



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

**ANÁLISIS DE LA
REPERCUSIÓN FAMILIAR EN
EL PACIENTE CRÓNICO
PLURIPATOLÓGICO
COMPLEJO**



Autor: Alberto Mariano Pérez Lázaro

Tutor: Daniel Araúzo Palacios

CURSO 2019/2020

Índice de contenido

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Objetivos del estudio	6
Material y métodos	6
Resultados	7
Patologías crónicas.....	8
APGAR familiar.....	10
Factores sociosanitarios de complejidad.....	11
Discusión	12
Conclusiones	14
Bibliografía	14
Anexos	17

ANÁLISIS DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR EN EL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO

Resumen

El creciente aumento de la prevalencia de las patologías crónicas, así como de la esperanza de vida poblacional supone un reto importante a la hora de adecuar la práctica clínica y el manejo asistencial de los pacientes y de sus patologías. El modelo biopsicosocial defiende que tanto el factor biológico como el psicológico y el social desempeñan un papel crucial en el desarrollo y la evolución de las enfermedades.

En el presente trabajo, se plantea la hipótesis de que la disfunción familiar tiene consecuencias indeseables para los pacientes y el sistema sanitario propiciando el inadecuado control de los diferentes procesos clínicos en los pacientes crónicos pluripatológicos complejos.

Objetivos. Analizar la relación de la función y disfunción familiar en el control de la patología crónica en los pacientes mayores de 65 años con pluripatología crónica clasificados como complejos adscritos a un cupo médico de la zona de salud Delicias II de Valladolid.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo de tipo transversal, cuya población de estudio son adultos mayores de 65 años que cumplen los criterios de validación clínica y/o los factores sociosanitarios del paciente crónico pluripatológico complejo del portal de salud de la Junta de Castilla y León, pertenecientes a un centro de atención primaria de Valladolid.

Resultados. Un 58% de los pacientes presentan disfunción familiar ya sea leve, moderada o severa de acuerdo con la puntuación obtenida en el test de APGAR familiar. La edad media fue igual en los pacientes con función familiar normal (79 ± 7 años) que en aquellos con disfunción familiar leve (77 ± 7 años), moderada (75 ± 5 años) o severa (77 ± 6 años), al igual que la prevalencia de disfunción familiar en ambos sexos.

Conclusiones. La disfunción familiar no se acompaña de peor evolución de las patologías en los enfermos crónicos complejos, aunque sí supone un mayor costo sociosanitario.

Palabras clave: APGAR familiar; disfunción familiar; pluripatología; pacientes crónicos complejos; cuidado domiciliario.

ANALYSIS OF THE FAMILY IMPACT ON THE COMPLEX CHRONIC PLURIPATHOLOGICAL PATIENT

Abstract

The increase in the prevalence of chronic diseases, as well as the population's life expectancy, represents a major challenge when it comes to adapting the clinical practice and healthcare management of patients and their diseases. The biopsychosocial model defends that both the biological and the psychological and social factors play a crucial role in the development and evolution of diseases.

In the present work, we hypothesize that family dysfunction has undesirable consequences for patients and the health system, leading to inadequate control of different clinical processes in complex chronic multipathological patients.

Objectives. To analyze the relationship of family function and dysfunction in the control of chronic pathology in patients older than 65 years with chronic multiple diseases classified as complexes assigned to a medical quota in the Delicias II basic health area of Valladolid.

Material and methods. A cross-sectional descriptive observational study, whose study population is adults older than 65 years who meet the criteria of clinical validation and / or socio-sanitary factors of the complex multi-pathological chronic patient of the health portal of the Junta de Castilla y León, belonging to a Valladolid primary care center.

Results. 58% of patients present family dysfunction, whether mild, moderate, or severe, according to the score obtained in the family APGAR test. The mean age was the same in patients with normal family function (79 ± 7 years) as in those with mild family dysfunction (77 ± 7 years), moderate (75 ± 5 years) or severe (77 ± 6 years), the same than the prevalence of family dysfunction in both sexes.

Conclusions. Family dysfunction is not accompanied by worse evolution of pathologies in complex chronic patients, although it does entail a higher socio-health cost.

Keywords: family APGAR; family disagreement; multipathology; complex chronic patients; nursing homes.

Introducción

El creciente aumento, predominantemente en países occidentales, de la esperanza de vida poblacional y por tanto del porcentaje de población anciana propicia el incremento de la prevalencia de las patologías crónicas y supone un reto importante a la hora de adecuar el manejo asistencial que llevan a cabo los cuidadores y profesionales sanitarios. Los pacientes crónicos pluripatológicos complejos presentan un declive físico y psíquico que condiciona su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el porcentaje de pacientes atendidos en centros salud y centros hospitalarios que requieren de cuidados diarios [1], [2], [3], [4], [5].

Generalmente gran parte de los cuidados requeridos por los pacientes pluripatológicos crónicos complejos recae sobre un miembro de la familia, conocido como cuidador informal, que suele ser una mujer, el cual se encarga de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente [6], [7], [8], [28]. Al desarrollar dicha labor contribuye a la sociedad disminuyendo la utilización de recursos sociales y/o evitando el ingreso del paciente en instituciones como residencias de ancianos [9], [10].

Sin embargo, la mayor dedicación y atención que requieren estos pacientes por parte de un miembro de la familia influye de manera determinante en la dinámica familiar y con frecuencia la adaptación de los enfermos y del resto de los miembros de la familia es difícil. Por lo que esta situación puede terminar generando cierto grado de disfunción familiar, lo que supone un mayor estrés emocional en los miembros de esta, especialmente en el cuidador principal. Un estudio reciente refiere que no se ha podido demostrar relación entre la disfunción familiar y una elevada tasa de reingreso hospitalario, pero sí que describe la falta de apoyo social como un factor de riesgo en pacientes crónicos pluripatológicos complejos [11], [12], [19], [20].

La disfunción familiar es un problema de interrelación con las estructuras sociales y se define como una alteración en la interacción entre los miembros de una familia.

Cuando la dinámica familiar es positiva (las interacciones familiares se mantienen en el marco de la normalidad) se genera una sensación de bienestar y de apoyo emocional que permite, al menos en el plano teórico, otorgar a los enfermos crónicos pluripatológicos complejos los cuidados necesarios [13].

Por todo lo anteriormente referido es importante el diagnóstico del grado de salud familiar por medio de la prueba de APGAR familiar que permite evaluar la funcionalidad de las familias y nos sirve de orientación a la hora de establecer planes que permitan

conservar la integridad del núcleo familiar [14], [15].

Como hemos referido anteriormente para el análisis de la disfunción familiar en este estudio hemos utilizado el test de APGAR familiar, que es un instrumento que permite evaluar como perciben los miembros de una familia el grado o nivel de funcionalidad del núcleo familiar. Por tanto, esta prueba nos permite llevar a cabo una aproximación del grado de afectación secundaria a la dificultad para integrar el cuidado de los enfermos crónicos pluripatológicos complejos en la dinámica diaria.

El test de APGAR familiar, es relativamente fácil y rápido de aplicar y por ello es de elección para analizar la función familiar en atención primaria [22]. Evalúa cinco funciones básicas de la familia que son: la adaptación (descrita como la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas en periodos de crisis), la participación (entendida como la cooperación de los diferentes miembros de la familia en la responsabilidades inherentes al mantenimiento familiar), el gradiente de recursos (que se refiere al desarrollo de la maduración física, emocional y de autorrealización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su interacción), la afectividad (entendida como la relación de amor que existe entre los miembros de un núcleo familiar) y la capacidad resolutive o recursos (que es el compromiso por parte de todos los miembros de la familia de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y/o emocionales del resto de miembros de la familia). [16], [17], [18].

En un estudio reciente se describió el importante potencial del APGAR familiar, especialmente del último ítem (recursos o capacidad resolutive) para determinar la función familiar, dado que dicho ítem fue capaz de distinguir a los pacientes con problemas familiares de aquellos que no los padecen. Este hallazgo puede ser importante para los médicos de familia con sobrecarga asistencial por citas saturadas ya que aplicando exclusivamente el último ítem (“¿Está satisfecho con la forma en que usted y su familia comparten tiempo juntos?”), podría evaluar de forma rápida y fidedigna si los pacientes tienen problemas familiares [21].

Además, el test de APGAR familiar permite discernir entre los diferentes niveles de alteración de la dinámica familiar, si bien pueden existir sesgos inherentes a la interpretación de la familia como un círculo privado cuya intimidad se tiende a preservar que condicionen una disminución de su sensibilidad. También es importante remarcar que la prueba de APGAR familiar se basa en la percepción del paciente respecto a su familia y esta puede encontrarse distorsionada en función de las características del individuo, de sus relaciones interpersonales y de su contexto familiar (como situaciones

de desadaptación o conflicto) [11].

En este trabajo de fin de grado nos hemos propuesto estudiar la prevalencia de disfunción familiar en un área asistencial del oeste de Valladolid (CS Delicias II) y su repercusión en el control de las patologías de los enfermos crónicos pluripatológicos complejos.

Objetivos del estudio

El objetivo general de este trabajo es analizar la relación de la función y disfunción familiar en el control de la patología crónica en los pacientes mayores de 65 años con pluripatología crónica clasificados como complejos, adscritos a un cupo médico de la zona de salud Delicias II de Valladolid.

Objetivos secundarios.

- Conocer el porcentaje de pacientes crónicos pluripatológicos complejos mayores de 65 años, pertenecientes al área de salud del centro de atención primaria CS. Delicias II, con disfunción familiar.
- Evaluar que patologías crónicas complejas son más prevalentes en nuestra área asistencial.
- Analizar la prevalencia de las diferentes patologías crónicas en función del género de los pacientes estudiados.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo de tipo transversal, siendo la población a estudio los adultos mayores de 65 años con alguna de las patologías incluidas en los criterios de validación clínica del paciente crónico pluripatológico complejo y pertenecientes al área de salud del centro de atención primaria Delicias II en el oeste de Valladolid (centro de características urbanas que atiende a pacientes cuya pirámide de población es la característica de población en regresión con un alto porcentaje de población anciana y bajo porcentaje de población infantil). La base de datos se ha realizado en Microsoft Excel.

Se han recogido las siguientes variables: sexo, edad, peso, talla, IMC, patologías crónicas, número de patologías crónicas diagnosticadas por paciente, control (adecuado/inadecuado) de las patologías, puntuación en el APGAR familiar, número de

principios activos prescritos, tensión arterial sistólica y diastólica (en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial), hemoglobina glicosilada (en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus), nivel CRG, valor del índice de Barthel (en pacientes con diagnóstico de enfermedad osteoarticular crónica), puntuación del Minimental test (en pacientes con diagnóstico de enfermedad neurológica), ingresos hospitalarios, duración del último ingreso hospitalario y año del último ingreso hospitalario.

Inicialmente la muestra del estudio contaba con 103 pacientes. Durante la realización de la prueba de APGAR familiar tuvimos una pérdida de diez pacientes, ya que estos enfermos o bien presentaban un grado avanzado de demencia (9) o no hablaban castellano (1) por lo que no pudieron cumplimentar el cuestionario.

Para realizar el análisis estadístico, se han expresado las variables cuantitativas como media \pm desviación estándar y mediana; y las cualitativas mediante frecuencias \pm desviación estándar. La comparación de variables cuantitativas se ha realizado con el test de la t de Student cuando la muestra seguía una distribución normal determinada por el test de Shapiro-Wilk, o por la U de Mann Whitney cuando seguían una distribución no normal. La comparación de variables cualitativas se ha realizado con el test de la chi-cuadrado o el test de Fisher cuando el número de muestras en una casilla de la tabla de contingencia fue menor o igual a 5. Se ha considerado significativa una $p < 0,05$. El estudio ha sido autorizado por el Comité de Ética del HURH.

Resultados

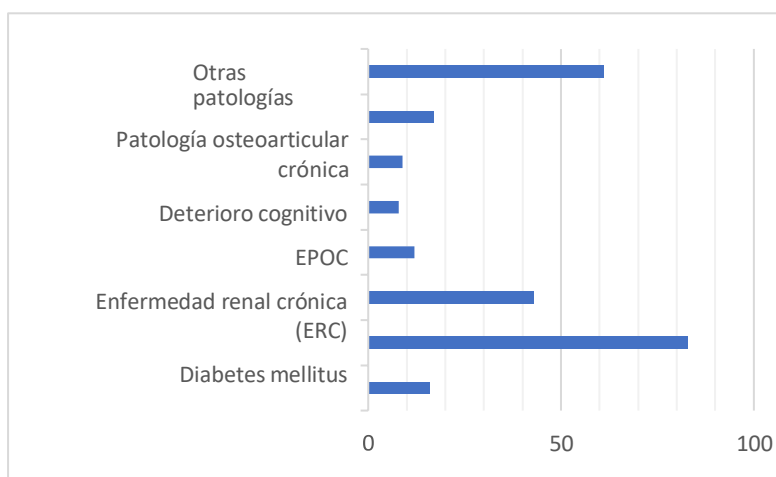
Finalmente se identificaron 93 pacientes pluripatológicos mayores de 65 años, con una edad media 78 ± 7 años. La mediana fue de 78 años con un rango intercuartílico de 10 años. El 47% (44) de los pacientes eran varones y el 53% (49) eran mujeres. Todos los pacientes del estudio reunían alguno de los factores de validación clínica incluidos en los criterios de complejidad del portal de salud de la Junta de Castilla y León, mientras que solo el 56% (52) de los pacientes presentaron alguno de los factores sociosanitarios incluidos en los criterios de complejidad, siendo el 38% (20) de los mismos varones y el 62% (32) mujeres.

Los factores sociosanitarios constituyentes de complejidad más frecuentes en nuestra muestra fueron la polimedicación extrema presente en el 37% (34) de los pacientes y el ingreso hospitalario en el último año (2019) que requirieron el 27% (25) de los pacientes, cumpliendo al menos dos criterios de complejidad el 7,5% (7) de los mismos. Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio mostró desnutrición (IMC $< 18,5$).

Patologías crónicas

La patología crónica compleja más prevalente en nuestro estudio fue la hipertensión arterial (HTA) presente en el 83% (77) de los pacientes, seguida de otras patologías (recogidas en los criterios de validación no incluidas como variables en este estudio) padeciéndolas un 61% (57) de los pacientes y de la diabetes mellitus presente en el 46% de los pacientes de nuestra muestra). En la figura 1 se expone la prevalencia general, en nuestro estudio, de las patologías crónicas pertenecientes a los criterios de validación clínica del paciente pluripatológico complejo del portal de salud de la Junta de Castilla y León.

Figura 1. Prevalencia general de las patologías recogidas en los criterios de validación clínica de los enfermos crónicos pluripatológicos complejos.



La media de patologías crónicas complejas presentadas por los pacientes fue de $2,5 + 0,74$. El percentil 50 o mediana fue de dos patologías crónicas complejas con un rango intercuartílico de una patología crónica compleja. No se demostró relación estadística entre el número de patologías y el control adecuado o inadecuado de las mismas ($p=0,5$). En la tabla 1 se expone la prevalencia de patologías crónicas en función del sexo de los pacientes.

Tabla 1. Prevalencia de las patologías crónicas en función del sexo de los pacientes

PATOLOGÍAS CRÓNICAS	HOMBRES	MUJERES
Insuficiencia cardíaca	9% (4)	22% (11)
Hipertensión arterial (HTA)	80% (35)	86% (42)
Diabetes mellitus	41% (18)	51% (25)
Enfermedad renal crónica (ERC)	14% (6)	10% (5)
Enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC)	9% (4)	6% (3)
Enfermedad neurológica	7% (3)	10% (5)
Patología osteoarticular crónica	18% (8)	16% (8)
Otros	59% (26)	63% (31)

Para poder establecer el adecuado o inadecuado control de las patologías presentadas por los pacientes del estudio utilizamos los parámetros de validación clínica del paciente crónico pluripatológico complejo, disponibles en el portal de salud de la Junta de Castilla y León, establecidos para cada una de las patologías incluidas como variables en nuestro estudio.

De tal forma que la media de la tensión arterial sistólica fue de 140 ± 17 mmHg, con una mediana de 141 mmHg y un rango intercuartílico de 20 mmHg. La media de la tensión arterial diastólica fue de 73 ± 11 mmHg, con una mediana de 73 mmHg y un rango intercuartílico de 17 mmHg.

El 45% (42) de los pacientes de la muestra eran diabéticos, siendo la media de la hemoglobina glicosilada de los mismos de $6,7\% \pm 0,87\%$. El percentil 50 o mediana fue de 6,45%, el percentil 25 fue de 6% y el percentil 75 fue de 7%. El 55% (23) de los pacientes diabéticos presentaron una hemoglobina glicosilada $>6,5\%$.

También registramos el peso, talla e IMC de todos los pacientes incluidos en el estudio, obteniendo una media de 71 ± 12 kg, con una mediana de 70 kg y un rango intercuartílico de 16 kg. Siendo la media de los varones de $75 \text{ kg} \pm 11$ kg, con una mediana de 76 kg y un rango intercuartílico de 11 kg y la media de las mujeres de 67 ± 12 kg, con una mediana de 67 kg y un rango intercuartílico de 14 kg.

En cuanto a la talla obtuvimos una media de $1,59 \pm 0,09$ cm, con una mediana de 1,59 y un rango intercuartílico de 0,1 cm. Siendo la media de los varones de $1,64 \pm 0,07$ cm, con una mediana o percentil 50 de 1,65 cm, un percentil 25 de 1,60 cm y un percentil 75 de 1,69 cm. La media de las mujeres fue de $1,53 \pm 0,07$ cm, con una mediana o percentil 50 de 1,53 cm, un percentil 25 de 1,50 cm y un percentil 75 de 1,58 cm.

La media del IMC de los pacientes fue de 28 ± 4 , con una mediana de 28 y un rango intercuartílico de 6. Siendo la media de los varones de 28 ± 3 , con una mediana de 28 y un rango intercuartílico de 4 y la media de las mujeres de 29 ± 4 , con una mediana de 29 y un rango intercuartílico de 6.

Para poder valorar el grado de limitación de las actividades de la vida diaria de pacientes con enfermedad osteoarticular crónica utilizamos el índice de Barthel y para valorar el deterioro cognitivo en el contexto de enfermedad neurológica utilizamos el Minimental test. De tal forma que el 8,5% (7) de los pacientes presentaron limitación de sus actividades diarias secundaria a enfermedad osteoarticular crónica y el 20% (4) de los pacientes con enfermedad neurológica de base presentaron deterioro cognitivo.

El 48% (45) de los pacientes presentaron un adecuado control de sus patologías crónicas, siendo el 47% (21) de ellos varones y el 53% (24) mujeres. Mientras que el 52% (48) de los pacientes presentaron un mal control de sus patologías crónicas, siendo el 48% (23) de ellos varones y el 52% (25) mujeres ($p=0,9$). No se demostró relación estadística entre el adecuado control de las patologías y la edad de los pacientes ($p=0,41$).

APGAR familiar

Para analizar el grado de disfunción familiar con el objetivo de demostrar una relación entre las relaciones sociofamiliares y el control de las patologías en pacientes pluripatológicos complejos utilizamos el test de APGAR familiar.

En la tabla 2 se expone la funcionalidad familiar general y estratificada por sexos de acuerdo a la puntuación obtenida por los pacientes en el test de APGAR familiar.

Tabla 2. Funcionalidad familiar general y estratificada por sexo según puntuación APGAR familiar.

APGAR FAMILIAR	GENERAL	HOMBRES	MUJERES
Función normal	42% (39)	20% (19)	21% (20)
Disfunción leve	27% (25)	13% (12)	14% (13)
Disfunción moderada	20% (19)	11% (11)	9% (8)
Disfunción severa	11% (10)	2% (2)	9% (8)
Total	93	44	49

Un 58% de los pacientes presentaron disfunción familiar leve, moderada o severa de acuerdo con la puntuación obtenida en el test de APGAR familiar. La edad media fue igual en los pacientes con función familiar normal (79 ± 7 años) que en aquellos con disfunción familiar leve (77 ± 7 años), moderada (75 ± 5 años) o severa (77 ± 6 años), al igual que la prevalencia.

Cuarenta y dos por ciento (39) de los pacientes presentaron una función familiar normal de acuerdo con el cuestionario de APGAR. El 27% (25) de los pacientes presentaron una disfunción familiar leve, el 20% (19) presentaron disfunción familiar moderada y el 11% (10) presentaron disfunción familiar severa.

El análisis del grado de disfunción familiar medido mediante el cuestionario de APGAR familiar en función de la edad de los pacientes no demostró una relación estadística significativa ($p=0,14$).

Factores sociosanitarios de complejidad

Para valorar el porcentaje de pacientes pluripatológicos crónicos que presentaban factores sociofamiliares de complejidad utilizamos los criterios de complejidad recogidos en el portal de salud de la junta de Castilla y León, entre los que se encuentran el número de ingresos hospitalarios en el último año (al menos 1), al menos una caída en el último año, desnutrición ($IMC < 18,5$), polimedicación extrema (> 10 principios activos) y Barthel inferior a 60. Los parámetros sociosanitarios valorados en nuestra muestra fueron la polimedicación extrema, los ingresos hospitalarios requeridos en el último año (2019) y la desnutrición.

Cincuenta y seis por ciento (52) de los pacientes incluidos en el estudio eran pacientes pluripatológicos crónicos complejos (cuya complejidad venía dada no solo por factores de validación clínica sino también por factores sociosanitarios), de los cuales el 38% (20) eran varones y el 62% (32) eran mujeres.

La media de principios activos prescritos por paciente fue de 8 ± 4 . La mediana o percentil 50 fue de 8 principios activos con un rango intercuartílico de 6. Un 37% (34) de los pacientes de nuestra muestra eran pacientes con polimedicación extrema.

Un 27% (25) de los pacientes ingresó en el último año 2019, presentando el 68% (17) de los pacientes hospitalizados un ingreso superior a 3 días, el 56% (14) de los pacientes requirió un ingreso hospitalario superior a 5 días y el 40% (10) de los pacientes requirió un ingreso hospitalario mayor de una semana.

Discusión

Nuestro estudio demostró que en el CS Delicias II un 58% de los pacientes crónicos pluripatológicos complejos presentaba algún grado de disfunción familiar. Para medir el grado de disfunción utilizamos el test APGAR familiar, que fue desarrollado en 1978 por Smilkstein [24], y es un instrumento que consta de cinco secciones que permiten evaluar la funcionalidad del núcleo sociofamiliar del paciente y de esta forma clasificar las interacciones familiares de los pacientes en distintas categorías en función de la puntuación obtenida. De tal forma que 17-20 puntos en el APGAR traducen una función familiar normal o fisiológica, 13 -16 puntos indican una disfunción familiar leve, 10-12 puntos en el APGAR equivalen a una disfunción familiar moderada y una puntuación igual o menor a 9 nos habla de una disfunción severa.

En este estudio el 42% de los pacientes presentó una función normal, mientras que el 58% restante mostró algún grado de disfunción, siendo esta leve en el 27% de los pacientes, moderada en el 20% de los pacientes y severa en el 11%. Estas cifras son similares a las publicadas por un estudio realizado en Brasil en el año 2014 que presentaba porcentajes similares de disfunción familiar leve y moderada en los enfermos crónicos pluripatológicos complejos, si bien en su muestra de pacientes los porcentajes de disfunción severa y función fisiológica diferían de los obtenidos en este estudio. En un artículo reciente publicado en el año 2016 se describió una marcada diferencia en el porcentaje de disfunción familiar entre individuos que recibían atención domiciliaria (con cuidador informal) con un dato de aproximadamente el 50% de disfunción familiar frente a los enfermos institucionalizados que presentaban un porcentaje de disfunción familiar en 80% [25], [26]. Concluyendo que los miembros de la familia, el apoyo y entorno familiar podían desempeñar papeles esenciales en la mejora de la salud de los enfermos crónicos pluripatológicos complejos.

Demostrándose la relevancia a largo plazo de los modelos de atención domiciliaria

para el adecuado control de sus patologías.

Dicho estudio también remarcó que la duración de la institucionalización, los síntomas depresivos, la composición familiar y las alteraciones cognitivas también constituían factores que favorecían la afectación de la integridad familiar [25], [26], [27].

En nuestro estudio no se demostró relación estadística entre el grado de disfunción familiar, o la existencia de disfunción familiar, y la evolución y control de las patologías en los enfermos crónicos pluripatológicos complejos. Esta ausencia de relación puede explicarse por la existencia de factores secundarios como son el hecho de que el control de ciertas patologías definitorias de pluripatología, de acuerdo a los criterios del portal de salud de Castilla y León, se ven influidas por diversas variables como son: en el caso de la hipertensión arterial una dieta rica en sodio, en el caso de la diabetes mellitus una dieta en grasas polinsaturadas y un hábito de vida sedentario favorecen el desarrollo de obesidad y secundariamente propician la resistencia insulínica y en el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) el consumo de tabaco. Todas estas variables junto con factores socioculturales como la dieta, el nivel educativo, la importancia de la actividad física, etcétera influyen decisivamente junto con la dinámica familiar y las relaciones sociofamiliares en el desarrollo y evolución de las diferentes patologías padecidas por los enfermos crónicos complejos.

Las patologías más prevalentes en nuestra muestra fueron la hipertensión arterial con un 83% de los enfermos del estudio afectados, siendo más prevalente en las mujeres (86%) frente a los varones (80%). La segunda en prevalencia fueron otras patologías crónicas no incluidas como variables en el estudio, pero recogidas en los criterios de validación clínica del paciente pluripatológico complejo (61%), siendo más prevalente en las mujeres (63%) que en los varones (59%). La tercera patología más prevalente en el estudio fue la diabetes mellitus con un 46% de pacientes afectados seguida de la patología osteoarticular crónica con un 17% de pacientes afectados.

En cuanto a los factores sociosanitarios de complejidad, en este estudio un porcentaje nada despreciable de los enfermos presentaban polimedicación extrema (37%), es decir, que tenían prescritos al menos diez principios activos, siendo la media de los enfermos del estudio de 8+4 principios activos prescritos. Estos datos son relevantes dado que existen muchos factores que hacen de la prescripción farmacológica a pacientes ancianos y/o pluripatológicos compleja como la diferencia en la composición corporal, la disminución del aclaramiento farmacológico y las posibles interacciones farmacológicas dada la concomitancia en estos enfermos de múltiples patologías y de sus tratamientos.

Además, la polimedicación se asocia con repercusiones negativas para los pacientes,

y en consecuencia para su entorno familiar, tales como el síndrome de boca seca, la incontinencia urinaria, deterioro cognitivo y alteraciones de la marcha y/o parkinsonismo entre otros. Todo esto propicia una mala adherencia a los tratamientos y genera estrés emocional sobreañadido en el cuidador principal dificultando la atención al enfermo y produciendo algún grado de disfunción familiar [31], [32].

Conclusiones

1. Un 58% de los pacientes presentaron disfunción familiar leve, moderada o severa de acuerdo con la puntuación obtenida en el test de APGAR familiar. Siendo la disfunción leve la más prevalente.
2. No se ha demostrado una relación estadística entre la disfunción familiar y la evolución de las patologías crónicas. La evolución de las patologías incluidas como variable en este estudio se ve influida por múltiples factores más allá de la disfunción familiar lo cual no nos permite establecer una relación estadística entre ambas.
3. Las patologías crónicas más prevalentes de forma global en nuestra área asistencial han sido la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la patología osteoarticular crónica.

Bibliografía

1. United Nations. Population Division. World Population Ageing 1950-2050. WHO; 2002.
2. Instituto Nacional de Estadística. Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Madrid: INE; 1994.
3. Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez A, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. Rev Esp Salud Pública 2004; 78:201-213.
4. Romero L, Martín E, Navarro JL, Luengo C. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Marketing & Communication; 2006. p.33-46.
5. Abellán A, Puga MD. Estudio monográfico: La discapacidad en la población española. En: Observatorio de personas mayores, editor. Las personas

- mayores en España. Informe 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004. p. 777-809.
6. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas L et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2000; 27:131-134.
 7. Badia X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria* 2004; 34:170-177.
 8. Lago Canzobre G, Debén Sánchez M. Cuidados del cuidador en el paciente con demencia. Disponible en: www.fi.sterra.com/guias2/cuidador.htm.
 9. Davies B, Chekryn J, Martens M. Family functioning and its implications for paliative care. *J Paliative Care* 1994; 10:29-36.
 10. Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria* 2004; 33:61-68.
 11. Rodríguez AG, Rodríguez AI. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2004;42(2):97-102.
 12. De-la-Revilla L, Aviar R, De-los-Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta de médico de familia. *Atención Primaria* 1997;19:133-137.
 13. Rogers GR. The effects of family composition, health, and social support linkages on mortality. *J Health Soc Behav* 1996;37:326-338.
 14. Stochowiak J, Galvin KM, Brommel BJ. Family communication, cohesion and change. USA: Scott Foresman and Co.; 1982. p. 175-193.
 15. Pérez-Adán J. Salud social y función familiar. *Humana* 1997;1:19-26.
 16. Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz [Internet]*. 2014 [citado 2020 Mayo 30] ; 20(1) : 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es.
 17. Suarez-Cuba MA. El Médico Familiar y la atención a la familia. *Rev. Paceaña de Medicina Familiar* 2006;3(4):95-100.
 18. García-Ortega M. Atención Familiar. *Rev. Aten.Fam.*2008;15(3); 110-113.
 19. Coronado Vázquez V, Merino Castro M, Martínez T, Durán Cortés I, Galbarro J. Evaluation of the Impact of Clinical, Functional and Social Factors on the Readmission of Patients with Pluripathologies. *JARH.* 2016;1(1): 1-11.

20. Calvillo-King L, Arnold D, Eubank KJ, et al. Impact of social factors on risk of readmission or mortality in pneumonia and heart failure: systematic review. *J Gen Intern Med.* 2013 Feb; 28(2):269-82.
21. The most important question in family approach: the potential of the resolve item of the family APGAR in family medicine. Takenaka and Ban *Asia Pac Fam Med* (2016) 15:3.
22. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract.* 1982;15:303–11.
23. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, et al. Does the Family APGAR effectively measure family functioning? *J Fam Pract.* 2001;50:19–25.
24. Mengel M. The use of the family APGAR in screening for family dysfunction in a family practice center. *J Fam Pract* 1987; 24: 394–398.
25. de Oliveira SC, Pavarini SC, Orlandi Fde S, de Mendiando MS. Family functionality: a study of Brazilian institutionalized elderly individuals. *Arch Gerontol Geriatr* 2014; 58:170–176.
26. Wang M, Huang Y. Evaluating Family Function in Caring for a Geriatric Group: Family APGAR Applied for Older Adults by Home Care Nurses. *Geriatr Gerontol Int.* 2016;16(6): 716-21.
27. Fanslow J, Schultz C. Use of the family APGAR in the community setting: a pilot study. *Home Healthc Nurse* 1991; 9: 54–58.
28. Paula JA, Roque FP, Araújo FS. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(4):283-7.
29. Urbina Torija JR, Flores Mayor MJ, García Salazar MP, Rodríguez Estemera E, Torres Buisan L, Torrubias Fernández RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. *Aten Primaria.* 2004;34:293-9.
30. Ramírez Duque N, Ollero Baturone M, Bernabéu Wittel M, Rincón Gómez M, Ortiz Camuñez M. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. *Clinical. Rev clin esp .* 2007;208(1): 4-11.
31. Patterson, S. M., Hughes, C., Kerse, N., Cardwell, C. R., & Bradley, M. C. (2012). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.*
32. Steinman MA. Polypharmacy and the balance of medication benefits and risks. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2007; 5 (4):314-5.

Anexos

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

En caso de padecer insuficiencia cardíaca por favor conteste a las siguientes afirmaciones:

1. Con frecuencia siente que le falta el aire pero esto no le impide llevar a cabo sus actividades cotidianas.
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
2. Últimamente ha notado que es incapaz de llevar a cabo sus actividades cotidianas porque nota que falta el aire
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.
3. ¿Siente que le falta el aire estando en reposo, ya sea sentado o tumbado?
 - a. Verdadero.
 - b. Falso.



Clasificación funcional NYHA

Clasificación	Hallazgos
Clase I: Asintomático	No limitación durante la actividad ordinaria. No hay fatiga, disnea, palpitaciones ni angina.
Clase II: Leve	Leve limitación para la actividad física.
Clase III: Moderado	Limitación marcada para la actividad física. Aunque el paciente está asintomático en reposo.
Clase IV: Severo	Incapacidad para cualquier actividad física sin molestias. Los síntomas se pueden presentar aún en reposo.

CRITERIOS DE VALIDACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO

Pacientes que reúnan criterios clínicos de **pluripatología** de 2 o más de las siguientes categorías clínicas y presenten **complejidad** bien sea por el **nivel de gravedad dentro de las categorías clínicas** indicadas*, **o bien por factores sociosanitarios****

***CRITERIOS DE PLURIPATOLOGÍA (SEÑALAR 2 O MÁS CATEGORÍAS PERMITE ACCEDER A LOS CRITERIOS DE COMPLEJIDAD)**

Categoría A:

- Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA⁽¹⁾
- Cardiopatía isquémica

Categoría B:

- Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
- Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60ml/min o índice albúmina creatinina >30mg/g, durante al menos 3 meses

Categoría C:

- Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC⁽²⁾, o FEV1<65%, o SaO2 ≤90%

Categoría D:

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular⁽³⁾ o hipertensiónportal⁽⁴⁾

Categoría E:

- Ataque cerebrovascular
- Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
- Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado⁽⁵⁾

Categoría F:

- Arteriopatía periférica sintomática
- Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática

Categoría G:

- Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses
- Neoplasia solida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa

Categoría H:

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

⁽¹⁾ Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

⁽²⁾ Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

⁽³⁾ INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.

⁽⁴⁾ Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

⁽⁵⁾ Mini examen cognoscitivo de Lobo con menos de 23 puntos

CRITERIOS DE COMPLEJIDAD: (SEÑALAR UNO O MAS CRITERIOS DE COMPLEJIDAD CONSIDERA PCPPC AL PACIENTE)

- Nivel de gravedad dentro de las categorías clínicas indicadas

****Factores sociosanitarios:**

- Al menos un ingreso hospitalario en el último año
- Al menos una caída en el último año
- Desnutrición (IMC < 18,5)
- Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica)
- Barthel inferior a 60 o reconocimiento de dependencia II o III y sin cuidador o con cuidador vulnerable:
 - Cuidador de 80 años o más
 - Enfermedad o incapacidad del cuidador
 - Cuidador con dependencia reconocida
 - Cuidador con varios dependientes a su cargo