

Capacidad funcional del paciente pluripatológico mediante el Índice de Barthel

Functional capacity of the multi-pathological patient using the Barthel Index

Luis Pérez-Carreño P¹  Julio Escobar¹ 

RESUMEN

Introducción: La pluripatología se define por una especial susceptibilidad y fragilidad clínica por agudizaciones y aparición de patologías interrelacionadas que agravan la situación del paciente, con un deterioro progresivo de su autonomía y capacidad funcional. A través del Índice de Barthel se puede evaluar la capacidad funcional, al ser un instrumento sencillo de aplicar. **Objetivo:** Determinar la capacidad funcional del paciente pluripatológico hospitalizado en el servicio de medicina interna considerando el estado previo a su ingreso, permanencia y egreso. **Metodología:** Se realizó sobre un enfoque cuantitativo; bajo un diseño no experimental, de campo, de nivel descriptivo. La muestra de tipo no probabilística intencional estuvo conformada por 81 pacientes pluripatológicos. Se utilizó el Índice de Barthel aplicado para definir el grado de dependencia basal, al ingreso y al egreso hospitalario. **Resultados:** El grado de dependencia funcional basal prevalente fue leve 81,2%. Al ingreso fue leve 48,2%, moderado 34,6%, grave 11,1% y total en 6,2%. Y al egreso fue leve 65,4%, moderado 22,2%, grave 7,4% y total en 4,9%. **Conclusión:** La pluripatología conlleva a deterioro funcional, éste se relaciona con mayor edad y el sexo femenino. Los accidentes cerebrovasculares se relacionan con mayor dependencia al egreso.

Palabras clave: Capacidad funcional, paciente pluripatológico, Índice de Barthel.

ABSTRACT

Introduction: Pluripathology is defined by a special susceptibility and clinical fragility due to exacerbations and the appearance of interrelated pathologies that aggravate the patient's situation, with a progressive deterioration of their autonomy and functional capacity. Functional capacity can be evaluated through the Barthel Index, as it is an easy to apply tool. **Objective:** To assess the functional capacity of the multi-pathological patient hospitalized in the internal medicine service considering their state prior to admission, during stay and on discharge. **Methodology:** It was carried out using a quantitative approach; under a non-experimental, field, descriptive level design. The intentional non-probabilistic sample consisted of 81 multi-pathological patients. The Barthel Index was used to determine the degree of dependency at baseline, on admission and at the time of discharge from hospital. **Results:** the prevalent baseline degree of functional dependence was mild in 81.2%. On admission it was mild in 48.2%, moderate in 34.6%, severe in 11.1% and total in 6.2%. And at discharge it was mild in 65.4%, moderate in 22.2%, severe in 7.4% and total in 4.9%. **Conclusion:** pluripathology leads to functional deterioration, this is related to older age and female sex. Strokes are related to greater dependency upon discharge.

Key words: Afunctional capacity, multi-pathological patient, Barthel Index.

INTRODUCCIÓN

La proporción del número absoluto de personas mayores está aumentando de forma notable en las poblaciones de todo el mundo. Dos factores clave influyen en el envejecimiento de la misma. El primero es el aumento de la esperanza de vida. En promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Aunque una pequeña parte de este aumento mundial se debe al mayor índice de supervivencia de las personas en edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia en edades menores. Existe una fuerte relación entre el nivel de desarrollo socioeconómico de un país y los patrones de mortalidad en el curso de la vida. En todos los contextos, las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles, aunque las muertes por estas causas suelen ocurrir a edades menores en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.¹

La segunda razón del envejecimiento de la población es la caída de las tasas de fecundidad que, a menudo, ha sido menor que la caída de la mortalidad infantil originando una

¹ Programa de Postgrado de Medicina Interna, Universidad de Carabobo. Servicio de Medicina Interna, Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde"

Autor de correspondencia: Luis Pérez-Carreño P 

e-mail: luisperezcarreno@gmail.com

Recibido: 27/07/2024

Aprobado: 30/06/2025

explosión demográfica de las poblaciones más jóvenes. A medida que dicha población llega a la senectud, el envejecimiento poblacional se acelera temporalmente, sobre todo cuando se combina con baja mortalidad en los adultos y baja fecundidad sostenida.¹

Una de las implicaciones del envejecimiento poblacional es el aumento en la prevalencia de personas con varias enfermedades crónicas, las cuales se posicionan entre las principales causas de morbilidad en el mundo, produciendo cambios físicos, psicológicos y sociales; con disminución de la calidad de vida en los pacientes con multimorbilidad, que afecta entre 60% y 70% de la población adulta mayor, especialmente por enfermedades cardiovasculares². Genera además un impacto para los sistemas de salud, puesto que a mayor número de patologías concurrentes es necesario mayores esfuerzos para garantizar el cuidado médico requerido en contexto de estudios diagnósticos y de control de la enfermedad, así como también en la terapéutica concomitante, siendo necesario habitualmente la combinación de múltiples tratamientos de manera simultánea para evitar la descompensación de la patología y la necesidad de ingreso hospitalario.³

El concepto de pluripatología ha surgido de la necesidad de un abordaje más integral a una población de pacientes con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas, en las que resulta difícil establecer los protagonismos, pues en general presentan un grado equivalente de complejidad, con similar potencial de desestabilización y dificultades de manejo. Se trata, por tanto, de un concepto que se centra en el paciente desde un punto de vista global. La pluripatología no se define sólo por la presencia de dos o más enfermedades sino por una especial susceptibilidad clínica que conlleva la frecuente demanda de atención médica, por agudizaciones y aparición de patologías interrelacionadas que agravan la situación del paciente, con un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía, así como de su capacidad funcional.³

Bernabeu-Wittel et al.⁴ sugieren el uso de la denominación paciente pluripatológico para hacer referencia a aquellos pacientes que presentan dos o más enfermedades, junto con una especial susceptibilidad y fragilidad clínica. Serviría para identificar desde aquellos pacientes que, como consecuencia de su enfermedad, presentan un riesgo elevado de caer en la cascada de la dependencia y la discapacidad hasta aquellos que, aun sin dependencia franca, presentan diferentes enfermedades crónicas con síntomas continuos y agudizaciones frecuentes. Vale destacar que la clasificación que goza de mayor aceptación es la propuesta por los expertos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en la que se entiende que el paciente pluripatológico es aquel que presenta dos o más enfermedades crónicas de un conjunto de categorías clínicas determinado.⁵

La pluripatología repercute en el pronóstico funcional. De hecho, este tipo de paciente frecuentemente se deteriora más durante los episodios de ingreso hospitalario que los pacientes no pluripatológicos, y la capacidad funcional basal puede no recuperarse al alta, lo que indica que ameritan medidas de cuidados y de prevención dirigidas a sus necesidades para aminorar el deterioro de su capacidad funcional. El pronóstico funcional en los pacientes pluripatológicos constituye un elemento importante, puesto que el declive funcional es un desenlace en salud que va a pesar mucho en la calidad de vida de los pacientes, en la familia y su cuidador principal y, por ende, en el entorno comunitario, en los servicios de salud y sociales.⁶

De hecho, Vallejo y Alonso⁷ destacan que los pacientes crónicos y mayores disponen de una reserva fisiológica, la cual les facilita hacer frente a actividades básicas e instrumentales de la vida diaria e incluso complejas como es la sociabilización en su entorno. Pero también es cierto que esta reserva se ve amenazada por la descompensación de sus enfermedades crónicas y la aparición de enfermedades agudas y, en esta circunstancia, no es infrecuente que el paciente se vea encaminado a una cascada de discapacidad, dependencia, institucionalización e incluso muerte.⁷ Hoy en día, se ha generalizado el uso de escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y, en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos.

Por su parte, Trigás et al.⁸ definen como función la capacidad de ejecutar las acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, es decir, de la manera deseada a nivel individual y social. Esto significa que la función se entiende como la habilidad de una persona para realizar de forma independiente sus actividades cotidianas, de un modo que satisfaga tanto sus expectativas individuales como las de la sociedad.

Dicha función debe ser determinada según Cruz a partir de escalas de valoración de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente⁹. Esto implica, la función debe ser cuantificada y evaluada mediante escalas de valoración específicas centradas en la capacidad de la persona considerando aspectos individuales y sociales. Su medición práctica se basa en la observación y cuantificación de la autonomía en tareas concretas y fundamentales para la vida cotidiana como vestirse, alimentarse, higienizarse, entre otras.

A su vez, Applegate et al.¹⁰ refieren que las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse,

andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Se miden mediante la observación directa, siendo las escalas más utilizadas el Índice de Katz (IK), el Índice de Barthel (IB) y la Escala Funcional de la Cruz Roja (EFCR). Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas); es decir, actividades que permiten la relación con el entorno. Dentro de las AIVD se incluyen actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) que valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos o el transporte.

Trigás¹¹ destaca que el índice de Barthel o índice de discapacidad de Maryland fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo-esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland, y publicado diez años después. Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD. La elección de estos se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas. En 1979 Granger publicó una modificación del índice de Barthel.¹¹

Actualmente es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente para valoración de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. También se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos. Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente ¹⁰ actividades básicas de la vida diaria. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente). Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación con un punto de corte en 60 (por encima de 60 implica independencia).¹¹

Se aplica mediante la observación directa o la obtención verbal de información directamente del individuo o de su cuidador principal. Ambos métodos ofrecen fiabilidad similar. Es fácil de aplicar, aprender e interpretar por cualquier miembro del equipo con un tiempo medio requerido para su realización de cinco minutos. Su aplicación no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes. Además, puede ser repetido periódicamente por ser de fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales.

En 2019, Bernabeu-Wittel et al.¹² analizaron la sensibilidad (S), la especificidad (E) y los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) de cada dimensión del índice de Barthel (IB) con respecto al cuestionario completo en pacientes pluripatológicos (PPP) para simplificar el mismo para el cribado de fragilidad y dependencia severa en 1632 pacientes pluripatológicos. Fue un estudio transversal

multicéntrico, concluyendo que los PPP de ámbito hospitalario presentan con elevada frecuencia deterioro funcional. La dimensión referente a alimentarse obtuvo el mayor VPN, por lo que se puede utilizar para el diagnóstico de dependencia severa, mientras que la combinación de deambular y subir y bajar escaleras obtuvo el mayor VPP, pudiendo utilizarse para plantear el cribado de fragilidad de los PPP.¹²

En función a lo anteriormente mencionado, resaltaron las siguientes interrogantes: ¿Cómo la enfermedad susceptible de ingreso hospitalario repercute en el grado de dependencia basal del paciente pluripatológico? ¿Cómo evoluciona el grado de dependencia del paciente pluripatológico hospitalizado posterior al tratamiento médico? En este sentido, el objetivo del estudio estuvo centrado en determinar la capacidad funcional del paciente pluripatológico hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna considerando el estado previo a su ingreso, permanencia y egreso.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental de carácter descriptivo. La población estuvo conformada por los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde" en el municipio Naguanagua del estado Carabobo durante el periodo febrero-junio de 2020. Posteriormente se procedió a delimitar la muestra empleando un muestreo no probabilístico intencional, resultando en un total de 81 pacientes.

Se establecieron como criterios de inclusión de la muestra la categorización del paciente pluripatológico, cuya edad era mayor o igual a 18 años y la aceptación explícita de su participación en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado o por parte de su representante en caso que su condición de salud para el momento de la evaluación no lo permitiera. Adicionalmente, fueron considerados los aspectos bioéticos inherentes a esta, donde se dio la garantía de confidencialidad y anonimato en el manejo de los datos obtenidos en cada una de las historias clínicas, apegándose a los cuatro principios bioéticos fundamentales de respeto por las personas, beneficencia y justicia, establecidos en las normas éticas de la Declaración de Helsinki.¹³

Aunado a esto, se cumplió con la determinación de la capacidad funcional de los pacientes que conformaron la muestra en los tres momentos (basal, ingreso, egreso) de recolección de los datos. Con respecto al momento basal, se define como la condición domiciliaria previa al evento agudo que conllevó a la hospitalización calculada a través del interrogatorio, mientras que el segundo momento se refirió al instante en que el paciente entra al centro hospitalario, y como último se estableció el momento en el cual se efectuó el alta médica.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se consideraron en la muestra aquellas personas con presencia de embarazo, diagnóstico de infección por VIH documentada y/o cualquier otra patología crónica que no estuviera contemplada en el grupo de entidades que definen al paciente como pluripatológico, así como la necesidad de manejo en conjunto con otro servicio de la institución por condición susceptible de resolución quirúrgica.

Como técnica de recolección de datos se empleó la entrevista dirigida. El instrumento de recolección de datos fue estructurado en 2 partes: una primera parte en la que se recolectaron datos personales del paciente como los son nombres y apellidos, edad, sexo y la categoría clínica a la cual pertenece que lo define como pluripatológico. La segunda parte consistió en una adaptación del Índice de Barthel¹² según necesidad del investigador, sabiendo que el mismo valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria. Su puntuación oscila entre 0 puntos (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida: menos de 20 puntos (dependencia total), 20-40 puntos (dependencia grave), 40-60 puntos (dependencia moderada) y más de 60 puntos (dependencia leve). Se caracteriza por su fácil aplicación e interpretación. Cuenta con un tiempo medio requerido para su realización de cinco minutos. Además, puede repetirse periódicamente sobre el mismo entrevistado ofreciendo datos objetivos sobre la evolución del fenómeno de estudio.

La adaptación realizada consiste en la suma de 3 columnas, las cuales recopilaron la puntuación correspondiente a cada ítem en los 3 tiempos de estudio antes definidos: T0 (basal), T1 (ingreso) y T2 (egreso); así como también se anexó una fila final, la cual define el grado de dependencia según la suma de los valores anteriores de cada paciente en los diferentes grados: L (dependencia leve), M (dependencia moderada), G (dependencia grave) y T (dependencia total).

El procedimiento para la recolección de los datos consistió en la aplicación del instrumento a los pacientes pluripatológicos que acudieron a la emergencia de Medicina Interna del Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde", permitiendo su categorización en atención a sus capacidades antes del motivo de su consulta (T0: tiempo basal); seguidamente establecer el grado de dependencia al momento del ingreso hospitalario denominado para efectos de la investigación como T1. Posteriormente, se repitió su aplicación al contar con criterios de alta médica para precisar el grado de dependencia al instante del egreso (T2). La información fue sistematizada en una hoja de datos de Excel a fin de tener todos los datos organizados y así realizar el análisis estadístico respectivo a través del programa SPSS 25.

En cuanto a la variable edad, se le calculó promedio $\pm$ error típico, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación, a fin de establecer la dispersión de los datos alrededor de

la media aritmética. Se asoció la variable edad con cada una de las subcategorías a partir del análisis Chi cuadrado, adoptando como nivel de significancia estadística p valores inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

La muestra total estuvo conformada por 81 pacientes entrevistados cuya edad promedio y error típico fue de 65,32 años $\pm$ 1,99 respectivamente, la edad mínima fue de 19 años y máxima de 95 años; con un coeficiente de variación calculado de 27,46%, el cual indicó que existe una serie homogénea entre sus datos. Con respecto a la variable sexo, se evidenció una mayoría de 48 pacientes femeninos con 59,3%, mientras se tienen 33 pacientes masculinos con un 40,7%.

Se aplicó el Índice de Barthel para los tres momentos: T0: Tiempo Basal, T1: Tiempo Ingreso y T2: Tiempo Egreso, lo cual se evidenció en los resultados expresados en la tabla 1 en cuanto al grado de dependencia funcional indicada por los pacientes pluripatológicos al momento T0: Tiempo Basal, se pudo evidenciar un 81,2% de los casos se encontraron en el grado de dependencia Leve; es decir, 69 casos; mientras 13,6%, equivalente a 11 pacientes se ubicaron en ese momento en la dependencia Moderada; y sólo un 1,2%, es decir, 1 paciente en el grado de dependencia Grave; no se registraron casos en la dependencia Total.

En relación al tiempo de ingreso (T1), la dependencia con mayor porcentaje fue nuevamente la Leve, específicamente en las personas de sexo femenino con 28,4% o sea 23 casos; seguidamente en la dependencia Moderada con 19,8% igualmente para el sexo femenino; prevaleciendo este sexo en la dependencia grave con 21%, destacando una prevalencia de 2,47% en la dependencia total y siendo menor al sexo masculino representada por 3,7%. Con respecto a T2, identificado como tiempo de egreso, también predominó el sexo femenino con 30 pacientes (37%) cuya dependencia fue Leve, seguidamente la dependencia Moderada al poseer 14,8%, la dependencia grave con 4,9% y, por último, la dependencia total con 2,4%.

Por otra parte, es importante resaltar en el T0 (tiempo basal), que el mayor porcentaje para el sexo masculino se evidenció en el grado de dependencia funcional Leve, obteniendo como resultado 37% de 30 casos del estudio. Igualmente aconteció en los tiempos T1 y T2, cuyos valores fueron 19,8% y 28,4%, respectivamente.

Con este análisis se logró mostrar que, al momento del egreso (T2), el paciente retomó su grado de dependencia basal a su estado Leve o Moderado o al menos se logró disminuir los casos de gravedad en pacientes pluripatológicos que ingresaron a la hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde", durante el periodo febrero-junio de 2020. No se encontraron diferencias estadísticamente

significativas entre los grados de dependencia funcional y el sexo, al obtener valores $p > 0,05$.

Tabla 1. Grado de dependencia funcional del paciente pluripatológico en función al sexo.

GRADO	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
T0: TIEMPO BASAL						
Dependencia Leve	39	48,1	30	37	69	81,2
Dependencia Moderada	8	9,9	3	3,7	11	13,6
Dependencia Grave	1	1,2	0	0	1	1,2
Dependencia Total	0	0	0	0	0	0
T1: TIEMPO INGRESO						
Dependencia Leve	23	28,4	16	19,8	39	48,2
Dependencia Moderada	16	19,8	12	14,8	28	34,6
Dependencia Grave	7	21	2	2,4	9	11,1
Dependencia Total	2	2,4	3	3,7	5	6,2
T2: TIEMPO EGRESO						
Dependencia Leve	30	37	23	28,4	53	65,4
Dependencia Moderada	12	14,8	6	7,4	18	22,2
Dependencia Grave	4	4,9	2	2,4	6	7,4
Dependencia Total	2	2,4	2	2,4	4	4,9

En el análisis del grado de dependencia funcional del paciente pluripatológico en función a la edad como variable, se observó en la tabla 2, para el momento T0: Tiempo Basal en cuanto al rango de la edad se tiene que la mayor frecuencia fue de 31 pacientes en las edades comprendidas entre $57 \leq x < 76$ con 38,8 % con un grado de dependencia Leve, lo cual se corrobora en el total de la muestra con 69 casos.

Posteriormente en el tiempo de ingreso (T1), el grado de dependencia se observó en el Leve y Moderado, cuyos valores porcentuales fueron de 17,3 % y 18,5 % respectivamente, en el rango de las edades entre $57 \leq x < 76$, además de 17,3 % y 7,4% en el rango $76 \leq x \leq 95$ años de edad. En T2, denominado el tiempo egreso, se visualizan igualmente las mayores proporciones en el grado de dependencia Leve en el rango de las edades desde los 57 hasta los 95 años para 21 casos entre $57 \leq x < 76$ y 17 pacientes pluripatológicos en las edades comprendidas entre $76 \leq x \leq 95$. Los pacientes en el rango de la edad entre $19 \leq x < 38$ años contaron con el menor grado de dependencia funcional basal y presentaron menor deterioro

funcional al momento de su ingreso y egreso, comprendido en los grados de dependencia leve y moderada.

Por otra parte, se observó que en el análisis del grado de dependencia funcional del paciente pluripatológico en función a la edad y el Tiempo de egreso (T2), la mayor parte de los pacientes se recuperaron después de estar un tiempo hospitalizados (T1: Tiempo de ingreso), pues el número de casos en edades comprendidas entre $57 \leq x < 76$ es menor al T0, es decir, al Tiempo basal (T2 = 40,7 % en cambio T0 = 56,8 %), corroborando que prevalece la dependencia Leve o Moderada. No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el grado de dependencia funcional con los rangos de edad, al obtener valores $p > 0,05$.

Tabla 2. Grado de dependencia funcional del paciente pluripatológico en función a la edad.

GRADO	RANGO DE EDADES								Total
	19≤x<38		38≤x<57		57≤x<76		76≤x≤95		
T0: TIEMPO BASAL	f	%	f	%	f	%	f	%	
Dependencia Leve	8	9,9	10	12,3	31	38,8	20	24,7	69
Dependencia Moderada	0	0	3	3,7	2	2,5	6	7,4	11
Dependencia Grave	0	0	0	0	0	0	1	1,2	1
Dependencia Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8	9,9	13	16	46	56,8	27	33,3	81
T1: TIEMPO INGRESO	f	%	f	%	f	%	f	%	Total
Dependencia Leve	4	4,9	7	8,6	14	17,3	14	17,3	39
Dependencia Moderada	4	4,9	3	3,7	15	18,5	6	7,4	28
Dependencia Grave	0	0	1	1,2	2	2,5	6	7,4	9
Dependencia Total	0	0	2	2,5	2	2,5	1	1,2	5
TOTAL	8	9,9	13	16	33	40,7	27	33,3	81
T2: TIEMPO EGRESO	f	%	f	%	f	%	f	%	Total
Dependencia Leve	8	9,9	7	8,6	21	25,9	17	21	53
Dependencia Moderada	0	0	3	3,7	8	9,9	7	8,6	18
Dependencia Grave	0	0	2	2,5	2	2,5	2	2,5	6
Dependencia Total	0	0	1	1,2	2	2,5	1	1,2	4
TOTAL	8	9,9	13	16	33	40,7	27	33,3	81

A los fines de poder comprender mejor las patologías que se relacionan con mayor dependencia funcional al momento de egreso, a continuación en la tabla 3 se especifica cada categoría (A,B,C,D,E,F,G y H), así como las subcategorías para cada una de ellas.

Tabla 3. Categorías y Subcategorías de las Patologías de Egreso.

CATEGORÍA/ SUBCATEGORÍA	
A	A.1: Insuficiencia cardíaca
	A.2: Cardiopatía isquémica
B	B.1: Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
	B.2: Enfermedad renal crónica definida por elevación de la creatinina (> 1,4 mg/dl en varones, > 1,3 mg/dL en mujeres) o proteinuria, mantenidos durante tres meses
C	C.1: Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC (disnea a paso habitual en llano) o FEV1 < 65 % o SaO2 ≤ 90 %
D	D.1: Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
	D.2: Hepatopatía crónica con hipertensión portal
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 cinco o más errores)
F	F.1: Arteriopatía periférica sintomática.
	F.2: Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
G	G.1: Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses.
	G.2: Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
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).
	H.2: Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.

Por su parte, se puede advertir, en la tabla 4, la presencia de patologías relacionadas con mayor dependencia funcional al Tiempo del egreso (T2); entre ellas se tiene la categoría F con 90,1%, lo que es lo mismo 73 pacientes presentaron Arteriopatía periférica sintomática (F.1) y Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática (F.2), destacando que si bien la prevalencia fue importante, se hace la observación de que estas entidades no predominaron como causa principal del declive funcional, sino como entidad coexistente a la patología responsable de éste.

Seguidamente se visualiza, en la categoría A, un alto porcentaje de pacientes que presentaron insuficiencia cardíaca (A.1) y Cardiopatía isquémica (A.2), mayormente en el grado de dependencia Leve, 22,2% y 16% respectivamente. Por otro lado, en la categoría B se observa que 34,6% de los pacientes pluripatológicos se encuentran en el grado de dependencia Leve, 8,6 % en moderada, existiendo un caso en la dependencia grave y otro en la dependencia total.

Sin embargo, en la categoría E, referente a las enfermedades del sistema nervioso central y neurodegenerativas, se corrobora la existencia de 43,2% de estas patologías, donde 3,7% presentaron la subcategoría E.1: Ataque cerebrovascular; con 3 casos (3,7%) en un grado de dependencia Grave y 3 casos (3,7%) más en la dependencia Total. 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) con una presencia de 3 casos en un grado de Dependencia Grave. Y un caso (1,2%) ubicado en la categoría E.3: Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores), con un nivel grave. Se puede decir, que la presencia de las patologías pertenecientes a las categorías C, D, G y H fueron muy bajas, además de estar en el rango de dependencia Leve o Moderada.

Tabla 4. Patologías que se relacionan con mayor dependencia funcional al momento del egreso.

CATEGORÍA/ SUBCATEGORÍA		GRADO DE DEPENDENCIA							
		Leve		Moderada		Grave		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
A	A.1	18	22,2	8	9,9	1	1,2	1	1,2
	A.2	13	16	8	9,9	1	1,2	0	0
B	B.1	4	4,9	0	0	0	0	0	0
	B.2	24	29,6	7	8,6	1	1,2	1	1,2
C	C.1	5	6,2	0	0	0	0	0	0
D	D.1	1	1,2	0	0	0	0	0	0
	D.2	1	1,2	1	1,2	0	0	0	0
E	E.1	14	17,3	10	12,3	3	3,7	3	3,7
	E.2	0	0	0	0	3	3,7	0	0
	E.3	0	0	1	1,2	1	1,2	0	0
F	F.1	17	21	3	3,7	1	1,2	0	0
	F.2	36	44,4	11	13,6	1	1,2	4	4,9
G	G.1	0	0	2	2,5	2	2,5	0	0
	G.2	0	0	0	0	0	0	0	0
H	H.1	0	0	2	2,5	1	1,2	0	0
	H.2	2	2,5	3	3,7	1	1,2	0	0

DISCUSIÓN

En relación al grado de dependencia de los pacientes pluripatológicos hospitalizados y el sexo se comprobó una mayor prevalencia del sexo femenino en los grados leve, moderado, y grave, para el momento del ingreso; por lo que se concluye que el sexo femenino se vincula con mayor tendencia al deterioro funcional. Así también lo expresan Vásquez et al.¹⁴ en su investigación, donde más de la mitad de los pacientes pluripatológicos mostraron dependencia moderada, predominando en mujeres, adultos mayores e intermedios, lo que significa que la mayoría ya depende de otra persona para realizar varias ABVD.

Asimismo, también sugiere que la pluripatología se pudiera estar presentando en personas menores de 65 años, con un grado de dependencia similar a los individuos de edad avanzada.

Mientras en el grado de dependencia basal y la edad, la mayor prevalencia fue el grado leve, representado en los pacientes con edades comprendidas entre la mitad de la quinta década y la séptima. Al momento del ingreso, el grado de dependencia fue Leve y Moderado de los casos en el rango de edades antes mencionado. Al momento del egreso (T2), el grado de dependencia predominante fue Leve en el rango de las edades comprendidas entre la mitad de la quinta década y la séptima. Los pacientes con edades menores a 38 años contaban con el menor grado de dependencia funcional basal y presentaron menor deterioro funcional al momento de su ingreso y egreso, concluyendo la existencia de una relación directamente proporcional entre grado de dependencia y edad.

En cuanto a la prevalencia de patologías relacionadas con mayor dependencia funcional al tiempo del egreso (T2) destacan las pertenecientes a la categoría F seguido por la categoría A, categoría B y la E, siendo la subcategoría E.1 la de mayor asociación con mayor deterioro funcional al egreso; concluyendo que la enfermedad cerebrovascular se encuentra fuertemente asociada a mayor deterioro funcional al egreso hospitalario aún, no siendo la patología de mayor prevalencia. Vale resaltar la prevalencia de las categorías F y A como lo es la diabetes mellitus/arteriopatía periférica y las patologías cardiovasculares, respectivamente. En correspondencia con el estudio realizado por Mayo et al¹⁵, centrado en la caracterización de los pacientes pluripatológicos ingresados en medicina interna, se evidenció una mayor frecuencia de pacientes en la categoría F y A, predominando así en los pacientes pluripatológicos las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, lo que demuestra coincidencia con los resultados de esta investigación.

Por su parte, la mayoría de los pacientes en su estado basal presenta algún grado de dependencia. La agudización de sus patologías ocasiona un aumento en esta categorización, incrementando así la dependencia moderada, grave y total. Pero se puede evidenciar que gracias al tratamiento médico pasamos de esta dependencia grave y total a moderada y leve.

La agudización de las patologías del paciente ocasiona una disminución de su capacidad funcional, lo cual repercute no sólo en su calidad de vida sino en su entorno, particularmente en la dinámica familiar.

En base a lo descrito anteriormente, se hace referencia que el Índice de Barthel es un instrumento de utilidad en la evaluación funcional del paciente pluripatológico permitiendo la estimación seriada del grado de dependencia en diferentes momentos de su hospitalización, siendo esto

una herramienta accesible en todo centro de atención hospitalaria para la toma de decisiones oportunas.

De hecho, se pudo evidenciar en este estudio que las patologías más frecuentes relacionadas con algún grado de dependencia fueron la diabetes mellitus y los eventos cerebrovasculares que, a su vez, ocasionaron el mayor grado de dependencia al egreso del área hospitalaria.

Al conocer las patologías más frecuentes y la capacidad funcional del paciente se puede estimar pronóstico, riesgo de nuevas hospitalizaciones, calidad de vida y necesidad de cuidados especiales con apoyo de un personal calificado; además de la aplicación temprana de medidas preventivas, así como estrategias para la rehabilitación y reincorporación al área laboral.

Conflicto de interés: Los autores declaran no presentar conflicto de interés en la realización de la investigación.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (OMS). World report on ageing and heWorld Health Organization (OMS). World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>.
2. Hernández SM, Agudelo AM, Bohorquez L, Salcedo Angulo, MA. Evaluación de la efectividad del modelo de gestión de casos intrahospitalarios en pacientes pluripatológicos complejos. Rev. Paraninfo Digital. 2021;(33): e33104o. <https://ciberindex.com/c/pd/e33104o>.
3. Murcia J. Curso online. Abordaje clínico del paciente pluripatológico. Terminología: cronicidad, multimorbilidad, pluripatología y comorbilidad. Área de Formación online SEMI-FEMI. Edición 2020. <https://www.cronicidadhoy.es/cursopluripatologico>.
4. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaeché del Campo R, Sánchez S, Casariego E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Revista Clínica Española, 2014;21(6):328-335. <https://www.revclinesp.es/es-desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes-articulo-S0014256514002008>.
5. Ollero M. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. 3ra. ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2018. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf.
6. Bernabeu-Wittel M. Curso online. Abordaje clínico del paciente pluripatológico. Pronóstico en pluripatología. Principales herramientas pronósticas. Área de Formación online SEMI-FEMI. Edición 2020. <https://www.cronicidadhoy.es/cursopluripatologico>.
7. Vallejo-Maroto I, Alonso-Ortiz B. La atención de la persona con pluripatología, cronicidad y edad avanzada: un reto al alcance de todos los profesionales y de los Servicios de Medicina Interna. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020;5(1):1-2. doi: 10.32818/reccmi. a5s1a1.
8. Trigás M, Ferreira L, Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Gal. Clin. 2011; 72(1):11-16. <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>.

9. Cruz AJ. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. Prous Science; 2006.
10. Applegate WB, Blass JP, Williams F. Instruments for the functional assesment of older patients. The New England Journal of Medicine. 1990;322(17):1207-1214. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199004263221707>.
11. Trigás M. Actividades básicas de la vida diaria [Internet]. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores FIAPAM España. 2013. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/04/1abvd.pdf>.
12. Bernabeu-Wittel M, Díez-Manglano J, Nieto-Martín D, Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M. Simplificación de la escala de Barthel para el cribado de fragilidad y dependencia severa en pacientes pluripatológicos. Rev. Clín. Esp. 2019;219(8):433-439. <https://www.revclinesp.es/es-simplificacion-escala-barthel-el-cribado-articulo-S0014256519301110>.
13. Observatorio de Bioética. Asamblea General de la Declaración de Helsinki de la AMM. 2024 <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/64a-asamblea-general-de-la-declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos>.
14. Vásquez A, Zigankoff A, Najul M, Zambrano D. Características funcionales de pacientes pluripatológicos que acuden a un ambulatorio urbano en Lara – Venezuela. Rev. Venez. Salud Publ. 2021;9(2):55-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9276350>.
15. Mayo-Labrada R, Suárez Rivero B, Rosell Suárez A, Pérez Montes de Oca E, Marcheco Moreira O, Torres-Toledo J. Caracterización de pacientes pluripatológicos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Militar Carlos Juan Finlay. UNIMED. 2024;6(1):1-14. <https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/352>.

Salus