

El internista y el problema de la comorbilidad

The general practitioner and the problem of comorbidity

Eduardo Penny-Montenegro¹

Uno de los problemas más importantes que debemos enfrentar los médicos en el día a día de la atención del paciente es el de la comorbilidad, la cual se incrementa con el envejecimiento.

La comorbilidad podríamos definirla como "la presencia de uno o más trastornos, además de la enfermedad o proceso mórbido primario o de fondo, o el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales".¹ También podemos definirla en una forma más sencilla como "coocurrencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona, en un periodo de tiempo",² definiendo a la enfermedad crónica como aquella condición irreversible, sin recuperación completa o condición relativamente de larga data".

A la comorbilidad también se le denomina multimorbilidad, morbilidad múltiple, pluripatología, multipatología, polipatología, patología múltiple, patología coexistente, enfermedades concomitantes, etc., con algunas diferencias entre ellas, como la interrelación entre ellas, lo cual puede ser una sutileza si se entiende que usualmente existe una conexión directa o indirecta en las patologías crónicas, como es el caso de algunos procesos que no se relacionan como pudiera ser el caso de la hipertensión arterial y la osteoporosis, pero que si se analiza detalladamente podríamos apreciar que un hipertenso puede presentar con mayor probabilidad mareos o inestabilidad y caídas, ya sea por la misma hipertensión o como consecuencia del tratamiento, lo cual en un paciente con osteoporosis podría causar una fractura postraumática en forma más prevalente que en alguien que no tenga osteoporosis.

Asimismo, hay que tener en cuenta que la comorbilidad se incrementa con la edad, con una prevalencia alrededor de 15 % entre los 20 y 44 años, de 35 % entre los 65 y 75 años

y de 70 % en ≥ 80 años. En un estudio publicado en 2012, la prevalencia de la comorbilidad en la población holandesa fue variable con 0,6 % entre 0 y 14 años de edad, 2,0 % entre 15 y 24 años, 8,1 % entre 25 y 54 años, 22,7 % entre 55 y 64 años, 39,1 % entre 65 y 74 años y 59,2 % en ≥ 75 años. La prevalencia global en hombres 10,9 % y en mujeres 15,0 %, con un total promedio de 12,9 %.³

El problema de la comorbilidad se basa en que, actualmente, las enfermedades crónicas, sobretodo la no transmisibles, se han convertido en el principal reto a los sistemas mundiales de salud tanto por su alta prevalencia como con los altos costos que conllevan su control, ya que usualmente estos sistemas están configurados principalmente para enfrentar a las enfermedades o procesos patológicos únicos, más que a la comorbilidad.

Asimismo, los pacientes con comorbilidad necesitan un enfoque de manejo más amplio (económico, social, sanitario, psicológico, etc.), que incluya a la comunidad. Lamentablemente, nuestros sistemas sanitarios no están preparados para este tipo de manejo, con superposición de los diversos servicios, poca coordinación entre ellos, poco eficientes, altos costos y poco seguros para el paciente.

En un estudio realizado en Escocia publicado en 2012, se encontraron algunos datos de importancia social, como que el segmento 10 % más pobre tiene 13 años menos de expectativa de vida en los hombres y 9 años en las mujeres, en relación con el segmento 10 % más pudiente y que las clases más pobres pasan el doble de años con mala salud antes de morir, que las clases con mayor nivel socioeconómico.

En este estudio transversal escocés, se evaluó a más de 1 750 000 pacientes en 314 consultas médicas, encontrándose que 42,2 % sufrían de enfermedad crónica; 23,2 % con morbilidades múltiples y 8,3 % padecían de comorbilidades físicas y mentales mixtas, con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres.⁴

1. Médico especialista en medicina interna y en geriatría.
Expresidente de la Sociedad Peruana de Medicina Interna.



La pregunta importante es ¿Quién debería manejar al paciente con comorbilidad? No tengo la menor duda, por la complejidad de estos casos, que debería ser el médico internista y en el caso de los adultos mayores los internistas entrenados o los geriatras, ya que estos tienen el entrenamiento académico y práctico del diagnóstico, manejo y tratamiento de las enfermedades crónicas, así como el conocimiento de las subespecialidades médicas y del manejo integral de los pacientes con problemas múltiples y complejos.

En el caso de los médicos generales, los cuales desempeñan un papel importantísimo en nuestros sistemas de salud, ellos tienen el problema de la falta de preparación académica y de entrenamiento para el manejo de este tipo de pacientes; sin embargo, son los que están en la primera línea de detección de estos problemas por lo que se les debe brindar todas las facilidades, tanto en su entrenamiento como en su supervisión, para que ellos también puedan manejar a este tipo de pacientes, sobre todo a aquellos con menor complejidad.

En el caso de los médicos especialistas no internistas, el problema es diferente ya que si bien están entrenados en el diagnóstico y manejo de la patología de su especialidad, no lo están necesariamente en otro tipo de patología; es más, habría una tendencia a centrarse principalmente en la patología de su especialidad que presenta el paciente, pudiendo “descuidar” los otros problemas concomitantes, de igual o mayor importancia, por lo que debe hacer lo posible para mantener un balance adecuado del paciente.

El grado de importancia que se le da a las enfermedades crónicas, dependerá en gran parte de la severidad de las enfermedades de fondo y de una adecuada evaluación de cada una de ellas pero también de la preferencia, consciente o inconsciente y del mayor o menor conocimiento de estas, como sucede en el caso de los subespecialistas.

Asimismo, la exclusión de los pacientes con comorbilidades importantes en los estudios clínicos, contribuye a una menor evidencia final de las conclusiones finales para llevarlas a la práctica del día a día, ya que pueden no ser aplicadas a un grupo importante de pacientes.

¿Cómo debería manejarse al paciente con comorbilidades? En primer lugar, el manejo debe centrarse en el paciente en forma global e integral, teniendo en cuenta su edad y su estado general. Hay que evaluar en forma completa y profunda cada una de las patologías (ej: daño en órganos blanco, grado de funcionalidad, farmacoterapia, etc.). Se debe de tratar de interrelacionar las consecuencias o daños

producidos por cada una de las diversas patologías que lo afectan. Evaluar el peso clínico de cada una de ellas, así como de sus implicancias de desestabilización entre sí, al igual que el de las consecuencias de las decisiones a tomar, considerando las posibles interacciones y reacciones adversas medicamentosas.

Es importante hacer una evaluación de la severidad de las enfermedades concomitantes, en una forma sencilla y práctica, estableciendo niveles como: nivel 1 (normal o leve); nivel 2 (moderada; necesita seguimiento; tratamiento sencillo); nivel 3 (grave; necesita protocolización; tratamiento complejo); nivel 4 (muy grave; necesita seguimiento cercano; tratamiento supervisado). También se pueden aplicar diversas escalas como la de Duke (basada en síntomas, complicaciones, pronóstico, necesidad de tratamiento y respuesta esperada). DUSOI: *Duke severity of illness scale*. Otra escala útil es la del Índice de comorbilidad de Charlson, el cual es un método de predicción de mortalidad, clasificando y sobre pesando las condiciones comórbidas, todo lo cual conforma la denominada 'carga' de la enfermedad. También asocia ciertas comorbilidades con la mortalidad por todas las causas a un año e incluye a 17 ítems tales como cáncer o malignidad, tumor sólido metastásico, enfermedad renal, ACV, hemiplejia/paraplejia, enfermedad hepática, diabetes *mellitus* con y sin complicaciones, infarto miocárdico, insuficiencia cardíaca, demencia, EPOC, enfermedad vascular periférica, enfermedad reumática, úlcera péptica, VIH/sida, uso de cuidados intensivos, entre otros.⁵

Finalmente, creo que importante reiterar, que un paciente con comorbilidades debería ser visto por un internista o por un médico con experiencia en el manejo de este tipo de pacientes, dada su complejidad o por lo menos ser consultado para dar las pautas que deben tomarse en su manejo futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis*. 1970;23:455-468.
2. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JFM, et al. Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(5):367-75.
3. Van Oostrom SH, Picatev HS, Van Gelder BM, et al. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population-data from general practices. *BMC Public Health*. 2012;12:715.
4. Barnett K, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380,9836:37-43.
5. Charlson ME, Sax FL. The therapeutic efficacy of critical care units from two perspectives: a traditional cohort approach vs a new case-control methodology. *J Chron Dis*. 1987;40(5):373-383.