



EDITORIAL

Multimorbilidad: el último de los síndromes geriátricos

Multimorbidity: The ultimate geriatric syndrome

Nicolás Martínez Velilla

Servicio de Geriátría, Hospital de Navarra, Pamplona, España

Existen numerosas limitaciones en el conocimiento necesario para el cuidado óptimo en la salud de una creciente población de ancianos con enfermedades múltiples crónicas, así como una gran escasez de traducción e implementación de las intervenciones demostradas como efectivas en otros tipos de población. En países como Estados Unidos ya se han desarrollado agendas con carácter prioritario para guiar la investigación en el paciente pluripatológico¹. La nosología médica tradicional no permite una visión global y comprensible de la complejidad del paciente geriátrico, y se centra habitualmente en la enfermedad en vez de en el enfermo. Dicha visión precisa una valoración integral, y un componente fundamental de esta valoración es el análisis de la comorbilidad, la cual ha sido considerada por algunos autores como el último de los síndromes geriátricos². Su investigación está aún en sus albores³ y, aunque es crucial en la medicina geriátrica, faltan herramientas o las que hay tienen limitaciones.

En los diferentes niveles asistenciales geriátricos, el paciente pluripatológico es más la norma que la excepción y son numerosas las consecuencias que condiciona dicha situación⁴. La literatura médica se va haciendo eco de manera progresiva de este hecho, como en el artículo de Abizanda Soler et al⁵ en este número de la Revista Española de Geriátría y Gerontología, en el que se describen diversos aspectos de la comorbilidad y algunos de los índices más utilizados actualmente para cuantificarla. Pero ¿debemos añadir a nuestras ya exhaustivas valoraciones geriátricas la cuantificación de la comorbilidad? Muchos autores ya abogan por ello y, si revisamos los artículos de la propia Revista Española de Geriátría y Gerontología, así queda reflejado, aunque en muchos de los trabajos, al no referirse a una enfermedad índice en sus estudios, se asimilan índices de comorbilidad (como el índice de Charlson) a índices de multimorbilidad. Los propios autores puntualizan los matices existentes entre ambos conceptos.

La primera cuestión es: ¿es útil que introduzcamos algún índice de comorbilidad en nuestros estudios? La respuesta es evidente. La calidad de nuestros estudios aumentará cuando podamos ajustar nuestra población en análisis posteriores, y así obtener grupos aproximadamente homogéneos para poder compararlos. Habitualmente, las investigaciones sobre diversos aspectos médicos se enfocan en patologías únicas, ya que esto

incrementa la certeza de que cualquier diferencia observada se deba a la enfermedad principal o al tratamiento, y no a la influencia «de confusión» de la comorbilidad. Sin embargo, estos ensayos desarrollados en población sin comorbilidad tienen muy limitada su extrapolación. En el caso de los ancianos este hecho todavía es más llamativo, pues se los ha excluido de manera sistemática de numerosos estudios sobre la base, precisamente, de esa comorbilidad. Un ejemplo típico es la enfermedad coronaria: a pesar de que el 80% de las muertes tras un infarto de miocardio se produce en mayores de 80 años y aunque la mayoría de los pacientes con infarto de miocardio en la práctica clínica habitual forman parte de este grupo, las guías de actualización clínica se basan en resultados de ensayos clínicos que, por lo general, excluyen a los pacientes de mayor edad y a los que tienen un mayor número de entidades comórbidas.

La siguiente cuestión es: ¿qué entidades debemos incluir en dichos índices? Ya sabemos la importancia de la enfermedad subclínica y de la alta prevalencia e impacto de los síndromes geriátricos, pero dichas situaciones no suelen estar incluidas de manera rutinaria en las medidas. No queda claro si situaciones como la prediabetes, la prehipertensión, los componentes del síndrome metabólico, la fragilidad, o los parámetros como la proteína C reactiva (PCR), la hemoglobina glucosilada, etc. merecen ser clasificadas como comorbilidades. Por otro lado, es difícil analizar las interacciones que tienen las diferentes enfermedades entre sí y los efectos que generan los múltiples fármacos, así como averiguar cómo se modifica la historia natural ante la suma de diferentes patologías o tratamientos. A este respecto, nos encontramos en la literatura médica con dos diferentes tendencias: una que intenta sumar cada vez más variables a los índices para aumentar la capacidad predictiva⁶ y otra que pretende obtener los mismos resultados mediante la simplificación⁷. A veces, unas simples medidas de funcionamiento físico global (como resistencia y velocidad de marcha) podrían resumir adecuadamente el impacto de la comorbilidad global para propósitos clínicos, porque su afectación refleja la de múltiples sistemas. En el momento actual, ningún índice de comorbilidad ha integrado todos los aspectos de la valoración geriátrica.

Entonces, ¿cuál de los índices que nos presentan hoy debemos elegir? No está claro en el momento actual, y dependerá del tipo de estudio, de la población y de las patologías que queramos analizar^{8,9}. El más ampliamente estudiado y utilizado es el índice

Correo electrónico: nicolas.martinez.velilla@cfnavarra.es

de Charlson, que otorga la mayor puntuación a patologías poco prevalentes en el adulto mayor (como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida), no valora la severidad de las enfermedades ni el impacto en la función. La literatura médica actual va poniendo en duda su idoneidad en el paciente geriátrico^{10,11}, aunque a nivel oncológico su utilidad es indiscutible. Otros índices, como el Cumulative Illness Rating Scale, el Geriatric Index of Comorbidity o el Index of Coexisting Diseases, son aproximaciones más cercanas al concepto de paciente geriátrico. La evolución natural de los índices de comorbilidad será hacia la integración de otros factores que incluyan los diversos aspectos de la valoración geriátrica integral de manera ponderada y acorde a los resultados que comparen evolutivamente dichos índices. Más que índices de comorbilidad surgirán *índices de complejidad*. Los índices se irán modificando en el tiempo sobre la base de los nuevos conocimientos científicos. Debido a la naturaleza multidimensional de la salud y las limitaciones de los conocimientos actuales, ningún índice será completo, aunque teóricamente ambas limitaciones pueden ser resueltas mediante el uso de valoraciones multidimensionales y por la actualización regular del sistema de puntuación; es decir, los índices deberán ser dinámicos. Es esperable que estos *índices de complejidad* acaben implantándose de forma progresiva, ayudando a los distintos profesionales a tomar muy diversas decisiones, como la indicación de determinadas intervenciones quirúrgicas o de nutrición enteral por sonda en pacientes con demencia, sobre la base de medidas objetivas que ofrezcan información predictiva.

Evidentemente, como Abizanda et al afirman con rotundidad, la edad debe marcar pautas estratégicas al seleccionar al paciente geriátrico. Incluso podríamos plantearnos sentarnos a la cabecera del paciente y predecir su futuro a simple vista cual «adivinos», dada la importancia que la percepción de la edad de una determinada persona parece tener como biomarcador clínico de envejecimiento¹². Bien podría ser un negocio lucrativo..., pero no debe ser nunca un criterio unánime de exclusión diagnóstico-terapéutica.

A medida que la prevalencia del paciente anciano pluripatológico aumente, la multimorbilidad como entidad nosológica será uno de los aspectos fundamentales que complementen el desarrollo futuro de la geriatría. Debemos prepararnos para enfrentarnos y tratar de manera adecuada al adulto mayor que va acumulando procesos patológicos tanto a nivel clínico como subclínico, condicionados por múltiples factores sociales, culturales, de estilos de vida, etc. Solo así seremos capaces de desenmascarar los profundos abismos que nos ofrece la nueva perspectiva de una nosología médica marcada por la pluripatología. Y es aquí donde la geriatría tiene una oportunidad única para marcar las

diferencias en relación con el conocimiento y la experiencia adquirida en el manejo clínico. En los próximos años veremos cómo se aclaran las diferentes tendencias y las aportaciones de nuestra especialidad a las respuestas sobre la complejidad geriátrica.¹³

Sin una amplia integración de los datos de comorbilidad en investigación clínica, un creciente número de ancianos y sus médicos se quedarán con recomendaciones terapéuticas sin relevancia para su edad y nivel de complejidad. Sigue siendo necesaria, por tanto, la búsqueda de diferentes modelos clínicos basados más en el enfermo que en la enfermedad.

Bibliografía

- Norris SL, High K, Gill TM, Hennessy S, Kutner JS, Reuben DB, et al. Health care for older Americans with multiple chronic conditions: A research agenda. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:149-59.
- Yancik R, Ershler W, Satariano W, Hazzard W, Cohen HJ, Ferrucci L. Comorbidity: The ultimate geriatric syndrome. Report of the National Institute on Aging Task Force on Comorbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62A:275-80.
- Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, Van den Aker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ.* 2007;334:1016-7.
- Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: A review. *J Clin Epidemiol.* 2001;54:661-74.
- Abizanda Soler P, Paterna Mellinas G, Martínez Sánchez E, López Jiménez E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol Referencia cruzada.*
- Akner G. Analysis of multimorbidity in individual elderly nursing home residents. Development of a multimorbidity matrix. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49:413-9.
- Van Walraven C, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJA. Modification of the Elixhauser comorbidity measures into a point system for hospital death using administrative data. *Med Care.* 2009;47:626-33.
- De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: A critical review of available methods. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:221-9.
- Hall SF. A user's guide to selecting a comorbidity index for clinical research. *J Clin Epidemiol.* 2006;59:849-55.
- Testa G, Cacciatore F, Galizia G, Della-Morte D, Mazzella F, Russo S, et al. Charlson Comorbidity Index does not predict long-term mortality in elderly subjects with chronic heart failure. *Age Ageing.* 2009;38:734-40.
- Torres Moreno B, Núñez González E, Pérez Hernández D, Simón Turriate JP, Alastuey Giménez C, Díaz Melián J, et al. Índice de Charlson versus índice de Barthel como predictor de mortalidad e institucionalización en una unidad geriátrica de agudos y media estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:209-12.
- Christensen K, Thinggaard M, McGue M, Rexbye H, Hjelmberg JV, Aviv A, et al. Perceived age as clinically useful biomarker of ageing: Cohort study. *BMJ.* 2009;339:b5262.
- Martínez Velilla N, De Gaminde I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc).* 2010. doi:10.1016/J.Medcli.2010.01.018.