

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Estudio coste-eficiencia de una unidad del paciente pluripatológico

Alumno: Martínez García, Francisco

Tutor: Martínez Pérez, José Juan

**Máster Universitario en Gestión Sanitaria
Curso: 2024-2025**





Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



Anverso (Anexo I)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Introducción teórica.....	1
1.2. La pluripatología como reto sanitario.....	1
1.3. Modelos de atención al paciente pluripatológico	2
1.4. Pregunta PICO.....	3
2. HIPÓTESIS	3
3. OBJETIVOS	3
4. MATERIAL Y MÉTODOS	4
4.1. Diseño del estudio	4
4.2. Población de estudio.....	4
4.3. Dinámica de la UPP del CHUC.....	5
4.4. Variables de estudio	6
4.5. Estrategia de análisis estadístico.....	6
4.6. Cálculo tamaño muestral	7
4.7. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	8
4.8. Grupo de trabajo	8
5. RESULTADOS Y APLICABILIDAD	8
5.1. Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes incluidos en la UPP del CHUC.	8
5.2. Evaluar la eficiencia de la UPP del CHUC, determinando su impacto en términos de reducción de ingresos hospitalarios y/o consultas al servicio de urgencias hospitalarias.....	9
6. CRONOGRAMA Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO	13
7. BALANCE ECONÓMICO	13
8. LIMITACIONES Y ASPECTOS ÉTICOS	14
9. CONCLUSIONES	15
10. BIBLIOGRAFÍA	17
11. ANEXOS	I
11.1. Anexo I.....	I
11.2. Anexo II	II
11.3. Anexo III.....	III
11.4. Anexo IV	IV
11.5. Anexo V	VI
11.6. Anexo VI	VII
11.7. Anexo VII	VIII
11.8. Anexo VIII	IX
11.9. Anexo IX	XI

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción teórica

España constituye el cuarto país de la Unión Europea con mayor número de personas mayores: actualmente, el 20,1% de la población tiene más de 65 años. Se estima que en torno a 2055 este porcentaje alcanzará el 30,5%, la tasa de dependencia demográfica alcanzará un máximo del 75,3% (1), y la esperanza de vida al nacer será de 87,5 años para las mujeres y 83,3 para los hombres (2). Esta tendencia demográfica, junto con las mejoras en salud pública, el mejor acceso de la población a servicios sanitarios y los cambios en estilos de vida y hábitos nutricionales, ha generado una transformación progresiva de la forma en la que las enfermedades se manifiestan y se relacionan entre sí. En la actualidad, las enfermedades crónicas constituyen el patrón epidemiológico dominante (3). Aunque el aumento de la longevidad refleja un logro social, también supone un reto para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), dado el incremento progresivo de la dependencia funcional (4,5). Los problemas crónicos, especialmente en mayores, representan entre el 70 y el 80% del gasto sanitario en Europa (6).

1.2. La pluripatología como reto sanitario

La inversión de la pirámide poblacional conlleva un aumento de la demanda de servicios sanitarios y, con ello, una mayor prevalencia de pluripatología, ingresos prolongados y frecuentes (7). Varios estudios acerca de la evolución funcional de pacientes mayores ingresados en unidades de medicina interna indican que hasta un tercio presentan deterioro funcional significativo al momento del alta hospitalaria (8). Según las previsiones de la Comisión Europea, aunque el gasto sanitario en España será superior a la media de la Unión, esta diferencia no se explica únicamente por el envejecimiento, sino por los años de vida con pérdida funcional (9,10). Dicha pérdida genera dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad. Por ello, los sistemas sanitarios deben enfocarse en prevenir hospitalizaciones a través de diferentes estrategias que aseguren la continuidad asistencial (8).

En el SNS la atención fragmentada y la limitada capacidad de autocuidado suponen retos adicionales (11). La OMS (Organización Mundial de la Salud) en su informe *Preventing Chronic Diseases, a vital investment* (12), insta a los sistemas de salud a reorientar sus protocolos asistenciales para abordar la cronicidad, uno de los principales retos del SNS para asegurar su sostenibilidad.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad reconoce la necesidad de transformar el modelo sanitario actual, centrado en el tratamiento de patologías agudas mediante numerosas intervenciones de escaso valor en términos de mejora de la salud (13). Este cambio no debe implicar necesariamente una mayor inversión en recursos, sino una oportunidad para la optimización de los ya disponibles. El incremento del coste sanitario puede reducirse prácticamente a la mitad si el envejecimiento poblacional va acompañado de buena salud (10).

1.3. Modelos de atención al paciente pluripatológico

Según Ollero Baturone (13), el paciente pluripatológico (PPP) se define por la presencia de enfermedades crónicas incluidas en dos o más categorías clínicas (**Anexo II**). Este tipo de pacientes suelen sufrir frecuentes reagudizaciones que condicionan una pérdida gradual de su autonomía y funcionalidad. Representan entre el 3% y el 5% de la población y hasta un 40% de los ingresos hospitalarios (3). El 10% de los pacientes crónicos genera el 55% de las estancias hospitalarias, y un 5% de ellos, el 42% (14).

El Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 tiene entre sus líneas de trabajo la desinstitucionalización de personas mayores (15), fomentando el envejecimiento en el domicilio con una red sociosanitaria complementaria. En este marco, se impulsa un modelo asistencial sostenible, basado en una atención integral, coordinada y continuada, que favorezca el autocuidado y respete los valores y preferencias del paciente (3,5,16).

Siguiendo la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 27 de junio de 2012) y la Declaración de Sevilla, diversas comunidades autónomas han puesto en marcha numerosos programas dirigidos a la atención de la cronicidad (3,6). Estos programas persiguen ofrecer atención de calidad, capacitar al paciente en el manejo de descompensaciones, resolver reagudizaciones de forma precoz y reducir ingresos potencialmente evitables mediante la continuidad asistencial

(17). En este contexto nace la Unidad del Paciente Pluripatológico (UPP), con el objetivo de estrechar la vinculación entre atención primaria y hospitalaria, así como de establecer circuitos específicos de coordinación que eviten ingresos hospitalarios convencionales a través de los servicios de urgencias (18).

La Región de Murcia aprobó en enero de 2013 su Estrategia para la Atención de la Cronicidad 2013-2015, que incluye entre sus líneas de trabajo: estratificación de pacientes por riesgo de descompensación, promoción del autocuidado, coordinación entre niveles asistenciales y la prevención como eje central del sistema sanitario (19). En este contexto surge, en noviembre de 2022, la UPP del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena (CHUC).

1.4. Pregunta PICO

Para el desarrollo de este proyecto se ha formulado la siguiente pregunta:

- Población: pacientes incluidos en la UPP del CHUC entre el 1/11/2022 y el 31/12/2023, con una estancia mínima en la unidad de 3 meses.
- Intervención: inclusión en la UPP del CHUC.
- Comparación: seguimiento clínico convencional por atención primaria y especialistas hospitalarios.
- Resultados: reducción de ingresos hospitalarios y consultas en urgencias, evaluada en términos de coste-eficiencia.

2. HIPÓTESIS

La Unidad del Paciente Pluripatológico en el Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena ha demostrado ser una herramienta coste-eficiente, al reducir ingresos hospitalarios y consultas en urgencias hospitalarias en comparación con el modelo convencional de atención.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

Evaluar la eficiencia de la UPP del CHUC, determinando su impacto en la reducción de ingresos hospitalarios y/o consultas en el servicio de urgencias.

Objetivo secundario:

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes incluidos en la UPP del CHUC.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio retrospectivo que sigue un diseño antes-después para evaluar los cambios en la eficiencia asistencial de los pacientes incluidos en la UPP, comparando los resultados obtenidos antes y después de su implementación. Se establece un período de observación de 17 meses desde la creación de la UPP. Dado que la hipótesis es de naturaleza cuantitativa, el estudio mide el impacto de la intervención a través de indicadores objetivos: número de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y costes sanitarios.

4.2. Población de estudio

El período de observación se extiende desde la creación de la UPP, el 1 de noviembre de 2022, hasta el 31 de marzo de 2024. La cohorte está constituida por todos los pacientes incluidos en la UPP del CHUC desde su creación hasta el 31 de diciembre de 2023, de manera que se garantiza un seguimiento mínimo tres meses. Se excluyeron:

- Pacientes pluripatológicos del Área II de Salud - Cartagena no incluidos en la UPP.
- Pacientes incorporados desde el 1 de enero de 2024.
- Pacientes que, aun siendo incluidos dentro del rango temporal del estudio, no alcanzaron el seguimiento mínimo de tres meses.

Criterios de inclusión en la UPP:

Para poder ser incluido en la Unidad se necesita cumplir un índice Profund < 11, una red de apoyo socio familiar que permita una colaboración activa, no cumplir criterios de exclusión y cumplir al menos 1 de los siguientes criterios:

- ≥ 1 ingreso en Medicina Interna en los últimos 12 meses por patología crónica agudizada con riesgo de descompensación.
- 1^{er} episodio de ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca.

- Sufrir una patología en la que existan intervenciones terapéuticas que puedan prevenir un nuevo episodio.

Criterios de exclusión en la UPP:

- Paciente incluido en Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) o en Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).
- Paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en tratamiento de hemodiálisis y/o tratamiento oncológico activo.
- Paciente con reingresos hospitalarios por descompensaciones de la misma enfermedad en otra especialidad distinta a Medicina Interna.
- Pacientes dependientes o con esperanza de vida limitada (índice Profund ≥ 11).
- Pacientes sin capacidad de autogestión y/o apoyo familiar.

4.3. Dinámica de la UPP del CHUC

La UPP del CHUC, inaugurada el 1 de noviembre de 2022, está dirigida por una diplomada en Enfermería y una especialista en Medicina Interna. Se ubica en el Hospital Universitario Santa María del Rosell (HUSMR) y depende del servicio de Medicina Interna del CHUC. Sus objetivos son:

- Promover la continuidad asistencial actuando de nexo integrador entre atención primaria y atención especializada.
- Detectar pacientes multiingresadores, realizar una valoración integral y multidimensional y diseñar un Plan de Atención Personalizado (PAP) en consenso con el paciente y su entorno.
- Centralizar la atención en una única consulta, minimizar las intervenciones de escaso valor y optimizar el uso de recursos sanitarios.
- Promover la atención personalizada, el autocuidado y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

El recorrido del paciente en la UPP se recoge en el **Anexo IV**.

4.4. Variables de estudio

Se han estudiado dos tipos de variables, cuya descripción se recoge en el **Anexo V**:

- Variables identificativas: conjunto de datos que permiten identificar a cada paciente de forma única dentro del estudio.
- Variables clínicas: conjunto de datos que describen las condiciones de salud de un paciente en sus diferentes ámbitos (diagnósticas, terapéuticas, funcionales...).

Además, para cada paciente se ha calculado la fecha de inicio de seguimiento previo a inclusión en UPP, considerando que sea de igual duración que la del seguimiento en la UPP. Posteriormente se han analizado las siguientes variables en ambos periodos: ingresos hospitalarios evitables y no evitables por la UPP, consultas al servicio de urgencias evitables y no evitables por la UPP que no precisaron ingreso hospitalario y duración media de ingresos hospitalarios evitables. Cabe destacar que en aquellos pacientes en los que la vía de entrada a la UPP fue a partir de un ingreso hospitalario se ha excluido ese ingreso índice del cómputo de ingresos del período de inclusión.

La recogida de datos de las diferentes variables que constituyen este estudio se realizó retrospectivamente a través de la ficha de registro de pacientes en la UPP (**Anexo VI**), el formulario diseñado para analizar la evolución de los ingresos hospitalarios y las consultas al servicio de urgencias hospitalarias (**Anexo VII**) y la consulta de las historias clínicas mediante el programa informático que sirve de estación clínica en el Servicio Murciano de Salud (SMS) (Selene®). En todo momento se ha asegurado la imposibilidad de identificación de los pacientes a través de la anonimización de los mismos mediante un ID codificado.

4.5. Estrategia de análisis estadístico

Tras la recogida de las variables indicadas se realizó el análisis estadístico con el software SPSS v23.0 para iOS.

En este estudio se analizó la diferencia en la frecuencia de ingresos, número de días de ingreso y consultas al servicio de urgencias de los pacientes incluidos en la UPP antes y después de su inclusión. Se recurrió al test t-student

para el estudio entre variables cuantitativas en dos momentos diferentes y McNemar para variables cualitativas dicotómicas en dos momentos diferentes. Además, considerando las tarifas marcadas por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en el Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM) en 2024 (20) se realizó un análisis coste-eficiencia. La significación estadística se determinó significativa si la probabilidad de error era menor del 5% ($p < 0,05$).

4.6. Cálculo tamaño muestral

Para determinar el tamaño muestral requerido en este estudio se ha realizado un cálculo mediante el software G Power 3.1. (21). En base a estudios previos realizados en la Región de Murcia (22), donde se obtuvo un valor de d de Cohen de 1.088, se estima una diferencia de elevada magnitud entre los ingresos previos y posteriores a la inclusión. Por ello se ha tomado como referencia un valor de la d de Cohen de 0,8, que representa un efecto grande pero ligeramente más conservador. Además, el cálculo se ha realizado considerando una potencia estadística del 80% ($1 - \beta = 0.8$) y un nivel de significación de 0,05, obteniéndose un tamaño muestral mínimo de 15 pacientes. En cualquier caso, se presenta en la **Tabla 1** los tamaños muestrales requeridos para diferentes combinaciones de valores del tamaño del efecto (d de Cohen) y niveles de potencia estadística ($1 - \beta$), lo que permite valorar distintos escenarios en función de la magnitud del efecto esperado.

Tabla 1. Tamaño muestral

d de Cohen/ $1 - \beta$	0,95	0,8	0,6
0,1	1301	787	492
0,3	146	89	56
0,5	54	33	22
0,7	29	18	12
0,9	18	12	8
1,1	13	9	6

4.7. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La estrategia de búsqueda de información se ha centrado en el uso de PubMed, Scopus, Web of Science y Cochrane Library, mediante el uso de palabras clave: “paciente crónico”, “pluripatología”, “modelos de gestión” y “coste-eficiencia”. Se han priorizado publicaciones de los últimos 10 años, aunque también se han incluido referencias más antiguas por su interés en mostrar la evolución histórica y su contraste con las tendencias actuales.

Además, se ha recurrido a la consulta de portales de organismos oficiales nacionales e internacionales: la OMS, el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, el Instituto Nacional de Estadística del Gobierno de España, la Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados y la Comisión Europea.

4.8. Grupo de trabajo

Este proyecto se ha llevado a cabo por un equipo multidisciplinar constituido por la médico internista de la UPP, la enfermera gestora de casos de la UPP y el autor de este trabajo (investigador principal).

5. RESULTADOS Y APLICABILIDAD

5.1. Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes incluidos en la UPP del CHUC.

A fecha 31 de marzo de 2024 la UPP del CHUC estaba constituida por 65 pacientes activos. Sin embargo, la cohorte se completó con 21 pacientes que, aunque fueron dados de alta antes de la fecha fin de observación, cumplieron el seguimiento mínimo 3 meses en la UPP. Por otra parte, se excluyeron 11 pacientes por no haber alcanzado el período de 3 meses en la unidad.

La cohorte final estuvo constituida por 86 pacientes, de los cuales 45 fueron hombres (52,3%), la edad media fue de 81,97 años (DE: 7,27), con un rango comprendido entre 63 y 98 años. Además, la estancia media en la unidad fue de 325,1 días.

Con respecto al origen de los pacientes, la mayoría fueron incorporados a través de interconsulta de facultativos hospitalarios (46 pacientes, 53,49%), en segundo lugar, a través de captación activa por el equipo de la unidad (35 pacientes, 40,70%) y en último lugar mediante interconsulta de facultativos de

atención primaria (5 pacientes, 5,81%). Mientras que en relación a las causas de las 21 altas previas a la fecha fin de observación fueron las siguientes: éxitus (17 pacientes, 80,96%), traslado a residencia geriátrica (2 pacientes, 9,52%), alta voluntaria (1 paciente, 4,76%) y alta por mejoría (1 paciente, 4,76%).

Con respecto a las comorbilidades de la cohorte destaca la prevalencia de insuficiencia cardíaca (97,7%), hipertensión arterial (HTA) (95,3%) y enfermedad renal crónica (ERC) (91,9%). En relación a la farmacoterapia destaca la frecuencia de diuréticos de asa (93%) y betabloqueantes (68,6%). Tal y como se refleja en las **Tablas 2 y 3** no se han hallado diferencias significativas entre los dos subgrupos.

Por último, y en relación a los hábitos tóxicos (**Tabla 4**) predomina el exhábito tabáquico (36%) y no se han hallado diferencias entre subgrupos.

5.2. Evaluar la eficiencia de la UPP del CHUC, determinando su impacto en términos de reducción de ingresos hospitalarios y/o consultas al servicio de urgencias hospitalarias

En este estudio se ha registrado la frecuencia de ingresos hospitalarios y consultas al servicio de urgencias que no precisaron ingreso hospitalario en dos períodos de igual duración para cada paciente: período de inclusión en la UPP y período previo a la inclusión de la misma duración del anterior. Además, se ha hecho distinción entre motivos de ingreso hospitalario y/o consultas en urgencias evitables y no evitables por la UPP.

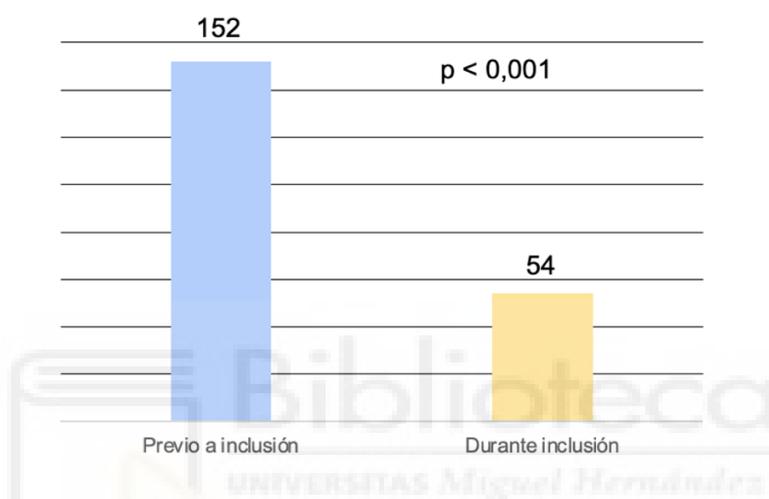
5.2.1. Ingresos hospitalarios

Con respecto a los ingresos evitables (**Figura 1**) por la UPP se identificaron 152 ingresos hospitalarios fruto de la suma de ingresos en los períodos de observación previos a la inclusión en UPP, mientras que en los períodos que transcurren tras inclusión se registraron 54 ingresos hospitalarios (reducción del 64,47%; $p < 0,001$) (**Tabla 5**). 61 pacientes (70,93%) redujeron este tipo de ingresos hospitalarios tras su inclusión en la unidad y se estima una reducción en la frecuencia de ingresos de 1,14 puntos.

Tabla 5. Análisis estadístico de ingresos hospitalarios

	Media	DT	Error típico de la media	IC 95%	p
Ingresos pre-post	1,14	1,18	0,127	0,887-1,392	< 0,001

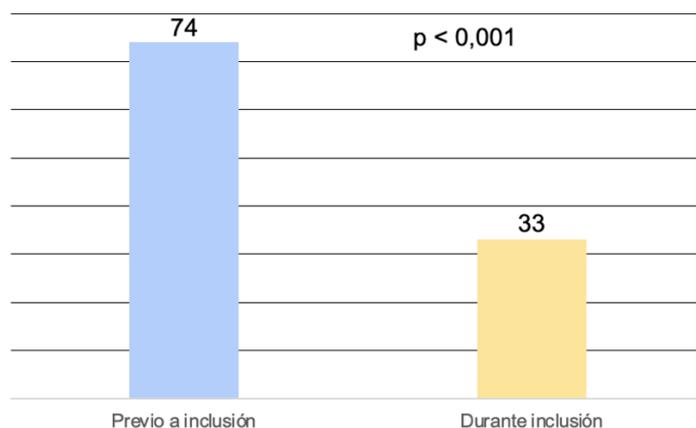
Figura 1. Evolución de ingresos hospitalarios



Por otro lado, 42 pacientes (48,83%) que habían ingresado en alguna ocasión durante el período de observación previo a inclusión no volvieron a ingresar durante el período en la UPP, 22 pacientes (25,58%) no mostraron cambios en la frecuencia de ingresos y únicamente 3 pacientes (3,48%) ingresaron con mayor frecuencia.

Tal y como se refleja en la **Figura 2**, se evolucionó de 74 a 33 pacientes que ingresaron en algún momento durante los períodos de seguimiento (reducción del 55,4%; $p < 0,001$), siendo 2,38 veces (OR) menos probable que se necesite un ingreso hospitalario.

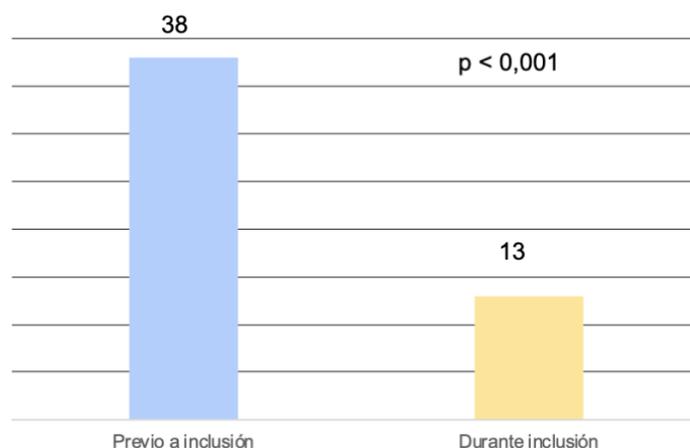
Figura 2. Evolución de pacientes que ingresaron al menos 1 vez



Se evolucionó de 1571 a 581 días de hospitalización. En este contexto, en el análisis coste-eficiencia se ha considerado que el coste por día de estancia de hospitalización convencional es de 601,22 €, siguiendo los datos oficiales del BORM (21). Por lo que en este caso y de forma aproximada se produjo un ahorro de 595.207,80€.

Por último, en la **Figura 3** se refleja la evolución de la frecuencia de multiingresadores (> 1 ingreso), con una reducción de 38 a 13 pacientes (reducción del 65,79%; $p < 0.001$).

Figura 3. Evolución de multiingresadores



En relación a los ingresos no evitables por la UPP no hubo reducción, pues en el período previo de observación se registraron 34 frente a 56 ingresos en el período de inclusión en la UPP, sin demostrar diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,01$).

5.2.2. Consultas en urgencias hospitalarias

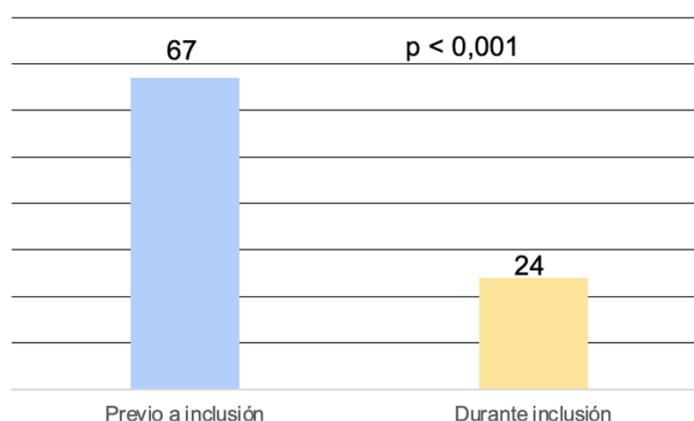
Con respecto a las consultas en urgencias evitables por la UPP se registró que 30 pacientes (34,88%) las redujeron tras su inclusión en la unidad ($p < 0,001$) (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis estadístico de urgencias hospitalarias

	Media	DT	Error típico de la media	IC 95%	p
Urgencias pre-post	0,5	0,991	0,107	0,287-0713	< 0,001

Mientras que 49 pacientes (56,98%) no redujeron la frecuencia y 7 pacientes (8,14%) aumentaron las consultas. Tal y como se refleja en la **Figura 2**, en términos absolutos se evolucionó de 67 a 24 consultas (reducción del 64,18%).

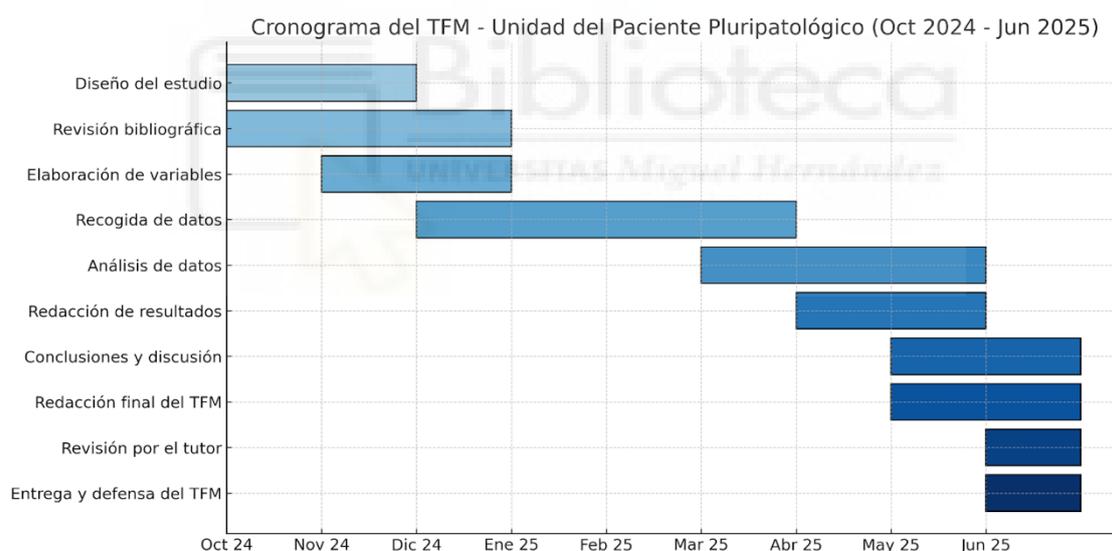
Figura 4. Consultas en urgencias hospitalarias



Con respecto al coste de una asistencia en Urgencias, diversos estudios científicos y datos oficiales coinciden en que el coste unitario de una atención urgente hospitalaria sin ingreso posterior suele situarse en el rango 150-250 € en el sistema público español: en la Comunidad de Madrid se fija en 185 € (20), en la Región de Murcia los datos oficiales disponibles indican un coste de 205,75 € por episodio en urgencias (21) y en la Junta de Andalucía se fija en 208,47 € (22). Considerando que este estudio se ha realizado en la Región de Murcia se puede calcular un ahorro aproximado de 8.847,25€.

Por último y en relación a las consultas en urgencias no evitables por la UPP no hubo reducción, pues en el período previo de observación se registraron 55 frente a 70 consultas en el período de inclusión en la UPP, sin demostrar diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,07$).

6. CRONOGRAMA Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.



7. BALANCE ECONÓMICO.

Con respecto al balance económico (**Tabla 7**), es necesario considerar la inversión en recursos humanos:

- Coste estimado de personal de enfermería (jornada completa en consultas externas con turno fijo de mañanas): 2.800 €/mes bruto (aproximación según tablas salariales del SMS 2024).

- Coste estimado de facultativo especialista en Medicina Interna con una dedicación del 50% a la Unidad: 1.900 €/mes bruto (aproximación según tablas salariales del SMS 2024).

Mientras que el coste en recursos materiales (fármacos, dispositivos médicos, teléfono, internet, material de papelería...) se estima en 10.000 € anuales.

Tabla 7. Balance económico

Concepto	Costes	Beneficios	Ahorro
Recursos humanos	56.400 €	-	-
Recursos materiales	10.000 €	-	-
Ingresos evitados	-	595.207,80 €	-
Urgencias evitadas	-	8.847,25 €	-
			537.655,05 €

8. LIMITACIONES Y ASPECTOS ÉTICOS

La principal limitación de este estudio es el diseño antes-después sin grupo control, no hay un grupo de comparación concurrente que reciba atención convencional, lo que limita la capacidad de atribuir los cambios observados exclusivamente a la intervención de la UPP, es decir, puede haber factores externos no controlados que hayan influido en los resultados.

Por otro lado, el seguimiento de al menos 3 meses se ha considerado en base a ser el de mayor probabilidad de reingreso (23). Sin embargo, este período puede no ser suficiente para evaluar completamente el impacto a largo plazo de la UPP en la reducción de ingresos hospitalarios y consultas a urgencias, lo que limita la generalización de los resultados en un intervalo temporal más amplio.

Además, aunque se han utilizado fuentes fiables como la historia clínica electrónica (Selene®), la revisión retrospectiva puede conllevar errores de registro o sesgos en la calidad de los datos disponibles que interfieran en la precisión de los resultados.

Un escenario posible y no analizado es cuál sería la capacidad de respuesta de la UPP ante una mayor carga asistencial secundaria al envejecimiento poblacional o incluso si se hubieran considerado variables cualitativas como la proporción de población envejecida respecto a la población general. Esta situación podría afectar a la viabilidad de la intervención y a la sostenibilidad de los resultados de este estudio. En este sentido, la replicabilidad en el resto de áreas de salud de la Región de Murcia o incluso en otras comunidades autónomas podría depender de las características demográficas y la carga asistencial de cada zona.

Por último, la estimación del coste-eficiencia se ha basado en valores predefinidos del BORM. Sin embargo, estos valores pueden no reflejar con exactitud el gasto real asociado a cada paciente ni los posibles ahorros a nivel global del sistema de salud, lo que puede generar una estimación imprecisa del impacto económico.

En el desarrollo de este estudio se han seguido los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Ha sido aprobado por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández de Elche y el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Sta. M^a del Rosell, Áreas II y VIII de Salud del SMS (Expediente: CEI.23-77-TFM-F.Mtnez-Garcia) (**Anexo IX**).

9. CONCLUSIONES

La creación y desarrollo de la UPP ha demostrado ser una intervención altamente coste-eficiente en la atención sanitaria de pacientes con alta carga de cronicidad.

Este estudio evidencia una reducción significativa de los ingresos hospitalarios evitables (64,47%), de las consultas en urgencias evitables (64,18%) y de los pacientes multiingresadores (65,79%) con un impacto económico estimado en ahorro neto aproximado de 537.655,05 € anuales.

Desde el punto de vista clínico la UPP ha conseguido una atención más centrada en el paciente, priorizando la continuidad asistencial, la detección precoz de descompensaciones y la promoción del autocuidado. El perfil de la cohorte, caracterizado por edad avanzada y con alta prevalencia de insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, ilustra la complejidad clínica que requiere intervenciones personalizadas y multidisciplinarias.

Organizativamente, la UPP ha logrado establecer un modelo de atención integral, coordinado entre atención primaria y especializada, que evita la fragmentación asistencial. La estructuración en torno a un plan de atención personalizado, la accesibilidad directa a los profesionales de la unidad y la monitorización periódica telefónica o presencial han favorecido una respuesta ágil ante cualquier deterioro clínico, evitando en muchos casos la derivación al hospital y reduciendo los riesgos asociados a la institucionalización.

El presente estudio ofrece una aproximación objetiva al impacto económico de la intervención, utilizando como base las tarifas oficiales publicadas por el BORM. Aunque esta aproximación puede no reflejar el coste real por paciente, permite visibilizar de forma sólida la eficiencia y el valor de esta estrategia asistencial, con un claro ahorro en el sistema sanitario regional cuando se optimizan los recursos y se priorizan actuaciones de alto valor.

A pesar de sus limitaciones metodológicas, como la ausencia de un grupo control concurrente y el modelo retrospectivo, los resultados obtenidos son robustos y abren la puerta a futuras líneas de investigación que validen estos hallazgos en otras áreas de salud.

En conclusión, la implantación de la UPP no es solo una buena práctica con resultados clínicos, organizativos y económicos positivos, sino una necesidad para garantizar la sostenibilidad futura del sistema sanitario. Su replicabilidad, adaptada a las características sociodemográficas de cada territorio, representa una oportunidad estratégica para abordar de forma eficiente el reto de la cronicidad avanzada. El futuro pasa por consolidar este modelo de atención personalizada, cercana y proactiva, sin perder su esencia ni su impacto transformador.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población. Años 2024-2074 [Internet]. 2024 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/PROP20242074.htm>
2. Vollset SE, Ababneh HS, Abate YH, Lacey BWH. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories. *Lancet*. 2024;403(10440):2204-56.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
4. Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Aceituno Nieto P, Escudero Martínez J, Bueno López CI, Castillo Belmonte AB, et al. Un perfil de las personas mayores en España, 2023. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. CSIC; 2023 [citado 3 de marzo de 2025]. Informes envejecimiento en red nº 30, 40p. Disponible en: <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2023/10/enred-indicadoresbasicos2023.pdf>
5. Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados. Informe C: envejecimiento y bienestar [Internet]. 2023 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: www.doi.org/10.57952/q3ze-2c39
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. 2014 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
7. Baturone Ollero M, Beltrán Orozco D, Rico Domingo C, Sánchez Román P, Soto López A, Jiménez Melguizo M, et al. Declaración de Sevilla: conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. *Rev Clin Esp*. 2011;211(11):604-6.
8. Albertí Homar F, Miguélez Chamorro A, Moragues Sbert G, Serratusell Sabater E. Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado [Internet]. Conselleria Salut Servei Salut Illes Balears: Subdirección de Atención a la Cronicidad; 2017 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible

- en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente-cronico-complejo-avanzado-es.pdf>
9. Dirección general de asuntos económicos y financieros. Informe sobre el envejecimiento de 2021: proyecciones económicas y presupuestarias para los estados miembros de la UE (2019-2070) [Internet]. European Commission; 2021 [citado 3 de marzo de 2025]. Economía y finanzas. Disponible en: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en
 10. World Health Organization. Nota descriptiva: envejecimiento y salud [Internet]. 2024 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
 11. Allepuz Palau A, Piñeiro Méndez P, Molina Hinojosa JC, Jou Ferre V, Gabarró Julià L. Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos. Aten Primaria. 2015 Mar;47(3):134-40.
 12. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report [Internet]. 2005 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 13. Ollero Baturone M. Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. 3ª ed. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2018.
 14. Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. Galicia Clin. 2012;73(1):S7-S14.
 15. Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Documento inicial de referencia para el diseño de la Estrategia. Diagnóstico. Estrategia estatal de desinstitucionalización. Para una buena vida en la comunidad [Internet]. 2023 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/wp->

- content/uploads/2023/12/Documento-inicial-de-referencia-para-el-diseño-de-la-Estrategia-Diagnostico.pdf
16. Bernabeu Wittel M, Barón Franco B, Nieto Martín D, Moreno Gaviño L, Ramírez Duque N, Ollero M. Estratificación pronóstica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp.* 2017;217(7):410-419.
 17. Bailon E, Fernández M, García M, Minue S, Orozco D, Regato P, Sánchez M, Sueiro J, Vázquez JM. Problemas de salud crónicos, nuevas orientaciones, nuevas estrategias. Documento SEMFYC, nº 32. 2013.
 18. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones [Internet]. 2009 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/EyR_UPP.pdf
 19. Estrategia para la atención a la cronicidad 2013-2015. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia [Internet]. 2013 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/305538-estrategia_cronicidad.pdf
 20. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Orden 1975/2023 de 29 de diciembre por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.* 2023 dic 30;(310).
 21. Consejería de Economía, Hacienda y Empresa de la Región de Murcia. Orden de 9 de febrero de 2024 por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en el año 2024. *Boletín Oficial de la Región de Murcia.* 2024 feb 16;(39).
 22. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Orden de 24 de mayo de 2024 de la por la que se establece el importe de los servicios, actividades y bienes de naturaleza sanitaria, prestados en centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.* 2024 jun 5;(108).

23. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
24. Rico Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enferm Clin*. 2024;24(1):44-50.
25. Jencks SF, Williams M V., Coleman EA. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *N Engl J Med*. 2009; 360(14):1418-28.



11.2. Anexo II

Paciente con enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas:

Categoría A:

- A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA¹ (síntomas con actividad física habitual).
- A.2. Cardiopatía isquémica.

Categoría B:

- B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
- B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60 mL/min/1,73 m² o proteinuria² mantenidos durante tres meses.

Categoría C:

- C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea de grado 2 de la MRC³ (disnea a paso habitual en llano), volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV₁) < 70 %, o saturación de oxígeno (SatO₂) ≤ 90 %.

Categoría D:

- D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
- D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular⁴ o hipertensión portal⁵.

Categoría E:

- E.1. Ataque cerebrovascular.
- E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60).
- E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado⁶.

Categoría F:

- F.1. Arteriopatía periférica sintomática.
- F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

Categoría G:

- G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 g/dL en dos determinaciones separadas más de tres meses.
- G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

Categoría H:

- H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
- H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.

11.3. Anexo III

Tabla 5. Abreviaturas

ACOD	Anticoagulante oral de acción directa
AOS	Apnea obstructiva del sueño
ARA II	Antagonista del receptor de angiotensina II
BIPAP	Presión positivo de dos niveles en las vías respiratorias
BORM	Boletín Oficial de la Región de Murcia
CHUC	Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena
CPAP	Presión positiva continua en las vías respiratorias
DLP	Dislipemia
DM	Diabetes mellitus
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ERC	Enfermedad renal crónica
ESAD	Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
FEVI	Fracción de eyección del ventrículo izquierdo
HTA	Hipertensión arterial
HUSMR	Hospital Universitario Santa María del Rosell
IDDP4	Inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4
IECA	Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina
ISGLT2	Inhibidor selectivo del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2
OCD	Oxigenoterapia crónica domiciliaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAP	Plan de Atención Personalizado
PPP	Paciente pluripatológico
SMS	Servicio Murciano de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
UCP	Unidad de Cuidados Paliativos
UPP	Unidad del Paciente Pluripatológico

11.4. Anexo IV

Dinámica de la UPP del CHUC

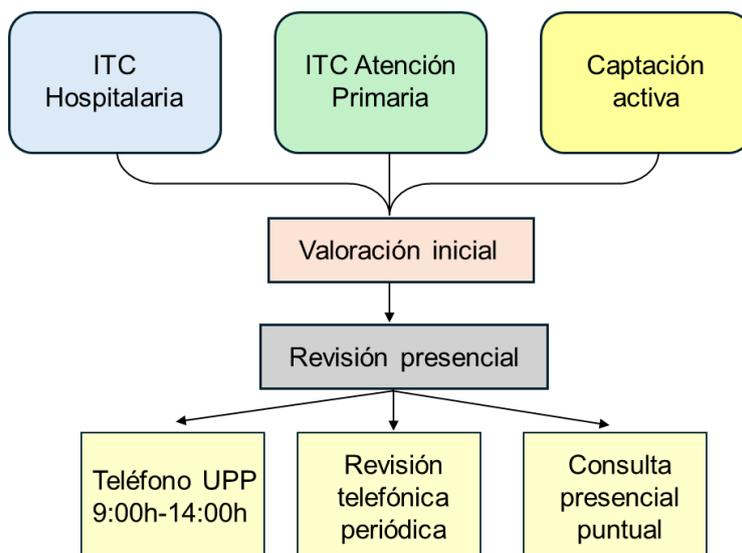
Los pacientes pueden acceder a la Unidad mediante tres vías diferentes: interconsulta de facultativos hospitalarios, interconsulta de facultativos de atención primaria o mediante captación activa, es decir, a través de la búsqueda proactiva que realiza el equipo de la Unidad.

El recorrido del paciente (**Figura 5**) en la UPP comienza con el primer contacto que variará en función de su origen. Si la solicitud de valoración para inclusión en la UPP se realiza durante un ingreso hospitalario por el facultativo responsable o por el propio equipo de la Unidad por captación activa, los profesionales sanitarios de la Unidad se desplazan y realizan una primera visita en planta de hospitalización para verificar criterios y explicar detalladamente al paciente y su red de apoyo el funcionamiento de la Unidad. Tras el alta hospitalaria se programa una cita telefónica a las 24-48h para comprobar buena evolución, resolver dudas, etc. Mientras que, si la solicitud procede del ámbito de consultas, bien sea desde atención primaria o desde especializada, se programa una primera cita telefónica para explicar la dinámica y cerciorarse que se cumplan criterios.

Una vez incluido el paciente y habiendo realizado el primer contacto, se programa la siguiente revisión en modalidad presencial para realizar una valoración multidimensional global y diseñar un plan de atención personalizado bajo el consenso de los profesionales de la Unidad, el paciente y las personas que formen parte de su red de apoyo.

Finalmente, se concluye la fase inicial con la programación de revisiones mensuales en modalidad telefónica a través de las que se pretende promover el autocuidado, supervisar la estabilidad clínica del paciente e identificar precozmente descompensaciones médicas. En cualquier caso, el teléfono de la UPP está disponible de lunes a viernes de 9:00h a 14:00h para que los pacientes puedan contactar si consideran que están sufriendo una descompensación. Las citas presenciales se destinan a visitas programadas aprovechando desplazamiento a Hospital Universitario Santa María del Rosell (HGUSMR) por otro motivo y/o descompensaciones identificadas en revisión telefónica o por atención primaria.

Figura 5. Algoritmo de atención de la UPP



Una vez identificada una descompensación se puede optar por varias estrategias de acción:

- Optimización de tratamiento electrónico a través de la valoración telefónica.
- Petición de pruebas complementarias para su extracción en centro de salud previa gestión de cita con el área de administración de atención primaria.
- Valoración presencial para:
 - Solicitud de pruebas complementarias urgentes: radiografía de tórax, electrocardiograma, analítica sanguínea, anormales y sedimento de orina, etc.
 - Administración de tratamiento: feroterapia intravenosa, transfusión sanguínea, protocolo diurético, etc.
- Gestión de ingreso hospitalario. En el caso de que la descompensación requiera ingreso se evita la visita al servicio de Urgencias a través del ingreso programado u hospitalización a domicilio.

11.5. Anexo V

Variables a analizar

- Variables identificativas: ID del paciente, edad, sexo, fecha de inclusión en UPP, origen (captación activa, atención primaria o interconsulta hospitalaria) y fecha de alta en UPP.
- Variables clínicas: hábito tabáquico, índice paquetes/año, hábito enólico, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2), dislipemia (DLP), vasculopatía periférica, demencia, anemia, apnea obstructiva del sueño (AOS), enfermedad renal crónica (ERC), filtrado glomerular, insuficiencia cardíaca, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y fibrilación auricular. Por otra parte, se detallan variables sobre el tratamiento crónico: betabloqueante, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonista del receptor de angiotensina II (ARA II), betabloqueante, antagonista de la aldosterona, tiazida, diurético de asa, digoxina, calcioantagonista dihidropiridínico, sacubitrilo-valsartán, antiarrítmico, anticoagulante dicumarínico, anticoagulante oral de acción directa (ACOD), antiagregante, metformina, repaglinida, inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP4), doxazosina, insulina, oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) y presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BIPAP).

11.6. Anexo VI

Ficha de registro de pacientes.



Servicio de Medicina Interna
Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena

UNIDAD DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO



DATOS DE CONTACTO

Nombre:

Fecha de nacimiento: Edad:

Dirección:

 Centro de salud:

Médico:

Enfermero:

Cuidador principal:

FECHA INCLUSIÓN:

Captación:

Fecha: FEVI:

Ecocardiografía:

DATOS SANITARIOS

Alergias:

Hábitos tóxicos: Tabaco: IPA:
Alcohol: UBE:

Enfermedad principal:

HTA Barthel: Gijón:
DM tipo 2 Profund: Charlson:
DLP
ERC FG:
IC
EPOC FEV1:
FA/Flutter:

Comorbilidades:

TRATAMIENTO CRÓNICO

OCD	SI/NO	CPAP	SI/NO
Fármacos	SI/NO	Principio activo	Pauta
IECA			
ARA II			
Betabloqueantes			
Espironolactona/Eplerenona			
Tiazida			
Diurético de asa			
Digoxina			
Calcioantagonista no dihidrop.			
Calcioantagonista dihidrop.			
Sacubitrilo-valsartán			
Antiarrítmico			
Antiagregante			
ACOD			
Dicumarínico			
iSGLT2			
Metformina			
GLP1			
iDPP4			
Otros ADOs:			
Otros:			

11.7. Anexo VII

Ficha de estudio de frecuencia de ingresos hospitalarios y urgencias.



FORMULARIO ESTUDIO INGRESOS/URGENCIAS UPP AREA II – CARTAGENA

ID:

Fecha de incorporación a la UPP	
Fecha de alta de la UPP	
Fecha inicio de seguimiento previo a inclusión	

URG PPP		URG NO PPP	
PRE	POST	PRE	POST

ING PPP		ING NO PPP	
PRE	POST	PRE	POST

DUR ING PPP	
PRE	POST

URG PPP: consultas en urgencias evitables por UPP, **URG no PPP:** consultas en urgencias no evitables por UPP

ING PPP: ingresos hospitalarios evitables por UPP, **ING no PPP:** ingresos hospitalarios no evitables por UPP

DUR ING PPP: duración media de ingresos hospitalarios evitables, **PRE:** período previo a inclusión en UPP, **POST:** período de inclusión en UPP

11.8. Anexo VIII

Tabla 2. Comorbilidades

	Total N = 86	< Ingresos N = 61	≥ Ingresos N = 25	p
Factores de riesgo cardiovascular				
HTA	82 (95,3%)	59 (72%)	23 (28%)	0,576
DM tipo 2	47 (54,7%)	33 (70,2%)	14 (29,8%)	0,872
DLP	49 (57%)	36 (73,5%)	13 (26,5%)	0,551
Vasculopatía periférica	14 (16,3%)	8 (57,1%)	6 (42,9%)	0,214
Fibrilación auricular	47 (54,7%)	37 (78,7%)	10 (21,3%)	0,081
Otras comorbilidades				
Anemia	29 (33,7%)	22 (75,9%)	7 (24,1%)	0,472
Demencia	5 (5,8%)	4 (80%)	1 (20%)	0,545
Insuficiencia cardíaca	84 (97,7%)	60 (71,4%)	24 (28,6%)	0,499
ERC	79 (91,9%)	55 (69,6%)	24 (30,4%)	0,668
EPOC	23 (26,7%)	17 (73,9%)	6 (26,1%)	0,713
AOS	27 (31,4%)	18 (66,7%)	9 (33,3%)	0,556

Tabla 3. Farmacoterapia

	Total N = 86	< Ingresos N = 61	≥ Ingresos N = 25	p
Cardiovasculares				
IECA	31 (71%)	23 (74,2%)	8 (25,8%)	0,271
ARA II	22 (25,6%)	14 (63,6%)	8 (36,4%)	0,382
Betabloqueantes	59 (68,6%)	42 (71,2%)	17 (28,8%)	0,938
Antagonistas aldosterona	22 (25,6%)	14 (63,6%)	8 (36,4%)	0,382
Diuréticos				
-De asa	80 (93%)	59 (73,8%)	21 (26,3%)	0,057
-Tiazídicos	29 (33,7%)	20 (69%)	9 (31%)	0,775
Calcioantagonistas	28 (32,6%)	20 (71,4%)	8 (28,6%)	0,944
Antiarrítmicos	5 (5,8%)	4 (80%)	1 (20%)	0,545
Antidiabéticos orales				
Metformina	18 (20,9%)	12 (66,7%)	6 (33,3%)	0,654
iSGLT2	44 (51,2%)	30 (68,2%)	14 (53,8%)	0,566
GLP-1	10 (11,6%)	6 (60%)	4 (40%)	0,418
iDDP4	23 (26,7%)	16 (69,6%)	7 (30,4%)	0,579

	Total N = 86	< Ingresos N = 61	≥ Ingresos N = 25	p
Repaglinida	4 (4,7%)	2 (50%)	2 (50%)	0,576
Insulina	16 (18,6%)	12 (75%)	4 (25%)	0,691
Terapia respiratoria				
BiPAP	26 (30,2%)	20 (76,9%)	6 (23,1%)	0,420
OCD	30 (34,9%)	22 (73,3%)	8 (26,7%)	0,719
Otros fármacos				
Doxazosina	11 (12,8%)	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0,055
Digoxina	6 (7%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0,566
Antiagregantes	26 (30,2%)	18 (69,2%)	8 (30,8%)	0,819
Anticoagulantes				
-ACOD	44 (51,2%)	35 (79,5%)	9 (20,5%)	0,072
-Dicumarínicos	7 (8,1%)	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0,409

Tabla 4. Hábitos tóxicos

	Total N = 86	< Ingresos N = 61	≥ Ingresos N = 25	p
Hábito tabáquico	5 (5,8%)	4 (80%)	1 (20%)	0,545
Exhábito tabáquico	31 (36%)	21 (67,7%)	10 (32,3%)	0,625
Índice paquetes/año	18,4	19,2	16,4	0,885
Hábito alcohólico	12 (14%)	6 (50%)	6 (50%)	0,085
Exhábito alcohólico	6 (7%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0,566