

## Comentario. La atención al paciente pluripatológico. ¿Hay oportunidades de mejora?

**Comment. Healthcare for patients with multiple disorders. Are there opportunities for improvement?**

**Francesc Cots Reguant**

*Hospital del Mar, Barcelona, España.*

La concentración de las cargas de trabajo y, por consiguiente, de sus costes en determinados colectivos de pacientes, les convierten en objeto de análisis. La tendencia es la racional; es más eficiente analizar un grupo de pacientes que presenta unas determinadas características y que representa una parte muy relevante del conjunto. Los anteriores estudios publicados<sup>1-4</sup> se referían a pacientes pluripatológicos atendidos exclusivamente en un servicio de medicina interna. El presente estudio de Fernández Miera<sup>5</sup> es más exhaustivo del conjunto de un hospital, de todos sus servicios, dando una visión más real y global de la problemática que se analiza.

Pero al analizar la problemática de la utilización de servicios hospitalarios por parte de pacientes pluripatológicos, nos encontramos ante un espejismo: si bien la selección del colectivo es correcta y responde a un algoritmo concreto (2 o más categorías clínicas crónicas), el resultado no es homogéneo. El resultado de la selección es la de un grupo de pacientes pluripatológicos y frágiles con frecuentes reagudizaciones, que acuden urgentemente al hospital, de difícil estabilización y derivación a su domicilio y que son atendidos por distintos servicios clínicos. Recuerda el problema de los *outliers*, de los *bedblockers*, si nos ceñimos al entorno de los pacientes añosos. Su determinación es fácil y basada en conceptos estadísticos, pero una vez el colectivo (un 4%) es definido y se observa su extraordinario impacto en el consumo de recursos (el 18-20% del coste total de hospitalización), no hay manera de caracterizar las causas que provocan que un paciente lo sea, de manera que tan fácil es agruparlos retrospectivamente como difícil intervenir para disminuir su impacto prospectivamente<sup>6-8</sup>.

La mayor parte de los pacientes pluripatológicos son atendidos en especialidades médicas y ello no llama demasiado la atención. Las categorías descritas como enfermedades crónicas, que se presentan como comorbilidad asociada, son trastornos atendidos por servicios médicos de manera habitual, y si se trata de reagudizaciones de alguna de estas categorías, es normal que sean estas especialidades las que atiendan a estos pacientes. Pero no es menos cierto que se echa en falta la especialidad propia de enfermos frágiles, pluripatológicos y añosos, la atención geriátrica de agudos. De hecho, estos pacientes tienen en común su edad y fragilidad, y es por ahí por donde se puede pensar en intervenir. La experiencia en algunos hospitales es la de dar razón de identidad a la geriatría en atención de agudos, como la forma de dar respuesta a los muchos pacientes de estas características que absorben una parte importante de los recursos del hospital<sup>9</sup>. De hecho, hasta ahora la mayor parte de los estudios se limitan a agrupar pacientes sin dar importancia a quién los atiende, o bien dando por sentado que

será en el servicio de medicina interna: ¿no es lógico pensar que si se caracteriza un determinado tipo de paciente, habrá que pensar seguidamente cuál es la oferta sanitaria más adecuada para tratarlo?

El 48% de los pacientes pluripatológicos analizados en este trabajo son atendidos por los servicios de medicina interna y cardiología. ¿Qué ocurre con un paciente que padece insuficiencia cardíaca y que presenta como mínimo otra enfermedad crónica cuando es atendido en cardiología? Más concretamente, qué ocurre con su insuficiencia cardíaca y con su diabetes y/o con su demencia, etc., y así hasta el 32% de los enfermos de cardiología. Un abordaje integral de su pluripatología, es decir, de lo que representa la edad, la falta de autonomía, la capacidad cognitiva y la fragilidad, es lo que permite intervenir sobre este colectivo de manera eficaz y hacer realidad el espejismo inicial al que nos referíamos. Lo mismo ocurrirá con las personas con insuficiencia respiratoria atendidas desde los servicios de medicina interna o neumología. O bien con los pacientes crónicos de cáncer, que cada vez conviven más tiempo con la enfermedad y para los que esta cronificación coincide con una comorbilidad ligada a la mayor edad. ¿Son los oncólogos los más adecuados para tratar a un enfermo de cáncer que sufre insuficiencia respiratoria y que ingresa más por los problemas respiratorios que por convivir con un cáncer de próstata?

No es en ningún caso un tema de costes, sino de cantidades y, más concretamente, de la adecuación de esas cantidades<sup>10</sup>. No es un tema de ingreso o no, que también; el verdadero problema es saber para qué se ingresa: para curar al paciente su dolencia principal, o para mejorar su estado general y compensar sus constantes después de una recaída motivada por cualquier circunstancia que se relaciona con uno de sus múltiples posibles puntos débiles. ¿Quién garantiza la continuidad asistencial, el oncólogo, el internista, el geriatra...? Quizá estos pacientes, con supervisión domiciliaria o bien institucionalizados en algunos casos concretos, podrían evitar parte de los ingresos hospitalarios continuados. El papel de las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFIS) o de los programas de coordinación al alta (PCA) deberían cambiar la estadística que muestra el artículo, adecuando mejor las especialidades y reduciendo el tiempo y el volumen de los ingresos. Todo ello puede repercutir en los costes, pero viendo el estado del arte en este tema, antes de llegar a esta pregunta, debemos replantear la estructura hospitalaria clásica para dar atención al cada vez mayor volumen de pacientes pluripatológicos.

El problema no es que sea o no un paciente pluripatológico, lo importante es cómo es atendido, tanto si sufre o no una reagudización. La pregunta que nos queda por resolver es: ¿quién debe tratar al paciente pluripatológico y con qué instrumentos?

Este comentario ha querido servir de «pie de foto» al retrato que presenta el artículo. Una vez documentada la presencia cada vez mayor de pacientes pluripatológicos en diversos servicios del hospital, cabe esperar que los siguientes artículos sobre el tema incluyan evaluaciones sobre distintas intervenciones de abordaje a la atención de este tipo de pacientes.

## Bibliografía

1. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisado M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc)*.2005;125:5-9.
2. Zambrana JL, Velasco MJ, Díez F, Cruz G, Martín MD, Adarraga MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2005;205:413-17.
3. Pérez-Díaz JM, Martín Pérez M, Ramos-Cantos MC, San Román-Terán CM. Pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc)*.2005; 126:37.
4. Fernández-Miera MF, Esclada Sarabia C, Sampedro García I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)*-2005;126:37-8.
5. Fernández-Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit*. 2008-22:139-42.
6. Cots F, Castells X. Relationship between hospital structural level and length of stay outliers. Implications for hospital payment systems. *Health Policy*. 2004;68:159-68.
7. Cots F, Elvira D, Castells X, Sáez M. Relevance of outlier cases in case mix systems and evaluation of trimming methods for use in Europe. *Health Care Manag Sci*. 2003;6: 27-35.
8. Cots F. Reubicación de los pacientes ancianos del servicio medicina interna en los servicios sanitarios y/o sociosanitarios más adecuados. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. 2002;3:3:87-94.
9. Varela J, Manzanera R, Castells X, Cots F, Fernández JM. Gestión clínica en el hospital de los procesos crónicos respiratorios y cardíacos que cursan reagudizaciones. En: *Casos de gestión clínica*. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2003.
10. García J. Determinantes del gasto hospitalario poblacional. Papel de los precios y las cantidades. Memoria de investigación del máster en administración y dirección de servicios sanitarios (MADS).