

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN FISIOTERAPIA

Curso Académico: 2012-2013

Trabajo Fin de Grado

-Título-

INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN PACIENTES
PLURIPATOLÓGICOS

- Autor/a -

MARÍA GASCÓ GÁLVEZ

- Tutor/a -

REMEDIOS LÓPEZ LIRIA

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO.....	7
METODOLOGÍA.....	7
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXOS.....	25

RESUMEN

Dentro del ámbito de la geriatría y la gerontología nos encontramos con un importante fenómeno poblacional en la actualidad; además del aumento significativo de esta población, hay un incremento de la demanda asistencial por pacientes con dos o más patologías crónicas, englobados dentro del término de pacientes pluripatológicos (PP).

En este trabajo se abordan las principales enfermedades crónicas que son tratadas en el Equipo Móvil de Rehabilitación y Fisioterapia (EMRF) de la provincia de Almería. Éstas generan un deterioro progresivo y una pérdida gradual de la autonomía en las personas mayores, así como riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas, ocasionando todo ello importantes repercusiones tanto físicas como sociales y económicas. Se ha demostrado que las intervenciones realizadas a través de la fisioterapia domiciliaria repercuten de forma significativa en la recuperación funcional para las actividades de la vida diaria de estos pacientes.

Palabras clave: Enfermedades crónicas. Pluripatología. Anciano frágil. Comorbilidad. Limitación funcional. Fisioterapia domiciliaria.

INTRODUCCIÓN

La presencia de una población envejecida en España es un hecho, esperándose que en las siguientes décadas el porcentaje de personas con más de 60 años aumente en todo el mundo [1, 2]. El incremento de la esperanza de vida, la mejora en sanidad pública y el cuidado sanitario, junto con la apuesta por estilos saludables y la prevención, han dado lugar a que hoy día el patrón epidemiológico principal gire en torno a las patologías crónicas. Patologías que se caracterizan por mermar la calidad de vida de las personas, una evolución prolongada y unos gastos económicos relevantes en el entorno familiar, comunitario y social [3].

En los países desarrollados, las patologías de mayor prevalencia y los dilemas sanitarios en torno a las mismas, han ido variando. Las enfermedades no transmisibles (ENT) y las crónicas han sustituido a las infecciones endémicas como principales causas de morbilidad y mortalidad [4]. Afrontar este aumento en la incidencia y prevalencia de las patologías crónicas es en la actualidad, uno de los retos más importantes para el progreso sanitario del siglo XXI. Se calcula que las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la patología respiratoria crónica y la diabetes fueron la causa de muerte de entorno a 35 millones de personas en el año 2005; llegando al 60% de la suma de muertes a nivel mundial. Considerando que las ENT se pueden, en gran parte prevenir, se estima que se podría conseguir una menor cantidad de defunciones prematuras [5].

En el año 2006, el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España verificó un promedio de 2'8 problemas o enfermedades crónicas en personas entre 65 y 74 años; llegando a 3'23 en aquellas mayores de 75 [1, 6]. Estas patologías crónicas son en gran parte, las causantes de las limitaciones en la actividad de las personas de mayor edad y su discapacidad [3]; a mayor edad avanzada, mayor es el riesgo de discapacidad [2].

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2011-2012 cifró en un 46'5% los mayores de 65 años con alguna dependencia funcional, para el cuidado personal, las tareas domésticas y/o de movilidad [7]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha pronosticado las patologías crónicas (del tipo diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, etc.) como primordial origen de discapacidad en 2020 [1]. Este aumento en la discapacidad durante las décadas venideras, también afectará a servicios sanitarios y de rehabilitación que velan por la mejora y calidad de vida del paciente.

Otro hecho destacable junto a los datos que se han señalado, es el incremento de solicitudes de medios sanitarios por parte de las personas mayores. Las patologías crónicas originan el 80% de las consultas en atención primaria (AP) y el 60% de las altas hospitalarias, causando hasta el 70% del gasto en sanidad nacional [1]. En hombres mayores de 85 años, la asistencia hospitalaria es diez veces más respecto a aquellos de edades comprendidas entre 15 y 34. De igual forma, el promedio de la estancia de cada ingreso en el hospital tiende a una mayor prolongación en grupos avanzados de edad [6]. En un estudio llevado a cabo en España con 328 pacientes de 85 años, se obtuvo un índice de pluripatología del 95'1% [8]. Se ha hallado coincidencia entre el gran requerimiento de medios por parte de las personas de mayor edad (uso de prestaciones en la consulta del médico, gasto en medicamentos, urgencias, hospitales de día) y el ser un conjunto de pacientes con superior discapacidad y peor salud subjetiva [6].

Por todo ello, se considera necesario, una gestión de la asistencia sanitaria sistemática para esta elevada proporción de personas, algunas de ellas frágiles, con dos o más enfermedades crónicas, para garantizar la eficacia del uso de los recursos sanitarios y sociales que tienen a su disposición y la calidad de su atención [6]. Es evidente la influencia desde el punto de vista de la fisioterapia de todas estas cuestiones descritas, pues estamos enfrentándonos a un incremento de pacientes pluripatológicos en los servicios de rehabilitación y fisioterapia que requieren nuestra atención.

El paciente pluripatológico (PP) engloba una extensa gama clínica, que parte desde aquellos enfermos con autonomía que tienen un elevado riesgo de padecer progresivas deficiencias y discapacidades llegando a la minusvalía (por darse dos o más patologías de carácter crónico y sintomáticas), hasta a aquellos otros, que tienen síntomas constantes y reagudizaciones originando una necesidad no controlada de cuidado en los diversos niveles asistenciales [9].

El uso del concepto “pluripatológico” de forma indiferenciada para aludir al paciente polimedcado ha sido comúnmente utilizado en los servicios sanitarios de salud, para referirse al usuario que frecuenta en exceso el servicio de urgencias, a la persona mayor débil, al paciente con múltiples entradas hospitalarias, etc. y hasta el año 2004 no surge una definición a nivel nacional aceptada. No obstante, a nivel profesional como se ha indicado, eran conocidos los siguientes rasgos diferenciales de

pluripatología: enfermedades incurables por parte del sistema de salud; prolongadas temporalmente y con gradual deterioro del paciente, disminución progresiva de su independencia y aptitud funcional; relevantes a nivel profesional, económico y social. Se incentivó la composición de grupos de investigación para abordar estas patologías crónicas en distintas categorías clínicas y así poder clasificar a los PP que son codificados tanto en atención primaria como hospitalaria. De este modo, se establece el concepto de paciente “pluripatológico” para aquel enfermo que tiene alguna patología englobada en dos o más de las categorías propuestas [10] (Anexo I). Desde entonces se ha hecho uso de esta definición en diversas publicaciones [1, 9, 11-13], siendo evidente que a nivel tanto hospitalario como de atención primaria, los criterios de pluripatología hacen posible identificar a un grupo poblacional de edad avanzada, gran limitación de la funcionalidad, morbilidad y un aumento en el uso de recursos; estudios que nos permiten analizar sus necesidades, planificar los servicios y adaptarnos a las demandas de esta población y sus familias [6]. Desde que se comenzase a acuñar este término, la investigación en relación a este fenómeno, ha originado importantes consecuencias a nivel social y económico, convirtiéndose en uno de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) de la Consejería de Salud en Andalucía.

En la actualidad, se ha criticado que el Sistema Nacional de Salud siga concentrado sobre todo en la atención al curso agudo de la patología, encauzándolo casi en su totalidad, desde una perspectiva biomédica; pero si se desea conseguir un sistema de salud sostenible y socialmente satisfactorio, se pone de manifiesto la necesidad de un cambio hacia un modelo con una mejor preparación que haga frente a la prevención y a la gestión de los procesos de salud crónicos. De este modo, surgen algunas intervenciones para promover estilos de vida saludables que eviten el desarrollo y aparición de patologías crónicas. En estos proyectos se ofrecen algunos consejos y sugerencias dentro de la táctica para el abordaje de la cronicidad que harían posible dirigir la estructura de los servicios hacia la mejora de la salud de las personas, la prevención de la enfermedad y el abordaje de sus determinantes, así como su cuidado integral [3].

Se ha demostrado que es necesario centrar este enfoque en las necesidades de las personas, tanto personales como grupales; el cuidado sanitario debe ser apropiado y eficaz, garantizando que la prolongación en la atención se amolde al desarrollo de la

patología y facilite su independencia personal. Esta táctica en vez de girar en torno a patologías concretas, debe tener en cuenta todas las condiciones de salud y los impedimentos en la actividad de manera crónica; su intención es progresar en la reducción de las desigualdades en salud afrontando sus determinantes sociales.

Con estas medidas, se esperan repercusiones que sean beneficiosas para la evolución y el confort de toda la sociedad, ya que las dificultades que presentan estos problemas de salud crónicos son a la par origen y resultado de obstáculos socioeconómicos [3, 4].

Entre algunas de las iniciativas que surgen para el abordaje de estas políticas sanitarias, en Andalucía a principios de la primera década, se reunieron los colectivos de la región de atención primaria y de medicina interna llegando a un acuerdo y la puesta en marcha de la primera unidad de pacientes pluripatológicos (UPP), una nueva manera de organizar y gestionar la asistencia de estos pacientes. Estas unidades han recibido diversos términos y variados niveles de integración dentro de las unidades o servicios de medicina interna como la unidad de continuidad asistencial (UCA) o la unidad clínica de atención médica integral (UCAMI). Tienen idéntica misión, cartera de servicios y estructura organizativa que la UPP [6].

Paralelamente, pretendiendo lograr un mejor acceso de los pacientes y cuidadores a las prestaciones de rehabilitación y fisioterapia próximos a su entorno domiciliario, se crearon nuevas unidades dentro de los Distritos de Atención Primaria, como apoyo a los equipos básicos de salud [14, 15]. Esta nueva prestación en el hogar del paciente, facilitaría a las familias el poder compaginar la atención de las personas a su cargo (mayores y dependientes) con su actividad laboral [16].

Dentro de esas líneas de actuación, comenzaron a funcionar 42 equipos móviles de rehabilitación y fisioterapia (EMRF) que asistirían al paciente en su domicilio. Éstos en la actualidad se localizan en todas las capitales de provincia y el Campo de Gibraltar; están compuestos por fisioterapeutas, celadores-conductores, automóvil y equipamiento portátil. Dichos equipos trabajan mañana y tarde; estando coordinados por un Facultativo Especialista de Área (FEA) de Rehabilitación que a su vez depende del Distrito de Atención Primaria correspondiente [17].

Entre las investigaciones que se han llevado a cabo en relación a esta actividad asistencial desarrollada durante más de una década (2002-2012), se encuentran publicaciones como la realizada en la capital almeriense, donde se analizaron los datos de un total de 2987 pacientes derivados al EMRF. Entre los datos más relevantes para nuestro trabajo queremos destacar los procesos discapacitantes principales por los que fueron derivados los pacientes a la unidad: las secuelas por inmovilización (29%); fractura de cadera (16,5%); enfermedad cerebrovascular (13,7%); prótesis de rodilla (11,9%) y de cadera (4,7%); enfermedad pulmonar obstructiva crónica (2,6%) y Alzheimer un 2,4%. Como proceso discapacitante secundario a considerar en el tratamiento, el 40,4% de los pacientes presentaron pluripatología [15].

La justificación del tema de estudio gira entorno a la tendencia anteriormente citada a un cambio demográfico hacia una población envejecida con gran parte de nuestros mayores afectados de dos o más patologías; la aparición de un alto porcentaje de PP cuyo proceso discapacitante secundario es este diagnóstico; y la experiencia que he desarrollado tanto en prácticas como en la beca de colaboración que he disfrutado en el departamento de enfermería, fisioterapia y medicina, ligada al EMRF. Por todo ello, me he decantado por realizar mi trabajo fin de grado orientado a describir las características de esta población y el servicio que se les ofrece en el EMRF.

OBJETIVO

Este trabajo ha deseado abordar cuáles son las características sociodemográficas de los PP que han recibido atención fisioterápica en la provincia de Almería; las categorías patológicas más prevalentes; las características del servicio ofrecido por el EMRF y la recuperación funcional medida a través del Índice de Barthel (IB) [18].

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de 865 PP, según la definición propuesta en la guía de procesos asistenciales integrados de pluripatológicos: poseer dos o más enfermedades crónicas distribuidas entre las siete categorías posibles [10] (Anexo I). Dicha muestra había sido reclutada para recibir tratamiento fisioterápico a domicilio por parte del EMRF en la provincia de Almería. Esta derivación se realizó entre los años 2004 y 2012. No se tuvo en cuenta ningún procedimiento de muestreo al incluir a toda la población que cumplía los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión. Pacientes que:

- Estuvieran recibiendo prestaciones sanitarias por parte del EMRF de la capital almeriense, por lo que seguirían los propios criterios reflejados en el protocolo de actuación del servicio: adecuación (proceso incluido dentro del listado de procesos asistenciales adecuados a prestaciones fisioterápicas en el domicilio; accesibilidad (la imposibilidad de recibir tratamiento en una sala de rehabilitación a causa de barreras arquitectónicas inevitables); y seguridad (que el propio desplazamiento supusiese un riesgo para el paciente por su propio estado de salud debido a su comorbilidad) [14].
- Cumplieran los requisitos de la definición de paciente pluripatológico.

Criterios de exclusión. Pacientes que según el protocolo de actuación [14]:

- Les fuese contraindicado recibir tratamiento fisioterápico.
- No diesen su consentimiento para aceptar el tratamiento propuesto.
- En caso necesario de colaboración ya fuese de la familia y/o de los cuidadores para lograr los objetivos del tratamiento, que éstos se negasen.
- La derivación al servicio del EMRF no siguiese los criterios de inclusión propios del protocolo de actuación (proceso excluido del listado, imposibilidad de mejoría, no existencia de barreras o de comorbilidad) o no tuviese los requisitos necesarios (falta de la información mínima exigida).
- Posibilidad de traslado a una sala de terapia.

Para el desarrollo de este trabajo, en primer lugar se elaboró una revisión acerca de la definición de pluripatología en sí y sobre estudios previos que la abordasen.

Posteriormente, partiendo de la selección de los pacientes que satisficían los principios de incorporación, se recopiló la información de forma sistemática y profunda. Los datos se adquirieron de las historias clínicas del centro, accediendo a los datos sociodemográficos, patologías predominantes, IB, etc., información básica referida a cada uno de los pacientes, su derivación, enfermedad, y el servicio prestado. Se construyó una base de datos donde se recogía, clasificaba y estructuraba, la información extraída de las Historias Clínicas.

Previamente, se habían obtenido los permisos pertinentes del comité ético y científico responsable en la provincia de Almería. En todo momento se trabajó con el

matiz de preservar la confidencialidad y ética del estudio.

Las variables analizadas se clasificaron según:

A. Características de los pacientes. Aquellas variables sociodemográficas dependientes del paciente y su patología: género, edad, lugar de procedencia y cuidador principal.

B. Características de la enfermedad. Aquellas variables que estaban relacionadas con la pluripatología: número de categorías de inclusión e IB inicial y final.

C. Características del servicio del equipo móvil. Aquellas variables que están relacionadas con la prestación por parte del equipo sanitario: solicitud de inclusión, tiempo de desfase entre la solicitud inicial de valoración para tratamiento y la inclusión en las sesiones de fisioterapia, grupo de atención domiciliaria, objetivos del tratamiento, técnicas fisioterapéuticas aplicadas y número de sesiones.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa IBM SPSS Statistics versión 21.0. Se realizó el análisis descriptivo según fuesen variables cuantitativas o cualitativas (porcentajes, frecuencias, medias y desviación típica) para el género, la edad, la localidad de procedencia, el cuidador principal, el número de categorías, el IB, la solicitud de inclusión, el grupo de atención domiciliaria, desfase, número de sesiones, técnicas y objetivos. En cuanto al IB, se aplicó la *T de Student* para muestras relacionada (IB inicial y final) para verificar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre variables cuantitativas.

RESULTADOS (Las Figuras 1- 5 y 8-13 están incluidas en el Anexo II)

A. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

1. Se han tratado a un 61% de mujeres y un 39% de hombres (Figura 1. Género de los pacientes)

2. La media de edad del total de los pacientes atendidos fue de 80,67 años (con una desviación típica =10,317) (Figura 2. Edad de los pacientes).

3. El lugar de procedencia mayoritario de los pacientes fue Almería capital con un 85%, le seguían La Cañada, Huércal de Almería, El Alquíán, Gador, Pechina, Benahadux y Viator (Figura 3. Localidad de procedencia).

4. El cuidador principal identificado en el hogar del paciente fue la hija en un 32%; seguido por la familia en un 17% y la mujer en un 13%. Las auxiliares a domicilio aparecían en los hogares en un 9% de los casos (Figura 4. Cuidador principal del enfermo).

B. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

1. El número de categorías de inclusión mayoritario fue de tres categorías con un 36,3% seguido por los pacientes que tenían dos categorías con un 36,07% (Figura 5. Número de categorías de inclusión).

2. La categoría más prevalente han sido la H (enfermedad osteoarticular) con el 80,8% de los pacientes; seguido por la categoría E (59,3%) correspondiente a enfermedad cerebrovascular, enfermedades neurológicas y deterioro cognitivo.

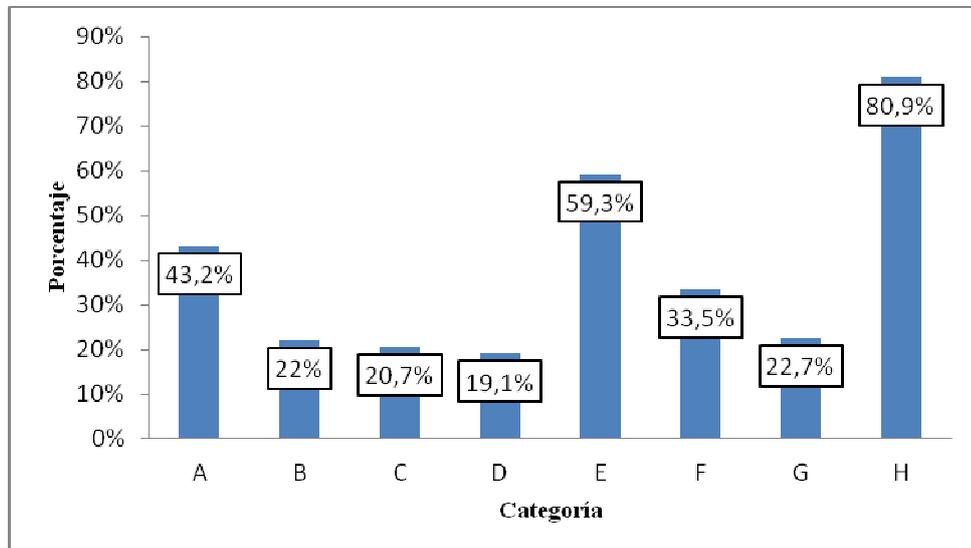


Figura 6. Número de pacientes por categoría clínica

3. La mayor proporción de pacientes tuvieron un Índice de Barthel inicial entre 0-20, con un porcentaje de 35,6%; al final del tratamiento, el 46,1% de los pacientes tuvieron una puntuación entre 60-95 en las actividades de la vida diaria. Aplicada la *T de Student* para el IB inicial la media fue de 38,12 y el IB final fue de 53,31. Se apreció

que existían diferencias estadísticamente significativas ($t=-23,18$; $p<0,001$) que revelaban la mejoría de los pacientes con una diferencia considerable de 15 puntos en esta escala que evalúa la independencia funcional para las actividades de la vida diaria.

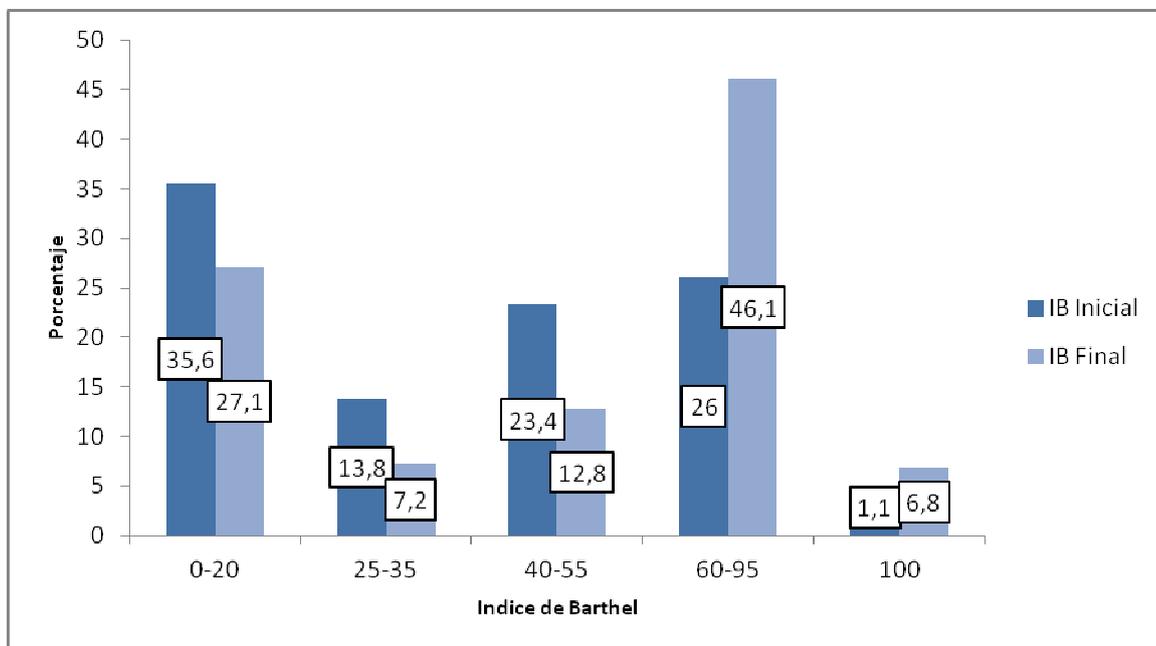


Figura 7. Valores del Índice de Barthel Inicial y Final

C. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DEL EMRF

1. La solicitud de inclusión en el programa de fisioterapia por los distintos profesionales destaca la realizada en un 48% por el médico especialista (rehabilitador) seguido de un 47% por la enfermera gestora de casos (Figura 8. Solicitud de inclusión en el programa).

2. El tiempo transcurrido desde el momento de la solicitud al servicio y el de la valoración para incluirlo en el tratamiento fue de una media de 4,77 días (Figura 9. Tiempo de desfase).

3. El grupo de atención domiciliaria predominante fue el G1 con un porcentaje del 84% de pacientes (Figura 10. Grupo de atención domiciliaria). Este grupo está constituido por pacientes que necesitan atención fisioterápica teniendo carencias que pueden revertir ya sea de forma total o parcial y los discapacitados con carencias ya establecidas pero con la posibilidad de aumentar su capacidad funcional al recibir tratamiento de fisioterapia. En caso contrario, en el G2, hablamos de enfermos con una

limitación funcional importante que lo que requieren es tratamiento de tipo postural o movilizaciones con la finalidad de mantener el estado físico y la calidad de vida [14].

4. El porcentaje de los objetivos a alcanzar por el tratamiento se representan a continuación en la tabla 1. Adicionalmente la Figura 11. Objetivos del tratamiento, ofrece una ilustración de los mismos.

Tabla 1. Objetivos del tratamiento

Objetivos del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
DOLOR	17	2,0
FUNCIONALIDAD	320	37,0
MARCHA	136	15,7
TRATAMIENTO POSTURAL	17	2,0
ENSEÑAR CUIDADOR	86	9,9
TRANSFERENCIAS	45	5,2
TRATPOSTUR/ENSEÑAR CUIDADOR/TRANSFERENCIAS	41	4,7
DOLOR/FUNCIO/CAMINAR	131	15,1
ADAPTACIONES	47	5,4
EJERC RESPIRATORIOS/ AUMENTAR CAPACIDAD FUNCIONAL	25	2,9
Total	865	100,0

5. Las técnicas fisioterápicas aplicadas fueron en el 64,3% cinesiterapia; el 8,44% educación al cuidador; 1,62% específicamente enseñanza de transferencias; y el 5,2% adaptaciones a la marcha (Figura 12. Técnicas fisioterápicas aplicadas).

Tabla 2. Técnicas fisioterápicas aplicadas

Técnicas fisioterápicas aplicadas	Frecuencia	Porcentaje
CINESITERAPIA	556	64,3
ELECTROESTIMULACIÓN	1	0,1
ENSEÑAR CUIDADOR	73	8,4
ENSEÑAR TRANSFERENCIAS	14	1,6
CINESITERAPIA/CORRIENTES	70	8,1
CINESITERAPIA/EDUCACION	106	12,3
ADAPTACIONES	45	5,2
Total	865	100,0

6. La media del número de sesiones fue de 12,49 con una desviación típica de 11,19 (Figura 13. Número de sesiones).

DISCUSIÓN

Las modificaciones demográficas y epidemiológicas han dado lugar a un incremento de la demanda de servicios, y necesidades cada vez más variadas que el Sistema Nacional de Salud ha tenido que hacer frente, incorporando y adaptando nuevas políticas sanitarias [3]. Uno de los servicios que se crearon en el 2002 durante este proceso, fue el del EMRF para cubrir las necesidades de fisioterapia de aquellos pacientes que no podían recibir tratamiento en sala [14].

La comorbilidad frecuentemente se ha comprendido como la unión de una enfermedad cualquiera con una entidad nosológica principal de carácter agudo o crónico, que influye a la hora de diagnosticar y de tratar al paciente [6]. A lo largo de nuestra investigación, se ha observado un patrón muy variado y diverso entre los pacientes incluidos, al presentar distintas categorías patológicas, que han sido abordadas por el servicio de fisioterapia para obtener la mayor funcionalidad posible de la persona afectada. Este tipo de pacientes, tienen frecuentes reagravamientos a los que el personal sanitario ha de hacer frente. La pluripatología supedita una particular debilidad clínica, que impone al enfermo un desgaste y una reducción progresiva de su independencia y aptitud utilitaria, originando con frecuencia una petición de asistencia a diversos ámbitos (asistencia primaria, especializada, servicios sociales, etc.).

En 2010, los motivos primordiales de defunción fueron las patologías circulatorias (31,2%), respiratorias (10,5%), y los tumores (28,1%); dentro del ámbito hospitalario, con mayor frecuencia fueron los tumores (24,7%) y las enfermedades del aparato circulatorio (22,3%) [19]. Se ha predicho un aumento del 17% en el número de muertes debidas a las patologías crónicas. Esto se traduce en 41 millones de defunciones por enfermedades crónicas de los 64 millones de personas que fallecerán en 2015, a menos que se tomen medidas urgentes [20]. Si no se actúa para reducir el riesgo de enfermedades crónicas, 84 billones de dólares se perderán en concepto de renta nacional en 23 países de ingresos bajos y medios. Pérdidas provocadas por las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes [21].

Es relevante para nuestro estudio ubicado en AP, conocer los datos que nos ofrece la ENS (2011-2012) confirmando que como mínimo uno de cada seis adultos sufre alguno de los trastornos crónicos más frecuentes: dolor de espalda a nivel lumbar (18,6%), hipertensión arterial (18,5%), artrosis, artritis o reumatismo (18,3%), colesterol elevado (16,4%) y el dolor a nivel cervical crónico (15,9%) [7]. Se ha comprobado en relación a los datos de nuestros pacientes, que la enfermedad osteoarticular crónica (que de por sí origine una limitación para las actividades básicas de la vida diaria; categoría H) se presenta en un elevado porcentaje (el 80,8% de los sujetos).

Se ha hallado la tendencia desde 1993 hasta la actualidad, al aumento de diversos factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial, el colesterol alto y la diabetes que han pasado del 11,2% al 18,5%, del 8,2% al 16,4% y del 4,1% al 7,0% respectivamente [7]. Dentro de estos factores, la diabetes mellitus, es una de las patologías de mayor auge en la población española, donde llega a un porcentaje de 6 que va en aumento [3], y la propia enfermedad cardiovascular en sí, que se encuentra con frecuencia en el perfil de los pacientes pluripatológicos [13]. Nuestro estudio refleja que la diabetes (formando parte de la categoría F) representa un porcentaje del 31,9% de nuestros pacientes y la categoría A significa el 43,2% de la muestra (insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de NYHA o cardiopatía isquémica).

Para conseguir una prolongada mejora en el campo de la salud, se ha de considerar dentro de los sistemas nacionales, el incremento del capital humano y la eliminación de las barreras sanitarias, lo que influiría positivamente en el crecimiento económico [22]. Esta lucha demanda mundialmente inversiones notables en bienes públicos, cobrando relevancia aquellos que aporten nuevo conocimiento, especialmente en investigación y desarrollo. Por ello se justifican aquellos estudios epidemiológicos o descriptivos que como el nuestro alertan sobre los recursos que se están usando y las necesidades existentes, para conseguir esa prosperidad en el ámbito de la salud con su correspondiente repercusión positiva en el desarrollo económico. Es necesario que a la hora de generar o abordar un enfoque de las prioridades a nivel mundial, como complemento se analice en cada país las prioridades propias de salud. Éstas deben basarse en información epidemiológica detallada y actualizada constantemente [23].

Desde siempre, la prevención ha sido una de las mejores herramientas en el campo de la salud. Es de gran importancia que desde la atención primaria y desde servicios como los EMRF se trabaje la educación sanitaria de la población. Hay que concienciar sobre los diversos elementos de peligro como son el consumo alcohólico, de tabaco, la obesidad y el sobrepeso, la hipercolesterolemia, diabetes en el adulto, hipertensión, patologías coronarias, algunos patrones cancerígenos y abundantes patologías crónicas [3]. Muchas ENT, como por ejemplo las dolencias cardiovasculares, la diabetes, las patologías mentales y los cánceres, se pueden tratar de forma eficaz con actuaciones parcialmente baratas, sobre todo intervenciones preventivas en alimentación y estilo de vida saludable [23].

El peligro que aportan las patologías crónicas se puede superar partiendo de conocimientos ya adquiridos. Sabiendo sus factores predisponentes y teniendo al alcance los métodos imprescindibles para preverlos y tratarlos, se podría impedir millones de fallecimientos antes de tiempo y por lo tanto evitar un peso enorme de discapacidad. Las alternativas son eficaces e incluso elevadamente costo-eficaces. Es necesario intervenciones integradas y cuyo foco sea el propio individuo, que giren en torno a los factores de riesgo primordiales, comunes y modificables (alimentación poco sana, la inactividad física, el consumo de tabaco, etc.), conteniendo así las diferentes pluripatologías que aparecen en el sujeto [20].

Si se consiguiese prevenir y combatir las patologías crónicas a nivel mundial, podría eludirse la muerte de 36 millones de personas de aquí a 2015, lo que tendría significativos beneficios a nivel económico. Así, se incrementaría la vida productiva y se disminuiría la necesidad de una asistencia de salud costosa, que en la mayoría de los casos requiere uso de tecnología [22, 24]. No podemos olvidar que la responsabilidad de cada uno está cuando la persona en sí tiene acceso de forma equitativa a una vida sana y apoyo para decidir saludablemente. Es muy importante que las autoridades públicas tomen parte para poder alcanzar el bienestar de la población y a su vez, proteger especialmente a aquellos que presenten mayor vulnerabilidad [20].

En AP en España, la prevalencia de pacientes pluripatológicos es de un 1,38 % y de los mayores de 65 años, de un 5%. De estos pacientes, llegan al 40% los que tienen tres o más patologías crónicas; el 94% están polimedcados; el 34% poseen un índice de

Barthel inferior a 60; y el 37% tienen deterioro cognitivo [1,6]. En el Reino Unido, el Departamento de Salud calculó que un 5% de los pacientes, (usualmente con patologías crónicas) ocasionan el 42% de las estancias hospitalarias [6].

La prevalencia de PP se ha manifestado superior al 30% en servicios o unidades de medicina interna y rozando el 60% en aquellos con obvia disposición a ser enfermos crónicos. En un estudio que englobaba a 24 servicios de medicina interna de Andalucía se observó que el 42% de los pacientes ingresados eran clasificados como pluripatológicos. El inicio de un programa para pacientes crónicos hizo posible que disminuyera en un 45% los ingresos hospitalarios, un 26% los días de estancia y a la mitad las consultas en urgencias [6].

Tanto en nuestro estudio como en el ámbito hospitalario, la valoración del paciente pluripatológico ha hecho posible distinguir a un grupo poblacional con una edad elevada, grandes obstáculos funcionales, más defunciones y uso de recursos [6]. La distinción de un PP debe ser por tanto una parte imprescindible de cara a su atención y la formulación de tácticas sistemáticas con las que abordar sus necesidades. Los enfermos pluripatológicos tienen unos patrones de intervención de decisión común, con un abordaje distinto tanto a la hora del diagnóstico como de la terapia. Ello origina una prestación más global, a cargo de equipos multidisciplinares y con una organización asistencial que garantice una atención continua dentro y fuera del hospital de forma coordinada con los servicios sociales y AP [13].

Comparando nuestros resultados con otros estudios [9, 11-13], la edad media de la muestra suele estar en un rango comprendido entre los 66 y 81 años. En nuestra investigación el porcentaje de mujeres ha sido superior al de hombres a diferencia del resto de los estudios, donde existe más prevalencia de pluripatología en hombres (Anexo III). En cuanto a la clasificación de las categorías más frecuentes para ser pluripatológico, Ramirez-Duque en el 2008 [9] y Zambrana en el 2005 [13] coinciden en la categoría A y la F. En nuestro estudio la de mayor prevalencia ha sido la H seguida de la E (ésta también tiene una especial importancia en los resultados de Zambrana [13]. et al. En cuanto a los resultados respecto al IB, se ha comentado que la diferencia llega a 15 puntos en los pacientes tratados por el equipo móvil de rehabilitación y fisioterapia (índice inicial y final); el estudio de Garcia-Morillo en el 2005 [12], destaca en un 16%

de los casos, que llegan a más de 10 puntos de descenso en la escala de Barthel entre los valores basales y al alta.

Deseamos destacar por su importancia y debido a que fueron pioneros, estudios como el de García-Morillo [12] realizado en una población de PP obtenidos de servicios de Medicina interna, donde ya nos ofrecían información sobre las características de estos enfermos con particular debilidad clínica, para tenerlas en cuenta a la hora de prestarles nuestros servicios sanitarios:

- Especial susceptibilidad y fragilidad clínica. De ahí que tenga lugar la frecuente necesidad de asistencia en los distintos niveles. Asistencia que no es fácil programar puesto que presentan agudizaciones y patologías interrelacionadas que hacen más grave el estado del paciente, llevándolo a un deterioro que va progresando y a una disminución de forma gradual de su autonomía y capacidad funcional.

- Mayor necesidad y elevado consumo de recursos hospitalarios. Esto representa un peso asistencial en todos los niveles. Es debido a la característica fragilidad y los obstáculos que encuentra la organización sanitaria para responder de forma integral a las demandas de estos pacientes.

- Mayor deterioro funcional basal, al ingreso y al alta, y en mayor proporción en el transcurso del proceso asistencial.

- Mayor supervivencia asociada de forma independiente al hecho de tener patologías de las categorías D y F y ausencia de dependencia funcional al ingreso [12].

En relación al bajo IB inicial hallado en nuestra muestra de pacientes (media 38), otros estudios como el de Nieto [1] en el 2007, nos han corroborado en la misma línea, que estos pacientes presentan riesgo de deterioro funcional progresivo, una elevada mortalidad, altísima fragilidad, vulnerabilidad y necesidades de atención diferentes basadas en un abordaje global, integrador y multidisciplinar.

En un estudio realizado en Australia, Taylor en 2010 [25], identificaron una variedad de factores asociados con la pluripatología como la estructura familiar, el estado civil, el nivel educativo, el país de nacimiento, la medicación, el uso de los servicios de salud, la existencia de síntomas depresivos, ser fumador o no, el estado de salud en general y el índice de cintura-cadera. Afirmando además que esta información

podría ayudar a mejorar las estrategias de prevención. En nuestro estudio, en cuanto a la estructura familiar, se ha identificado el cuidador principal que se ocupa del paciente, lo que revela claramente la importancia de la familia en el entorno domiciliario español; se indica que un 62% de pacientes reciben cuidados por parte de su familia, frente a un 9% de los casos que son los auxiliares a domicilio los que asumen el papel.

Las hojas de registro, valoración y seguimiento por parte del EMRF, identifican al paciente, recogen los antecedentes patológicos relacionados con la discapacidad, valoran la discapacidad y el entorno, detectan los procesos discapacitantes (principal y secundario), establecen los objetivos funcionales, el plan de actuación-tratamiento, la codificación de procedimientos, así como una evaluación al finalizar el tratamiento (evolución, seguimiento y las recomendaciones al alta) [14]. A la hora de valorar al PP ha sido de gran utilidad el uso de escalas de evaluación validadas y consensuadas, tanto de atención primaria como especializada, ya que gracias a los resultados que revelan, se pueden detectar a aquellos pacientes que van a tener un desarrollo más adverso, una superior estancia en el hospital o mayor uso de recursos sanitarios. El IB al ingreso es un marcador válido y comúnmente utilizado para conocer el pronóstico del paciente de forma independiente [12]. Dentro de la valoración de la disfunción del paciente, en esta unidad se suele hacer hincapié en la valoración física (grados articulares, fuerza muscular, dolor, etc.) y la funcional (con el IB). Con el fin de conseguir una mejor atención y especialmente coordinar los diferentes niveles sanitarios que garanticen la continuidad asistencial, autores como Martínez-Peñalver [26] han destacado la exigencia de empezar un registro informático del grupo de pluripatológicos. Éste debería revisarse de forma temporal y dinámica y englobar las diversas variables de estos pacientes, siendo primordial la participación de diferentes hospitales así como AP.

Dentro de las limitaciones de este estudio, cabe destacar que el término en sí de paciente pluripatológico es relativamente reciente [10] por lo que no se han hallado gran diversidad de investigaciones nacionales o internacionales que hagan alusión a las características de los mismos. Aunque dicho término, se ha demostrado que es útil para clasificar a un numeroso conjunto de pacientes que en medicina interna y otros campos sanitarios como la fisioterapia se tratan día a día, aún esta definición no ha sido globalmente admitida. En la literatura anglosajona no está fijada la idea de pluripatología, por lo que hay abundantes artículos que hacen referencia a la

multimorbilidad como la presencia de más de una patología crónica, y se ha tenido que recurrir a este término para ampliar la información sobre el tema.

En base a los objetivos del tratamiento normalmente marcados en el equipo móvil (dolor, funcionalidad, marcha, tratamiento postural, educación al cuidador, transferencias, adaptaciones, ejercicios respiratorios y aumentar la capacidad funcional) en este trabajo se ha hallado que el mayor porcentaje (37%) se centró en obtener la mayor funcionalidad posible. Otros autores han señalado que el objetivo general debe ser la complacencia del enfermo, llegando a una mejor calidad de la prestación en cuanto a su acceso, su efectividad, su protección y su conocimiento [13].

En esta muestra de pluripatológicos, se ha apreciado que existen diferencias estadísticamente significativas entre el IB inicial y final, que revelaban la mejoría de los pacientes en esta escala que evalúa la independencia funcional para las actividades de la vida diaria. Ya en el servicio prestado por los EMRF, en un estudio con pacientes con enfermedad cerebrovascular, se reflejó una mejora a nivel funcional importante. De esta manera, la rehabilitación a domicilio se muestra como una herramienta imprescindible para la población con mayor vulnerabilidad clínica y sin acceso a los cuidados ambulatorios, logrando con dicho tratamiento beneficios efectivos [27].

Autores como García-Morillo [12], señalan que para lograr una mejora en la calidad de la asistencia al PP y una mejor previsión de las estancias hospitalarias, sería interesante la especialización en unidades de pluripatología, poniendo en marcha recursos específicos enfocados a esta población. Algunas medidas serían mejorar los cuidados (instrucción específica del personal sanitario), fortalecer las unidades de trabajo social y rehabilitación funcional, e implementar unidades de día médicas de alta respuesta ante desestabilizaciones que evitarían ingresos innecesarios.

CONCLUSIONES

♣ Entre las características específicas de los pacientes pluripatológicos que han recibido atención fisioterápica en la provincia de Almería, nos encontramos a un grupo poblacional con mayor proporción de mujeres y una edad media de 80 años. El cuidador principal identificado en el hogar del paciente ha sido la hija seguida por la familia y la esposa del paciente. El número de categorías de inclusión mayoritario fue de tres (con más de la tercera parte de la muestra). La categoría más prevalente ha sido la H (enfermedad osteoarticular) con el 80% de los pacientes.

♣ Las diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios del índice de Barthel inicial y final revelan una mejoría funcional importante en los pacientes pluripatológicos, por lo que la rehabilitación domiciliaria se reafirma como una herramienta útil y necesaria para las personas con mayor vulnerabilidad clínica.

♣ El estudio de la eficacia de estos tratamientos resulta decisivo en la actualidad tanto por el gran impacto social y económico que implican, al comportar consecuencias negativas tanto para los afectados como para sus familias, por los costes formales e informales del cuidado y el deterioro de la calidad de vida. Estudios como el presentado, facilitan la planificación y abordaje de estas patologías desde la sanidad pública, para mejorar las directrices de evaluación y tratamiento existentes. Animamos a la comunidad científica a seguir indagando en estas cuestiones de una población en crecimiento, para poder satisfacer al máximo sus necesidades y prestarles el mejor servicio posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Nieto, MD. IMPACTO: Implantación del Plan de Asistencia Continuada a Pacientes Pluripatológicos. Impacto sobre la evolución natural de la enfermedad, el deterioro funcional y la calidad de vida. 2007 [acceso 25 Feb 2013] Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/grupos/edad-avanzada/publicaciones/anexo-impacto.pdf>.

[2] Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Malta. 2011. [acceso 25 Feb 2013] Disponible en: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf.

[3] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2012. [acceso 25 Feb 2005] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.

[4] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud, 2012. Madrid. 2012. [acceso 25 Feb 2013] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012.pdf>.

[5] Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. 2008. [acceso 25 Feb 2013] Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf.

[6] Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Madrid. 2009. [acceso 25 Feb 2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf.

[7] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional

de Salud 2011-2012. 2013. [acceso 25 Feb 2013] Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.

[8] Formiga F, Ferrer A, Sanz H, Marengoni A, Albuquerque J, Pujol R. Patterns of comorbidity and multimorbidity in the oldest old: The Octabaix study. *Eur J Intern Med.* 2013; 24: 40-44.

[9] Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camuñez MÁ, García-Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 2008; 208(1): 4-11.

[10] Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. Sevilla. 2007. [acceso 25 Feb 2013] Disponible en:
http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/576/5/PAI_AtencionPacPluripatologico_2007.pdf.

[11] Fernández-Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit.* 2008; 22(2): 137-143.

[12] García-Morillo J, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad 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.* 2005; 125(1): 5-9.

[13] 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(9): 413-417.

[14] Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de procedimientos, 2003. Sevilla. 2003. [acceso 25

Feb 2013] Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hmotril/paginas/enfermeria/Profesionales/Continuidad_de_Cuidados/guia.pdf.

[15] López R, Padilla D. Atención integral en el domicilio del paciente con accidente cerebrovascular. Almería: Tutorial Formación S.L. 2011.

[16] Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas y 7/2004, de 20 de enero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº56, 7047. Sevilla. 2004.

[17] Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Plan de apoyo a las familias andaluzas. 2002. [acceso 25 Feb 2013] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=ges_cal_palnapoyofam_4.

[18] Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. Maryland State Medical Journal. 1965; 14: 61–65.

[19] Instituto Nacional de Estadística. España en cifras, 2012. 2012. [acceso 25 Feb 2013] Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2012/index.html.

[20] Organización Mundial de la Salud. Prevención de las Enfermedades Crónicas: una inversión vital. 2005. [acceso 25 Feb 2013] Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf.

[21] Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet 2007; 370(9603): 1929 - 1938. doi:10.1016/S0140-6736(07)61696-1

- [22] Organización Mundial de la Salud. Constraints to scaling up and costs, Working Group 1 Report, 2009. Ginebra. 2009. [acceso 25 Feb 2013]
Disponible en:
http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/HAE__results___lessons/WORKING%20GROUP%201%20REPORT%20-%20Constraints%20to%20Scaling%20Up%20and%20Costs.pdf.
- [23] Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Ginebra. 2001. [acceso 25 Feb 2013]
Disponible en:
http://www.who.int/macrohealth/background/cmh_spanish.pdf.
- [24] Beaglehole R, Ebrahim S, Reddy S, Voûte J, Leeder S. Prevention of chronic diseases: a call for action. *Lancet*. 2007; 370(9605): 2152-2157.
- [25] Taylor AW, Precio K, Gill TK, Adams R, Pilkington R, Carrangis N et al. Multimorbidity - not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health*. 2010; 718: 1-10.
- [26] Martínez-Peñalver F, De la Vega J, Salamanca Rivera E, García Gómez L, Maestre Muñoz M, Oncala Sibajas E et al. Registro de variables de pacientes pertenecientes al proceso asistencial pluripatológico en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel. *Rev Clin Esp*. 2006; 206 (Supl 1): 110-111.
- [27] López-Liria R, Ferre-Salmerón R, Arrebola-López C, Granados-Valverde R, Gobernado-Cabero MA, Padilla-Góngora D. Rehabilitación domiciliaria en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol*. 2013; 56(12): 601-607.

ANEXO I

CATEGORÍA A

A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA1 (síntomas con actividad física habitual)

A.2. Cardiopatía isquémica

CATEGORÍA B

B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas

B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria², mantenidos durante 3 meses

CATEGORÍA C

C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado II de la MRC3 (disnea a paso habitual en llano), ó FEV1<65%, ó SaO₂ ≤ 90%

CATEGORÍA D

D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal

D.2. Hepatopatía crónica con hipertensión portal

CATEGORÍA E

E.1. Ataque cerebrovascular

E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)

E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)

CATEGORÍA F:

F.1. Arteriopatía periférica sintomática

F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática

CATEGORÍA G:

G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses

G.2. Neoplasia sólida ó hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa

CATEGORÍA H:

H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)

ANEXO II

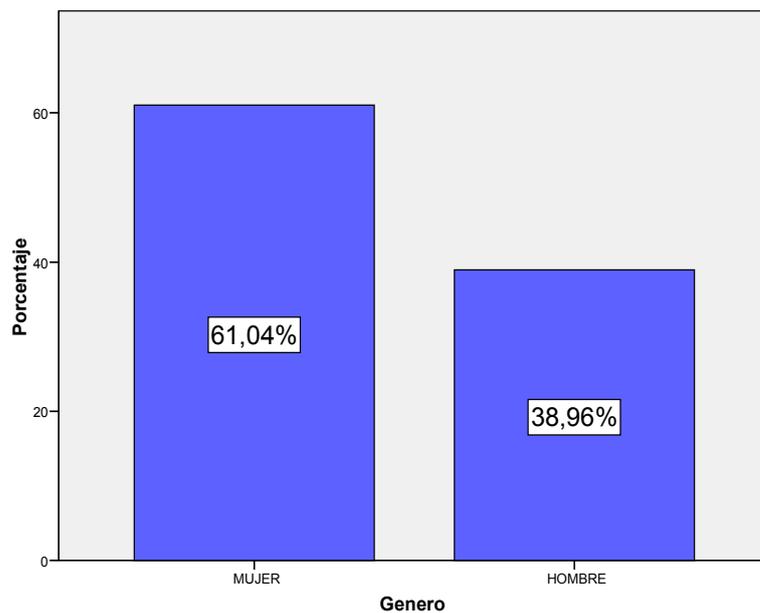


Figura 1. Género de los pacientes

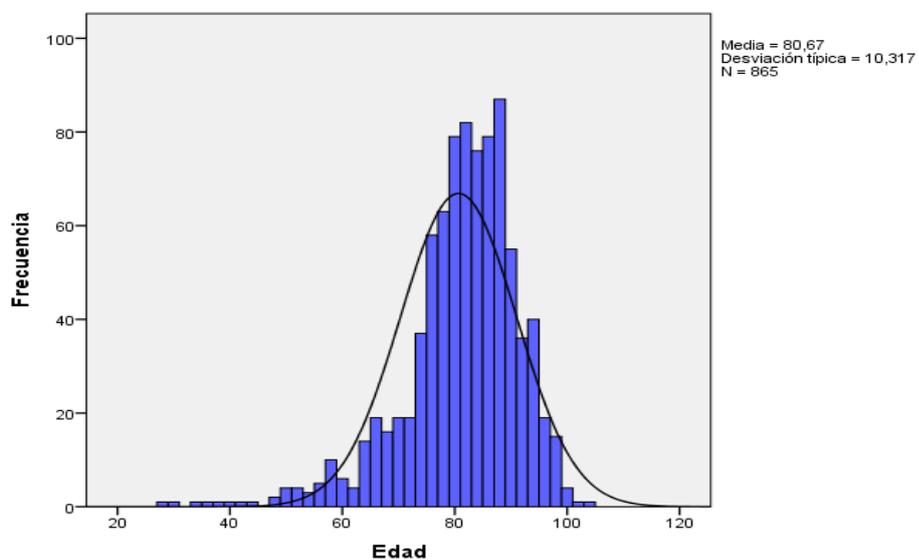


Figura 2. Edad de los pacientes

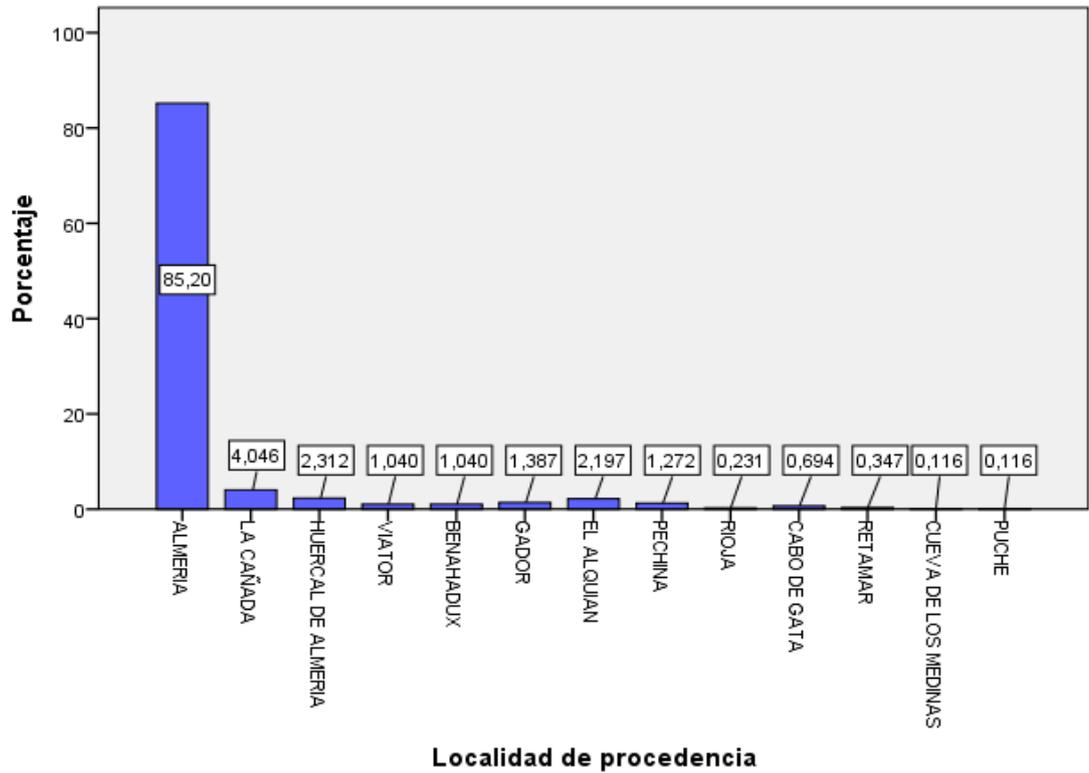


Figura 3. Localidad de procedencia

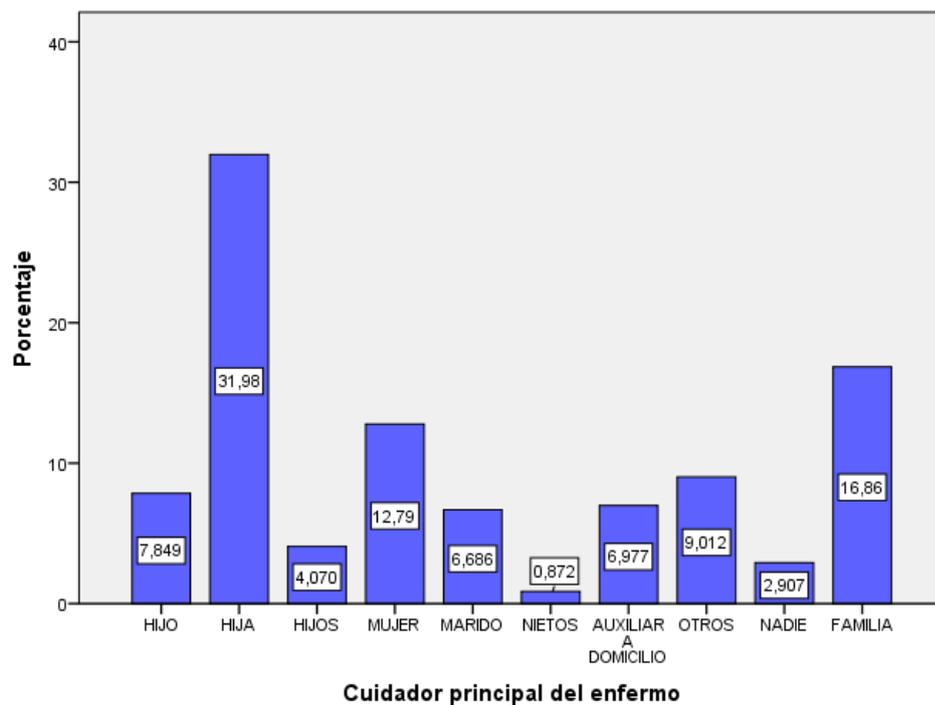


Figura 4. Cuidador principal del enfermo

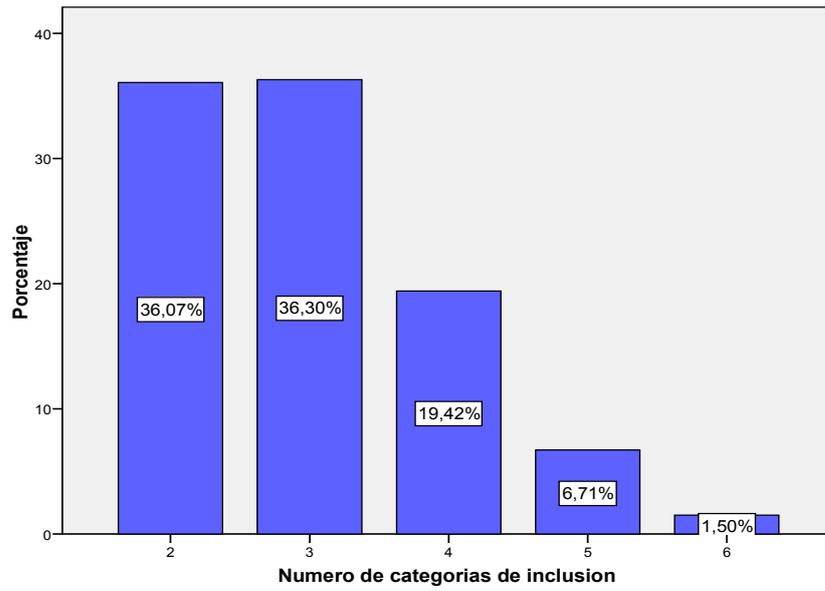


Figura 5. Número de categorías de inclusión

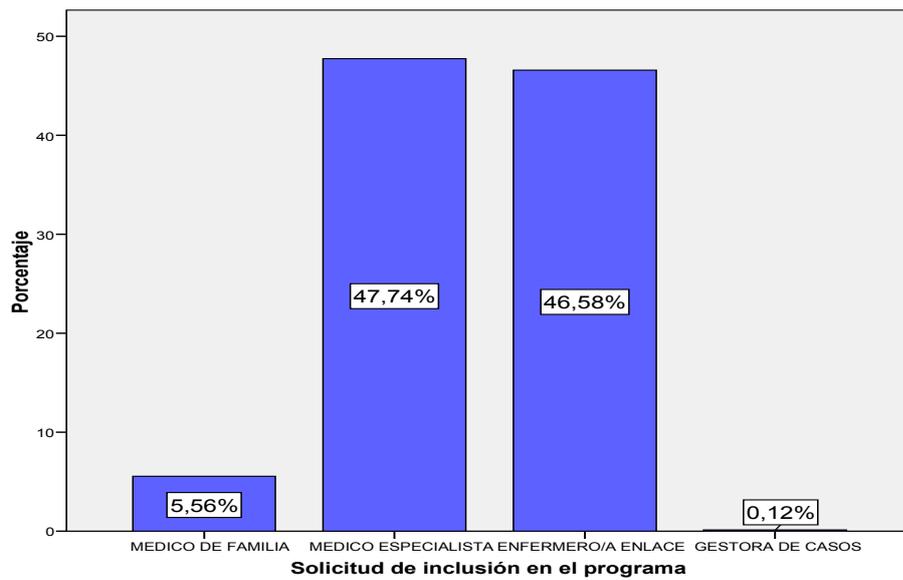


Figura 8. Solicitud de inclusión en el programa

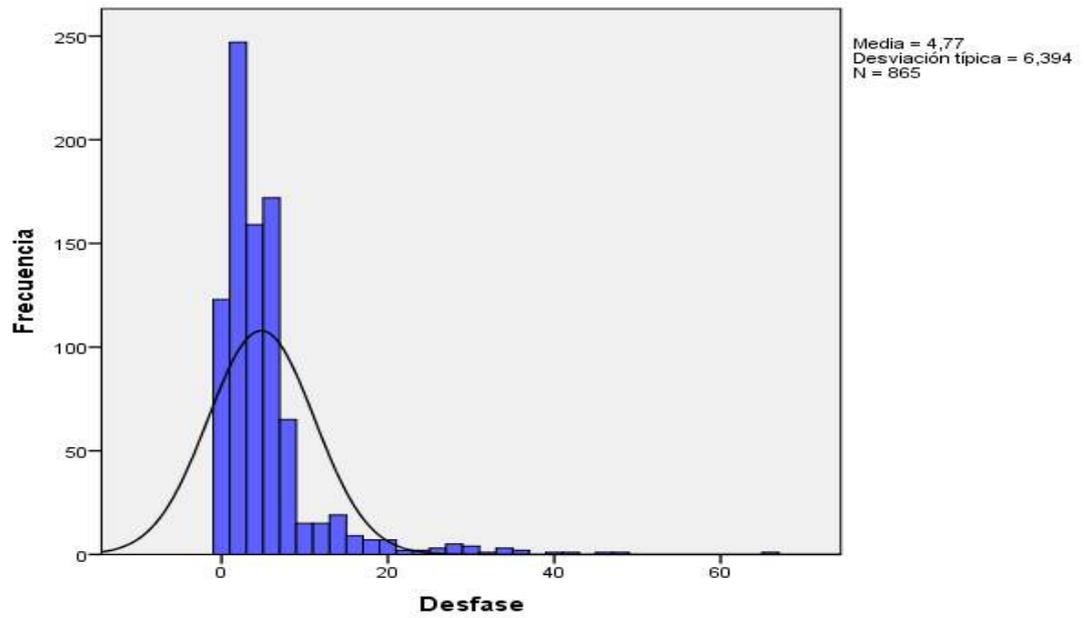


Figura 9. Tiempo de desfase

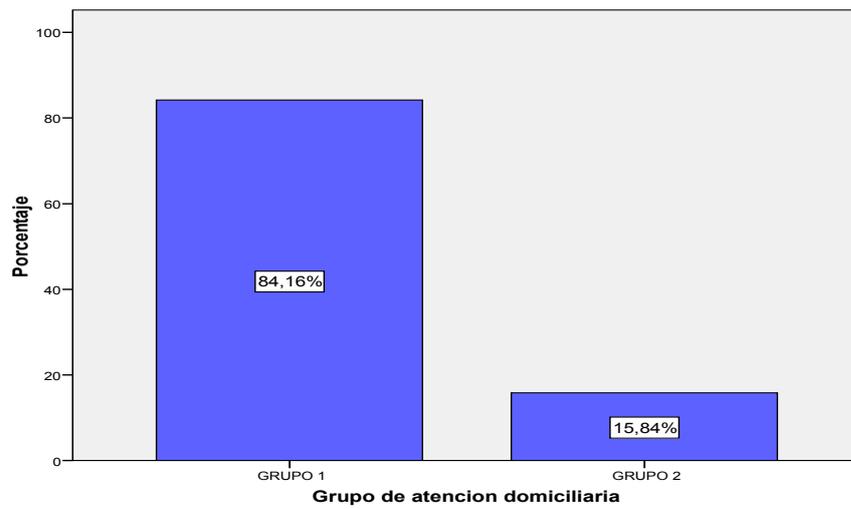


Figura 10. Grupo de atención domiciliaria

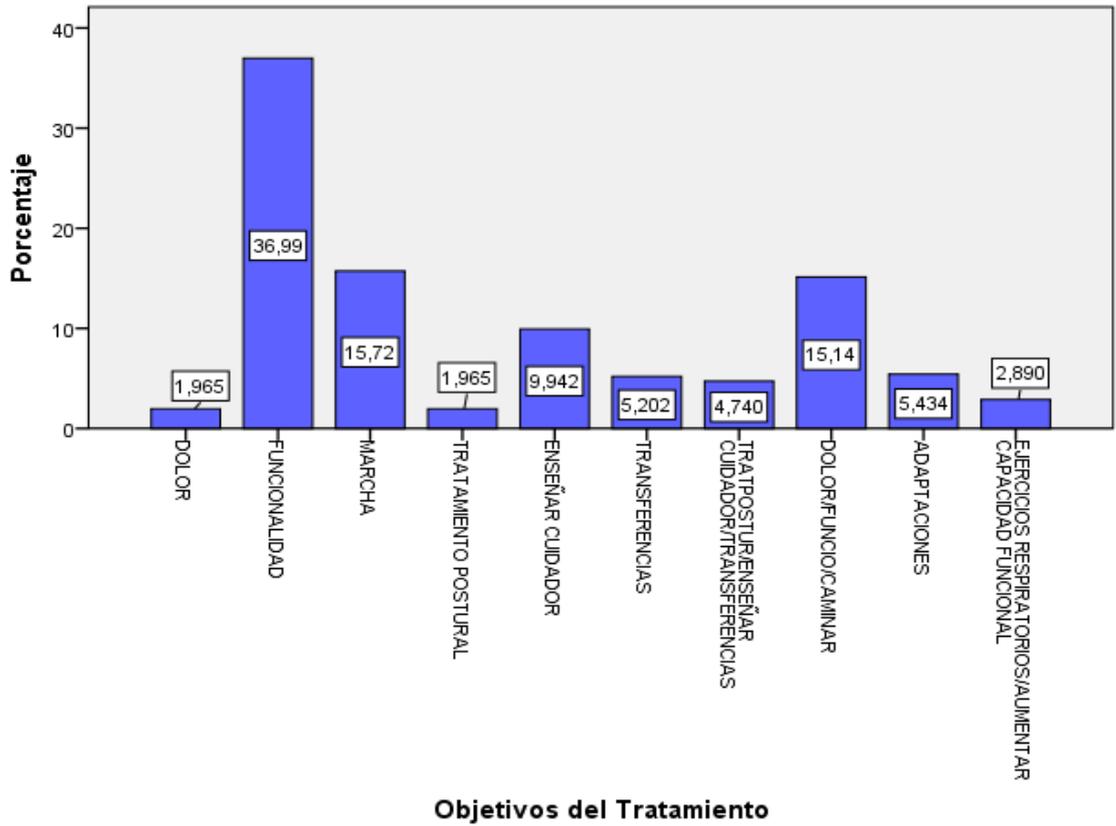


Figura 11. Objetivos del tratamiento

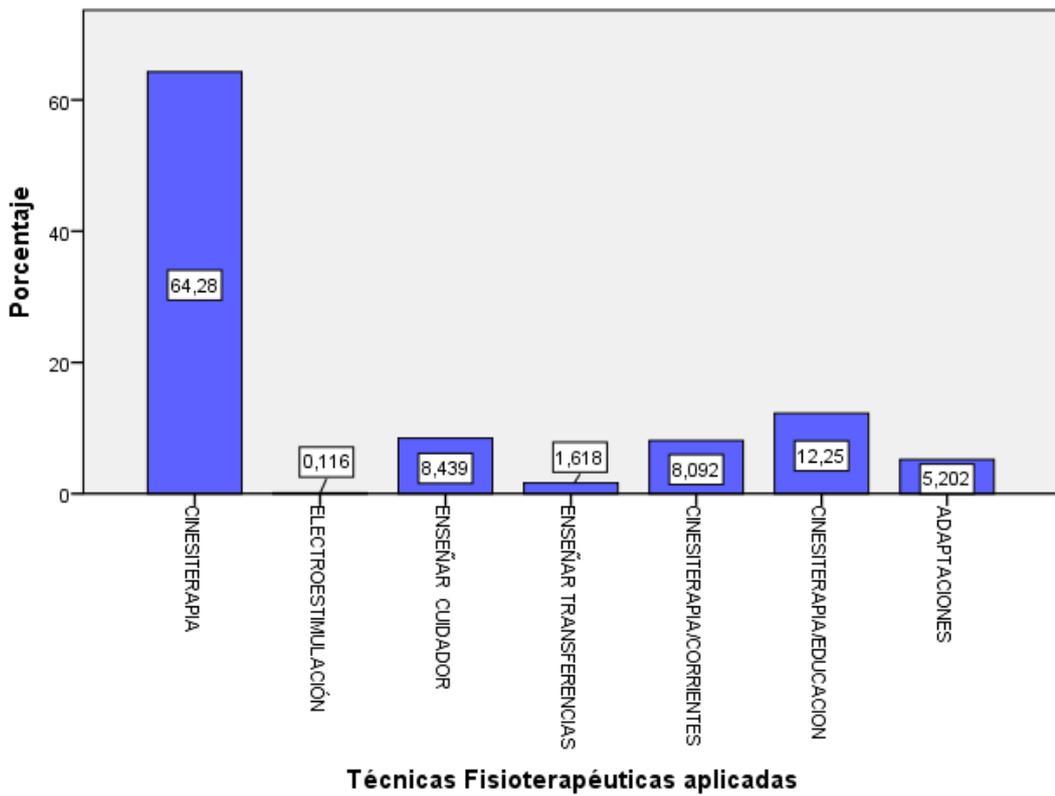


Figura 12. Técnicas fisioterápicas aplicadas

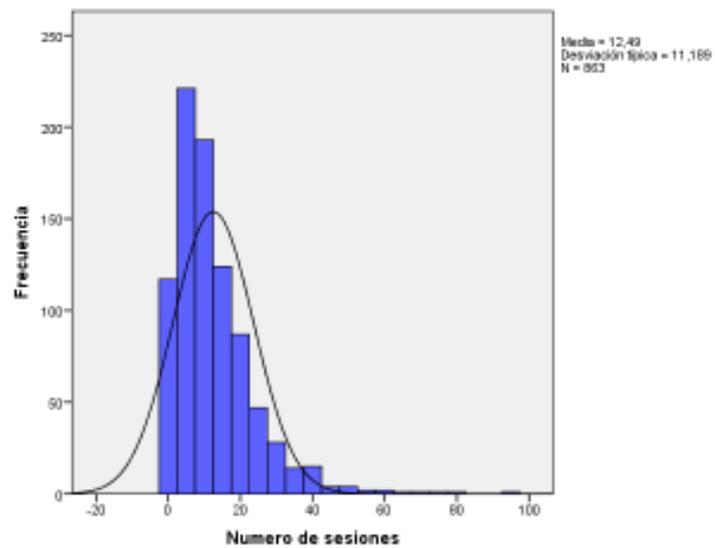


Figura 13. Número de sesiones

ANEXO III

	Edad	Sexo	Número categorías	Categoría más frecuente	Índice de Barthel
Resultados del Equipo Móvil de Rehabilitación y Fisioterapia	80,67 ± 10,5	39% hombres 61% mujeres	tres 36,3% dos 36,07%	H (80,8%) E (59,3%)	IB inicial (media 38,12) y final (media 53,31) diferencia de 15 puntos
Ramírez-Duque et al., 2008	74,92 ± 10,79	51,38% hombres 48,62% mujeres	2,47 ± 0,62; dos 59,1%, tres 34,6%	A (66,8%) F (61,3%)	mediana de 90 puntos (0-100) y un 24,3% de los pacientes con un IB < 60
Fernández-Miera, 2008	72'3	65'1% hombres 34'9% mujeres	más de dos 27'4%		
García-Morillo et al., 2005	75 ± 11	53,8% hombres 46,2% mujeres			16% Descenso ≥ 10 puntos en la escala de Barthel entre valores basales y al alta
Zambrana et al., 2005	66	55% hombres 45% mujeres	número medio 2,5 ± 0,7	A (65%) F (46%) E (40%)	