

DE LA ENFERMEDAD A LA PERSONA O DE LA PERSONA A LA ENFERMEDAD

ALBERTO RUIZ CANTERO^{1*}

1 Médico especialista en Medicina Interna

Exjefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga). España.

Planteado el dilema, se puede responder desde una perspectiva docente desde dos escenarios:

Escenario 1: persona de 78 años, profesional con estudios universitarios, con antecedentes clínicos de insuficiencia cardíaca crónica, diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Barthel, 60 puntos. Vive en barrio residencial, en la tercera planta de un edificio con ascensor. Persona cuidadora, su esposa ayudada por su hija.

Escenario 2: persona de 78 años, realizó estudios primarios, con antecedentes de insuficiencia cardíaca crónica, diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética, hipertensión arterial y EPOC. Barthel 60 puntos. Vive sola, en barrio en proceso de gentrificación, en la tercera planta de un edificio sin ascensor.

Persistimos en la atención sanitaria basada en modelos lineales: atención centrada en la enfermedad o centrada en el paciente. En el primer caso, Medicina Basada en la Evidencia (MBE), con el desarrollo de protocolos, vías clínicas, guías de práctica clínica... En el segundo, el paciente, los ocho Principios de Picker. El Diccionario Panhispánico de Términos Médicos (DPTM) define paciente "persona que recibe o va a recibir atención médica, ya sea por padecer una enfermedad o con fines preventivos" y continúa diciendo que "se usa con frecuencia de manera laxa como si fuera sinónimo de enfermo".

Sabemos que a medida que avanza la edad¹ se produce una perdida de la reserva multisistémica y funcional, enraizada con los determinantes biológicos y que está asociada con mayor susceptibilidad para presentar en-

fermedades crónicas, que se hace clínicamente evidente como la presencia de múltiples enfermedades crónicas en una misma persona. Cuando se ha alcanzado un cierto umbral de deterioro depara pobre calidad de vida, discapacidad, interacciones medicamentosas, interacciones medicamentos-enfermedad, hospitalización y mortalidad. Así, conocemos² que en personas de más de 80 años pueden presentar ocho o más enfermedades crónicas.

En el estudio de Lee³ se entrevistaron a 11.113 personas ≥ 65 años (representando 37,1 millones de estadounidenses), el 75% tenían una edad ≥ 76 años, el 58% eran de género femenino. Existía concurrencia de cinco condiciones altamente prevalentes: 3 enfermedades (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus) y 2 síndromes geriátricos (incontinencia urinaria y caídas con lesión). Tenían el 56% al menos 1 condición, tenían ≥ 2 condiciones adicionales (20-55%) y el 23% ≥ 2 condiciones. El perfil con más condiciones: edad avanzada, mujer, vivir sola o residir en residencia de personas mayores. Por tanto, se debe hacer un abordaje integral y coordinado de las enfermedades concomitantes y síndromes geriátricos.

En esta situación surge una disyuntiva, la comorbilidad o la multimorbilidad. La comorbilidad,^{4,5} se define como cualquier entidad clínica que ha existido o que podría ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad índice bajo estudio. La multimorbilidad, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la presencia de dos o más condiciones crónicas. El problema de la multimorbilidad es

* Dirección de correo electrónico: aruizc@telefonica.net

que hay distintos autores e instituciones^{6,7} que la definen de forma diferente, por lo que los estudios no son comparables. Aún así es más asertivo hablar de multimorbilidad, pluripatología o múltiples enfermedades o condiciones crónicas que de comorbilidad. Esto conlleva a una visión más holística, integradora y generalista. La comorbilidad es una visión especialista, que conlleva problemas al ser atendida una persona por varios especialistas de forma multidisciplinar (actúa cada uno de forma independiente) y sus consecuencias son aumentar el número de errores tanto diagnósticos como terapéuticos y la polifarmacia.³ Hay que tender a una asistencia interdisciplinaria (atendido por varios profesionales de forma coordinada y con un fin común). Otro problema añadido es el uso de la MBE, distintas guías para distintas enfermedades en el que pueden existir contradicciones, sobretodo terapéuticas, ya que las mismas están vinculadas a la enfermedad.

En los dos escenarios, ambas personas presentan las mismas enfermedades pero hay algunos hechos relevantes, entre otros que las diferencian, como las siguientes:

- a) El nivel educativo,^{8,9,10} que influye directamente sobre la esperanza de vida y la salud. Cuanto mayor sea dicho nivel, mayor será la esperanza de vida y mejor salud.
- b) La soledad,^{11,12} tiene implicaciones significantes con varias enfermedades físicas y mentales como la depresión, el alcoholismo, problemas cardiovasculares, dificultades del sueño, alteración del sistema inmunológico, enfermedad de Alzheimer, estado de salud general y mortalidad temprana.
- c) El nivel socioeconómico^{13,14,15}

es un factor de riesgo en gran medida no reconocido en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares (ECV). Las puntuaciones de riesgo que excluyen la privación socioeconómica como covariable subestiman y sobreestiman el riesgo en las personas más y menos desfavorecidas, respectivamente. Este estudio destaca la importancia de incorporar el estado de privación socioeconómica en los sistemas de estimación de riesgo para, en última instancia, reducir las desigualdades en la prestación de servicios de salud para las ECV. El estatus socioeconómico (ESE) tiene un efecto medible y significativo en la salud cardiovascular. Los factores de riesgo biológicos, conductuales y psicosociales que prevalecen en las personas desfavorecidas acentúan el vínculo entre el ESE y la ECV. Cuatro medidas se han asociado sistemáticamente con ECV en países de altos ingresos: nivel de ingresos, nivel educativo, situación laboral y factores socioeconómicos del vecindario.

Así, si la atención se centra en las enfermedades o en los propios pacientes, se obviarán las condiciones de vida que son las que los hacen diferentes. De la primera forma se estará extendiendo una visión transversal¹⁶ en la que todos son iguales, y en la segunda (determinantes sociales de la salud) se visualizará una perspectiva individual que es la que nos hace ser personas.

“Es más importante saber qué tipo de persona tiene una enfermedad que saber qué tipo de enfermedad tiene una persona” (frase atribuida a Hipócrates, 460-377 a. C.).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fabbri E, Zoli M, Gonzalez-Freire M, et al. Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *J Am Med Dir Assoc.* Aug 1;16(8):640-7. 2015 doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.013.
2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* Jul 7;380(9836):37-43. 2012 doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
3. Lee PG, Cigolle C, Blaum C. The co-occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: the health and retirement study. *J Am Geriatr Soc.* Mar;57(3):511-6. 2009 doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02150.x.
4. Feinstein AR. Clinical epidemiology. 3. The clinical design of statistics in therapy. *Ann Intern Med.* Dec;69(6):1287-312. 1968 doi: 10.7326/0003-4819-69-6-1287.
5. Feinstein AR. THE PRE-THERAPEUTIC CLASSIFICATION OF CO-MORBIDITY IN CHRONIC DISEASE. *J Chronic Dis.* Dec;23(7):455-68. 1970 doi: 10.1016/0021-9681(70)90054-8.
6. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, et al. The European general practice research network presents the translations

- of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. PLoS One. Jan 21;10(1):e0115796. 2015 doi: 10.1371/journal.pone.0115796.
7. Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE guideline (NG56).
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
8. Blanes A, Trías Llimós S. Vivir menos y con peor salud: el peaje de la población menos instruida de España. Perspectives Demogràfiques. Julio. № 024. 2021
https://ced.cat/PD/PerspectivesDemografiques_024_ESP.pdf Consultado 27 de enero de 2025.
9. Roy B, Kiefe CI, Jacobs DR, et al. Education, Race/Ethnicity, and Causes of Premature Mortality Among Middle-Aged Adults in 4 US Urban Communities: Results From CARDIA, 1985–2017. Am J Public Health. Apr;110(4):530-536. 2020 doi: 10.2105/AJPH.2019.305506.
10. Vilhelsson A, Östergren PO. Reducing health inequalities with interventions targeting behavioral factors among individuals with low levels of education - A rapid review. PLoS One. Apr 16;13(4):e0195774. 2018 doi: 10.1371/journal.pone.0195774.
11. Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martín-María N, et al. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. PLoS One. Jan 4;13(1):e0190033. 2018 doi: 10.1371/journal.pone.0190033.
12. Measuring loneliness: guidance for use of the national indicators on surveys.
- Methodological guidance on how to use the recommended loneliness questions for adults and children and how to interpret and report the findings. Office of National Statistics. UK. Última revisión 5 de diciembre de 2018.
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/methodologies/measuringlonelinessguidanceforuseofthenationalindicatorsonsurveys> Consultado 27 de enero de 2025.
13. Kimenai DM, Pirondini L, Gregson J, et al. Socioeconomic Deprivation: An Important, Largely Unrecognized Risk Factor in Primary Prevention of Cardiovascular Disease. Circulation. Jul 19;146(3):240-248. 2022 doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.122.060042.
14. Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, et al. Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. Circulation. May 15;137(20):2166-2178. 2018 doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652.
15. Sabio R, Valdez P, Nachón MN, et al. Position of the international forum of internal medicine on habits, lifestyle changes and a healthy environment for the prevention of cardiovascular diseases. Medicina (B Aires). Jan 10;83 Suppl 1:1-53. 2023 English. PMID: 38290428.
16. Ruiz Cantero A, Cámera LA. Medicine with our head in the clouds or our feet on the ground. Rev Clin Esp (Barc). Dec;221(10):598-599. 2021 doi: 10.1016/j.rceng.2021.03.004.