>et al</i> (289) Hoeks <i>et al</i> (290)	2008 2009	Países Bajos	465 pacientes con revascularización MM.II. Encuesta escrita. Alfa de Cronbach: 0,91 para la Satisfacción con tratamiento y 0,96 para la Valoración global. Adaptación y validación de encuesta de percepción de pacientes con arteriopatía periférica.	Adaptación local del Cuestionario para arteriopatía periférica ( <i>Peripheral Artery Questionnaire</i> ) de 20 ítems con 3 dominios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Función física.</li> <li>- Discapacidad percibida.</li> <li>- Satisfacción con tratamiento.</li> </ul> Puntuación adaptada a porcentaje.
Kontopantelis <i>et al</i> (126)	2010	Inglaterra	1999523 pacientes en atención primaria Encuesta postal Estudio de satisfacción de accesibilidad de atención primaria	Encuesta de Acceso al médico General ( <i>GP Access Survey</i> ) 5 ítems con respuesta 'sí/no' <ul style="list-style-type: none"> <li>- satisfecho con contacto telefónico</li> <li>- capacidad para dar cita en 2 días o menos</li> <li>- capacidad para programar cita en más 2 días</li> <li>- capacidad para conseguir cita con un médico concreto</li> <li>- satisfacción con el horario de cirugía</li> </ul>
Lyratzopoulos <i>et al</i> (127)	2012	Inglaterra	2163456 pacientes en atención primaria Encuesta de satisfacción con atención primaria	Encuesta pacientes de médicos generales <i>English General Practice Patient Survey</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- comunicación con profesionales sanitarios (4)</li> <li>- acceso a cuidados (5)</li> <li>- continuidad de atención (1)</li> <li>- satisfacción global con atención (1)</li> </ul> puntuación adaptada a porcentaje
Bowling <i>et al</i> (285)	2013	Londres y Essex (Gran Bretaña)	833 pacientes en consultas de atención primaria y Hospital Entrevistas y Cuestionarios Alfa de Cronbach > 0,70 Comparativa de expectativas previas y satisfacción con consulta	Cuestionario previo 27 ítems con expectativas Cuestionario posterior para completar expectativas cumplidas y pregunta sobre Satisfacción (en escala Likert de 5 puntos invertida)

**ANEXO 24. Estudios sobre satisfacción del paciente: encuestas de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Cuestionarios de satisfacción
Esta tesis		Sevilla (España)	<b>472 pacientes identificados como pluripatológicos.</b> <b>Encuesta telefónica o presencial.</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>Cuestionario de calidad percibida Modelo SERVQUAL.</b> <b>17 ítems valorados en escala Likert de 5 puntos.</b> <b>5 dimensiones por análisis factorial:</b> - <b>Actividad del médico</b> - <b>Equipamiento y citación</b> - <b>Instalaciones</b> - <b>Actividad de enfermería</b> - <b>Accesibilidad</b>

**ANEXO 25. Estudios sobre satisfacción del paciente: población.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Edad, sexo
Baker (276)	1996	Inglaterra (Reino Unido)	7273 pacientes consecutivos en atención primaria Estudio de satisfacción con médicos generales.	Edad 45,5 ± 5,1 años. 66,4 % mujeres
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	762 pacientes con enfermedades crónicas que acuden a atención primaria. Estudia relación entre calidad de asistencia y relación con estado de salud	Edad media 62 años ± 15,2. 62 % mujeres.
al Qatari <i>et al</i> (297)	1999	Qateef (Arabia Saudí)	789 personas del área en domicilios distintos. Estudio de satisfacción con atención primaria.	Edad: 19 % 15 – 29 años 69,7 % 30 – 59 años 11,3 % 60 años 66,8 % mujeres
Grol <i>et al</i> (278)	2000	10 países de Europa	17391 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudio de evaluación de la atención primaria por pacientes.	Edad media 50,7 años 65,8 % mujeres
Kersnik (279)	2000	Eslovenia	1809 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Encuesta postal. Estudio de satisfacción con atención primaria.	Edad media 50 años (± 15) 64 % mujeres
Mafullul <i>et al</i> (305)	2000	Inglaterra (Reino Unido)	91 cuidadores de pacientes con demencia. Encuesta personal Estudio de satisfacción de cuidadores.	cuidadores: Edad media 67 ( 12) 48 % mujeres pacientes: Edad media 76 (7) 60 % mujeres
Retamal González <i>et al</i> (199)	2000	Cuenca (España)	295 pacientes que acuden a atención primaria. Estudio de calidad percibida en atención primaria	Edad: 59,9 % < 65 años 30,1 % 65 años 50,2 % mujeres
Van Hout <i>et al</i> (286)	2001	Holanda.	Consulta de demencia ( <i>memory clinic</i> ) Encuesta presencial a 31 pacientes y 81 familiares, y postal a 101 médicos. Estudio de opinión de usuarios y médicos	Edad pacientes: 73 (±10) 57 % mujeres Edad familiares: 60 (±13) 70 % mujeres Edad médicos: 47 (±7) 15 % mujeres

## ANEXO 25. Estudios sobre satisfacción del paciente: población.

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Edad, sexo
Iezzoni <i>et al</i> (295, 283)	2002 2003	EUA	16403 adultos de extracción comunitaria incluidos en seguro Medicare. Ajusta resultados a la población atendida por Medicare (33,58 millones) Estudio de satisfacción con asistencia sanitaria y relación con discapacidad.	Edad: 11 % < 65 años 89 % 65 años
Wensing <i>et al</i> (311)	2002	9 países de Europa	15996 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudio de satisfacción de pacientes con disponibilidad de atención primaria.	Edad media: de 45,9 a 53,7 años Género: de 60,9 a 72,7 % mujeres
Gross <i>et al</i> (275)	2003	Israel	135 pacientes diabéticos de una muestra representativa. Estudio de satisfacción del paciente y relación con seguimiento de guías por médicos.	Edad: 10 % 22 – 51 años 26 % 52 – 64 años 33 % 65 – 73 años 31 % 74 – 91 años Género: 44 % mujeres
al Mandhari <i>et al</i> (291)	2004	Adh Dhahira (Omán)	1226 pacientes mayores de 15 años seleccionados aleatoriamente entre los que acuden al centro de salud. Estudio de satisfacción del paciente y relación con percepción de estado de salud.	Edad: media 31,5 (± 11,98) años
Cho <i>et al</i> (277)	2004	Sungnam (Corea del Sur)	537 pacientes ambulatorios de 18 – 65 años que acuden a consultas hospitalarias. Estudio de satisfacción del paciente y relación con frecuencia de visitas.	Edad: media 33 años. Género: 68,9 % mujeres.
Infante <i>et al</i> (245)	2004	2 estados de Australia	76 pacientes con enfermedades crónicas en 12 Grupos focales. Estudio de percepciones de pacientes acerca de calidad de atención.	Edad: media 63,4 (rango 19 – 84). Género: 59 % mujeres.
Montgo- mery <i>et al</i> (242)	2004	13 estados EUA	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria en Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Estudio de percepción de calidad de asistencia.	Edad: media 74,8 (± 5,8) años Género 59,9 % mujeres
Spertus <i>et al</i> (288)	2004	2 estados EUA	44 pacientes con revascularización MM.II. Creación de índice de satisfacción.	Edad: media 68 (± 11) años Género 45 % mujeres
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en 7 centros de Veteranos. Estudio de satisfacción del paciente.	Edad: media 64,8 (± 11,8) años Género: 3,6 % mujeres

**ANEXO 25. Estudios sobre satisfacción del paciente: población.**

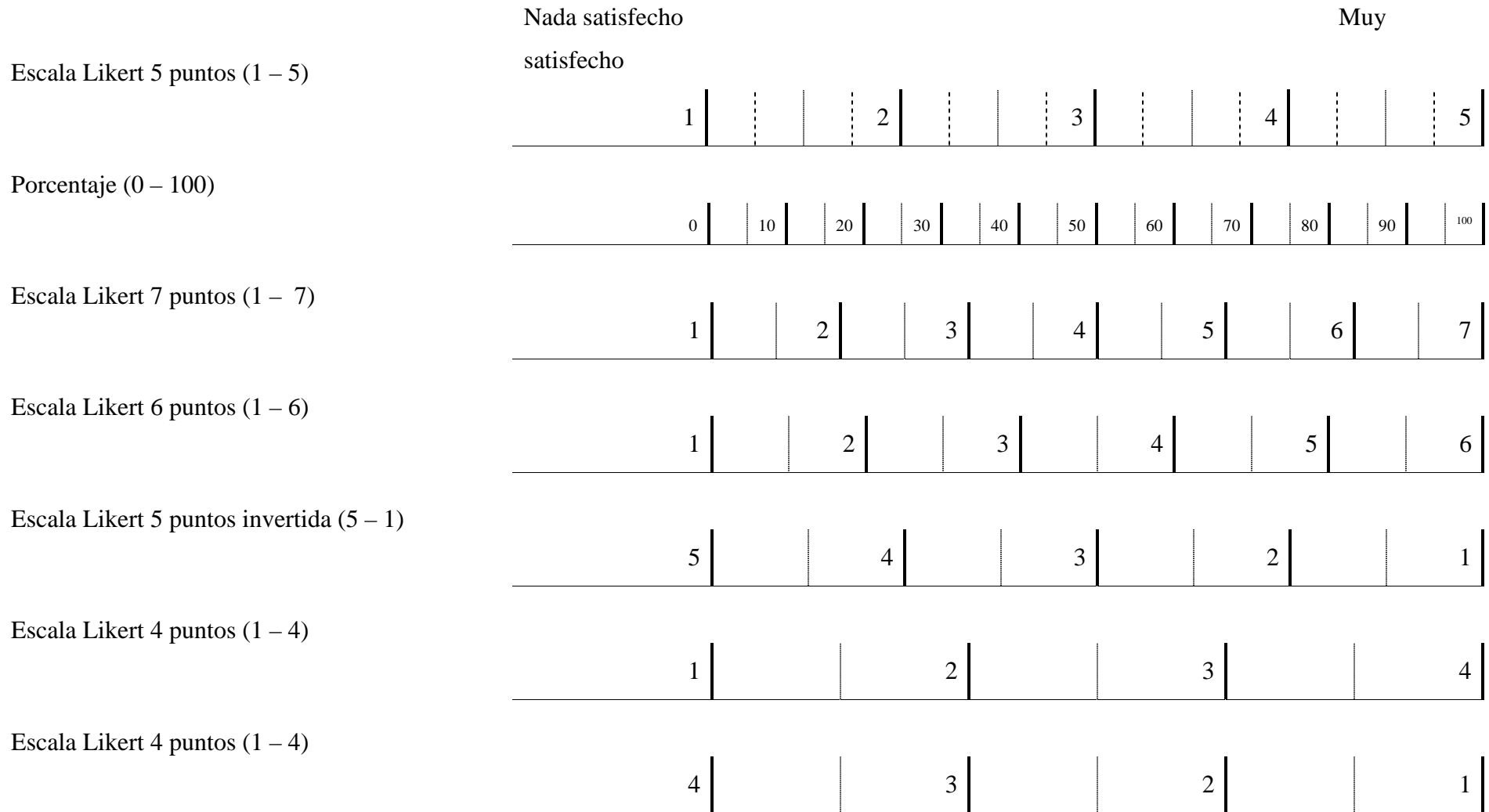
Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Edad, sexo
Parchman <i>et al</i> (241)	2005	Texas (EUA)	422 pacientes con cita en los 13 meses previos, en administración de veteranos del ejército. Estudio de satisfacción con la asistencia.	Edad: 50 (problema único) 57 (múltiples problemas) Género: 27 % mujeres (problema único) 10 % mujeres (problema múltiple)
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria en el quintil de mayor gasto sanitario. Estudio de calidad percibida de la atención primaria y su relación con el nivel de morbilidad.	Edad: media 75,42 ( $\pm$ 6,02) años Género: 58,3 % mujeres
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Nueva York (EUA)	4616 pacientes adultos (18 – 65 años). Valoración de los médicos por los pacientes, con satisfacción.	Edad: media 44,9 ( $\pm$ 12,1) años. Género: 63 % mujeres.
Hoffman <i>et al</i> (294)	2007	Estados Unidos	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Estudio de satisfacción con la asistencia	Edad: media 75,3 años. Género: 57,8 % mujeres.
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Escocia (Reino Unido)	3044 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudia diferencias en estado de salud y atención entre áreas con buena y mala situación socioeconómica.	Edad: media 44,6 ( $\pm$ 17,3) años Género: 61 % mujeres Comorbilidades: media 2,5
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Ensayo clínico sobre cambio en percepción de calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas	Controles Edad: media 75,3 ( $\pm$ 6,3) años Género: 52,6% mujeres Intervención Edad: media 75,6 ( $\pm$ 5,9) años Género: 63,5% mujeres
Smolderen <i>et al</i> (289) Hoeks <i>et al</i> (290)	2008 2009	Países Bajos	465 pacientes con revascularización MM.II. Adaptación y validación de encuesta de percepción de pacientes con arteriopatía periférica.	Edad: media 65 ( $\pm$ 10) años Género: 30 % mujeres



**ANEXO 25. Estudios sobre satisfacción del paciente: población.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: pacientes, objetivo	Edad, sexo
Lyratzopoulos <i>et al</i> (127)	2012	Inglaterra	2163456 pacientes en atención primaria Encuesta de satisfacción con atención primaria	Grupo de edad más numeroso: 55 – 64 años (20,3%) Género: 57,6 % mujeres
Bowling <i>et al</i> (285)	2013	Londres y Essex (Gran Bretaña)	833 pacientes en consultas de atención primaria y Hospital Entrevistas personales y Cuestionarios con autorespuesta Comparativa de expectativas previas y satisfacción con consulta	Edad: media 51,8 años ( $\pm$ 18,02) Género: 59 % mujeres (60 % en Primaria, 53 % hospital)
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>Edad: media 74,25 años (<math>\pm</math> 9,59)</b> <b>Género: 50 % mujeres</b>

**ANEXO 26: Escalas de puntuación de calidad percibida y satisfacción**



**ANEXO 27. Estudios sobre satisfacción del paciente: resultados y valoraciones.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, modo de valorar, objetivo del estudio.	Resultados de satisfacción
Patrick <i>et al</i> (304)	1983	Lambeth (Londres, Reino Unido)	1245 pacientes de una zona de Londres. Estudio de satisfacción con atención primaria y relación con nivel de discapacidad.	Aspectos mal valorados: - Disponibilidad del médico en urgencias. - Enseñanza de prevención. - Aspectos de comunicación.
Williams <i>et al</i> (292)	1991	Suroeste de Inglaterra (Reino Unido)	454 pacientes representativos de área de atención primaria. Porcentajes que responden afirmativamente. Estudio de satisfacción con atención primaria.	95 % Alto nivel de satisfacción 62 % Cuentan problemas personales al médico 74 % Satisfacción con información referida 75 % Satisfacción con tiempo de consulta
Ortola <i>et al</i> (293)	1993	Alcoy (Alicante, España)	312 usuarios de atención primaria (muestra sistemática). Escala Likert invertida de 1 (muy satisfecho) a 5 (nada satisfecho) Estudio de satisfacción con atención primaria.	Satisfacción general media 2,08 ( $\pm 0,8$ ) Satisfacción con distintos profesionales media 2
Calnan <i>et al</i> (294) Williams <i>et al</i> (292)	1994	Inglaterra, Grecia, Serbia, Rusia	Parte de muestra de Williams <i>et al</i> (292) y las compara con otros 3 países. Porcentaje que refiere satisfacción en el nivel más alto. Estudio de satisfacción con atención primaria.	Refieren satisfacción en el nivel más alto: - 95 % en Inglaterra, - 87 % en Ioannina (Grecia) - 85 % en Belgrado (Yugoslavia, hoy Serbia) - 62 % en Moscú (Rusia)
Baker (276)	1996	Inglaterra (Reino Unido)	7273 pacientes de atención primaria. Calificaciones en porcentaje. Estudio de satisfacción con médicos generales.	Satisfacción general $80,5 \pm 3,8$ . atención profesional $82,6 \pm 3,5$ Profundidad de la relación $73,6 \pm 4,3$
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	762 pacientes con enfermedades crónicas que acuden a consultas en atención primaria. Puntúa en escala Likert de 6 puntos, de '1' a '6'. Estudios de calidad de asistencia en atención primaria y su relación con estado de salud.	- Organización de citas: $4,7 \pm 0,83$ . - Disponibilidad para urgencias: $4,4 \pm 1,25$ . - Local: $4,3 \pm 1,11$ . - Continuidad: $4,7 \pm 1$ - Cooperación: $4,4 \pm 1,19$ - atención médica: $4,6 \pm 0,99$ - Relación y comunicación: $4,7 \pm 0,98$ - Información y consejo: $4,6 \pm 1,01$ - Apoyo: $4,3 \pm 1,26$

## ANEXO 27. Estudios sobre satisfacción del paciente: resultados y valoraciones.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, modo de valorar, objetivo del estudio.	Resultados de satisfacción
Lee <i>et al</i> (284)	1998	EUA	8859 pacientes comunitarios mayores de 65 años de una muestra sistemática. Puntúa en escala Likert de 4 puntos. Valoraciones positivas como suma de 'satisfecho' y 'muy satisfecho' Estudio de satisfacción con la asistencia.	- Satisfacción general: 90 % valoraciones positivas en 7 de 8 subescalas No en: · Gastos por cuenta propia (70 %) calidad global: 42 % muy satisfecho - Percepción de calidad de médico 90% valoraciones positivas en 9 de 12 subescalas No en: · Prisas de consulta · Explicaciones de problemas médicos · Discusión de problemas (80 – 90 %)
al Qatari <i>et al</i> (297)	1999	Qateef (Arabia Saudí)	789 personas del área. Puntúa en escala Likert de 5 puntos. Porcentaje que responden 'satisfecho' y 'muy satisfecho'. Estudio de satisfacción con atención primaria.	Actitud del personal 96,4 % Resultado percibido 88,4 % Actividades 86,2 % Medidas de privacidad 82,8 % Tiempo de consultas 79,7 % Tiempo de espera 74,9 % Explicaciones 64,7 % Estructura del entorno 63,8 % Medidas de confidencialidad 62,4 % Estructura de la zona de espera 57,7 %
Grol <i>et al</i> (278)	2000	10 países de Europa	17391 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Puntúa en escala Likert de 5 puntos Porcentaje que valora 'buena – excelente' Estudio de evaluación de la atención primaria por pacientes.	17 de las 23 preguntas valoradas por un 80 % como 'buena – excelente'. No en: · Preparación para atención en hospital · Ayuda para manejo de emociones · Ofrecimiento de servicios de prevención · Contacto telefónico con consultorio · Contacto telefónico con médico (70-80 %) · Tiempo de espera en sala de espera (63 %)

**ANEXO 27. Estudios sobre satisfacción del paciente: resultados y valoraciones.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, modo de valorar, objetivo del estudio.	Resultados de satisfacción
Kersnik (279)	2000	Eslovenia	1809 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Puntúa en escala Likert de 5 puntos. Porcentaje que califica ítem como 'excelente' Estudio de satisfacción con atención primaria.	Valoración media de los ítems como 'excelente' en 58,2 % Los peor valorados: - Espera en sala de espera 26 % - Interés en situación personal 46,5 % - Facilidad para explicaciones 49,1 % - Percepción del tiempo de consulta 51,6 %
Mafullul <i>et al</i> (305)	2000	Inglaterra (Reino Unido)	91 cuidadores de pacientes con demencia. Puntúa satisfacción sobre 30. Puntúa dificultades sobre 32. Estudio de satisfacción de cuidadores.	La opinión de los cuidadores incluye: - Satisfacción: 23,7 (5,6) - Dificultades: 12,9 (6,7)
Retamal González <i>et al</i> (199)	2000	Cuenca (España)	295 pacientes que acuden a atención primaria. Puntúa en escala Likert de 7 puntos Estudio de calidad percibida en atención primaria	- Valoración global 6,19 ( $\pm$ 0,9) - atención Médica 6,42 ( $\pm$ 0,79) - Entorno/centro 5,44 ( $\pm$ 1,07) - Cita/trato 6,59 ( $\pm$ 0,81)
Van Hout <i>et al</i> (286)	2001	Holanda.	Consulta de demencia ( <i>memory clinic</i> ): encuesta a 31 pacientes (P), 84 familiares (F), 101 médicos (M) Puntúa en escala Likert de 5 puntos Estudio de opinión de usuarios y médicos	P ... F ... M Comunicación de resultados... 3,7...3,8...--- Información de diagnóstico.....2,8...3,3...3,9 Actitud de los médicos.....3,9...3,3...--- Utilidad de la valoración.....3,8...3,8...3,9 Información a familiares.....----...2,6...2,6
Campbell <i>et al</i> (280)	2001	3 regiones sanitarias de Inglaterra (Reino Unido)	4493 pacientes de atención primaria. Valoraciones en porcentaje. Estudio de calidad de la práctica en atención primaria.	- Acceso 60,7 % - Continuidad de cuidados 66,5 % - Trato por recepcionistas 68,2 % - Comunicación 72,0 % - atención interpersonal 69,2 % - Conocimiento de paciente por médico 59,1 % - Cuidados de enfermería 75,8 % Satisfacción global 74,7 %

## ANEXO 27. Estudios sobre satisfacción del paciente: resultados y valoraciones.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, modo de valorar, objetivo del estudio.	Resultados de satisfacción
Iezzoni <i>et al</i> (295)	2002	EUA	16403 adultos de extracción comunitaria incluidos en seguro Medicare. Ajusta resultados a la población atendida por Medicare. Puntúa en escala Likert de 4 puntos. Porcentaje de población 'insatisfecha' (las 2 puntuaciones más bajas de escala Likert) diferenciado por grupos de edad e incapacidad. Estudio de satisfacción con la asistencia sanitaria y relación con discapacidad.	Menor de 65 años (satisfacción global) - Sin discapacidad o leve: 4,3 % insatisfechos - Discapacidad moderada: 12 % - Discapacidad mayor: 13,2 % 65 ó más años (satisfacción global): - Sin discapacidad o leve: 3,4 % insatisfechos - Discapacidad moderada: 5,1 % - Discapacidad mayor: 13,2 % Valores extremos en calidad de atención: 1,7 % Seguimiento en >65 años sin discapacidad. 13,4 % Información en <65 años con moderada. Valores extremos en Acceso a la atención: 2,5 % Facilidad en >65 años sin discapacidad 29,7 % Costes en <65 años con mayor
Wensing <i>et al</i> (311)	2002	9 países de Europa	15996 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Puntúa en escala Likert de 5 puntos. Resultado en porcentaje, fusionando los dos valores más altos. Estudio de satisfacción de pacientes con disponibilidad de atención primaria.	- Lograr cita: de 62 a 94 % - Contactar por teléfono: de 52 a 95 %. - Hablar por teléfono con médico: de 51 a 93 %. - Espera en sala: de 50 a 79 %. - Rapidez de servicio en atención urgente: de 81 a 98 %.
Gross <i>et al</i> (275)	2003	Israel	135 pacientes diabéticos de una muestra representativa. Porcentaje de valores máximos. Estudio de satisfacción del paciente y relación con seguimiento de guías por médicos.	- Satisfacción con nivel profesional del médico: 46 % 'muy satisfecho'. - Satisfacción con actitud del médico: 53 % 'muy satisfecho'. - Insatisfacción con tratamiento: 39 % 'podía haber sido mejor'.

**ANEXO 27. Estudios sobre satisfacción del paciente: resultados y valoraciones.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, modo de valorar, objetivo del estudio.	Resultados de satisfacción
Iezzoni <i>et al</i> (283)	2003	EUA	16403 adultos de extracción comunitaria incluidos en seguro Medicare. Ajusta resultados a la población atendida por Medicare. Porcentaje de pacientes ‘preocupados’ por cada aspecto de calidad Estudio de satisfacción con la asistencia sanitaria y relación con discapacidad.	Valores extremos de calidad técnica - 0,7 % Competencia en pacientes sin discapacidad. - 12,8 % atención global en pacientes con gran discapacidad. Valores extremos de calidad interpersonal - 2,5 % Respuesta a preguntas en pacientes sin discapacidad. - 17,1 % Prisas en pacientes con gran discapacidad.
al Mandhari <i>et al</i> (291)	2004	Adh Dhahira (Omán)	1226 pacientes mayores de 15 años seleccionados aleatoriamente entre los que acuden al centro de salud. Porcentaje con satisfacción en puntos 4 y 5 de los 5 de la escala Likert. Satisfacción en los 5 grupos de estado de salud mental y física de peor (1) a peor (5) Estudio de satisfacción del paciente y relación con percepción de estado de salud.	Privacidad de la sala de espera: - 1 (peor estado de salud mental): 18,5 % - 5 (mejor estado de salud mental): 22,5 % Tiempo de espera: - 1 (peor estado de salud física): 21 % - 5 (mejor estado de salud mental): 28 % (ejemplos)
Cho <i>et al</i> (277)	2004	Sungnam (Corea del Sur)	537 pacientes, 18 – 65 años, en consultas hospitalarias Puntuación media en escala Likert de 7 puntos (1 – 7), en grupos por número de visitas. Estudia satisfacción de paciente y frecuentación	Satisfacción según visitas en año previo: - 1 visita: 5,25. - 2 – 6 visitas: 5,04. - 7 ó más visitas: 5,30.

## ANEXO 27. Estudios sobre satisfacción del paciente: resultados y valoraciones.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, modo de valorar, objetivo del estudio.	Resultados de satisfacción
Montgomery <i>et al</i> (242)	2004	13 estados EUA	4173 pacientes mayores de 65 años con atención ambulatoria en Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Cambios en porcentaje a lo largo de 2 años. Estudio de percepción de calidad de asistencia.	- calidad de la interacción médico-paciente: - Comunicación: de 80,3 a 77,3 - Trato interpersonal: de 75,8 a 73,5 - Minuciosidad de examen: de 76 a 74 - Confianza: de 79,8 a 80,5 - Conocimiento de paciente por médico: de 68,9 a 71,4 - Aspectos estructurales / organizacionales: - Acceso financiero: de 39,7 a 36,7 - Acceso organizacional: de 65,5 a 66,6 - Continuidad de visitas: de 92,7 a 88,3 - Integración: de 76,7 a 75,5
Spertus <i>et al</i> (288)	2004	2 estados EUA	44 pacientes con revascularización MM.II. (basal: 0) 35 responden tras intervención (6 semanas: 6) Encuestas escritas. Creación de índice de satisfacción.	Dentro de las 7 escalas puntuadas: - Satisfacción tratamiento: 70,4 (0) ... 84,1 (6) - Valoración global: 32,9 (0) ... 63,2 (6)
Díaz (215)	2005	Málaga (España)	400 adultos seleccionados aleatoriamente de área urbana. Cuestionario modelo SERVQUAL de 22 preguntas valorando en escala Likert de 7 puntos, de '1' a '7'. Estudio de percepción de calidad de asistencia y su relación con el uso de servicios sanitarios públicos.	puntuación media 3,83 - puntuación más alta: Preparación de los médicos 4,97 - puntuación más baja: Tiempo transcurrido para cirugía 2,51
Fan <i>et al</i> (227)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en 7 centros de Veteranos. Valoraciones en porcentaje. Estudio de satisfacción del paciente.	- Escala humanística: (capacidad de comunicación y cualidades humanas del personal) Media 72,4 (DE 23,9) - Escala organizacional: (acerca de los cuidados proporcionados) Media 64,2 (DE 23,6)





## ANEXO 27. Estudios sobre satisfacción del paciente: resultados y valoraciones.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, modo de valorar, objetivo del estudio.	Resultados de satisfacción
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Este de Escocia (Reino Unido)	3044 pacientes acuden a consulta de atención primaria. Encuesta antes y después de la cita. Estudia diferencias en estado de salud y atención entre áreas con buena y mala situación socioeconómica.	Satisfacción con accesibilidad a consulta: - muy pobre 4,6 % - pobre 11,9 % - aceptable ( <i>fair</i> ) 25 % - buena: 24,1 % - muy buena: 19,2 % - excelente 15,1 %
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Puntuaciones en porcentaje Ensayo clínico sobre cambio en calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas	Todas valoraciones > 70 % basales y a los 6 m. Mejoran los 5 dominios de encuesta en grupo intervención, significativo sólo para 'comunicación con el médico'
Smolderen <i>et al</i> (289) Hoeks <i>et al</i> (290)	2008 2009	Países Bajos	465 pacientes con revascularización MM.II. Encuesta escrita. Puntuaciones en porcentajes. Adaptación y validación de encuesta de percepción de pacientes con arteriopatía periférica.	- Satisfacción con tratamiento: 77,4 (±27,5) - Valoración global: 62 (± 28,2).
Kontopantelis <i>et al</i> (126)	2010	Inglaterra	1999523 pacientes en atención primaria Encuesta postal. Respuestas 'sí/no'. (% sí) Estudio de satisfacción de accesibilidad de atención primaria	- satisfecho con contacto telefónico: 87,4 % - capacidad para dar cita en 2 días o menos: 86,2 % - capacidad para programar cita en más 2 días: 76 %, - capacidad para tener cita con un médico concreto: 86,7% - satisfacción con el horario de cirugía: 82,4%

ANEXO 27. Estudios sobre satisfacción del paciente: resultados y valoraciones.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, modo de valorar, objetivo del estudio.	Resultados de satisfacción
Bowling <i>et al</i> (285)	2013	Londres y Essex (Gran Bretaña)	833 pacientes en consultas de atención primaria y Hospital Entrevistas y cuestionario. Escala Likert 5 puntos invertida Comparativa de expectativas previas y satisfacción con consulta	Satisfacción: media 1,88 ( $\pm$ 0,92)
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados.</b> <b>Puntúa en escala Likert: de ‘1’ mucho peor que lo esperado, a ‘5’ mucho mejor que lo esperado.</b> <b>Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>Puntuación media global: 3,68 (<math>\pm</math> 0,6)</b> <b>Puntuación media global &lt; 3: 12,1 %</b> <b>(por debajo de ‘lo esperado’)</b> <b>Puntuación media global 4: 26,1 %</b> <b>(por encima de ‘mejor que lo esperado’)</b> <b>Más valorados (puntuación media):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amabilidad de enfermería 4,08 <math>\pm</math> 0,79</li> <li>- Amabilidad de médico 4,07 <math>\pm</math> 0,9</li> <li>- Interés de enfermería 3,97 <math>\pm</math> 0,88</li> </ul> <b>Menos valorados (puntuación media):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material y equipos: 3,49 <math>\pm</math> 0,79</li> <li>- Tiempo para lograr cita 3,28 <math>\pm</math> 1,76</li> <li>- Tiempo en sala de espera 2,80 <math>\pm</math> 0,98</li> </ul> <b>Más valorados (suma valores ‘4’ y ‘5’):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amabilidad de enfermería 76 %</li> <li>- Amabilidad de médico 76 %</li> <li>- atención de médico a explicaciones 75 %</li> </ul> <b>Menos valorados (suma valores ‘4’ y ‘5’):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material y equipos: 44 %</li> <li>- Tiempo para lograr cita 42 %</li> <li>- Tiempo en sala de espera 21 %</li> </ul>

## ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Doyle <i>et al</i> (282)	1977	Illinois (EUA)	432 personas participantes de una muestra representativa de un área. Estudio de satisfacción con atención médica.	Correlación con satisfacción <ul style="list-style-type: none"> <li>- conducta del médico (r=0,644)</li> <li>- instalaciones (r=0,301)</li> <li>- continuidad de cuidados (r=0,282)</li> <li>- accesibilidad (r=0,262)</li> <li>- disponibilidad de médicos de familia (r=0,121)</li> <li>- disponibilidad de especialistas y hospital (no significativo)</li> </ul> <p>Regresión logística</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuidad de cuidados: nivel educativo.</li> </ul>
Patrick <i>et al</i> (304)	1983	Lambeth (Londres, Reino Unido)	1245 pacientes de una zona de Londres. Estudio de satisfacción con atención primaria y relación con nivel de discapacidad.	Mayor discapacidad se asocia a menor Satisfacción general y a menor valoración de las 3 subescalas. Otros aspectos relacionados con medidas de Satisfacción: género, clase social, enfermedades, autopercepción de salud, apoyo social y acontecimientos vitales adversos.
Hall <i>et al</i> (307)	1990	EUA	'Meta-análisis' de relación de características socio-demográficas con satisfacción con asistencia	Más satisfacción con: Mayor edad (con la mayor de las correlaciones identificadas r=0,13), menor nivel educativo. Dudosa mayor satisfacción con: Estado civil (casado), Nivel social alto. Sin relación: origen étnico, sexo, ingresos económicos, tamaño familiar.
Williams <i>et al</i> (292)	1991	Suroeste de Inglaterra (Reino Unido)	454 pacientes representativos de área de atención primaria. Estudio de satisfacción con atención primaria.	Correlaciones con satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> <li>- comunicación (r=0,64).</li> <li>- calidad de la relación médico-paciente (r=0,61)</li> <li>- habilidad profesional del médico (r=0,58)</li> </ul>
Ortola <i>et al</i> (293)	1993	Alcoy (Alicante, España)	312 usuarios de área de atención primaria (muestra sistemática). Estudio de satisfacción con atención primaria.	'Tiempo de espera en sala' es el aspecto que más influye en satisfacción. Factores socio-demográficos no influyen.

**ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Calnan <i>et al</i> (294) Williams <i>et al</i> (292)	1994	Inglaterra, Grecia, Serbia, Rusia	Parte de muestra de Williams <i>et al</i> (292) y las compara con otros 3 países. Estudio de satisfacción con atención primaria.	Aspectos clave para satisfacción: - naturaleza y calidad de relación médico-paciente - habilidades profesionales del médico
Wilde <i>et al</i> (310)	1995	Värmland (Suecia)	428 pacientes mayores de 60 años. Encuesta de percepción de calidad de asistencia	- Poca importancia de sexo, edad y autopercepción de salud. - Bienestar psicológico se relacionaba con mejor valoración de 'Realidad percibida'. - En 'Importancia subjetiva', peor valoración por parte de los pacientes que están en domicilio ( <i>service homes</i> ) frente a los otros entornos (residencia, enfermería a domicilio, atención geriátrica), sobre todo en lo referente a la calidad científico-técnica de los cuidadores. - En 'Realidad percibida', peor valoración de los pacientes en domicilio y en atención geriátrica.
Baker (276)	1996	Suroeste de Inglaterra (Reino Unido)	7273 pacientes de atención primaria Estudio de satisfacción con médicos generales.	Asociaciones significativas en regresión múltiple: - satisfacción general: edad media de pacientes mujeres, edad del médico, consultas de prácticas, tamaño de cupo - atención profesional: edad de pacientes mujeres, consultas de prácticas. - profundidad de relación: edad de pacientes mujeres, proporción de varones, consulta de prácticas. - percepción del tiempo: tamaño de cupo, edad de pacientes varones, pacientes por hora.

## ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Wensing <i>et al</i> (239)	1997	Países Bajos	762 pacientes con enfermedades crónicas que acuden a consultas en atención primaria. Estudios de calidad de asistencia en atención primaria y su relación con estado de salud.	Un estado de salud global pobre predijo peores valoraciones de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- atención médica</li> <li>- información y consejo</li> <li>- relación y comunicación</li> <li>- continuidad de cuidado</li> <li>- organización de citas</li> </ul> Un bienestar mental pobre predijo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- peor valoración cooperación entre proveedores de cuidados</li> <li>- necesidad de más cuidados.</li> </ul> No hubo relación con la valoración de disponibilidad para urgencias.
Lee <i>et al</i> (284)  (sigue) (sigue) Lee <i>et al</i> (284)	1998	EUA	8859 pacientes comunitarios mayores de 65 años de una muestra sistemática. Estudio de satisfacción con la asistencia.	Factores asociados a las 5 subescalas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad (a mayor edad, menor percepción de: calidad global, Habilidades técnicas, Trato interpersonal e Información recibida)</li> <li>- Género (varones valoraban mejor el Acceso)</li> <li>- Ingresos económicos (a más ingresos, valora mejor las 5 subescalas)</li> <li>- Estado de salud (peor percepción de salud valora peor las 5 subescalas)</li> <li>- Limitación para actividades sociales (con cierta limitación en el mes previo se valora peor el Trato interpersonal)</li> <li>- Uso de servicio médico (a mayor número de visitas en el año previo, se valoraban más las 5 subescalas)</li> <li>- Tiempo en sala de espera (a más tiempo, valora peor las 5 subescalas).</li> </ul> Las subescalas se relacionaban entre sí: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción general estaba influida por las 3 subescalas de Percepción de calidad de médico.</li> <li>- Acceso se asociaba a Habilidades técnicas y Trato interpersonal.</li> </ul>

**ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Safran <i>et al</i> (301)	1998	Massachusetts (EUA)	7204 Adultos empleados por la administración estatal. Estudio de características de atención primaria y conexión con resultados, entre ellos satisfacción del paciente	Resultados y elementos de atención asociados: - Satisfacción de paciente: confianza de paciente en médico - Adherencia: conocimiento integral del paciente por el médico, confianza del paciente en el médico. - Mejoría del estado de salud: integración de cuidados, minuciosidad de exploración, comunicación, conocimiento integral del paciente por el médico, confianza del paciente en el médico.
al Qatari <i>et al</i> (297)	1999	Qateef (Arabia Saudí)	789 personas del área. Estudio de satisfacción con atención primaria.	Componentes de calidad y características asociadas en regresión múltiple: - Actitud de personal: frecuencia de uso. - Actividades: frecuencia de uso, sexo del paciente. - Tiempo de consulta: frecuencia de uso, zona rural o urbana. - Explicaciones: frecuencia de uso, sexo del paciente. - Estructura del entorno: frecuencia de uso. - Estructura de la zona de espera: frecuencia de uso, sexo del paciente.
Grol <i>et al</i> (278)	2000	10 países de Europa	17391 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudio de evaluación de la atención primaria por pacientes.	Mejor valoración de la atención asociada a: - Menor edad de los pacientes. - Mayor número de visitas. - Acceso a especialistas y hospitales no limitado por médicos generales. - Existencia de pago por servicios. No se asocia a sexo y estado de salud de paciente.
Kersnik (279)	2000	Eslovenia	1809 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudio de satisfacción con atención primaria.	Mejor valoración en pacientes de: - poblaciones de menor población (diferencia 2 grupos en 15000 habitantes) - mayor edad (>65 años frente a grupos 18 – 39, 40 – 54 y 54 – 64). Sin influencia de género del paciente y del médico.
Mafullul <i>et al</i> (305)	2000	Inglaterra (Reino Unido)	91 cuidadores de pacientes con o sin demencia. Estudio de satisfacción de cuidadores.	La satisfacción de los cuidadores tiene como factores independientes asociados en la regresión lineal múltiple: - Edad del cuidador (mayor satisfacción a más edad) - Dificultades percibidas (menor satisfacción a más dificultades). Explican 30,6 % de varianza total observada

## ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Retamal González <i>et al</i> (199)	2000	Cuenca (España)	295 pacientes que acuden a atención primaria. Estudio de calidad percibida en atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración global: diferencias significativas según edad, nivel de estudios y posición social.</li> <li>- 21 ítems: 9 más valorados en población menor, uno en población menor, 11 sin diferencias significativas.</li> <li>- Componentes de atención: Diferencias significativas para 1 de los 3 ('Entorno/centro') entre los 2 centros de salud incluidos</li> </ul>
Tucker <i>et al</i> (308)	2000	EUA	4882 militares en activo. Estudio de satisfacción con atención recibida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regresión: acceso, comunicación, resultados y calidad predicen 42 % de variación de la puntuación de satisfacción de los pacientes.</li> <li>- Análisis de varianza: diferencias significativas en satisfacción dependiendo de características socio-demográficas, salvo para estado civil y lugar de trabajo.</li> <li>- Características socio-demográficas influyen en satisfacción, salvo género y estado civil.</li> <li>- Edad, rango en ejército, género, educación, raza, estado de salud y uso de recursos sanitarios modifican significativamente la satisfacción, pero en conjunto predicen el 5 % de puntuación de satisfacción.</li> </ul>
Campbell <i>et al</i> (280)	2001	3 regiones sanitarias de Inglaterra (Reino Unido)	4493 pacientes de atención primaria. Estudio de calidad de la práctica en atención primaria.	<p>Evaluación por paciente y variables asociadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso: Buena relación entre personal, Cupos pequeños.</li> <li>- Continuidad de cuidados: Buena relación entre personal.</li> <li>- Trato por recepcionistas: Buena situación económica, Cupos pequeños.</li> <li>- atención interpersonal: Buena situación económica.</li> <li>- Satisfacción: Buena situación económica, Buena relación entre personal.</li> </ul>
Van Hout <i>et al</i> (286)	2001	Holanda.	Consulta de demencia ( <i>memory clinic</i> ): 31 pacientes, 84 familiares, 101 médicos Estudio de opinión de usuarios y médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Correlaciones significativas en 'Información médica': Pacientes – médicos (<math>r=0,42</math>), Familiares – médicos (<math>r=0,88</math>)</li> <li>- Diferencias significativas: En 'Información médica', mejor en familiares de pacientes con demencia En 'Información a familiares', peor en médicos de pacientes con demencia</li> </ul>



**ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Iezzoni <i>et al</i> (295)	2002	EUA	16403 adultos de extracción comunitaria incluidos en seguro Medicare. Ajusta resultados a la población atendida por Medicare. Estudia satisfacción con asistencia sanitaria y relación con discapacidad	La probabilidad de insatisfacción, en los 5 aspectos de atención y en 4 de 5 cuestiones de acceso a asistencia aumenta con <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor discapacidad.</li> <li>- Menor edad (dintel en 65 años).</li> </ul> La única excepción es la valoración del Seguimiento en menores de 65 años, que no se relaciona con el nivel de discapacidad.
Johansson <i>et al</i> (279)  (sigue) Johansson <i>et al</i> (279)	2002	Revisión de la literatura	Revisión de 30 estudios identificados acerca de la satisfacción con la atención de enfermería.	8 dominios identificados dentro de satisfacción (y aspectos relacionados) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. contexto socio-demográfico de los pacientes (mayor satisfacción a mayor edad de paciente, en varones respecto a mujeres, y con menor nivel educativo).</li> <li>2. expectativas de cuidados (información recibida de enfermería, conocimientos, atención personal – acompañamiento, consejo-, capacidad empática, habilidad de comunicación)</li> <li>3. entorno físico</li> <li>4. comunicación e información: claridad de explicación, recepción durante trabajo rutinario frente a guardias (sigue)</li> <li>5. participación: necesidad de tener ocasión de tomar parte en decisiones</li> <li>6. relación interpersonal: entendimiento mutuo, respeto, confianza, honestidad, cooperación y humor. (relación con: tiempo de atención, empatía y paciencia)</li> <li>7. competencia médico-técnica: control del dolor</li> <li>8. organización de atención de salud: (continuidad de atención, accesibilidad, cantidad de personal, satisfacción de personal, entorno de trabajo)</li> </ol>

## ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Wensing <i>et al</i> (311)	2002	9 países de Europa	15996 pacientes que acuden a consulta de atención primaria. Estudio de satisfacción de pacientes con disponibilidad de atención primaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lograr cita: menor número de médicos en consulta.</li> <li>- Contactar por teléfono: menor número de médicos en consulta, zona rural.</li> <li>- Hablar por teléfono con médico: menor número de médicos en consulta.</li> <li>- Espera en sala: médicos varones, menor número de médicos en consulta.</li> <li>- Rapidez de servicio en atención urgente: zona rural.</li> </ul>
Gross <i>et al</i> (275)	2003	Israel	135 pacientes diabéticos de una muestra representativa. Estudio de satisfacción de paciente y relación con seguimiento de guías por médicos	<p>Regresión logística: factores asociados a satisfacción</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción con nivel profesional del médico: n° explicaciones extraídas de guías.</li> <li>- Satisfacción con actitud médico: n° tratamientos recomendados en guía</li> <li>- Insatisfacción con tratamiento: n° tratamientos recomendados en guías.</li> </ul>
Iezzoni <i>et al</i> (283)	2003	EUA	16403 adultos de extracción comunitaria incluidos en seguro Medicare. Ajusta resultados a población atendida por Medicare. Estudio de satisfacción con la asistencia sanitaria y relación con discapacidad.	<p>La probabilidad de insatisfacción en análisis multivariante, en los 6 aspectos de calidad técnica y en 5 de los 6 aspectos de calidad interpersonal, aumenta cuanto mayor es la discapacidad.</p> <p>La única excepción es la valoración de la 'Dependencia del médico para sentirse mejor'.</p>
al Mandhari <i>et al</i> (291)  (sigue) al Mandhari <i>et al</i> (291))	2004	Adh Dhahira (Omán)	1226 pacientes mayores de 15 años seleccionados aleatoriamente entre los que acuden al centro de salud. Estudio de satisfacción del paciente y relación con percepción de estado de salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estructura del centro y sala de espera <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de Salud física: se asocia con satisfacción con tiempos de espera. Predice valoración de limpieza de centro; localización y limpieza de zona de espera; y disponibilidad de lavabos</li> <li>- Nivel de Salud mental: se asocia con satisfacción con personal de centro; localización, espacio, muebles, orden, limpieza y privacidad de sala de espera; y disponibilidad de lavabos. Predice valoración de personal, horario de trabajo; espacio, cuidado, limpieza y privacidad de sala de espera. (sigue)</li> </ul> </li> <li>2. Proceso de atención <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de Salud física: se asocia con satisfacción con explicación de diagnósticos y normas de cuidados antenatales. Predice valoración de</li> </ul> </li> </ol>

**ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
				<p>confidencialidad de consulta, explicación de cuidados antenatales y normas de cuidados antenatales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de Salud mental: se asocia con satisfacción con explicaciones acerca de fármacos. Predice valoración de actitud de médico, tiempo de consulta con médico, preguntas del médico.</li> </ul>
Cho <i>et al</i> (277)	2004	Sungnam (Corea del Sur)	537 pacientes ambulatorios de 18 – 65 años que acuden a consultas hospitalarias. Estudio de satisfacción del paciente y relación con frecuencia de visitas.	<p>Influencia de Dimensiones en Satisfacción (explican 60 % varianza):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Global: interés de no médicos &gt; conveniencia de cuidados (pruebas, pagos, citas) &gt; interés de médicos.</li> <li>- 1 visita y 2 – 6: conveniencia de cuidados &gt; interés de no médicos.</li> <li>- 7 ó más visitas: interés de médicos &gt; conveniencia de cuidados &gt; interés de no médicos &gt; tangibles (equipamiento, instalaciones).</li> </ul>
Infante <i>et al</i> (245)	2004	Nueva Gales del Sur y Australia del Sur (Australia)	76 pacientes con enfermedades crónicas en 12 Grupos focales. Prioridades de atención referidas por pacientes. Estudia percepción de pacientes sobre calidad de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- calidad de médicos: competencia técnica, habilidad interpersonal, tiempo para paciente en consulta, continuidad de cuidados.</li> <li>- Papel de organizaciones: reconocer conocimiento del paciente, autocuidado, relación con organizaciones, información del paciente.</li> <li>- Equipo de consulta: importancia de enfermería y personal administrativo.</li> </ul>
Spertus <i>et al</i> (288)	2004	2 estados EUA	44 pacientes antes de revascularizar MM.II. 35 además 6 semanas después. Correlaciones. Creación de índice de percepción del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración global basal: tiempo de ejercicio 0,32, distancia 0,62, velocidad 0,78, inclinación 0,78, situación física SF-36 0,77.</li> <li>- Valoración global a las 6 semanas: tiempo de ejercicio 0,44, distancia 0,64, velocidad 0,70, inclinación 0,73, situación mental SF-36 0,59, situación física SF-36 0,77.</li> <li>- No se estudian correlaciones con la escala ‘satisfacción con tratamiento’</li> </ul>
Díaz (215)	2005	Málaga (España)	400 adultos seleccionados aleatoriamente de un área urbana. Estudio de percepción de calidad de asistencia y relación con uso de servicios sanitarios públicos.	Peor valoración en los que no habían accedido sanidad pública en los últimos 5 años para todas las 22 preguntas.

## ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Fan <i>et al</i> (227)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en 7 centros de Veteranos. Relaciones según análisis multivariante. Estudio de satisfacción del paciente y relación con continuidad de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala humanística se relaciona con: Edad (mejor a más edad) y sexo (mejor en mujeres) del paciente, ingresos económicos, autopercepción de salud física y mental, tiempo de seguimiento (mejor si era &lt; 5 años), uso de otros servicios de salud, consultas en atención primaria en año previo, centro de seguimiento, sexo del médico, ser atendido por el mismo médico.</li> <li>- Escala organizacional se relaciona con: Edad y sexo del paciente, nivel educativo, autopercepción de salud mental, tiempo de seguimiento (mejor si era &lt; 5 años), uso de otros servicios de salud, consultas en atención primaria en año previo, centro de seguimiento, centro de seguimiento y ser atendido por el mismo médico.</li> </ul> <p style="text-align: right;">Explican 19 % de la varianza total</p>
Fan <i>et al</i> (167)	2005	EUA	21689 pacientes en seguimiento en 7 centros de Veteranos. Relaciones según análisis multivariante. Estudio de satisfacción del paciente y relación con estado funcional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala organizacional se relaciona con: <ul style="list-style-type: none"> <li>En angina: percepción de enfermedad &gt; estabilidad.</li> <li>En enfermedad pulmonar obstructiva crónica: habilidad para adaptarse.</li> <li>En diabetes: educación recibida &gt; carga emocional &gt; control glucémico.</li> </ul> </li> <li>- Escala humanística se relaciona con: <ul style="list-style-type: none"> <li>En angina: percepción de enfermedad &gt; frecuencia.</li> <li>En enfermedad pulmonar obstructiva crónica: habilidad para adaptarse &gt; función física.</li> <li>En diabetes: educación recibida &gt; carga emocional.</li> </ul> </li> </ul> <p>Concluye más relación con educación y capacidad de adaptación que con la propia severidad.</p>

**ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Parchman <i>et al</i> (241)	2005	Texas (EUA)	422 pacientes con cita en los 13 meses previos, en administración de veteranos del ejército. 339 pacientes con datos para regresión múltiple. Estudia: satisfacción con asistencia	Regresión múltiple (características asociadas a percibir más molestias en el sistema): - tener ‘múltiples’ problemas frente a ‘único’. - Raza negra. - Peor percepción de salud física y mental (SF-12) - Menor valoración de Coordinación de atención y de Comunicación.
Shadmi <i>et al</i> (246)	2006	Maryland (EUA)	120 personas mayores de 65 años de extracción comunitaria en el quintil de mayor gasto sanitario. Estudio de calidad percibida de la atención primaria y su relación con el nivel de morbilidad.	En regresión múltiple, un nivel mayor de morbilidad se asocia a una menor valoración de satisfacción en los 5 dominios de la escala.
Duberstein <i>et al</i> (247)	2007	Rochester (Nueva York, EUA)	4616 pacientes adultos (18 – 65 años). Análisis multivariante separando tiempo de relación médico – paciente. Valoración de los médicos por los pacientes, con satisfacción.	Predictores de valoración del médico según tiempo de seguimiento: - < 1 año: sexo del médico (mejor en varones). - 1 – 5 años: edad del paciente (mejor a más edad), número de enfermedades (mejor con más) - > 5 años: sexo del paciente (mejor en mujeres), edad del paciente, número de enfermedades, apertura a experiencia ( <i>openness</i> ) y diligencia ( <i>conscientiousness</i> ) del médico.
Hoffman <i>et al</i> (294)	2007	Estados Unidos	12769 usuarios de Medicare mayores de 65 años Relación movilidad-satisfacción ajustando. Estudio de satisfacción con la asistencia	Un menor nivel de movilización predice una menor puntuación de satisfacción

## ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Mercer <i>et al</i> (228)	2007	Este de Escocia (Reino Unido)	3044 pacientes acuden a consulta de atención primaria. Estudia diferencias en estado de salud y atención entre áreas con buena y mala situación socioeconómica.	En las zonas económicamente deprimidas era menor la satisfacción: <ul style="list-style-type: none"> <li>- con el acceso.</li> <li>- con la duración de la consulta.</li> </ul>
Boyd <i>et al</i> (281)	2008	Maryland (EUA)	150 pacientes, consultas de Medicina Interna y atención primaria Ensayo clínico sobre cambio en percepción de la calidad de asistencia mediante formación en enfermedades crónicas a pacientes	Un programa de formación a los pacientes crónicos mejora la percepción de la calidad (en concreto de la comunicación médico-paciente)
Smolderen <i>et al</i> (289) Hoeks <i>et al</i> (290)	2008 2009	Países Bajos	465 pacientes con revascularización MM.II. Análisis univariante. Adaptación de encuesta de percepción de pacientes con arteriopatía periférica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción con tratamiento: mejor en pacientes sin claudicación; mejor a mayor distancia de claudicación; sin influencia del número de factores de riesgo vascular presente.</li> <li>- Valoración global: mejor en pacientes sin claudicación, mejor a mayor distancia de claudicación y mejor a menor número de factores de riesgo (también persiste asociación en análisis multivariante).</li> </ul>
Kontopantelis <i>et al</i> (126)	2010	Inglaterra	1999523 pacientes en atención primaria Encuesta postal. Estudio de satisfacción de accesibilidad de atención primaria	<p>Predicen menos satisfacción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- más jóvenes frente a más ancianos (dintel en 45 años), consultas con cupos grandes, áreas urbanas –Londres- frente a rurales).</li> <li>- Etnia (asiáticos peor), trabajo a tiempo completo, trabajo a distancia</li> </ul> <p>El modelo predictivo explica del 15 al 30 % de las respuestas a las 5 cuestiones analizadas</p>

**ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.**

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
Lyratzopoulos <i>et al</i> (127)	2012	Inglaterra	2163456 pacientes en atención primaria Encuesta de satisfacción con atención primaria	Predicen peor valoración de la asistencia: asiáticos y chinos (vs otros), pacientes jóvenes (vs ancianos), mal estado de salud (autorreferido, vs bueno) No significativos: raza negra (vs otros), género, situación económica
Bowling <i>et al</i> (285)	2013	Londres y Essex (Gran Bretaña)	833 pacientes en consultas de atención primaria y Hospital Entrevistas y cuestionario. Comparativa de expectativas previas y satisfacción con consulta	Predictores de satisfacción tras consulta: - Edad (mejor > 60 años vs <60), género (mejor mujer), raza blanca (vs otras), atención (mejor primaria vs hospital) - Expectativas pre-consulta no predicen satisfacción. - Valoraciones posteriores que predicen: comunicación con el médico, información transmitida, desenlaces clínicos.
<b>Esta tesis</b>		<b>Sevilla (España)</b>	<b>472 pacientes pluripatológicos encuestados. Estudio de calidad percibida de la asistencia.</b>	<b>Análisis univariante (se especifican los que valoran mejor):</b> - <b>Demográficos: varones, pacientes de Camas.</b> - <b>Sociofamiliar: convivientes con hijos.</b> - <b>Situación clínica: con más categorías, con categoría F, sin categoría B, con diagnósticos diabetes mellitus o arteriopatía periférica, sin diagnóstico de artrosis.</b> - <b>Situación cognitiva: con más deterioro cognitivo.</b> - <b>atención primaria: con más de una consulta con médico de familia en meses previos, con acceso telefónico a enfermero.</b> - <b>atención especializada: con menos seguimiento por especialidades quirúrgicas.</b> - <b>Medicina Interna: sin citas con internista, sin acceso telefónico a internista.</b> - <b>Relación con profesionales: sin identificar a enfermero, con más empatía con médico de familia, con más empatía con enfermero.</b> - <b>cuidador: sin cuidador.</b> <b>Análisis univariantes con factores combinados:</b> - <b>Edad y género del paciente (en límite de significación).</b> - <b>Nivel cognitivo y presencia de cuidador: mejor en pacientes con</b>

## ANEXO 28. Estudios sobre satisfacción del paciente: factores relacionados y predictores de satisfacción.

Referencia	Año	Localización	Estudio: población, objetivo	Factores relacionados y predictores de satisfacción
(sigue) Esta tesis				<p><b>deterioro cognitivo que no requerían cuidador.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>categorías de paciente pluripatológico (en límite de significación)</b></li> </ul> <p><b>Correlaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Situación socio-familiar: situación familiar.</b></li> <li>- <b>Situación funcional y cognitiva.</b></li> <li>- <b>atención primaria: consultas en el centro.</b></li> <li>- <b>atención especializada: consultas con especialidades quirúrgicas.</b></li> <li>- <b>Relación: empatía con médico (la mayor 0,403), empatía con enfermero.</b></li> </ul> <p><b>Regresión logística:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Demográficas: residentes en Camas (vs Sevilla).</b></li> <li>- <b>Situación socio-familiar: residentes con hijos o con pareja (vs otros).</b></li> <li>- <b>atención primaria: una o más de una consultas con médico (vs ninguna), acceso telefónico de enfermero (vs sin acceso).</b></li> <li>- <b>atención especializada: seguimiento por ninguna especialidad (vs una o más)</b></li> <li>- <b>Relación: alta empatía con el médico (vs baja), no identificar al enfermero (vs identificarle).</b></li> <li>- <b>cuidador: sin cuidador.</b></li> </ul>



## **X. BIBLIOGRAFÍA**



1. Comorbilidad en Instituto Nacional del Cáncer [Available from: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?CdrID=256556>].
2. Comorbilidad en PubMed [Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=comorbidity>].
3. Abrams JD. MIXED GLAUCOMA. *Br J Ophthalmol*. 1961;45(7):503-10.
4. Cross HE, McKusick VA. A survey of neurological disorders in a genetic isolate. *Neurology*. 1967;17(8 Pt 1):743-51.
5. Palmer HL, Fujimoto WY, Palmer DG, Seegmiller JE. Phosphoribosyltransferase levels of Maori subjects with gout. *NZMedJ*. 1969;70(451):403-5.
6. Leone G, Lanza A. [Notes on cases of carcinoma of the uterine body observed in the S. Anna Hospital, Turin, between 1954-1969 and the Piedmont and Aosta Valley areas in the period 1965-1969]. *ArchSciMed(Torino)*. 1973;130(1):49-96.
7. Núñez L, Gurpegui M. Esquizofrenia aguda y psicosis por drogas: comorbilidad, características sociodemográficas y diferenciación psicopatológica (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría). *An Psiquiatr*. 1990;6(Supl.1):30.
8. Moss AJ. Profile of high risk in people known to have coronary heart disease: A review. *Circulation*. 1975;52(6 Suppl):III147-III154.
9. Kind R, Hornstein OP, Meinhof W, Weidner F. [Tinea capitis due to *Trichophyton rubrum* and multi-morbidity in old age with partial defect of cellular immunity]. *Hautarzt*. 1974;25(12):606-10.
10. Weyerer S. Mental disorders among the elderly. True prevalence and use of medical services. *ArchGerontolGeriatr*. 1983;2(1-2):11-22.
11. Brotons C, Monteserin R, Martinez M, Sellares J, Baulies A, Fornasini M. [Assessment of the effectiveness of an instrument to identify health and social problems in an elderly population from a primary health care center]. *AtenPrimaria*. 2005;36(6):317-23.
12. Carayon A, Languillon J, Rousselot M, Robin P. [Aspects and complications of the polyopathy of leprosy]. *BullSocMedAfrNoireLang Fr*. 1969;14(1):140-54.
13. Koch PM. Polypathia -not personality- caused our problems with Leon. *Nursing*. 1982;12(5):41-3.

14. Rodríguez Miñón J, Arrieta Álvarez F, Herrera Pombo J, Oliva Aldámiz H, Navarro Berastegui V, Rivas Manga M, et al. Polipatología hepática. *Bol Fund Jiménez Díaz*. 1971;3(5):283.
15. Hertzeanu H, Aron L. Holter monitoring for dizziness and syncope in old age. *Acta Cardiol*. 1985;40(3):291-9.
16. Asencio Rodríguez O, Castillo Pérez P, JM GG. Farmacoterapia tricíclica de la depresión senil con pluripatología orgánica concomitante. Estudio comparativo clomipramina-lofepramina. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1987;22(4):199-211.
17. Davis HL, White WG, Sutliff WD. Characteristics of hospitalized tuberculous patients today. *SouthMedJ*. 1978;71(11):1401-5.
18. Roman Diaz M. [Prevalence of obesity and associated conditions in a center for family medicine]. *BolAsocMedPR*. 1992;84(11):302-4.
19. Ollero M, Bernabeu M, Rincón M, Upshur R, Berstein B. Chapter 2. The language of polyopathy. In: Jadad AR CA, Martos F, Smith R, Lyons RF, editor. *When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
20. Pascual de la Pisa B, García Lozano M, Bohórquez Colombo P, C MC. Capítulo 2. La Pluripatología. In: Pública EAdS, editor. *Curso virtual "atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas"*2014.
21. Gautam P, Macduff C, Brown I, Squair J. Unplanned readmissions of elderly patients. *Health Bull(Edinb)*. 1996;54(6):449-57.
22. Lyratzopoulos G, Havely D, Gemmell I, Cook GA. Factors influencing emergency medical readmission risk in a UK district general hospital: A prospective study. *BMCEmergMed*. 2005;5(1):1.
23. Marcantonio ER, McKean S, Goldfinger M, Kleefield S, Yurkofsky M, Brennan TA. Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a Medicare managed care plan. *AmJMed*. 1999;107(1):13-7.
24. Parker JP, McCombs JS, Graddy EA. Can pharmacy data improve prediction of hospital outcomes? Comparisons with a diagnosis-based comorbidity measure. *Med Care*. 2003;41(3):407-19.
25. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *JChronicDis*. 1987;40(5):373-83.
26. Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *JClinEpidemiol*. 1992;45(6):613-9.

27. Holman CD, Preen DB, Baynham NJ, Finn JC, Semmens JB. A multipurpose comorbidity scoring system performed better than the Charlson index. *JClinEpidemiol*. 2005;58(10):1006-14.
28. Chu LW, Pei CK. Risk factors for early emergency hospital readmission in elderly medical patients. *Gerontology*. 1999;45(4):220-6.
29. Kwok T, Lau E, Woo J, Luk JK, Wong E, Sham A, et al. Hospital readmission among older medical patients in Hong Kong. *JRCollPhysicians Lond*. 1999;33(2):153-6.
30. Au SY, Chan KM, Chan YH, Pang WS. Early unplanned readmission of elderly in Singapore: a retrospective study. *AnnAcadMedSingapore*. 2002;31(6):738-44.
31. Librero J, Peiro S, Ordinana R. Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. *JClinEpidemiol*. 1999;52(3):171-9.
32. Wyke S, Hunt K, Walker J, Wilson P. Frequent attendance, socioeconomic status and burden of ill health. An investigation in the west of Scotland. *EurJGenPract*. 2003;9(2):48-55.
33. Mancera Romero J, Munoz Cobos F, Paniagua Gomez F, Fernandez Lozano C, Fernandez Tapia M, Blanca Barba F. [Health problems and factors determining the number of on-demand visits of over-users of a health centre]. *AtenPrimaria*. 2001;27(9):658-62.
34. Garcia Lavandera LJ, Alonso Fernandez M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS, Munoz Baragano P, Blanco Suarez AM. [Comparative study of normal and over-users of a health center]. *AtenPrimaria*. 1996;18(9):484-9.
35. Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *ScandJPrimHealth Care*. 2001;19(3):174-7.
36. Rohrer JE, Rasmussen N, Adamson SA. Illness severity and total visits in family medicine. *JEvalClinPract*. 2008;14(1):65-9.
37. Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui JR, Arroyo C, Extremera V. [Frequent users and difficult patients: how do they feel about their treatment by doctors?]. *AnSistSanitNavar*. 2006;29(1):47-58.
38. Ortega Tallon MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodriguez M, Jurado Serrano JM. [Patients over-using a primary care centre: their social, demographic and clinical characteristics, and their use of health service facilities]. *AtenPrimaria*. 2004;33(2):78-85.

39. Von Korff M, Wagner EH, Saunders K. A chronic disease score from automated pharmacy data. *JClinEpidemiol.* 1992;45(2):197-203.
40. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *ArchInternMed.* 1999;159(10):1069-75.
41. Savageau JA, McLoughlin M, Ursan A, Bai Y, Collins M, Cashman SB. Characteristics of frequent attenders at a community health center. *JAmBoard FamMed.* 2006;19(3):265-75.
42. Knox SA, Britt H. The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMCFamPract.* 2004;5:17.
43. Lopez Navarrete E, Carazo ET, Bueno Cavanillas A, Lardelli Claret P, Gaston Morata JL. [Effects of chronic diseases on the use of primary care by the aged]. *AtenPrimaria.* 1997;19(2):92-5.
44. Bilbao Curiel I, Gastaminza Santacoloma AM, Garcia Garcia JA, Quindimil Vazquez JA, Lopez Rivas JL, Huidobro Fernandez L. [Chronic home-care patients and their primary health care environment]. *AtenPrimaria.* 1994;13(4):188-90.
45. Corsonello A, Pedone C, Corica F, Incalzi RA. Polypharmacy in elderly patients at discharge from the acute care hospital. *TherClinRisk Manag.* 2007;3(1):197-203.
46. Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *NEnglJMed.* 1998;338(21):1516-20.
47. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *ArchInternMed.* 2001;161(13):1629-34.
48. Field TS, Mazor KM, Briesacher B, Debellis KR, Gurwitz JH. Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. *JAmGeriatrSoc.* 2007;55(2):271-6.
49. Gallagher LP. The potential for adverse drug reactions in elderly patients. *ApplNursRes.* 2001;14(4):220-4.
50. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(10):1516-23.
51. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *ArchInternMed.* 2003;163(22):2716-24.

- 
52. Cheng H. Does the number of coexisting chronic diseases affect the adverse association between polypharmacy and prescribing quality in older adults? *JAmGeriatrSoc.* 2007;55(5):803-4.
53. Hajjar ER, Hanlon JT, Artz MB, Lindblad CI, Pieper CF, Sloane RJ, et al. Adverse drug reaction risk factors in older outpatients. *AmJGeriatrPharmacother.* 2003;1(2):82-9.
54. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 1995;311(7001):376-80.
55. Onder G, Landi F, Cesari M, Gambassi G, Carbonin P, Bernabei R. Inappropriate medication use among hospitalized older adults in Italy: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly. *EurJClinPharmacol.* 2003;59(2):157-62.
56. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *IsrMedAssocJ.* 2007;9(6):430-4.
57. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. *JGenInternMed.* 2007;22(5):668-74.
58. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *JAmGeriatrSoc.* 1968;16(5):622-6.
59. Townsend A, Hunt K, Wyke S. Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. *BMJ.* 2003;327(7419):837.
60. Noel PH, Frueh BC, Larme AC, Pugh JA. Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. *Health Expect.* 2005;8(1):54-63.
61. Elliott RA, Ross-Degnan D, Adams AS, Safran DG, Soumerai SB. Strategies for coping in a complex world: adherence behavior among older adults with chronic illness. *JGenInternMed.* 2007;22(6):805-10.
62. Le Couteur DG, Hilmer SN, Glasgow N, Naganathan V, Cumming RG. Prescribing in older people. *AustFamPhysician.* 2004;33(10):777-81.
63. Stevenson J, Abernethy AP, Miller C, Currow DC. Managing comorbidities in patients at the end of life. *BMJ.* 2004;329(7471):909-12.
64. Tinetti ME, Bogardus ST, Jr., Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *NEnglJMed.* 2004;351(27):2870-4.

65. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *JClinEpidemiol*. 1998;51(5):367-75.
66. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *AnnFamMed*. 2005;3(3):223-8.
67. Mulrow CD, Gerety MB, Cornell JE, Lawrence VA, Kanten DN. The relationship between disease and function and perceived health in very frail elders. *JAmGeriatrSoc*. 1994;42(4):374-80.
68. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *JAMA*. 1963;185:914-9.
69. Willison DJ, Soumerai SB, McLaughlin TJ, Gurwitz JH, Gao X, Guadagnoli E, et al. Consultation between cardiologists and generalists in the management of acute myocardial infarction: implications for quality of care. *ArchInternMed*. 1998;158(16):1778-83.
70. Greenfield S, Blanco DM, Elashoff RM, Ganz PA. Patterns of care related to age of breast cancer patients. *JAMA*. 1987;257(20):2766-70.
71. Onen F, Abidi H, Savoye L, Elchardus JM, Legrain S, Courpron PH. Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital: medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge. *Aging (Milano)*. 2001;13(6):421-9.
72. Harboun M, Ankri J. [Comorbidity indexes: review of the literature and application to studies of elderly population]. *RevEpidemiolSante Publique*. 2001;49(3):287-98.
73. Ferchichi S, Antoine V. [Appropriate drug prescribing in the elderly]. *RevMedInterne*. 2004;25(8):582-90.
74. Mamun K, Lien CT, Goh-Tan CY, Ang WS. Polypharmacy and inappropriate medication use in Singapore nursing homes. *AnnAcadMedSingapore*. 2004;33(1):49-52.
75. Ponzetto M, Zancocchi M, Maero B, Giona E, Francisetti F, Nicola E, et al. Post-hospitalization mortality in the elderly. *ArchGerontolGeriatr*. 2003;36(1):83-91.
76. Torres OH, Francia E, Longobardi V, Gich I, Benito S, Ruiz D. Short- and long-term outcomes of older patients in intermediate care units. *Intensive Care Med*. 2006;32(7):1052-9.



- 
77. Lee TA, Shields AE, Vogeli C, Gibson TB, Woong-Sohn M, Marder WD, et al. Mortality rate in veterans with multiple chronic conditions. *JGenInternMed.* 2007;22 Suppl 3:403-7.
78. Alguacil Herrero M, Álvarez Tello M, Barón Franco B, Cabrera León A, Díaz-Borrego Horcajo J, Díaz Martínez A, et al. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. In: *Salud. Cd*, editor.: Junta de Andalucía.; 2012.
79. Bayo J, Fernandez-Aramburu MC, Orfila F, Dalfo A, Casajuana J, Vila MA, et al. [Self perception of health and complete evaluation of the elderly patient at a primary care center]. *AtenPrimaria.* 1996;17(4):273-9.
80. Au DH, McDonell MB, Martin DC, Fihn SD. Regional variations in health status. *MedCare.* 2001;39(8):879-88.
81. Kaplan MH, Feinstein AR. A critique of methods in reported studies of long-term vascular complications in patients with diabetes mellitus. *Diabetes.* 1973;22(3):160-74.
82. Teno JM, Harrell FE, Jr., Knaus W, Phillips RS, Wu AW, Connors A, Jr., et al. Prediction of survival for older hospitalized patients: the HELP survival model. Hospitalized Elderly Longitudinal Project. *JAmGeriatrSoc.* 2000;48(5 Suppl):S16-S24.
83. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH, et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. *JAMA.* 2001;285(23):2987-94.
84. Desai MM, Bogardus ST, Jr., Williams CS, Vitagliano G, Inouye SK. Development and validation of a risk-adjustment index for older patients: the high-risk diagnoses for the elderly scale. *JAmGeriatrSoc.* 2002;50(3):474-81.
85. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 1985;13(10):818-29.
86. Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Vitagliano G, Desai MM, Williams CS, Grady JN, et al. Burden of illness score for elderly persons: risk adjustment incorporating the cumulative impact of diseases, physiologic abnormalities, and functional impairments. *MedCare.* 2003;41(1):70-83.
87. Carey EC, Walter LC, Lindquist K, Covinsky KE. Development and validation of a functional morbidity index to predict mortality in community-dwelling elders. *JGenInternMed.* 2004;19(10):1027-33.
88. Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. *JAMA.* 2006;295(7):801-8.

89. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med.* 2011;22(3):311-7.
90. Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The measurement of multiple chronic diseases--a systematic review on existing multimorbidity indices. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2011;66(3):301-11.
91. Waite K, Oddone E, Weinberger M, Samsa G, Foy M, Henderson W. Lack of association between patients' measured burden of disease and risk for hospital readmission. *JClinEpidemiol.* 1994;47(11):1229-36.
92. Melfi C, Holleman E, Arthur D, Katz B. Selecting a patient characteristics index for the prediction of medical outcomes using administrative claims data. *JClinEpidemiol.* 1995;48(7):917-26.
93. Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J. Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalized patients. *JAMA.* 1998;279(15):1187-93.
94. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *JPsychiatrRes.* 1975;12(3):189-98.
95. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull.* 1988;24(4):709-11.
96. Extermann M. Measuring comorbidity in older cancer patients. *EurJCancer.* 2000;36(4):453-71.
97. Van Manen JG, Korevaar JC, Dekker FW, Boeschoten EW, Bossuyt PM, Krediet RT. Adjustment for comorbidity in studies on health status in ESRD patients: which comorbidity index to use? *JAmSocNephrol.* 2003;14(2):478-85.
98. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *MedCare.* 1992;30(6):473-83.
99. Karnofsky D, Burchenal J. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In: (Ed) MC, editor. *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*: Columbia Univ Press; 1949. p. 196.
100. Fortin M, Hudon C, Dubois MF, Almirall J, Lapointe L, Soubhi H. Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life. *Health QualLife Outcomes.* 2005;3:74.

- 
101. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *QualLife Res.* 2006;15(1):83-91.
102. Byles JE, D'Este C, Parkinson L, O'Connell R, Treloar C. Single index of multimorbidity did not predict multiple outcomes. *JClinEpidemiol.* 2005;58(10):997-1005.
103. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. In: Salud Cd, editor.: Consejería de Salud; 2001.
104. Ollero Baturone Mc, Cabrera Rodríguez J, de Osorno Almecija M, de Villar Conde E, García Márquez D, Gómez Camacho E, et al. Atención al paciente pluripatológico: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
105. Garcia-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramirez-Duque N, Gonzalez de la Puente MA, et al. [Incidence and clinical features of patients with comorbidity attended in internal medicine areas]. *MedClin(Barc).* 2005;125(1):5-9.
106. Zambrana Garcia JL, Velasco Malagon MJ, Diez Garcia F, Cruz Caparros G, Martin Escalante MD, Adarraga Cansino MD. [Characteristics of patients with multiple disease hospitalized in Internal Medicine services]. *RevClinEsp.* 2005;205(9):413-7.
107. Bernabeu-Wittel M, Garcia-Morillo S, Gonzalez-Becerra C, Ollero M, Fernandez A, Cuello-Contreras JA. [Impact of palliative care and clinical features of patients with terminal diseases in areas of Internal Medicine]. *RevClinEsp.* 2006;206(4):178-81.
108. Garcia-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Gonzalez de la Puente MA, Cuello-Contreras JA. [Risk factors associated to mortality and functional deterioration in pluripathologic patients with heart failure]. *RevClinEsp.* 2007;207(1):1-5.
109. Medrano Gonzalez F, Melero Bascones M, Barba Romero MA, Gomez Garrido J, Llabres Diaz J, Moreno Salcedo J. [Comorbidity, pluripathology, resource use and prognosis of patients hospitalized in Internal Medicine areas.]. *AnMedInterna.* 2007;24(11):525-30.
110. Fernandez Miera MF. [Patients with multimorbidity in the hospital setting.]. *GacSanit.* 2008;22(2):137-41.
111. Ramirez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincon-Gomez M, Ortiz-Camunez MA, Garcia-Morillo S. [Clinical, functional, mental and sociofamiliar features in pluripathological patients. One-year prospective study in Primary Health Care.]. *RevClinEsp.* 2008;208(1):4-11.

112. Garcia-Morillo S, Bernabeu-Wittel M, Cassani M, Rincon M, Yerro PV, Ollero BM. [Influence of biopsychosocial assessment on degree of doctor-patient empathy in a cohort of patients with multiple diseases]. *RevClinEsp.* 2007;207(8):379-82.
113. de San Roman y de Teran C, Guijarro Merino R. [Internal Medicine hospital departments of Andalusian Public Health System. A description of the clinical activity in 2002]. *RevClinEsp.* 2006;206(1):4-11.
114. Olmos Martínez J, Espina Riera B, García Ibarbia C, Valero Díaz de Lamadrid C, González Macías J. [Functional and cognitive capacity in elderly patients admitted to a general Internal Medicine Service]. *Rev Clin Esp.* 2006;206(4):188.
115. Monti MA, Fabris FM, Secchi GC. [Comorbidity in internal medicine: analysis of a caseload of 4,156 subjects at their first hospitalization]. *AnnItalMedInt.* 2001;16(1):38-45.
116. Saenz Calvo A, Ausejo Segura M, Delgado Lozano L, Bellas Beceiro B, Gonzalez Alvaro A, Fernandez-Pacheco B. [Computerized record system for the analysis of diagnosis of chronic diseases and their treatment in primary health care]. *AtenPrimaria.* 1995;15(7):431-8.
117. Schellevis FG, van der Velden J, van de Lisdonk E, van Eijk JT, van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *JClinEpidemiol.* 1993;46(5):469-73.
118. Westert GP, Satariano WA, Schellevis FG, van den Bos GA. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *EurJPublic Health.* 2001;11(4):365-72.
119. 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). *JClinEpidemiol.* 2001;54(7):680-6.
120. Carlsson L, Strender LE, Fridh G, Nilsson G. Types of morbidity and categories of patients in a Swedish county. Applying the Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups System to encounter data in primary health care. *ScandJPrimHealth Care.* 2004;22(3):174-9.
121. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA.* 1996;276(18):1473-9.
122. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *ArchInternMed.* 2002;162(20):2269-76.
123. van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *JClinEpidemiol.* 2001;54(7):675-9.

- 
124. Diez A, Tomas R, Varela J, Casas M, Gonzalez-Macias J. [Internal medicine in a group of 52 Spanish hospitals. Analysis of a case series and efficiency]. *MedClin(Barc)*. 1996;106(10):361-7.
125. McGee D, Cooper R, Liao Y, Durazo-Arvizu R. Patterns of comorbidity and mortality risk in blacks and whites. *AnnEpidemiol*. 1996;6(5):381-5.
126. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract*. 2010;11:61.
127. Lyratzopoulos G, Elliott M, Barbiere JM, Henderson A, Staetsky L, Paddison C, et al. Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(1):21-9.
128. Chan DK, Chong R, Basilikas J, Mathie M, Hung WT. Survey of major chronic illnesses and hospital admissions via the emergency department in a randomized older population in Randwick, Australia. *EmergMed(Fremantle)*. 2002;14(4):387-92.
129. Matsui K, Goldman L, Johnson PA, Kuntz KM, Cook EF, Lee TH. Comorbidity as a correlate of length of stay for hospitalized patients with acute chest pain. *JGenInternMed*. 1996;11(5):262-8.
130. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *AnnFamMed*. 2003;1(1):8-14.
131. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *AnnFamMed*. 2005;3(3):215-22.
132. van den Bussche H, Schön G, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske G, et al. Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity--results from a claims data based observational study in Germany. *BMC Geriatr*. 2011;11:54.
133. Bähler C, Huber CA, Brüngger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:23.
134. Cots F, Castells X, Mercade L, Torre P, Riu M. Ajuste del riesgo: mas alla de los sistemas de clasificacion de pacientes. *GacSanit*. 2001;15(5):423-31.
135. Orueta JF, García-Álvarez A, García-Goñi M, Paolucci F, Nuño-Solinís R. Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the basque country: a

population based study using health administrative databases. *PLoS One*. 2014;9(2):e89787.

136. Charles J, Valenti L, Britt H. GP visits by health care card holders. A secondary analysis of data from Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH), a national study of general practice activity in Australia. *AustFamPhysician*. 2003;32(1-2):85-8, 94.

137. Schäfer I, Hansen H, Schön G, Höfels S, Altiner A, Dahlhaus A, et al. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:89.

138. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A. Multimorbidity is common to family practice: is it commonly researched? *CanFamPhysician*. 2005;51:244-5.

139. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *AnnFamMed*. 2006;4(2):104-8.

140. de Rooij SE, Abu-Hanna A, Levi M, de Jonge E. Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review. *Crit Care*. 2005;9(4):R307-R14.

141. Hopp F, Woodbridge P, Subramanian U, Copeland L, Smith D, Lowery J. Outcomes associated with a home care telehealth intervention. *TelemedJEHealth*. 2006;12(3):297-307.

142. Alkema GE, Wilber KH, Shannon GR, Allen D. Reduced mortality: the unexpected impact of a telephone-based care management intervention for older adults in managed care. *Health ServRes*. 2007;42(4):1632-50.

143. Chen J, Radford MJ, Wang Y, Krumholz HM. Care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction by physician specialty: the effects of comorbidity and functional limitations. *AmJMed*. 2000;108(6):460-9.

144. McNamara RL, Powe NR, Thiemann DR, Shaffer T, Weller W, Anderson G. Specialty of principal care physician and Medicare expenditures in patients with coronary artery disease: impact of comorbidity and severity. *AmJManagCare*. 2001;7(3):261-6.

145. Ayanian JZ, Landrum MB, Guadagnoli E, Gaccione P. Specialty of ambulatory care physicians and mortality among elderly patients after myocardial infarction. *NEnglJMed*. 2002;347(21):1678-86.

- 
146. Nunez JE, Nunez E, Facila L, Bertomeu V, Llacer A, Bodi V, et al. [Prognostic value of Charlson comorbidity index at 30 days and 1 year after acute myocardial infarction]. *RevEspCardiol*. 2004;57(9):842-9.
147. Lowe J, Candlish P, Henry D, Wlodarczyk J, Fletcher P. Specialist or generalist care? A study of the impact of a selective admitting policy for patients with cardiac failure. *IntJQualHealth Care*. 2000;12(4):339-45.
148. Philbin EF, Jenkins PL. Differences between patients with heart failure treated by cardiologists, internists, family physicians, and other physicians: analysis of a large, statewide database. *AmHeart J*. 2000;139(3):491-6.
149. Ezekowitz JA, van Walraven C, McAlister FA, Armstrong PW, Kaul P. Impact of specialist follow-up in outpatients with congestive heart failure. *CMAJ*. 2005;172(2):189-94.
150. Chin MH, Zhang JX, Merrell K. Specialty differences in the care of older patients with diabetes. *MedCare*. 2000;38(2):131-40.
151. Struijs JN, Baan CA, Schellevis FG, Westert GP, van den Bos GA. Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization. *BMCHealth ServRes*. 2006;6:84.
152. Goldstein LB, Samsa GP, Matchar DB, Horner RD. Charlson Index comorbidity adjustment for ischemic stroke outcome studies. *Stroke*. 2004;35(8):1941-5.
153. Hervas A, Garcia dJ. [Cognitive state as a conditioner of frailty in the elderly. Perspective from a health centre]. *AnSistSanitNavar*. 2005;28(1):35-47.
154. Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. Utilization of services among elderly cancer patients--relationship to age, symptoms, physical functioning, comorbidity, and survival status. *EthnDis*. 2005;15(2 Suppl 2):S17-S22.
155. Min LC, Wenger NS, Fung C, Chang JT, Ganz DA, Higashi T, et al. Multimorbidity is associated with better quality of care among vulnerable elders. *MedCare*. 2007;45(6):480-8.
156. Higashi T, Wenger NS, Adams JL, Fung C, Roland M, McGlynn EA, et al. Relationship between number of medical conditions and quality of care. *NEnglJMed*. 2007;356(24):2496-504.
157. Pillay M, Dennis S, Harris MF. Quality of care measures in multimorbidity. *Aust Fam Physician*. 2014;43(3):132-6.
158. Bayliss EA, Bayliss MS, Ware JE, Jr., Steiner JF. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health QualLife Outcomes*. 2004;2:47.

159. Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *AnnFamMed*. 2007;5(5):395-402.
160. Nau DP, Ellis JJ, Kline-Rogers EM, Mallya U, Eagle KA, Erickson SR. Gender and perceived severity of cardiac disease: evidence that women are "tougher". *AmJMed*. 2005;118(11):1256-61.
161. Fortin M, Dubois MF, Hudon C, Soubhi H, Almirall J. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health QualLife Outcomes*. 2007;5:52.
162. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health QualLife Outcomes*. 2004;2:51.
163. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *AnnFamMed*. 2003;1(1):15-21.
164. Noel PH, Parchman ML, Williams JW, Jr., Cornell JE, Shuko L, Zeber JE, et al. The challenges of multimorbidity from the patient perspective. *JGenInternMed*. 2007;22 Suppl 3:419-24.
165. Schneider A, Korner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J. Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *PatientEducCouns*. 2006;61(2):292-8.
166. Bleichrodt H, Crainich D, Eeckhoudt L. The effect of comorbidities on treatment decisions. *JHealth Econ*. 2003;22(5):805-20.
167. Fan VS, Reiber GE, Diehr P, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Functional status and patient satisfaction: a comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus. *JGenInternMed*. 2005;20(5):452-9.
168. Ross GF. Interpersonal Stress Reactions and Service Quality Responses among Hospitality Industry Employees. *Serv Ind J*. 1995;15(3):314-31.
169. Kotler P, Clark R. Marketing for health care organizations. New Jersey: Prentice-Hall; 1987.
170. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729.
171. Ware JEJ, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health MedCare ServRev*. 1978;1(1):1, 3-1,15.



- 
172. Vuori H. El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología. 1ª ed. Barcelona: Gestión y empresa; 1993.
173. Suñol R, Pacheco M, Delgado R. El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los programas de control de calidad. *Control calidad asist.* 1987;2:15-22.
174. Mira J, Vitaller J, Aranaz J, Herrero J, Buil J. La satisfacción del paciente: concepto y aspectos metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud.* 1992;4(1):88-116.
175. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Marketing.* 1985;49:41-50.
176. Parasuraman A, Berry L, V. Z. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail.* 1988;64:12-37.
177. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
178. Reidenbach RE, Sandifer-Smallwood B. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *JHealth Care Mark.* 1990;10(4):47-55.
179. Mishra DP, Singh J, Wood V. An empirical investigation of two competing models of patient satisfaction. *JAmbulCare Mark.* 1991;4(2):17-36.
180. Shewchuk RM, O'Connor SJ, White JB. In search of service quality measures: some questions regarding psychometric properties. *Health ServManageRes.* 1991;4(1):65-75.
181. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health ServRes.* 1992;26(6):767-86.
182. Chaston I. A comparative study of internal customer management practices within service sector firms and the National Health Service. *JAdvNurs.* 1994;19(2):299-308.
183. Chaston I. Internal customer management and service gaps within the National Health Service. *IntJNursStud.* 1994;31(4):380-90.
184. Moliner Tena MA, Moliner TJ. [The perceived quality of service at a family planning clinic: a marketing focus]. *AtenPrimaria.* 1996;17(6):400-6.
185. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. [What do patients think of public hospitals? Analysis of the perceived quality levels of 5 hospitals]. *GacSanit.* 2000;14(4):291-3.

186. Lledó Rodríguez R. Satisfacción de los pacientes según diagnóstico motivo de ingreso. Diferencias entre las expectativas previas al ingreso y la calidad percibida al alta. Barcelona: Barcelona (Hospital Clinic); 2000.
187. López Robledillo J. Valoración de las necesidades y expectativas de niños y adolescentes ingresados en un Hospital pediátrico. Madrid: Autónoma de Madrid (Hospital Niño Jesús); 2003.
188. Lorenzo S, Mira J, Olarte M, Guerrero J, Moyano S. Análisis matricial de la voz del cliente: QFD aplicado a la gestión sanitaria. 18. 2004;6(Gac Sanit):464-71.
189. Gredilla Díaz E. Satisfacción y calidad percibida en pacientes con analgesia epidural para trabajo de parto. Madrid: Autónoma de Madrid; 2006.
190. Mateos M, Dierssen-Sotos T, Paz Rodríguez-Cundín M, Robles-García M, Llorca J. [Differences in patient satisfaction by gender in users of hospitals in the Cantabrian Health Service]. *Rev Calid Asist.* 2009;24(3):104-8.
191. García-Aparicio J, Herrero-Herrero J, Corral-Gudino L, Jorge-Sánchez R. [User's perceived quality in an internal medicine service after a five-year period application of a user's satisfaction survey]. *Rev Calid Asist.* 2010;25(2):97-105.
192. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, de la Villa-Santoveña M, Avanzas-Fernández S, Gracia-Corbato M, Vegas-Pardavila E. [Analysis of Satisfaction in women with recent diagnosis of breast cancer. Multicenter study in Oncology Services]. *Rev Calid Asist.* 2011;26(5):306-14.
193. Gómez-Payo S, Del Río-Moro O, Manrique-García A, Rodríguez-Martín MC, Fernández-Pardo MJ. [User satisfaction in the Virgen del Valle Geriatric Hospital, Toledo]. *Rev Calid Asist.* 2012;27(2):78-84.
194. Arrebola-Pajares A, Tejido-Sanchez A, Jiménez-Alcaide E, Medina-Polo J, Perez-Cadavid S, Guerrero-Ramos F, et al. Survey of satisfaction in hospitalized patients at a urology department. *Arch Esp Urol.* 2014;67(7):621-7.
195. Gonzalo Pellicer I. Bloqueos nerviosos periféricos en la extremidad inferior para la analgesia postoperatoria de la artroplastia total de rodilla. Zaragoza: Zaragoza; 2014.
196. Buil Aina J. Calidad corporativa en el medio hospitalario. Alicante: Miguel Hernández; 1997.
197. Hernan Garcia M, Gutierrez Cuadra JL, Lineros Gonzalez C, Ruiz Barbosa C, Rabadan Asensio A. [Patients and quality of primary health care services. Survey of practitioners at the Bahia de Cadiz and La Janda health centers]. *AtenPrimaria.* 2002;30(7):425-33.

- 
198. Prieto Rodriguez MA, March Cerda JC, Lopez Fernandez LA. [The quality perceived by the users of health centers and by private insurance companies]. *AtenPrimaria*. 1999;24(5):259-66.
199. Retamal Gonzalez A, Monge Jodra V. [Quality perceived by two populations assigned to two health care centers in the province of Cuenca]. *RevEspSalud Publica*. 2000;74(3):275-86.
200. Gea M, Hernán García M, Jiménez Martín J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Cal Asist*. 2001;16(1):37-44.
201. de la Fuente-Rodríguez A, Fernández-Lerones MJ, Hoyos-Valencia Y, León-Rodríguez C, Zuloaga-Mendiola C, Ruiz-Garrido M. [Primary care urgent service. Study of patient perceived quality and satisfaction in the Altamira health (Spain) catchment area]. *Rev Calid Asist*. 2009;24(3):109-14.
202. Prieto Rodriguez MA, Gil Garcia E, Heierle Valero C, Frias Osuna A. [Perspective of informal caregivers on home care. Qualitative study with a computer program]. *RevEspSalud Publica*. 2002;76(5):613-25.
203. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Clinical effectiveness of online training in palliative care of primary care physicians. *J Palliat Med*. 2013;16(10):1188-96.
204. Cal M, Outon I, Otero M, González D. Grado de satisfacción de pacientes en la consulta externa de quemados. 16 jornadas nacionales de supervisión de enfermería; Barcelona2005.
205. Morera-Guitart J, Morales-Espinosa C, Frutos-Alegría T, Celorrio-Moya G, Toribio-Díaz E, Palao-Duarte S. Presentación de un método de monitorización de la satisfacción de los usuarios en una Unidad de Demencias (comunicaciones congreso Sociedad Española de Neurología 2007). *Neurología*. 2007;22(9).
206. Prieto MA, Escudero MJ, Suess A, March JC, Ruiz A, Danet A. [Patients' opinions and expectations about the dialysis care process]. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):21-31.
207. Gálvez Daza PC, Aranda Aguilar E, Escalera de Andrés C, Expósito Álvarez J, Fernández de la Mota E, Fernández Sánchez M, et al. Plan integral de Oncología de Andalucía: 2002-2006. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
208. Fernández Fernández IC, Amaya Baro M, Benito López P, Ceballos Pozo M, Cornejo Castillo M, Dueñas Díez J, et al. Plan Integral de Diabetes de Andalucía: 2003-2007. Sevilla: Consejería de Salud; 2003.

209. Cronin JJ, Taylor S. Measuring service quality: a reexamination and extension. *J Marketing*. 1992;56(3):55-69.
210. Cronin JJ, Taylor S. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *J Marketing*. 1994;58(1):125-31.
211. McAlexander JH, Kaldenberg DO, Koenig HF. Service quality measurement. *JHealth Care Mark*. 1994;14(3):34-40.
212. Fogarty G, Catts R, Forlin C. Identifying shortcomings in the measurement of service quality. *JOutcomeMeas*. 2000;4(1):431-52.
213. Lee MA. [A study of the nursing service perceived by consumers and providers, and the tool that measures nursing service]. *Taehan KanhoHakhoeChi*. 2003;33(6):772-83.
214. Mira Solves JJ, Buil Aina JA, Rodriguez Marin J, Aranaz Andres J. [The perceived quality of hospital care]. *GacSanit*. 1997;11(4):176-89.
215. Díaz R. La calidad percibida en la sanidad pública. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(1):35-42.
216. Mira J, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil J, Vitaler J. SERVQHOS y SERVQCON, dos cuestionarios para medir la calidad percibida en el medio hospitalario. *Evaluación de Tecnologías Sanitarias* 2001; 2(marzo):8-9. 2001;2(marzo):8-9.
217. Plan de Calidad 2004. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria, Área de Atención al Usuario y Calidad Asistencial. Toledo: Servicio de Salud de Castilla la Mancha; 2004.
218. Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State MedJ*. 1965;14:61-5.
219. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *JAmGeriatrSoc*. 1975;23(10):433-41.
220. Díaz Palacios ME, Domínguez Puente O, Toyos García G. Resultado de la aplicación de una escala de valoración socio familiar en Atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1994;29(4):239-45.
221. López Alonso S, Moral Serrano M. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comunitaria (Gran)*.1(1):12-7.

- 
222. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *AmJPublic Health*. 2008;98(7):1198-200.
223. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
224. Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R, et al. Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults. *BrJGenPract*. 2001;51(473):987-94.
225. Iron KS, Manuel DG, Williams J. Using a linked data set to determine the factors associated with utilization and costs of family physician services in Ontario: effects of self-reported chronic conditions. *ChronicDisCan*. 2003;24(4):124-32.
226. Corrales D, Palomo L, Magarino Bravo MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, et al. [Functional ability and social-care problems of the elderly in the Cáceres health area]. *AtenPrimaria*. 2004;33(8):426-33.
227. Juncosa S, Bolibar B, Roset M, Martinez C. [Influence of the unit of analysis on the studies of the factors of primary care resource utilization]. *GacSanit*. 1999;13(1):53-61.
228. Mercer SW, Watt GC. The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *AnnFamMed*. 2007;5(6):503-10.
229. Britt HC, Harrison CM, Miller GC, Knox SA. Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia. *MedJAust*. 2008;189(2):72-7.
230. Brett T, Arnold-Reed DE, Popescu A, Soliman B, Bulsara MK, Fine H, et al. Multimorbidity in patients attending 2 Australian primary care practices. *Ann Fam Med*. 2013;11(6):535-42.
231. Shelton P, Sager MA, Schraeder C. The community assessment risk screen (CARS): identifying elderly persons at risk for hospitalization or emergency department visit. *AmJManagCare*. 2000;6(8):925-33.
232. Gonzalez Montalvo JI, Jaramillo Gomez E, Rodriguez Manas L, Guillen Llera F, Salgado Alba A. [An evolutionary study of patients under geriatric home care at 18 months]. *RevClinEsp*. 1990;187(4):165-9.
233. Garcia Bermejo S, Lekube Angulo K, Andikoetxea Agorria A, Solar Barruetabena M, Olaskoaga Arrate A. [The socioeconomic characteristics and health problems and needs of chronic home-bound patients]. *AtenPrimaria*. 1997;20(5):230-6.

234. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 1998;316(7141):1348-51.
235. Baztan JJ, Gil L, Andres E, Vega E, Ruiperez I. [The community activity of a hospital geriatrics service: a practical example of coordination between primary and specialized care]. *AtenPrimaria*. 2000;26(6):374-82.
236. Segura Noguera JM, Bastida Bastus N, Marti Guadano N, Riba Romeva M. [The chronically ill at home and the impact in main caregivers]. *AtenPrimaria*. 1998;21(7):431-6.
237. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *AnnInternMed*. 1995;122(6):422-9.
238. Sandholzer H, Breull A, Fischer GC. [Early diagnosis and early treatment of cognitive disorders: a study of geriatric screening of an unselected patient population in general practice]. *ZGerontolGeriatr*. 1999;32(3):172-8.
239. Castillo Alonso P, Garcia Olmos L, Barrios Encinas M, de Pablos Arribas F, Villar Herguedas C, de la Cuesta Benjumea A. [Analysis of repeat prescriptions in chronic treatments at a health center]. *AtenPrimaria*. 1995;16(9):526-30.
240. Wensing M, Grol R, Asberg J, van Montfort P, van Weel C, Felling A. Does the health status of chronically ill patients predict their judgements of the quality of general practice care? *QualLife Res*. 1997;6(4):293-9.
241. Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *ArchInternMed*. 2000;160(12):1825-33.
242. Parchman ML, Noel PH, Lee S. Primary care attributes, health care system hassles, and chronic illness. *MedCare*. 2005;43(11):1123-9.
243. Montgomery JE, Irish JT, Wilson IB, Chang H, Li AC, Rogers WH, et al. Primary care experiences of medicare beneficiaries, 1998 to 2000. *J Gen Intern Med*. 2004;19(10):991-8.
244. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *NEnglJMed*. 2003;348(26):2635-45.
245. Asch SM, McGlynn EA, Hogan MM, Hayward RA, Shekelle P, Rubenstein L, et al. Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national sample. *AnnInternMed*. 2004;141(12):938-45.

- 
246. Infante FA, Proudfoot JG, Powell DG, Bubner TK, Holton CH, Beilby JJ, et al. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *MedJAust.* 2004;181(2):70-3.
247. Shadmi E, Boyd CM, Hsiao CJ, Sylvia M, Schuster AB, Boult C. Morbidity and older persons' perceptions of the quality of their primary care. *JAmGeriatrSoc.* 2006;54(2):330-4.
248. Duberstein P, Meldrum S, Fiscella K, Shields CG, Epstein RM. Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *PatientEducCouns.* 2007;65(2):270-4.
249. Kadam UT, Croft PR. Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linkage study in general practice. *FamPract.* 2007;24(5):412-9.
250. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *NEnglJMed.* 2002;347(14):1068-74.
251. Wenger NS, Solomon DH, Roth CP, MacLean CH, Saliba D, Kamberg CJ, et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients. *AnnInternMed.* 2003;139(9):740-7.
252. Min LC, Reuben DB, MacLean CH, Shekelle PG, Solomon DH, Higashi T, et al. Predictors of overall quality of care provided to vulnerable older people. *JAmGeriatrSoc.* 2005;53(10):1705-11.
253. Schellevis FG, van de LE, van dV, van Eijk JT, van Weel C. Validity of diagnoses of chronic diseases in general practice. The application of diagnostic criteria. *JClinEpidemiol.* 1993;46(5):461-8.
254. Crombie DL, Cross KW, Fleming DM. The problem of diagnostic variability in general practice. *JEpidemiolCommunity Health.* 1992;46(4):447-54.
255. Marengoni A, Rizzuto D, Wang HX, Winblad B, Fratiglioni L. Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *JAmGeriatrSoc.* 2009;57(2):225-30.
256. Kirchberger I, Meisinger C, Heier M, Zimmermann AK, Thorand B, Autenrieth CS, et al. Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-Age study. *PLoS One.* 2012;7(1):e30556.
257. Schneeweiss S, Maclure M. Use of comorbidity scores for control of confounding in studies using administrative databases. *IntJEpidemiol.* 2000;29(5):891-8.

258. Censos en 'Instituto Nacional de Estadística' [Available from: <http://www.ine.es/censo/es/inicio.jsp>].
259. Segura Noguera JM. [Home care patients: a day in their life]. *AtenPrimaria*. 2005;35(6):326-8.
260. Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMCHealth ServRes*. 2008;8:14.
261. Bernabeu-Wittel M, Garcia-Morillo S, Perez-Lazaro JJ, Rodriguez IM, Ollero M, Calderon E, et al. Work, career satisfaction, and the position of general internists in the south of Spain. *EurJInternMed*. 2005;16(6):454-60.
262. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *JGerontol*. 1983;38(3):344-8.
263. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Alvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M, et al. [Overload felt by the figure of the main caregiver in a cohort of patients with multiple pathologies]. *Aten Primaria*. 2008;40(4):193-8.
264. Conversor de divisas [Available from: <http://www.xe.com/es/currencyconverter/>].
265. Brettschneider C, Leicht H, Bickel H, Dahlhaus A, Fuchs A, Gensichen J, et al. Relative impact of multimorbid chronic conditions on health-related quality of life--results from the MultiCare Cohort Study. *PLoS One*. 2013;8(6):e66742.
266. Glynn LG, Valderas JM, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*. 2011;28(5):516-23.
267. Marengoni A, von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J Intern Med*. 2009;265(2):288-95.
268. Schellevis FG, Van de Lisdonk EH, Van dV, Hoogbergen SH, Van Eijk JT, Van Weel C. Consultation rates and incidence of intercurrent morbidity among patients with chronic disease in general practice. *BrJGenPract*. 1994;44(383):259-62.
269. Fan VS, Burman M, McDonnell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *JGenInternMed*. 2005;20(3):226-33.



- 
270. Rivera CF, Illana MA, Oltra BA, Narvaez HM, Benlloch C, Rovira PB. [Characteristics of patients who do not use primary care services]. *GacSanit.* 2000;14(2):117-21.
271. DeSalvo KB, Block JP, Muntner P, Merrill W. Predictors of variation in office visit interval assignment. *IntJQualHealth Care.* 2003;15(5):399-405.
272. Kersnik J. Observational study of home visits in Slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. *FamPract.* 2000;17(5):389-93.
273. Sullivan CO, Omar RZ, Forrest CB, Majeed A. Adjusting for case mix and social class in examining variation in home visits between practices. *FamPract.* 2004;21(4):355-63.
274. Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *JFamPract.* 2001;50(5):427-32.
275. Gross R, Tabenkin H, Porath A, Heymann A, Greenstein M, Porter B, et al. The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study. *FamPract.* 2003;20(5):563-9.
276. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract.* 1996;46(411):601-5.
277. Cho WH, Lee H, Kim C, Lee S, Choi KS. The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: a South Korean study. *Health ServRes.* 2004;39(1):13-33.
278. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract.* 2000;50(460):882-7.
279. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *IntJQualHealth Care.* 2000;12(2):143-7.
280. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ.* 2001;323(7316):784-7.
281. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA.* 2005;294(6):716-24.
282. Doyle BJ, Ware JE, Jr. Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. *JMedEduc.* 1977;52(10):793-801.

283. Iezzoni LI, Davis RB, Soukup J, O'Day B. Quality dimensions that most concern people with physical and sensory disabilities. *Arch Intern Med.* 2003;163(17):2085-92.
284. Lee Y, Kasper JD. Assessment of medical care by elderly people: general satisfaction and physician quality. *Health Serv Res.* 1998;32(6):741-58.
285. Bowling A, Rowe G, McKee M. Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *J R Soc Med.* 2013;106(4):143-9.
286. van Hout HP, Vernooij-Dassen MJ, Hoefnagels WH, Grol RP. Measuring the opinions of memory clinic users: patients, relatives and general practitioners. *IntJGeriatrPsychiatry.* 2001;16(9):846-51.
287. Pouchot J, Trudeau E, Hellot SC, Meric G, Waeckel A, Goguel J. Development and psychometric validation of a new patient satisfaction instrument: the osteoARthritis Treatment Satisfaction (ARTS) questionnaire. *Qual Life Res.* 2005;14(5):1387-99.
288. Spertus J, Jones P, Poler S, Rocha-Singh K. The peripheral artery questionnaire: a new disease-specific health status measure for patients with peripheral arterial disease. *Am Heart J.* 2004;147(2):301-8.
289. Smolderen KG, Hoeks SE, Aquarius AE, Scholte op Reimer WJ, Spertus JA, van Urk H, et al. Further validation of the peripheral artery questionnaire: results from a peripheral vascular surgery survey in the Netherlands. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008;36(5):582-91.
290. Hoeks SE, Smolderen KG, Scholte Op Reimer WJ, Verhagen HJ, Spertus JA, Poldermans D. Clinical validity of a disease-specific health status questionnaire: the peripheral artery questionnaire. *J Vasc Surg.* 2009;49(2):371-7.
291. al Mandhari AS, Hassan AA, Haran D. Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: evidence from users of primary health care in Oman. *FamPract.* 2004;21(5):519-27.
292. Williams A. Patients with comorbidities: perceptions of acute care services. *JAdvNurs.* 2004;46(1):13-22.
293. Ortola P, Blanquer JJ, Rodriguez JJ, Rodrigo O, Villagrasa F, Climent JA. [User satisfaction in primary care: the results of a home survey]. *AtenPrimaria.* 1993;12(9):578-2, 84.
294. Calnan M, Katsouyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract.* 1994;11(4):468-78.

- 
295. Iezzoni LI, Davis RB, Soukup J, O'Day B. Satisfaction with quality and access to health care among people with disabling conditions. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(5):369-81.
296. Hoffman JM, Shumway-Cook A, Yorkston KM, Ciol MA, Dudgeon BJ, Chan L. Association of mobility limitations with health care satisfaction and use of preventive care: a survey of Medicare beneficiaries. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;88(5):583-8.
297. al Qatari G, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. *IntJQualHealth Care*. 1999;11(6):523-31.
298. Andalucía IdESd. Encuesta de satisfacción a usuarios. Atención primaria. 2005. [Available from: <http://mago.easp.es/distritos2004/Documentos/Doc%20Gral%20Distritos%202006.pdf>.
299. Salud SAd. Encuestas de satisfacción [Available from: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_encuestasatisf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_encuestasatisf).
300. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *ScandJCaringSci*. 2002;16(4):337-44.
301. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998;47(3):213-20.
302. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(606):e76-84.
303. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23(3):308-16.
304. Patrick DL, Scrivens E, Charlton JR. Disability and patient satisfaction with medical care. *MedCare*. 1983;21(11):1062-75.
305. Mafullul YM, Morriss RK. Determinants of satisfaction with care and emotional distress among informal carers of demented and non-demented elderly patients. *IntJGeriatrPsychiatry*. 2000;15(7):594-9.
306. Wenger NS, Rosenfeld K. Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders. *AnnInternMed*. 2001;135(8 Pt 2):677-85.
307. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *SocSciMed*. 1990;30(7):811-8.

308. Tucker JL, III, Kelley VA. The influence of patient sociodemographic characteristics on patient satisfaction. *MilMed.* 2000;165(1):72-6.
309. Jerant AF, Friederichs-Fitzwater MM, Moore M. Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *PatientEducCouns.* 2005;57(3):300-7.
310. Wilde B, Larsson G, Larsson M, Starrin B. Quality of care from the elderly person's perspective: subjective importance and perceived reality. *Aging (Milano).* 1995;7(2):140-9.
311. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *IntJQualHealth Care.* 2002;14(2):111-8.