



## Original

# Pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna en situación de enfermedad crónica avanzada

Elisa Bermejo Saiz\*, Cristina Bermejo Saiz, María Rojo Arnao, María Paloma Geijo Martínez

Hospital Virgen de La Luz. Cuenca.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 11 de mayo de 2017

Aceptado el 3 de octubre de 2017

On-line el 31 de octubre de 2017

#### Palabras clave:

Pacientes ingresados

Medicina interna

Enfermedad crónica avanzada

Apoyo social

### R E S U M E N

**Objetivo.** Conocer las características clínicas de los pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna en situación de enfermedad crónica avanzada y con necesidades paliativas.

**Método.** Estudio observacional, transversal, descriptivo, desde el 15 de junio de 2010 al 15 de Julio de 2010; se incluyó exclusivamente a todos los pacientes ingresados en la planta séptima del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

**Resultados.** Se incluyeron 104 pacientes (53,8 % varones, edad media 76,31 (DE 16,97); ingreso los 3 meses previos 25 %; mortalidad hospitalaria 6,7 %; institucionalizados 24 %; con cuidador principal 68,3 %; parentesco más frecuente pareja e hijos ambos 28,8 %. Cumplían criterios de enfermedad crónica avanzada 25 %. Karnofsky menor de 60 en 36,5% y 39,4 % con deterioro cognitivo moderado-grave. Se encontró correlación de la edad con el índice Karnofsky ( $r = -0,58, p < 0,001$ ) y el cuestionario portátil del estado mental de Pfeiffer versión española SPMSQ-VE ( $r = 0,61, p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** Más de 50 % de los pacientes precisaban cuidador; un 25 % de los ingresados se encontraban en situación de enfermedad crónica avanzada.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Patients admitted to an Internal Medical ward with advanced chronic disease

#### A B S T R A C T

**Objective.** To describe the clinical characteristics of patient approaching the end of life admitted to an internal medicine ward.

**Material and methods.** An observational, descriptive cross-sectional study, by clinical interview, from June 15, 2010 to July 15, 2010 to all patients admitted to one of the Virgen de la Luz Hospital's ward.

**Results.** A total of 104 patients were included. 53.8% were male. The mean age was 76.31 ± 16.97. Had submitted prior income during the previous 3 months 25%. were readmitted

#### Keywords

Inpatients

Internal medicine

Advanced chronic disease

Social support

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [elisabermejosaiz@yahoo.es](mailto:elisabermejosaiz@yahoo.es) (E. Bermejo Saiz).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.050>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

in the post-month high home 4.8%. Hospital mortality was 6.7%. Home was the residence housing 24%. Had a primary caregiver 68.3%, of these, the most common relationship was the spouse and son both with a frequency of 28.8%. 25% met terminal criteria. 36.5% of patients had a Karnofsky less than 60 and 39.4% had moderate to severe cognitive impairment. A correlation was found between age and Karnofsky index ( $r = -0.58$ ,  $p < 0.001$ ) as well as the age and the questionnaire results (short mental status questionnaire spanish version) SPMSQ-VE ( $r = 0.61$ ,  $p < 0.001$ ).

**Conclusion.** Up to 50 % of the patients needed caregiver and up to 25 % of those admitted patients were approaching the end of life.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

## Introducción

En los últimos años los efectos de las mejoras en las condiciones de vida y en la asistencia sanitaria han aumentado nuestra esperanza de vida. Sobrevivimos a muchas enfermedades que se han convertido en crónicas y progresivas<sup>1,2</sup>. La presencia de fallos orgánicos crónicos progresivos se incrementa con la edad, evoluciona hasta la muerte y provoca en su evolución un deterioro funcional y una discapacidad progresiva<sup>3,4</sup>.

Las enfermedades crónicas son la principal causa de discapacidad y uso de asistencia sanitaria; suponen un consumo de 80 % del gasto sanitario. El 75 % de la población morirá por una enfermedad crónica con una relación cáncer-no cáncer 1:2. La prevalencia de enfermedad crónica en mayores de 65 años es de 1:3 (relación cáncer-no cáncer 1:8-10)<sup>5,6</sup>; esta constituye 15-45 % de la actividad asistencial de diferentes unidades de cuidados paliativos (CP) y hospices<sup>1,7</sup>.

En estos pacientes el soporte paliativo debe iniciarse precoz y progresivamente según vayan surgiendo las necesidades del paciente y su entorno mediante una aproximación multidisciplinar<sup>6</sup>.

Sin embargo, las enfermedades crónicas presentan la dificultad de definir en qué momento se inicia la trayectoria hacia el final de la vida, dado que los enfermos no oncológicos siguen un curso clínico poco predecible de descompensaciones y estabilidad clínica, que todavía es más complicado si concurren varias condiciones clínicas médicas avanzadas de forma simultánea<sup>6,8</sup>.

Los criterios de terminalidad para estas enfermedades, previamente más utilizados, eran los acuñados por el Nacional Hospice Organization estadounidense (NHO); su principal defecto era su moderado valor predictivo positivo, lo que provocaba la dificultad para diferenciar, identificar y clasificar categóricamente a los pacientes en fases avanzadas de su enfermedad<sup>9</sup>.

La existencia de nuevas herramientas pronósticas como *The Prognostic Indicator Guidance (The Gold Standard Framework)*, *Supportive and Palliative Care Indicator Tool* o su adaptación validada en España NECPAL, son útiles por su simplicidad, fiabilidad y disponibilidad asistencial, facilitan la planificación de servicios para estos pacientes y favorecen la transición de objetivos de supervivencia a objetivos de calidad de vida<sup>6,10,11</sup>.

Por tanto, el objetivo principal de nuestro trabajo fue conocer las características clínicas y sociales de los pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna en situación

de enfermedad crónica avanzada y con necesidades paliativas y de forma secundaria, conocer datos epidemiológicos de nuestros pacientes.

## Material y método

Estudio observacional, transversal de carácter descriptivo. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista clínica, planteando las preguntas del formulario a los pacientes ingresados en la planta tras solicitar un consentimiento oral informado al paciente o a su acompañante en caso de deterioro cognitivo o sospecha de incapacidad mental.

Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la planta séptima del Hospital Virgen de la Luz, desde el 15 de junio de 2010 al 15 de julio de 2010 sin criterios de exclusión. Las variables se encuentran reflejadas en el formulario descrito en el Apéndice. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital conforme a los principios de la declaración de Helsinki.

Las variables cualitativas se muestran en porcentajes. Las variables cuantitativas que se ajustaban a una curva de distribución normal se muestra como media y desviación estándar. Las que no se ajustaban a una distribución normal se muestran como mediana y rango.

La asociación entre variables cualitativas dicotómicas con cuantitativas se ha realizado con t-Student para muestras independientes y Mann-Whitney cuando no se ajustaban a la normalidad. La asociación entre variables cualitativas se ha llevado a cabo con el test Chi-cuadrado y test de Fisher cuando al aplicar las tablas de contingencia alguna celda tenía un valor menor de 5; se consideran estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ .

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences Software* (versión 17) para Windows (SPSS, Chicago Ill. USA).

## Resultados

Se incluyeron 104 pacientes. El 53,8 % eran varones ( $n = 56$ ). La media de edad fue 76,31 (DE 16,97) años, mediana 80,5. Pacientes mayores de 65 años 87. Un 25 % ( $n = 26$ ) habían presentado

Tabla 1 – Datos epidemiológicos.	
VARIABLES	VALORES
Número	104 pacientes
Edad	76,31 (17-100) años
Sexo (% varones)	53,8% varones
Cumplen criterios de terminalidad	26%
Tipo de criterio:	
Oncológico	2,9%
Neurológico	13,5%
Cardíaco	2,9%
Respiratorio	5,8%
Domicilio:	
Vivienda	79%
Residencia	24%
Cuidador principal:	71%
Ninguno	32,7%
Pareja	28,8%
Padres	1%
Hijos	28,8%
Hermanos	2,9%
Otros parientes o A. social	5,8%
Reingreso 1 mes tras alta	4,5%
Exitus	6,7%

ingreso previo durante los 3 meses anteriores. Un 4,8 % (n= 5) reingresaron en el mes posterior a su alta domiciliaria. La mortalidad hospitalaria fue de 6,7 % (n= 7) (Tabla 1).

El domicilio de los pacientes fue residencia (24 %, n= 25) y vivienda (76 %, n= 79). Contaban con un cuidador principal el 68,3 % (n= 71) de los pacientes; el parentesco más frecuente del cuidador era el de pareja e hijo, ambos con una frecuencia de 28,8 % (n= 30).

De los 104 pacientes 25 % (n= 26) cumplían criterios de terminalidad. El motivo más frecuente fue criterio neurológico (demencia o deterioro cognitivo) con una frecuencia de 13,5 % (n= 14), seguido de criterios respiratorios (5,8 %, n= 6), cardíacos (2,9 %, n= 3) y oncológicos (2,9 %, n= 3).

De los 104 pacientes 36,5 % (n= 38) tenían un Karnofsky menor de 60 (lo que indica que precisaban algún tipo de asistencia) y un 39,4 % (n= 41) presentaban un deterioro mental moderado-grave medido por SPMSQ-VE mayor de 3 (Fig. 1).

Se encontró correlación entre la edad y el índice Karnofsky ( $r = -0,58$ ,  $p < 0,001$ ) así como en la edad y los resultados del cuestionario SPMSQ-VE ( $r = 0,61$ ,  $p < 0,001$ ).

No se encontró correlación entre la edad ( $p = 0,46$ ), la distancia al domicilio ( $p = 0,29$ ), el índice Karnofsky ( $p = 0,64$ ) y los resultados del cuestionario SPMSQ-VE ( $p = 0,80$ ) con los días de estancia hospitalaria, ni relación entre la distancia al domicilio y la frecuencia de reingresos ( $p = 0,47$ ).

El análisis de los pacientes fallecidos muestra un predominio de sexo masculino (71,4 %) y una edad media de 83,86 (DE 8,93) años (mediana 86). En la totalidad de pacientes ingresados predomina el sexo masculino (53,8 %); sin embargo, el predominio de varones en la población fallecida no es estadísticamente significativo ( $p = 0,095$ ) y tampoco la edad presenta diferencias entre el grupo de pacientes fallecidos y los que no fallecen ( $p = 0,22$ ).

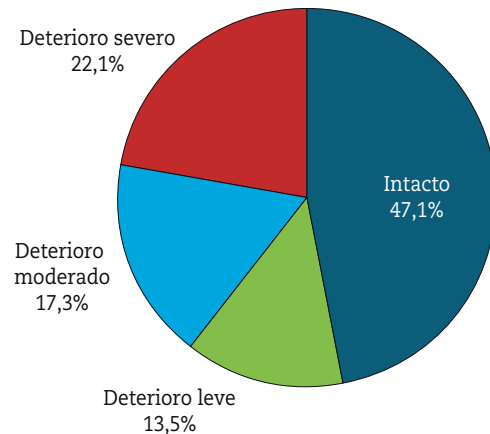


Figura 1 – Presencia de deterioro cognitivo.

## Comentario

La media de edad fue de 76,31 (DE 16,97) años, similar a la de otros estudios (70,4, 77,9, respectivamente)<sup>10,13</sup>; al comparar la media de edad entre los fallecidos (83,86, DE 8,93 años) los resultados varían discretamente (79, 77 y 79, respectivamente); son más longevos los pacientes fallecidos en nuestro estudio<sup>12-14</sup>.

El domicilio de los pacientes era vivienda en 76 % (n= 79) de los casos, siguiendo la tendencia de otros estudios (93 % vivían en domicilio), sin olvidar que en dicho estudio se trata de pacientes más jóvenes y que incluye pacientes ambulatorios<sup>15</sup>; o de 81 %, pero en este estudio existían importantes diferencias entre los pacientes ingresados en Medicina Interna con respecto a los ingresados en Geriátrica, de los que vivían en domicilio 66 %<sup>16</sup>. En nuestro hospital el Servicio de Geriátrica no dispone de camas asignadas.

Contaban con un cuidador principal 68,3 % (n= 71) de los pacientes; el parentesco más frecuente de ellos fue pareja e hijo, ambos con una frecuencia de 28,8 % (n= 30); a diferencia de otro estudio<sup>15</sup>, en que presentaban cuidador principal 72,4 % y la relación más frecuente era la de hija (43,2 %), seguido de esposa (40 %). Estas pequeñas diferencias pueden deberse a que en dicho estudio se incluían pacientes ambulatorios con menor edad media (57,1 DE 15,2 años). En nuestro estudio también hemos encontrado mayor frecuencia de cuidadores de sexo femenino (33,7 % frente a 23,1 %), lo que puede deberse a motivos culturales (la asociación del cuidado de personas con el sexo femenino) o a una mayor longevidad de estas.

Esta mayor longevidad en el sexo femenino se demuestra en nuestro estudio con la presencia de un porcentaje mayor de fallecidos entre el sexo masculino (71,4 %), discretamente superior al de otros estudios españoles (56,7 % y 52,5 %, respectivamente) pero con la misma tendencia<sup>13,14</sup>.

De los 104 pacientes, 50 % (n= 52) de ellos precisaban cuidador, 36,5 % (n= 38) tenían un Karnofsky menor de 60 (lo que indica que precisaban algún tipo de asistencia) y 39,4 % (n= 41) presentaban deterioro cognitivo moderado o grave según el cuestionario SPMSQ-VE. Estos valores son similares a los obtenidos en otro estudio, en el que el porcentaje de pacientes dependientes era de 51,9 %<sup>15</sup>.

En este trabajo se obtiene un porcentaje de mortalidad de 6,7%, menor que el 16,6 % obtenido en un estudio de características similares<sup>14</sup>.

El 25 % (n= 26) cumplía criterios de terminalidad. Entre los fallecidos cumplían criterios de terminalidad 57,1 % (n= 4), porcentaje mayor al descrito en otro estudio (28,8 %)<sup>12</sup>.

Se encontró correlación entre la edad y el índice Karnofsky, así como entre la edad y los resultados del cuestionario SPMSQ-VE, lo que puede indicar la presencia de un deterioro tanto físico como mental asociado a la edad.

Como limitación principal hay que destacar que en este estudio se utilizaron para la recogida de datos tan solo criterios de terminalidad (término obsoleto en la actualidad) según la NHO de 1999, dado que todavía no se contaba con herramientas actuales mucho más útiles<sup>10</sup>, ni de información tan actual<sup>1</sup>. También hay que destacar que los datos se recogieron hace mucho tiempo, con lo que los resultados pueden haberse modificado (por ejemplo, por un progresivo envejecimiento de la población).

Consideramos este estudio útil, dado que no existen datos epidemiológicos previos con respecto a las características clínicas y sociales de los pacientes ingresados de la provincia de Cuenca.

Parece necesario seguir realizando más estudios y adecuarlos a las herramientas diagnósticas disponibles en la actualidad<sup>6,10,11</sup> para conocer mejor las características clínicas de los pacientes de nuestra Comunidad Autónoma, que permitan reconocer precozmente a los pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada y poder así planear y organizar un adecuado cuidado que cubra todas sus necesidades con una asistencia multidisciplinar y más eficiente tanto ahora como en un futuro próximo; También para evaluar la influencia positiva de nuevos proyectos de mejora en la atención de estos pacientes, como el Plan Estratégico de Atención a Pacientes Crónicos que se desarrollará próximamente en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, mediante una Unidad de Continuidad Asistencial en la que trabajarán en una colaboración bidireccional el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca y los profesionales de Atención Primaria, que serán los que identifiquen a los pacientes susceptibles y las necesidades concretas, activarán planes de atención que eviten la dispersión de la atención sanitaria en distintos Servicios de atención especializada y favorecerán una atención más individualizada.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Barón-Franco B, Ramos-Cantos C, et al. Precisión de los criterios definitivos de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45: 203-12.
- Lynn J, Forlini JH. Serious and Complex Illness in Quality Improvement and Policy Reform for End-of-life Care. J Gen Intern Med. 2001; 16: 315-9.

## Apéndice 1 – Formulario recogida datos pacientes ingresados.

NHC: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_/\_\_/\_\_ (1ª letra de nombre y apellidos)

Fechas: 1) Ingreso: \_\_/\_\_/\_\_ 2) Alta: \_\_/\_\_/\_\_ 3) Exitus: \_\_/\_\_/\_\_

Reingreso últimos 3 meses: No / Sí

(en caso afirmativo fecha: \_\_/\_\_/\_\_)

Domicilio:

1) Localidad: \_\_\_\_\_ y distancia en Km a Cuenca: \_\_\_\_

2) Domicilio: Vivienda Sí / No

Residencia Sí / No.

Cuidador principal Sí / No. Parentesco \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_

Sexo: Masculino / Femenino.

Motivo de ingreso: \_\_\_\_\_

Juicio clínico: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ (Opcional)

Enfermedades asociadas de interés\*:

1)

2)

3)

\*Factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemias y/u obesidad). Presencia de cardiopatía o arritmias cardiacas. Insuficiencia respiratoria. Demencia y/o trastornos depresivos.

Criterios de terminalidad: Sí / No:

1) Oncológico: Tipo de tumor y estadio: \_\_\_\_\_

2) No oncológico: Rellenar hoja adjunta.

Índices: 1) Karnofsky: \_\_\_\_ 2) SPMSQ-VE: \_\_\_\_

Reingreso en 1 mes: Sí / No.

### Formulario a rellenar en pacientes terminales no oncológicos

\*Elegir uno o más apartados (Rodear nº elegido y motivo)

1) Insuficiencia cardíaca avanzada:

– Síntomas de ICC en reposo a pesar de tto.: Sí / No

– Clase IV de la NYHA: Sí / No

– FEV<sub>1</sub> < 20%: Sí / No

2) Enf. respiratoria crónica avanzada:

– FEV<sub>1</sub> < 30%: Sí / No.

– Cor pulmonale o fallo VD: Sí / No.

– Hipoxemia en reposo con OGD (pO<sub>2</sub> < 55 o Sat O<sub>2</sub> < 88%): Sí / No

– Hiperapnea > 50: Sí / No

– Taquicardia en reposo (> 100 lpm): Sí / No.

3) Insuficiencia hepática avanzada:

(Estadio C de CHLD-PUGH): Sí / No.

4) Insuficiencia renal avanzada:

– Aclaramiento de creatinina < 10 ml/min (15 ml/min en DM): Sí / No

– Creatinina sérica > 8 mg/dl (6 mg/dl en DM): Sí / No

5) Demencia vs. deterioro cognitivo:

– DABVD absoluta + lenguaje < 6 palabras + MEC < 6: Sí / No

– Presencia de complicaciones/co morbilidad en último año:

a) Pielonefritis o ITU

b) Neumonía aspirativa

c) UPP grado III-IV

d) Disfagia/negativa a ingesta

e) Fiebre recurrente tras ATBs

f) Sepsis

g) Precisa nutrición/hidratación artificial

6) ELA, ACV u otras enf. neurodegenerativas avanzadas: Sí / No

Indicar tipo de enfermedad: \_\_\_\_\_

7) SIDA terminal: Sí / No

- SUPPORT Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and preferences for Outcomes and Risk of treatment. JAMA. 1995; 274: 1591-8.
- Holman H. Chronic disease: the need for a new clinical education. JAMA. 2004; 292: 1057-9.

5. Rengo F, Parisi V, Rengo G, Femminella D, Rengo C, Zincarell C, et al. Instruments for geriatric assessment: New multidimensional assessment approaches. *J Nephrology*. 2012; 25 (suppl 19).
6. Gómez-Batiste X, Martínez M, Blay C, Espinosa J, Contel JC, Ledesma A. Identifying needs and improving care of chronically ill patients: a community oriented, population based, public health approach. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012; 6: 371-8.
7. Seale C. Death from cancer and death from other causes: the relevance of the hospice approach. *Palliat Med*. 1991; 5: 13-20.
8. Von Gunten CF, Twaddle ML. Terminal care for noncancer patients. *Clin Geriatr Med*. 1996; 12: 349-58.
9. National Hospice Organisation (NHO). Medical Guidelines for determining prognosis in selected noncancer diseases. *Hospice J*. 1996; 11: 47-59.
10. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO®: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. Disponible en: <http://www.iconcologia.net>
11. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 2010; 341: c4863.
12. Sanclemente C, Barcons M, Moleiro MA, Alonso F, Pañella D, Carrera R, et al. Mortalidad hospitalaria en un servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)*. 2004; 21: 317-21.
13. Ramos Rincón JM, García Ruipérez D, Aliaga Matas F, Lozano Cutillas MC, Llanos Llanos R, Herrero Huerta F. Tasas específicas de mortalidad por GRD y diagnóstico principal según la CIE-9-MC en un hospital de II nivel. *An Med Interna (Madrid)*. 2001; 18: 510-6.
14. Rayego Rodríguez J, Rodríguez-Vidigal FF, Mayoral Martín L, Álvarez-Oliva A, Navarro Díez F. Mortalidad hospitalaria en el servicio de Medicina Interna de un hospital de primer nivel. *An Med Interna (Madrid)*. 2006; 23: 406-10.
15. Bernabeu-Wittel M, Barón-Franco B, Murcia-Zaragoza J, Fuertes-Martín A, Ramos-Cantos C, Fernández-Moyano A, et al. A multi-institutional, hospital-based assessment of clinical, functional, sociofamilial and health-care characteristic of polypathological patients (PP). *Arch Gerontol Geriatr*. 2011; 53: 284-91.
16. Cinz Sanjurjo S, Cabarcos Ortiz A, Nieto Pol E, Orre Carballada JA. Análisis de la mortalidad en ancianos en un servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)*. 2007; 24: 67-71.