

Pacientes pluripatológicos

Pluripathological Patients



Vera, Enrique

 Enrique Vera

enriquevera66@gmail.com

Médico internista y cardiólogo. Profesor Asistente, Cátedra de Medicina Interna, Escuela de Medicina "José María Vargas", Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 14, núm. 2, e422, 2025
revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 25 de abril de 2025
Aprobación: 16 de junio de 2025

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2025.14.2.e422>

Cómo citar: Vera E. Pacientes Pluripatológicos. Rev. Digit Postgrado 2025;14(2): e422.doi:10.37910/RDP.2025.14.2.e422

Resumen: Debido al creciente número de consultas e ingresos al sistema de salud de pacientes con multimorbilidad, con deterioro funcional variable, discapacidad, disminución de su autonomía, dependencia, y, en consecuencia, disminución de la calidad de vida, se hace necesario implementar un programa de pacientes pluripatológicos, aplicando las escalas de adherencia al tratamiento, fragilidad y dependencia. Esta revisión trata sobre el concepto, su relación con los determinantes de la salud, el envejecimiento de la población, el impacto sobre la calidad y los costos de salud que tiene su atención, considerando que la adherencia terapéutica se constituye en un factor determinante para obtener mejor control y reducción de las rehospitalizaciones.

Palabras clave: Pacientes pluripatológicos, Multimorbilidad, Adulto mayor, Adherencia terapéutica, Dependencia.

Abstract: Due to the increasing number of consultations and admissions to the healthcare system of patients with multimorbidity, variable functional impairment, disability, decreased autonomy, dependency, and consequently, a diminished quality of life, it is necessary to implement a program for patients with multiple pathologies (PP) using scales of treatment adherence, frailty, and dependency. This review article addresses the concept of PP, its relationship with health determinants, the aging of the population, and the impact on the quality and costs of healthcare. Since therapeutic adherence is a determining factor for achieving better control and reducing rehospitalizations, the proposal for this line of research was submitted for approval by the Bioethics Committee of the Vargas Hospital in Caracas on February 9, 2025.

Keywords: Pluripathological patients, Multimorbidity, Older Adults, Therapeutic Adherence, Dependence.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo de revisión se refiere al concepto de paciente pluripatológico (PP), su relación con los determinantes de la salud, el envejecimiento de la población, el impacto sobre la calidad y los costos de salud que tiene su atención, considerando que la adherencia terapéutica se constituye en un factor determinante para obtener mejor control y reducción de las rehospitalizaciones. Esta propuesta fue aprobada por el comité de bioética del Hospital Vargas de Caracas en fecha 09 de febrero de 2025.

En los distintos niveles de atención del sistema de salud, se observa cada vez mayor proporción de pacientes con múltiples enfermedades crónicas, generalmente adultos mayores con deterioro funcional variable, discapacidad, disminución de su autonomía, dependencia, y, en consecuencia: disminución de la calidad de vida; estos grupos constituyen los pacientes que demandan más ingresos al sistema de salud y por lo tanto, un mayor consumo de los recursos. ⁽¹⁾

La evidencia disponible para atender pacientes con múltiples enfermedades crónicas concurrentes es escasa y muy débil, y, por otro lado, los sistemas de salud abordan al paciente desde la perspectiva de enfermedades únicas.

La pluripatología, un concepto centrado en el paciente desde un punto de vista global, busca romper la fragmentación y el reduccionismo que caracterizan actualmente al sistema de salud ^(1, 2). De acuerdo con Ollero et al., ⁽³⁾ en 2018, la definición de PP identifica a personas que presentan dos o más enfermedades crónicas invalidantes y no solo dos problemas crónicos de salud, en otras palabras, cada patología que integra la definición cobra igual importancia por sus consecuencias e implicaciones. La palabra pluripatología no tiene traducción en idioma inglés. El concepto de multimorbilidad - multimorbidity - se aproxima, ya que hace referencia a la presencia de múltiples enfermedades o condiciones crónicas a largo plazo, incluyendo tanto enfermedades físicas como mentales, sin que ninguna de ellas se considere enfermedades índices. No existe un consenso universal sobre su definición. ⁽⁴⁾

Los determinantes sociales de la salud: De acuerdo al modelo de campos de la salud de Lalonde. ⁽⁵⁾, los determinantes sociales de la salud son 4 factores - biológicos, estilos de vida, sistemas de prestación de servicios de cuidados de la salud, y factores ambientales - que influyen en la salud individual, al interactuar en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población. A pesar de la importancia de la atención preventiva, se debe destacar que la mayor parte del gasto en atención sanitaria, suele concentrarse en la atención curativa, lo que subraya la necesidad de un equilibrio adecuado entre la prevención y el tratamiento de las enfermedades. ⁽⁵⁾ Monterubbianesi y Temporelli⁽⁶⁾, en un trabajo titulado "Estimación del peso relativo de los determinantes de la función de producción de salud en Argentina: a 50 años de la publicación del modelo de Lalonde", en 2023, señalan que, de acuerdo al modelo señalado, con aportes del modelo de Dever. ⁽⁷⁾ que consideró el impacto de las enfermedades crónicas en población norteamericana), el 89 % de los recursos se asignaban al sistema de salud, seguido por el determinante biológico con 7,9 %, luego medio-ambiente, con 1,6 %; y finalmente, estilos de vida con 1,5 %.

Por el contrario, los recursos asignados al sistema de salud son responsables del 11 % de la influencia sobre el resultado de salud, el medio ambiente del 19 %, la biología humana de un 27 %, y finalmente el estilo de vida es el mayor responsable de los resultados de salud con un 43 %. Con datos de la encuesta de factores de riesgo en Argentina, los autores encontraron ponderaciones estimadas para los determinantes sociales, muy similares a las de Dever ⁽⁷⁾. Es decir, los recursos son asignados en su mayoría a la atención de los servicios de cuidados de la salud, determinante social que tiene el menor impacto sobre la salud. Hay que considerar la multimorbilidad o pluripatología, como un factor que puede hacer cambiar la manera de ver el problema y los resultados de salud.

Pluripatología, gastos en salud y envejecimiento: Uno de los principales determinantes para el consumo de recursos sanitarios, es la presencia de pluripatología. En el sistema sanitario público de Andalucía, los

PP representan el 4 % y generan el 30 % de los costos, este hecho se pone de manifiesto también en todos los informes realizados en España, donde se constata el incremento de los costos en todas las dimensiones de la actividad asistencial según el número de enfermedades crónicas y el número de categorías clínicas de PP ⁽³⁾. En cifras reportadas del Medicare en EEUU para 2018, entre el grupo que corresponde al 5 % de grandes consumidores de recursos económicos en salud, un 39 % (poco más de un tercio), fueron personas de 65 años o más; mientras que el 5,8 % fueron niños o estuvieron por debajo de los 18 años. ⁽⁷⁾

Existe una relación estrecha entre envejecimiento y pluripatología, se estima que para mediados de la década de 2030, las personas mayores de 80 años sobrepasarán al grupo poblacional de niños de un año o menos, alcanzando la cifra de 265 millones y para 2080 las personas de 65 años o más, sobrepasarán a los menores de 18 años. ⁽⁸⁾ En Venezuela, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), con proyecciones calculadas en el segundo trimestre de 2013 con base en el censo de 2011, se calcula que los mayores de 65 años pasarán de 6,5 % en 2015 a 15,9 % en el 2045⁽⁹⁾; habría que agregar que, por el proceso de migración, que se estima en 7,89 millones de personas especialmente de los más jóvenes⁽¹⁰⁾, es muy probable que el grupo de 65 o más años esté aumentando.

Vásquez et al., ⁽¹⁾, en 2021, en Venezuela, realizaron un estudio en pacientes que acudieron a un ambulatorio en el estado Lara, encontrando una frecuencia de PP de 24,24 %; de los adultos mayores, 35,62 % fueron PP y de los adultos intermedios, 17,28 %; se encontró que la frecuencia de PP fue 25 % más alta que en España, país con una expectativa de envejecimiento mayor que Venezuela. En ese mismo grupo de pacientes ambulatorios, la pluripatología predominó en adultos mayores con una edad media menor a la reportada en España, estando presente también en personas entre 41 y 65 años.

El grado de dependencia se determinó empleando el Índice de Barthel, encontrándose que un 72,50 % estaba en dependencia, con un 40 % dependencia moderada, 17,50 % dependencia escasa y 15 % dependencia grave. De los adultos intermedios, el 71,43 % tuvo dependencia, con un 35,72 % dependencia moderada, 28,57 %, con dependencia escasa y 7,14 con dependencia marcada. La disminución funcional se asoció más al sexo femenino, donde la dependencia moderada ocupó el primer lugar ⁽²⁾.

Prevalencia de los PP en los contextos de salud: El análisis de los patrones de multimorbilidad, definida como la presencia de 2 o más enfermedades, ha identificado cinco patrones diferenciados: el cardiometabólico, el mecánico/obesidad/tiroideo, el psiquiátrico/abuso de sustancias, el depresivo y el psicogeriatrico ⁽¹¹⁾. Barnett et al., ⁽¹²⁾, en 2012, en Escocia, llevaron a cabo una investigación, donde examinaron la distribución de la multimorbilidad y comorbilidad de enfermedades físicas y mentales relacionadas con la edad y la deprivación socioeconómica, encontraron que el 42,2 % (IC del 95 %: 42,1-42,2) de todos los pacientes tenían una o más comorbilidades, y el 23,3 % (23,08-23,21) fueron multimórbidos, destacando que el inicio de la multimorbilidad ocurrió 10-15 años antes en las personas que viven en las más zonas desfavorecidas.

La prevalencia de los PP en atención primaria se puede estimar en un 1,38 % de la población general o un 5 % en los mayores de 65 años. ⁽¹³⁾ En España, país pionero en integrar este concepto, la prevalencia de PP en servicios de medicina interna se estima en 34,3 %, neumonología 32,2 %, cardiología 22,9 %, enfermedades infecciosas 12,1 % y gastroenterología 9,7 %. ⁽¹⁴⁾ Fernández ⁽¹⁵⁾, en 2008, en España, encontró una prevalencia de pluripatología en servicios hospitalarios de 16,9 % (IC 95 %, 15,8-18,1), la mayoría de ellos atendidos en servicios de especialidades médicas.

El perfil de los pacientes atendidos en consultas de atención primaria refleja un grupo de pacientes de menor complejidad que aquellos seleccionados en las consultas hospitalarias. En un estudio realizado en atención primaria, sobre una población elegible de 84847 personas y con un total de 806 PP (1,38 % de la población), se encontró que la media del número de categorías por paciente fue de 2,47, y que el 59 % presentaban dos categorías. El índice de Barthel, que expresa el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, tuvo una mediana de 90 (100, independiente; 0, dependencia total); algo más de un tercio (38 %) presentaba algún grado de deterioro cognitivo. Además, alrededor de un 30 % había

presentado, en los últimos tres meses, al menos, un ingreso hospitalario y había tenido que acudir a los servicios de urgencias del hospital. En un año de seguimiento, el 6,1 % había fallecido, por lo que se registraba una mortalidad al año significativamente menor que la registrada en la población de pluripatológicos con seguimiento hospitalario ^(13,16,17).

Vásquez et al., ⁽¹⁾ en Venezuela, aplicaron el criterio de PP a un grupo de pacientes en el ambulatorio urbano tipo II “Dr. Ramón E. Gualdrón” del estado Lara. La frecuencia de PP encontrada fue 24,4 %. Los mismos autores, con el mismo grupo de pacientes, determinaron a través del índice de Barthel, una frecuencia de dependencia del 72,50 % ⁽²⁾.

Los PP que son atendidos en los hospitales, presentan una mayor complejidad clínica y una mayor carga de enfermedad y deterioro funcional, por lo que suelen tener un peor pronóstico. En el estudio PROFUND ⁽¹⁷⁾, realizado en 36 hospitales españoles, se recogieron las características de más de 1600 pacientes pluripatológicos ingresados o atendidos en el hospital. La media del número de categorías por paciente fue 2,7, y el 50 % de los pacientes tenían tres o más categorías clínicas; la media del número de otras comorbilidades no incluidas en las categorías definitorias de pluripatológico fue de 4,5 por paciente; y la media del índice de Barthel basal fue de 69 (en vez de 90 en los de atención primaria). La mitad de los pacientes con insuficiencia cardíaca y la de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presentaban disnea grado 3 o 4 según la New York Heart Association (NYHA) o de la Medical Research Council (MRC) respectivamente, y el 43 % de ellos presentaban algún grado de deterioro cognitivo. La media de ingresos hospitalarios en los últimos tres meses era de 1, y en el seguimiento a un año la mortalidad estuvo en torno al 39,5 % (en franca diferencia con el 6,1 % de los pacientes de atención primaria).

En un estudio realizado en un hospital cubano, el 66,7 % de los pacientes ingresados al servicio de medicina interna eran pluripatológicos y el 55,4 % mayores de 70 años, con estadía prolongada y reingresos en el primer mes; las enfermedades respiratorias, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares fueron las categorías predominantes ⁽¹⁸⁾.

Criterios definitorios de paciente pluripatológico

De acuerdo a las publicaciones de la Consejería de Salud de Andalucía, se encuentran las siguientes categorías: ^(3,19)

- Categoría A:
 - A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (síntomas con actividad física habitual).
 - A.2. Cardiopatía isquémica.
- Categoría B:
 - B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
 - B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de la creatinina ($> 1,4$ mg/dl en varones, $> 1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria (Índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3 mg/dl en muestra de orina o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 horas o > 200 μ g/min), mantenidos durante tres meses.
- Categoría C:
 - C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado II de la MRC (disnea a paso habitual en llano) o < 65 % o $\text{SaO}_2 \leq 90$ %.

- Categoría D:
 - D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
 - D.2. Hepatopatía crónica con hipertensión portal (definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos).
- Categoría E:
 - E.1. Ataque cerebrovascular.
 - E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
 - E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores).
- 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 mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses.
 - G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
- 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.

Los perfiles de PP más prevalentes se encuentran en: ⁽¹⁷⁾

1. Pacientes con enfermedades cardíacas avanzadas: están los que presentan insuficiencia cardíaca (hipertensiva, de origen isquémico o, menos frecuentemente, valvular) o con cardiopatía isquémica.
2. Pacientes con enfermedades pulmonares crónicas avanzadas: predominan las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, aunque también presentan patologías ventilatorias restrictivas, como el síndrome de apnea-hipopnea del sueño, patologías restrictivas de la caja torácica, etc. Dado que los pacientes con EPOC son más numerosos, también suele ser frecuente el antecedente de tabaquismo, por lo cual no es raro un aumento de la prevalencia de enfermedades cardiovasculares.
3. Pacientes con enfermedades neurodegenerativas avanzadas: ser pacientes con enfermedad cerebrovascular, o pacientes con algún tipo de demencia. Dentro de todos ellos, existen aquellos que han presentado algún tipo de ictus, con o sin secuelas, y aquellos que, por una enfermedad neurológica, presentan un deterioro funcional, un deterioro cognitivo importante, o ambos.

La adherencia terapéutica en pacientes pluripatológicos: Es un factor de gran importancia para el adecuado control y tratamiento de este grupo de pacientes complejos. ⁽³⁾ La adherencia terapéutica se refiere tanto al cumplimiento del plan de autocuidados como al correcto manejo de los fármacos prescritos. Los problemas de adherencia pueden ser de dos tipos:

- Gestión ineficaz: el paciente tiene dificultades para incorporar o mantener dentro de su vida cotidiana el régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad, y muestra dificultad para su cumplimiento, de manera que lleva a cabo el plan de manera parcial o inadecuada.
- Incumplimiento: el paciente muestra una conducta que no coincide con el plan terapéutico.

González et al.,⁽²⁰⁾ en 2016, en un resumen de revisiones sistemáticas para la mejora de la adherencia al tratamiento en PP, encontraron 566 artículos, de los que se seleccionaron 9 revisiones sistemáticas; ninguna se centraba específicamente en PP, aunque si consideraban pacientes con múltiples patologías crónicas, patologías definitorias de pluripatología o polimedicados. La eficacia global de las intervenciones fue modesta, no observándose diferencias relevantes entre las intervenciones de carácter conductual, educativo o combinado. Algunos componentes de estas intervenciones, como son el asesoramiento al paciente o las estrategias de simplificación posológica, parecen ser herramientas eficaces en la mejora de la adherencia en este grupo poblacional.

Alfaro et al.,⁽²¹⁾ en 2014, en una revisión bibliográfica para identificar las diferentes metodologías empleadas en el proceso de conciliación de los tratamientos farmacológicos que sean aplicables a PP, encontraron que existe gran heterogeneidad en la metodología empleada para la actividad de la conciliación. No existe ningún trabajo realizado específicamente en el PP, que, por su complejidad y susceptibilidad a errores de conciliación, requiere una metodología estandarizada.

Consenso de expertos: Un documento de consenso fue publicado en el año 2012 por los expertos de la *American Geriatrics Society* ⁽²²⁾, con recomendaciones para el manejo clínico de los pacientes con múltiples patologías crónicas. En dicho documento ordenaban las recomendaciones en cinco dominios:

1. Dominio de las preferencias del paciente:
 - Reconocer en qué escenarios clínicos es especialmente necesario considerar las preferencias del paciente.
 - Asegurar que los pacientes sean informados de los beneficios y riesgos de las diferentes opciones terapéuticas.
 - Considerar las preferencias del paciente una vez que este haya sido suficientemente informado.
2. Dominio de interpretación de la evidencia:
 - Reconocer las limitaciones de la evidencia, interpretar y aplicar la literatura médica específicamente a los adultos mayores con multimorbilidad.
3. Dominio pronóstico:
 - Contextualizar las decisiones clínicas en función de los riesgos y los beneficios esperables, así como del pronóstico vital del paciente.
4. Dominio de la viabilidad clínica:
 - Considerar la complejidad del tratamiento y la viabilidad al tomar decisiones de gestión clínica para los adultos mayores con multimorbilidad.
5. Dominio de optimización de la terapia y planes de cuidados:
 - Utilizar estrategias para la elección de terapias que optimicen los beneficios, minimicen los daños y mejoren la calidad de vida de los adultos mayores con multimorbilidad.

Finalmente, y de acuerdo a la hipótesis de Fries de comprensión de la morbilidad (formulada en 1980)⁽²³⁾, señala en la misma línea, que el envejecimiento no aumenta proporcionalmente los años con mayor morbilidad, sino que la desplaza y comprime, y es señalada por los epidemiólogos como refuerzo del concepto de transición epidemiológica. Por otro lado, parece ser que los determinantes de salud sociales hacen más prematura la aparición de polipatología.

CONCLUSIONES

La pluripatología tiene una especial relevancia tanto para la población general como para los sistemas de salud, dado que se ha visto que se relaciona con un aumento de la mortalidad, peor estado funcional, peor calidad de vida, mayor consumo de recursos en atención primaria, en servicios de urgencias y en servicios hospitalarios, así como mayor aparición de polifarmacia, prescripciones inapropiadas y eventos adversos relacionados con la medicación. Por ello, comprender la causalidad de la pluripatología, predecir su aparición o su comportamiento e incidir en los factores de riesgo que la producen son necesidades actuales que los sistemas sanitarios deben procurar responder, por lo que conocer los patrones de comportamiento y de agrupación de enfermedades en estos pacientes puede ser de especial relevancia.

Las evidencias científicas aportadas por la mayoría de las guías de práctica clínica actuales no son apropiadas para el manejo de pacientes con múltiples enfermedades, y existe una brecha importante entre el diseño de programas de intervención de enfermedades y el manejo de estos pacientes. Se debe apostar por modelos de investigación y asistenciales que promuevan el abordaje integral de los PP, tanto en atención primaria y la atención hospitalaria, como en los cuidados sanitarios y los sociales, afrontando el modo de enfermar de los pacientes de la manera en que se presenta, no basado en especialidades y patologías únicas sino integrando las enfermedades coexistentes.

REFERENCIAS

1. Vázquez A, Zigankoff A, Najul M, Zambrano D, Sánchez C, Villasmil M. Frecuencia y caracterización de pacientes pluripatológicos que acuden a un ambulatorio urbano en Lara–Venezuela. *Rev Venez Salud Pública*. 2021; 9 (1) 37-50.
2. Vázquez A, Zigankoff A, Najul M, Zambrano D. Características funcionales de pacientes pluripatológicos que acuden a un ambulatorio urbano en Lara-Venezuela. *Revista Venezolana de Salud Pública*. 2021; 9 (2) 55-64.
3. Ollero M, Bernabeu M, Espinosa JM, García R, Morilla JC, Pascual de la Pisa B. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado. [Internet]. 3ª Edición. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2018 (Consultado 12 enero 2025). Disponible en: <https://repositoriosalud.es/home>
4. Le Reste J, Nabbe P, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, Czachowski S. The European General Practice Research Network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS ONE*. 2015;10(1): e 0115796. DOI: 10.1371/journal.pone-0115796.
5. Lalonde MA. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medic Association Journal*. 1973; 108(3): 388–393.
6. Monterubbianesi PD, Temporell K L. Determinantes de la salud: una aproximación a la construcción de un Índice de status de salud para Argentina. (Internet) LVI Reunión anual Asociación Argentina de Economía Política; noviembre de 2021. Argentina. Disponible en https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/247189/CONICET_Digital_Nro.177e2213-b7c2-4049-80fc-c339fbb960d8_T.pdf?sequence=6&isAllowed=y
7. Dever Mitchell E. Concentration of Healthcare Expenditures and Selected Characteristics of Persons with High Expenses, U.S. Civilian Noninstitutionalized Population, 2018. Statistical Brief N° 533. January 2021.

- Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Internet]. 2024. Consultado 12 enero de 2025. Disponible en: http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st533/sat533.pdf
8. World Population Prospects 2024: Ten Key Messages (Internet). New York; 2024. Disponible en <https://www.un.org/development/desa/pd/world-population-prospects-2024>
9. Resumen de Estadísticas INE, 1999-2023 [Internet]. Consultado: 5 de enero de 2025. Disponible en: https://ine.gob.ve/wp-content/uploads/2024/08/Resumen_de_estadisticas_1999-2023
10. R4V América Latina y el Caribe, Refugiados y Migrantes Venezolanos en la Región–noviembre 2024. Consultado: 5 de enero de 2025. Disponible en: <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
11. Prados A, Calderón A, Hancoco J, Poblador B, Van den M. Multimorbidity patterns: a systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2014; 67(3): 254-266
12. Barnett K. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. [Internet]. 2012. Consultado 12 Ene 2025; 380 (9836): 37-43 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612602402>
13. Ramírez N, Ollero M, Bernabeu M, Rincón M, Ortiz MÁ, García S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. *Rev Clín Esp*; 2008; 208(1):4-11.
14. Bernabeu M, Jadad A, Moreno L, Hernández C, Toscano F, Cassani M. Peeking through the cracks: an assessment of the prevalence, clinical characteristics and health-related quality of life (HRQoL) of people with polypathology in a hospital setting. *Archives of gerontology and geriatrics*; 2010; 51(2): 185-191.
15. Fernández M. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 137-141.
16. Prados A, Poblador B, Calderón A, Gimeno L, González F, Poncel A. Multimorbidity Patterns in Primary Care: Interactions among Chronic Diseases Using Factor Analysis. *PLOS ONE*, [Internet]. 2012. Consultado 12 enero 2025; 7 (2), e32190 Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032190>
17. Bernabeu M, Ollero M, Moreno L, Barón B, Fuertes A, Murcia J. Development of a new predictive model for polypathological patients. *The Profund index. Eur J Intern Med*. 2011; 22:311-317.
18. Mayo R, Suárez B, Pérez E, Marcheco O, Rosell A, Torres J. Caracterización de pacientes pluripatológicos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Militar Carlos Juan Finlay. UNIMED [Internet]. 2024. Consultado 12 enero 2025; 6 (1). Disponible en: <https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/352>
19. Bernabeu M, Alonso P, Rico M, Rotaache R, Sánchez S, Caseriego E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Rev Clín Esp*. 2014; 214: 328-335.
20. González B J, Vega M, Rodríguez A, Toscano M, Pérez Guerrero C, Santos R. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Aten Primaria*. 2016; 48(2): 121-130.
21. Alfaro ER, Vega MD, Galvani M, Nieto MD, Pérez C, Santos B. Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2014; 46(2): 89-99.
22. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60: E1-25.
23. La hipótesis de la compresión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología. *Salud Pública de México*. 1998; 40(5): 442-449.