



Análisis de la efectividad del plan de atención al paciente pluripatológico en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Basurto

Pablo Ruiz-Sada^a, Eva Lizarralde-Palacios^b, Katalin Uriarte-Elguezabal^b, Nahia Aróstegui-Urbe^b, Joana de Miguel-Landiribar^b, Lara Palacios-García^b

(a) Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Euskadi. Servicio Medicina Interna. Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra. España. UE

(b) Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Basurto . Bilbao. Euskadi. España. UE

Recibido el 28 de noviembre de 2016; aceptado el 10 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Pluripatología.
Polimedicación.
Agudos.
Crónicos.

Resumen:

Introducción: El paciente pluripatológico (PP) supone un problema de salud en la sociedad moderna. Este estudio intenta evaluar la efectividad de la aplicación del programa de atención al PP en el área de salud Bilbao-Basurto..

Material y métodos: Diseño cuasiexperimental con 20 pacientes que cumplen de Novo 2 o > criterios de Ollero. Se aplica el programa PP, se compara lo ocurrido el año antes y el de después de la inclusión.

Resultados: Se obtuvo una reducción del número de ingresos totales (p ,009), un aumento del número de ingresos en hospital crónicos (p ,012), y, sin llegar a la significación estadística, una disminución del número de ingresos en hospital de agudos (P ,083)..

Conclusiones: El programa de PP es efectivo y depende en gran medida de la motivación de los trabajadores en el mismo.

© 2016 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pluripathology.
Polymedication.
Acute.
Chronic.

Analysis of the effectiveness of the multi-patient care plan in the Internal Medicine department of the Basurto University Hospital

Abstract:

Introduction: The PP patient is an increasing health problem in modern society. This study attempts to evaluate the effectiveness of the implementation of the PP-care program in the Bilbao-Basurto health area.

Material and methods: Quasi-experimental study including 20 patients meeting de novo two or more Ollero criteria. We apply the program and compare what happens the year

before and after inclusion.

Results: There was a reduction in the number of total admissions (p, 009), an increase in the number of chronic hospital admissions (p, 012), and, without reaching statistical significance, a decrease in the number of admissions in acute hospital setting (P, 083).

Conclusions: The program of PP is effective and depends to a great extent on the motivation of the professionals of the same.

© 2016 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Paziente pluripatologikoak Programaren eraginkortasuna aztertzea Medikuntza Barne Sailak, Basurtuko Ospitalean

Laburpena:

Aurkezpena: Paziente pluripatologikoak PP gizarte modernoan osasun-arazo bat suposatzen du. Ikerketa honek, Bilbao-Basurtoko arean PP-aren programa ezarri izanak izandako eraginkortasuna aztertzea du helburu.

Material eta metodoak: 2 edo gehiago Ollero irizpide betetzen dituzten 20 gaixok parte hartu dute diseinu kuasiesperimentala duen programa hontan. Behin PP-aren programa ezarrita, aurreko urtean eta ondorengoan gertatutakoak alderatu dira.

Emaitzak: Paziente-sarrera orokorra gutxiagotzea (p, 009), ospitale kronikoetan paziente-sarrerak handiagotzea (p, 012) eta, behar esangura estatistikora iritsi gabe (P, 083), ospitale akutuko paziente sarrera kopuruaren murrizketa lortu da.

Ondorioak: PP-en programa eraginkorra da, eta neurri handi batean langileak programarekiko azaldutako jarreraren arabera da.

© 2016 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Pluripatologia.
Polimedikazioa.
Akutua.
Kronikoa.

Introducción

El progresivo envejecimiento de la población incide en el aumento de la misma y de su fragilidad, que muchas veces se acompaña de la presencia de varias enfermedades crónicas. Este "cluster" poblacional que aún las condiciones de fragilidad y la presencia de más de dos enfermedades progresivas, demanda una elevada utilización de recursos sanitarios y está siendo cada vez más habitual en la práctica médica. Debido a la complejidad que ello supone, se requiere una mayor sistematización de su asistencia con el objeto de mejorar la calidad de ésta y ser eficientes en el manejo de los recursos sanitarios y sociales puestos a su disposición¹.

En España, el 40% de los pacientes en atención primaria presentan más de tres enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de pluripatología en población general se estima en 1,38 % y un 5% en mayores de 65 años de edad².

Llama la atención, además, cómo la frecuentación hospitalaria es 10 veces mayor en los varones mayores de 85 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años. Asimismo, la estancia media hospitalaria en este grupo poblacional es mayor. Todo esto se acompaña de una mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y convencional y consumo de medicamentos. Es evidente que este tipo de pacientes tiene peor salud subjetiva y mayor discapacidad. Las personas por encima de 75 años tienen de media 3.23 enfermedades crónicas frente al 2.8 en personas entre 65 y 74 años³.

En el Reino Unido, país que cuenta con una importante estructura dedicada a la atención del paciente pluripatológico (PP), se estima que éstos suponen 5% del total y, sin embargo, generan el 42% de las estancias hospitalarias. Se asume, además, que la presencia de esta condición multiplica por 6 el coste sanitario respecto a sujetos sanos. Datos de otros países, revelan que los pacientes que tienen más de 5 enfermedades crónicas consumen 2/3 del gasto sanitario⁴. En definitiva, estamos hablando del grupo de pacientes con gran complejidad, polimedcados, hiperfrecuentadores y con un grado de deterioro funcional importante⁵.

Los criterios aceptados en nuestro medio para identificar y clasificar a estos pacientes son los propuestos por Ollero y cols. (Tabla I) que agrupan las enfermedades crónicas en categorías clínicas, atendiendo al daño sobre el órgano diana y la repercusión funcional que éste genera. Esta identificación, pues, como PP es un aspecto fundamental para el desarrollo de una estrategia sistemática en su atención⁴.

En las diferentes comunidades autónomas españolas se han diseñado programas de atención al PP según las necesidades sociodemográficas y recursos disponibles para dar respuesta a esta realidad. Existen comunidades en que están más o menos desarrollados, encontrándose algunas todavía con experiencias "piloto" en ciertas áreas sanitarias y otras, como en Euskadi, implantados en todas.

La OSI Bilbao-Basurto es la unidad sanitaria que engloba al área metropolitana de Bilbao. Según el Anuario Socioeconómico de 2006, los mayores de 65 representan el 21,2% de su población. Por cada 100 personas

Tabla I
Definición de paciente pluripatológico

Categoría A	Insuficiencia cardiaca ¹ Cardiopatía isquémica
Categoría B	Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional ² Vasculitis y conectivopatías Insuficiencia renal crónica
Categoría C	Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional ¹ Cor pulmonale crónico
Categoría D	Enfermedad inflamatoria crónica intestinal Hepatopatía crónica sintomática o en actividad
Categoría E	Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad ³
Categoría F	Arteriopatía periférica sintomática Diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica ⁴
Categoría G	Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado ⁵ Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo ⁵

¹En presencia de síntomas continuos o agudizaciones frecuentes. ²Puntuación en la escala de Barthel menor de 60 puntos en situación de estabilidad clínica. ³Puntuación en la escala de Barthel menos de 60 puntos y/o deterioro cognitivo al menos moderado (Pfeiffer 5 o más). ⁴Presencia de retinopatía proliferativa, albuminuria, accidente vascular cerebral o neuropatía sintomática. ⁵Se hace referencia a la utilización de tratamientos o medicación que obliga a seguimientos en los servicios de oncología o hematología.

menores de 20 años hay 139,6 mayores de 65 años. En esta área, existen dos hospitales que sirven de soporte a los equipos de atención primaria para la atención del PP que son el Hospital Universitario Basurto (HUB) y el Hospital Santa Marina. Existen secciones dedicadas a la atención del PP6, y, en concreto, asumen de media 5-10 nuevos PP al mes así como incontables reingresos de PP previamente clasificados.

A pesar de este evidente problema hay hoy en día numerosas cuestiones que atender en la esfera del PP. ¿Está la estratificación de la población basada en registros adecuados y bien cumplimentados? ¿Existe capacidad de actualización frecuente y progresiva? Independientemente de una mayor comunicación entre niveles asistenciales y ciertas reorganizaciones estructurales, ¿están la atención primaria, hospitales de subagudos, nuevas unidades de PP y de apoyo, integrando y operativizando conceptos reales de funcionalidad efectiva y eficiente en la detección y manejo de

problemas?⁷. Desde 2012, además, un estudio de estratificación poblacional en Euskadi subraya la relevancia de la utilización de herramientas como la receta electrónica y el sistema informático (Osabide Global) en nuestra red sanitaria⁸.

Teniendo en cuenta todo ello, el presente estudio trata de evaluar la efectividad de la aplicación del programa PP en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HUB.

Material y métodos

El estudio se desarrolló exclusivamente en el servicio de Medicina Interna del HUB. Formaron parte de él todos los nuevos sujetos incluidos en el programa de PP durante 2 meses. El período de selección incluyó julio y agosto de 2015 y fue condicionado a la firma del consentimiento informado que se entregó en el momento inicial.

Como criterios de inclusión se consideró a los que

cumplían 2 o más Criterios de Ollero y Cols. Fueron criterio de exclusión el hecho de estar en seguimiento previamente ya por el programa de PP, la inclusión en otro programa de crónicos (Programa de Enfermos Crónicos con Insuficiencia Cardíaca, Programa de Enfermos Crónicos con Diabetes), la presencia de enfermedad neoplásica activa en tratamiento oncológico, la institucionalización y la pérdida en el seguimiento por la razón que fuese.

La intervención consistió en realizar conciliación terapéutica según la práctica habitual del servicio y poner en contacto al paciente con la red del programa, que, someramente, está compuesta por el médico internista, el médico de cabecera y la enfermedad de enlace, facilitándole indicaciones y un teléfono de contacto.

Debido a que en Bizkaia el programa de PP está extendido a toda la población, no hay grupo control posible. Siendo esto así, se diseñó un estudio cuasi-experimental con un seguimiento de un año. Se compara entonces, lo ocurrido el año previo a la inclusión con el año que transcurre tras la puesta en contacto y el seguimiento del enfermo en el programa de PP. Para ello se utiliza, exclusivamente el sistema informático de la red de Osakidetza.

Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, escala Barthel, Gijón y Pfeiffer en la inclusión, el número de categorías de Ollero, el número de contactos en hospital de agudos el año antes y el de después de la inclusión en el programa, el número de contactos en hospital de crónicos antes y después, el número de contactos en urgencias antes y después y el número de prescripciones activas antes y después.

Los datos se incluyeron en una tabla usando el programa SPSS. El análisis de datos fue llevado a cabo por la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Basurto. Se realizó un análisis descriptivo detallándose medias y frecuencias, según el tipo de variable y otro comparativo usándose la prueba T de Student.

Resultados

Durante dos meses hubo 33 nuevos pacientes clasificados como PP. De ellos, 8 fallecieron durante el seguimiento, 3 se clasificaron por error pues se encontraban institucionalizados y otros 2 se excluyeron por considerar más oportuno su seguimiento por el programa específico de insuficiencia cardíaca. La media de edad de nuestros pacientes fue 79,55, siendo el 55% varones. El número de prescripciones activas disminuyó en 1, tras el año de seguimiento. En nuestra muestra, todos los pacientes cumplían al menos 2 criterios de Ollero, siendo el valor medio de 2,4. El 65% de los pacientes tenían un Barthel >60, 35%, escala Pfeiffer con más de 5 errores y solamente 2 escala de Gijón > 16 puntos (Tabla II).

Encontramos significación estadística ($p,009$) en la reducción del número de ingresos totales (en hospital de crónicos y agudos) tras la intervención y en el aumento del número de ingresos en hospital crónicos ($p,012$). Si bien, previo a la intervención, el número de in-

gresos en hospital de crónicos fue 0. No fue estadísticamente significativo, sin embargo ($P,083$), la disminución del número de ingresos en hospital de agudos tras la aplicación del plan, siendo de media 4,5 al año antes y 2,35 al año después. Por último, el número de prescripciones activas antes y después de la intervención fue 11,35 y 10,35 respectivamente ($p,33$).

Discusión

Estos resultados dan a entender que el programa de PP en el área de Salud de Bilbao es efectivo. El plan consigue que el paciente incluido tenga una prescripción activa menos tras el año de seguimiento, reduzca sus contactos en hospitales de agudos y aumente los contactos en hospital de crónicos. Todo ello, además, reduciendo el número absoluto de contactos (hospitales de crónicos y agudos).

Esto demuestra cómo se reconduce el circuito de este grupo concreto de pacientes hacia una atención especializada en centros de atención a crónicos, lo que les garantiza una mayor calidad en la atención⁹. Por otro, queda patente el descenso de contactos en hospitales de agudos, con el ahorro de efectos secundarios derivados de la hospitalización convencional, que bien conocemos¹⁰. Si bien la polifarmacia sigue siendo un problema importante; en nuestra serie, se consigue al menos una mínima reducción del número de prescripciones activas. La conciliación terapéutica no es sinónimo de deprescripción¹¹, sino de análisis y resolución de discrepancias en las medicaciones activas después de una transición asistencial.

Considerando el número total de clasificados correctamente (incluidos en el estudio y los 8 que fallecen durante el seguimiento) tenemos como resultado 28. Teniendo en cuenta ese dato, podemos extrapolar que se clasificaron a ritmo de 14 al mes. Esto, contextualizado dentro del período estival de baja afluencia en el que se recogieron los sujetos, supone un ritmo considerablemente superior al habitual. Así pues, estiman los autores que un factor capital en el éxito de un plan es la motivación del personal encargado de llevarlo a cabo.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, son múltiples. El número de pacientes podría ser escaso y restar potencia a las conclusiones. El diseño, además, tiene los inconvenientes inherentes estudio cuasi-experimental, en que no existe grupo control propiamente dicho. La esfera psicosocial¹², por último, permaneció al margen de los objetivos del estudio, ya que no constaba dentro de las variables estudiadas.

Recientemente, se han hecho públicos los resultados en distintas áreas de salud de Osakidetza¹³ en relación a un programa de crónicos de insuficiencia cardíaca. Sin embargo, este es el primer trabajo local, de un hospital terciario en que se evalúan los resultados del programa de atención al PP. Estudios más completos, en que se empleen cuestionarios de satisfacción, se incluyan más pacientes y se prolongue más el período de seguimiento podrían ser metodológicamente más correctos. Para el futuro, además, queda evaluar el

Tabla II
Valores del seguimiento

	Media	Desviación típica
EDAD	79,55	8,413
ITAA	4,50	2,503
ITCA	0,00	0,000
NPA	11,35	3,392
NCO	2,40	0,681
BARTHEL	0,65	0,745
PFEIFFER	0,35	0,489
GIJÓN	0,10	0,308
ITAD	2,35	0,590
ITCD	1,50	0,707
NPD	10,35	3,536

ITAA: número de ingresos en hospital de agudos antes. ITCA: número de ingresos en hospital de crónicos antes. NPA: número de prescripciones activas. NCO: número de criterios de Ollero. ITAD: número de ingresos en hospital de agudos después. ITCD: número de ingresos en hospital de crónicos después. NPD: número de prescripciones activas después.

impacto en mortalidad del número de criterios de Ollero y la efectividad de manera más directa; sin recurrir a los contactos del paciente con el sistema sino midiendo la propia actividad del médico y la enfermera.

Conclusiones

Aunque existen muchas áreas de mejora, queda clara la efectividad del programa y la necesidad de continuar destinando recursos a él. Los resultados de nuestro análisis son concluyentes y significativos y se extraen gracias a la dedicación y motivación de los médicos involucrados en el estudio y en el programa de PP.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Basurto y, en especial, a Antonio Escobar Martínez.

Bibliografía

1 Ollero M, Orozco D, Domingo C, Román P, López A, Melguizo M, et al. «Declaración de Sevilla» confe-

rencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Rev Clin Esp. 2011;111:604-606.

- 2 Bernabeu-Wittel M, Barón-Franco B, Murcia-Zaragoza J, Fuertes-Martín A, Ramo-Cantos C, Fernández-Moyano A, et al. A multi-institutional, hospital-based assessment of clinical, functional, sociofamilial and health-care characteristics of poly pathological patients (PP). AGG 2010.
- 3 Levine SK, Sachs GA, Jin L, Meltzer D. A prognostic model for 1-year mortality in older adults after hospital discharge. Am J Med 2007;120: 455-60.
- 4 Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Declaración de Sevilla. 2011. <http://www.semfyc.es/biblioteca/virtual/detalle/Declaracion+de+Sevilla.+Cronicos/>
- 5 Govern de las Illes Balears. GESMA, Gestión Sanitaria de Mallorca. Programa Integral de Atención al Paciente Pluripatológico. Palma, noviembre 2006 [consultado 9 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.gesma.org/documentos/pseinf/Pplu.pdf>

- 6 Osakidetza. Hospital de Basurto. Plan estratégico Hospital de Basurto 2008-2012. http://www.euskadi.eus/r332288/es/contenidos/informacion/hbas_politica_general/es_hbas/adjuntos/plan_estrategicoBasurto.pdf
- 7 Martín Lesende I, Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos Aten Primaria. 2013;45(4):181-183
- 8 Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Sistemas Locales Integrados de Salud. Kronikoen programa. http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skprin01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/gobernanza_web_oficina.pdf
- 9 Zambrana-García JL, Velasco-Malagón MJ, Díez-García F, Cruz-Caparrós G, Martín-Escalante MD, Adarraga-Cansino MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna. Rev Clin Esp, 2005; 205:413-417
- 10 Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid (2006)
- 11 Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Galván-Banqueri M, Marin-Gil M, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C. Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions. European Journal of Internal Medicine, 2012;23:506-512
- 12 García-Morillo S, Bernabeu-Wittel M, Cassani M, Rincón M, Yerro-Páez V, M. Ollero-Baturone. Influencia de los factores biopsicosociales en el grado de empatía de la relación médico-enfermo en una cohorte de pluripatológicos. Rev Clin Esp, 2007;207:379-382
- 13 Domingo-Rico C. Programa colaborativo multidisciplinar de gestión de cuidados en pacientes de alto riesgo con insuficiencia cardiaca (PROMIC) Bizkaia y PROMIC Araba. Efectividad de un programa de gestión de cuidados en pacientes pluripatológicos ingresados por Insuficiencia Cardíaca.
- 14 http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/jornada_cronicidad/es_jornada/adjuntos/03.pdf