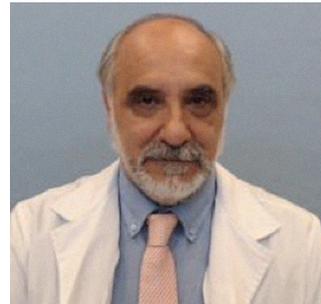


¿PODEMOS VIVIR MÁS Y MEJOR? SÍ, COMPRIMIENDO LA MORBIDISCAPACIDAD

El concepto de compresión de la morbilidad fue acuñado por el reumatólogo estadounidense James Fries en 1980 en un artículo innovador y muy interesante. Y extrañamente, el concepto y su difusión tuvieron poca evolución desde entonces, pero cobran vigencia a partir de trabajos de los últimos años, donde se demuestra que se puede lograr el fenómeno de compresión de la morbilidad, es decir, retrasar todo lo posible la aparición de las enfermedades crónicas. En la población, sobre todo en los países industrializados, aumentó en forma significativa el segmento de los adultos mayores, lo cual genera una carga de enfermedad inédita. A esta carga contribuye el aumento del número de patologías que ocurren en los últimos decenios de la vida (Fig. 1). Este punto de la carga de enfermedad también aumenta la discapacidad, ya que muchas de estas patologías llevan implícito no sólo el riesgo de muerte más temprana (con disminución en los años de vida proyectados), sino además



Dr. Luis Alberto Cámara.

alteraciones funcionales, algo que origina una doble carga de morbilidad (enfermedades) y discapacidad. Esta situación está generando un impacto muy significativo en el funcionamiento de los actuales sistemas de salud, que no estaban preparados afrontarla. Los

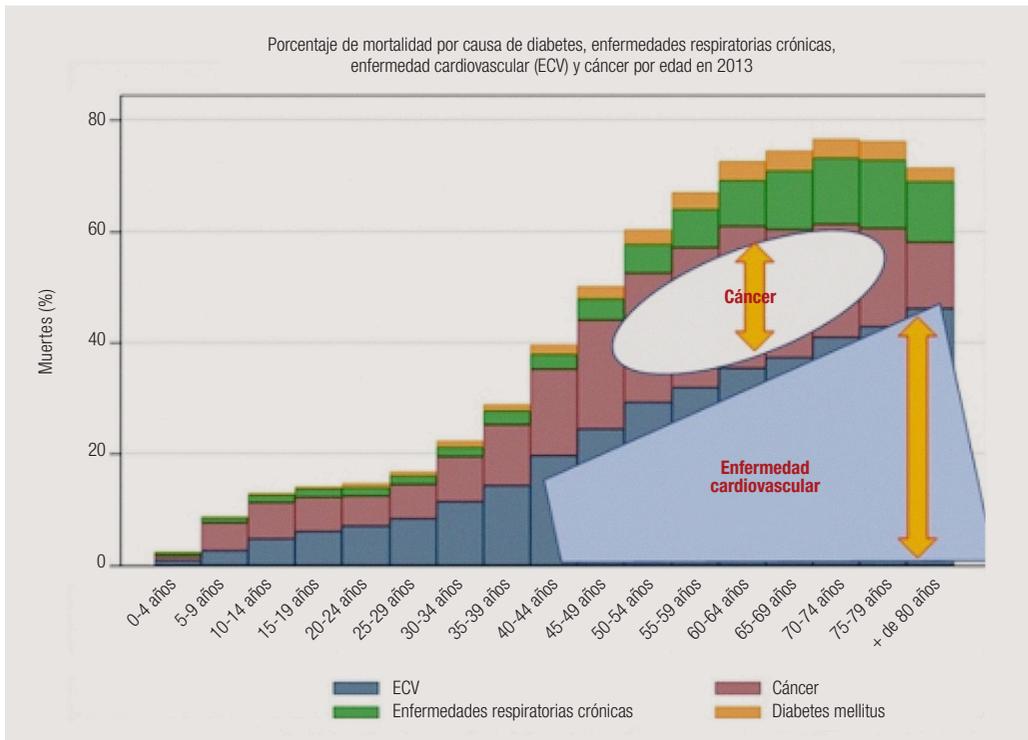


Figura 1. Carga de enfermedad por edad.

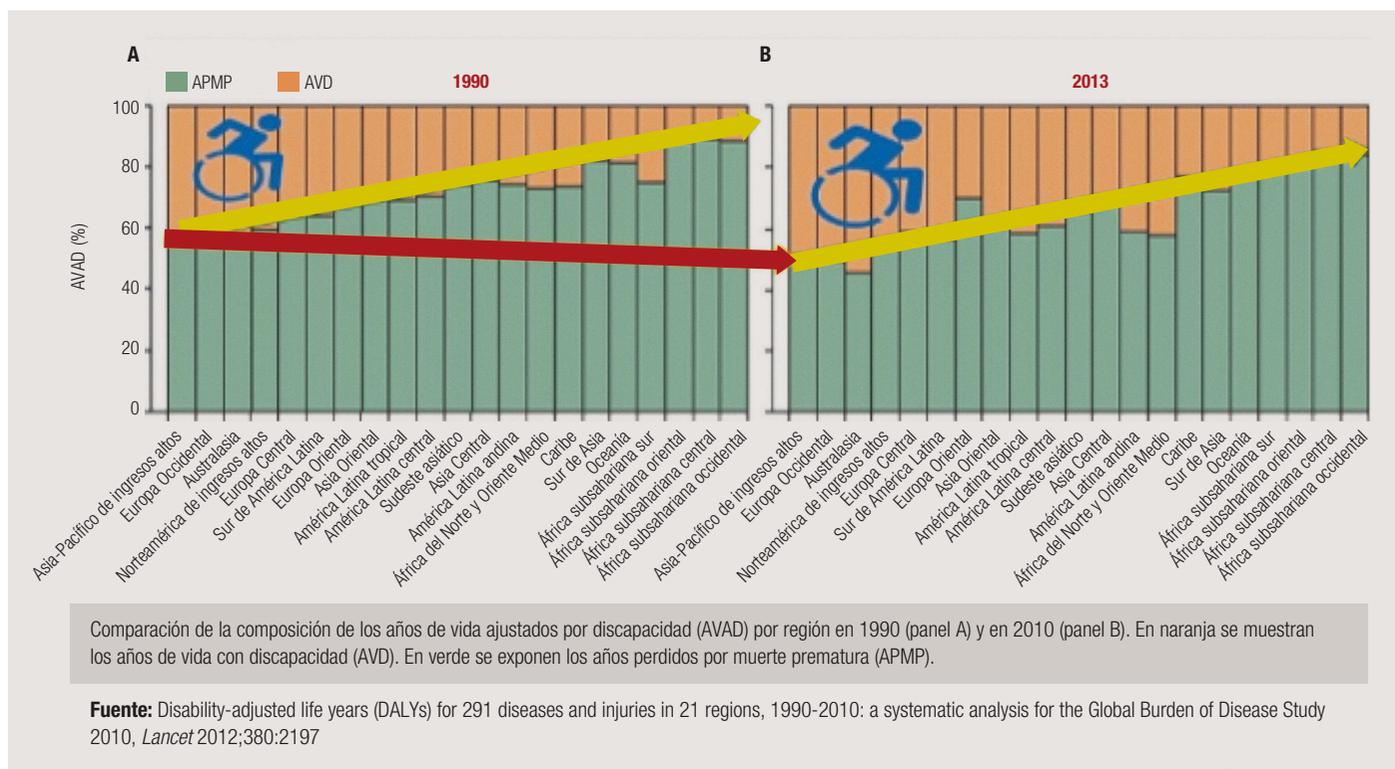


Figura 2. Años de vida ajustados por discapacidad, 1990 y 2010. Gráficos con carga global de enfermedad no transmisibles y gráfico de discapacidad por países. Los de la izquierda son los países desarrollados y los de la derecha, los más pobres. En sólo 23 años la discapacidad aumentó el 20%.

costos, la carga laboral, la estructura y disponibilidad de los servicios de salud dificultan el brindar servicios en función de la demanda de estos pacientes crónicos, con el agravante de que la estructura médica en general está más preparada para las emergencias que para la cronicidad, lo cual expone que es necesario reorganizar los sistemas de salud.

En países en vías de desarrollo el fenómeno impacta aún más, ya que la carga de población anciana está aumentando a mayor velocidad que en los industrializados, con el agravante de que, junto a la población infantil, se encuentra en situación de vulnerabilidad.

Planteado el problema, se debe tratar de ofrecer respuestas estructurales implementando políticas públicas de medicina comunitaria que utilicen la sapiencia de la medicina convencional, con sus hipótesis de evolución de los pacientes desde el nacimiento hasta la muerte.

Por ejemplo, un individuo sano de cualquier sexo con una proyección de vida de 75-85 años que sufre un accidente mortal a los 50 años padece una muerte brusca sin enfermedad previa y sin discapacidad; estas personas están en plena edad laboral y su muerte temprana probablemente afecte la situación familiar, pero no tanto al sistema de salud. La misma persona que a los 50 años contrae una enfermedad como la diabetes tiene una supervivencia aproxima-

mada de 20 años, y en la mayoría de los casos comienza con cierto grado de capacidad funcional, pero inicia un deterioro porque aparecen situaciones que la llevan a la discapacidad, como claudicación intermitente, insuficiencia renal, alteraciones visuales y eventos cardiovasculares. Si bien le quedan unos 20 años de vida, 5-10 se perderán por situaciones como una pierna amputada, ceguera y hemodiálisis.

El tercer ejemplo puede darse en el mismo paciente pero con una muy buena estructura sociosanitaria y con grandes avances: en lugar de vivir 20 años y 10 con discapacidad, puede vivir 40 años y 30 con discapacidad, pues también es probable que la mayor supervivencia no implique menor discapacidad.

El cuarto caso ilustrativo sería el de un paciente con la misma expectativa de vida que también contrajera diabetes pero a los 60 años gracias a la aplicación de medidas como la detección sistemática, la alimentación saludable y la actividad física, con lo cual habrá ganado diez años de salud. La morbilidad la tiene pero ha sido "comprimida", por lo cual también se reduce la discapacidad.

Estos ejemplos se reflejan en la figura 2 y ya sobre ellos se fundan las hipótesis del doctor Fries expuestas en 1980 en el artículo angular que explica esta situación. Dicho de otra manera, lo que deberíamos lograr es estar la

mayor cantidad de tiempo viviendo en salud; si llegásemos a perder la misma, el objetivo es vivir la mayor cantidad de tiempo con nuestras enfermedades controladas sin discapacidad y, asimismo, alargar el tiempo de vida. Estos objetivos están centrados en tratar de obtener un efecto que podríamos describir como prevenir la aparición de las enfermedades a una edad más temprana. El éxito médico no debe medirse en que las patologías no aparezcan en absoluto, ya que muchas de ellas son difíciles de evitar. Lo que sí podemos lograr es que aparezcan lo más tardíamente posible, y que cuando esto suceda tengan un bajo impacto biológico y funcional.

Cambios observados

Desde lo vivencial como médico, en la década de 1970 he visto pacientes con hipertensión arterial cuya enfermedad con cierta frecuencia se iniciaba con una hemiplejía alrededor de los 50 años. En sistemas de salud organizados y en países desarrollados es menos probable que esto suceda en la actualidad, lo cual no significa que haya disminuido la prevalencia de hipertensión arterial ni tampoco la de accidente cerebrovascular (ACV), pero el ACV no va a aparecer a una edad tan temprana como hace cuarenta años, y si el evento ocurre, es posible que el grado de lesión sea menor.

Por otro lado, en las últimas décadas se ha observado otro fenómeno, el de los pacientes con varias enfermedades en forma simultánea, hecho conocido en la bibliografía de varias maneras: multimorbilidad, comorbilidad,

pluripatología, polipatología. Esto plantea otro gran desafío para los sistemas de asistencia sanitaria, ya que la dinámica asistencial de estos pacientes suele ser muy compleja, y las guías están centradas en una patología y no en la simultaneidad de varias, coexistencia que suele darse en los tiempos modernos.

Perspectivas

¿Qué podemos hacer frente a este análisis un tanto catastrófico de la salud que tenemos en este momento y sobre todo por delante?

¡Tenemos buenas noticias!

En los últimos años se han relatado experiencias según las cuales implementar hábitos de vida saludables a temprana y mediana edad protege contra la aparición temprana de enfermedades y la discapacidad.

A modo de ejemplo, mencionaré dos trabajos que me parecen los más significativos.

Uno es sobre la experiencia de los corredores, quienes tienen menos comorbilidad a igual edad que las personas con hábitos sedentarios, en línea con el concepto que viene de la época de los romanos con la frase “mente sana en cuerpo sano” (Fig. 3).

El otro es un análisis de Estados Unidos que compara las poblaciones de enfermeras y profesionales con y sin hábitos de vida saludables, y muestra que incorporando hábitos saludables las mujeres viven 14 años más y los varones, 12 (Fig. 4), y además se previenen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la demencia. Respecto

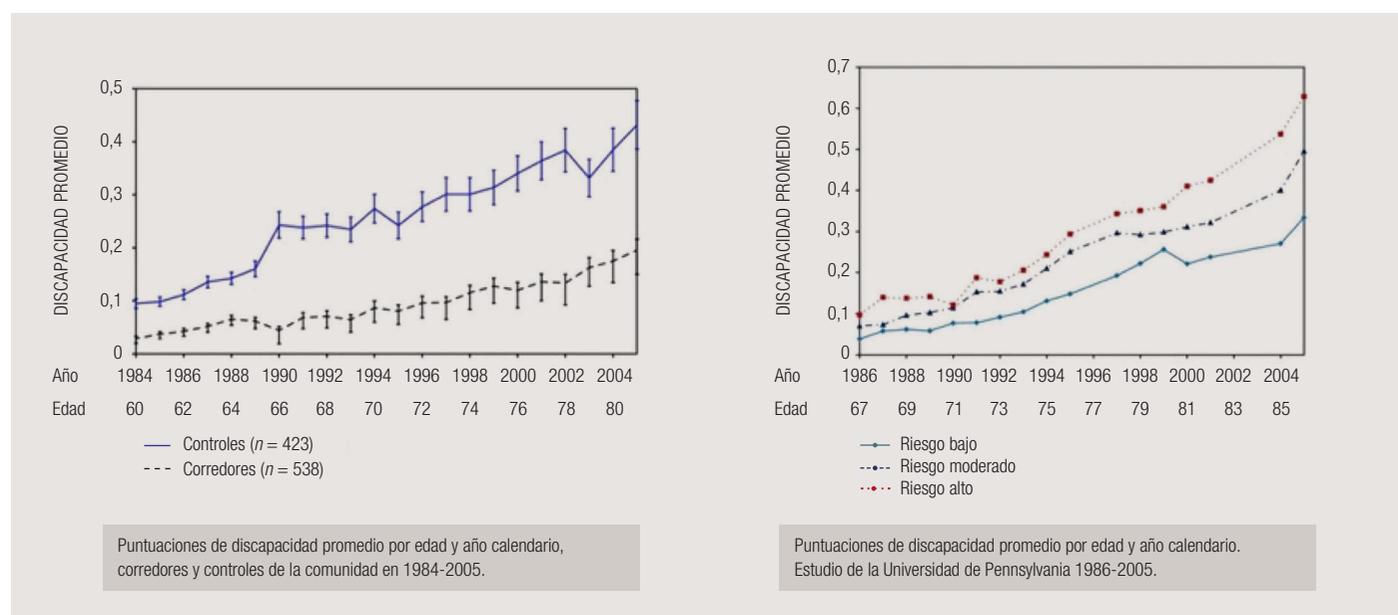


Figura 3. Carga de discapacidad que compara la población sedentaria con la de corredores, y en el gráfico de la derecha, con mayor o menor riesgo según su grado de sedentarismo.

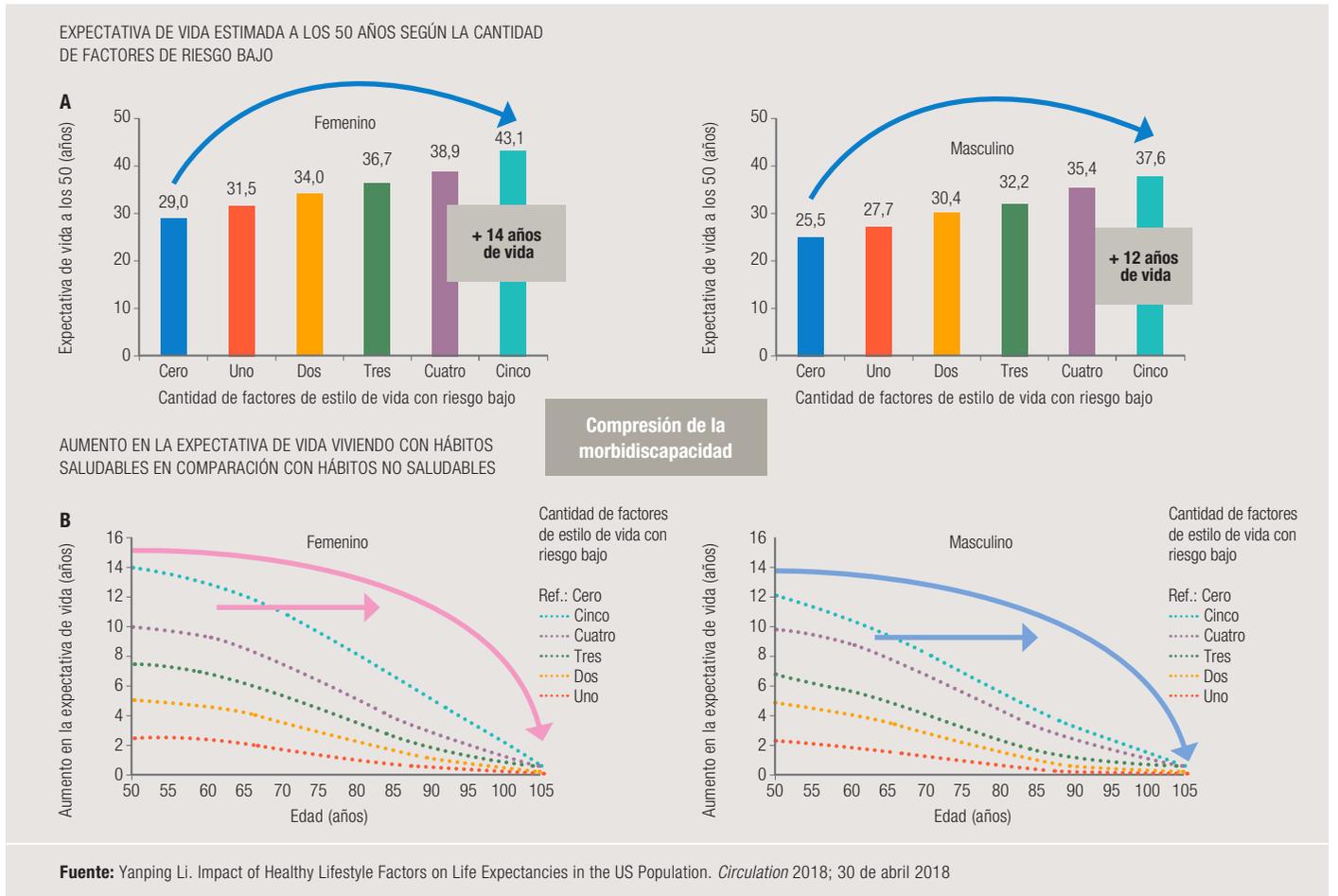


Figura 4. Supervivencia desde las personas sin hábitos saludables (1ª barra) hasta los 5 hábitos saludables (6ª barra). Aumento de 14 años de vida en mujeres y de 12 años en varones. Rectangularización de la curva de supervivencia en función de la compresión de la morbilidad (mujer/hombre).

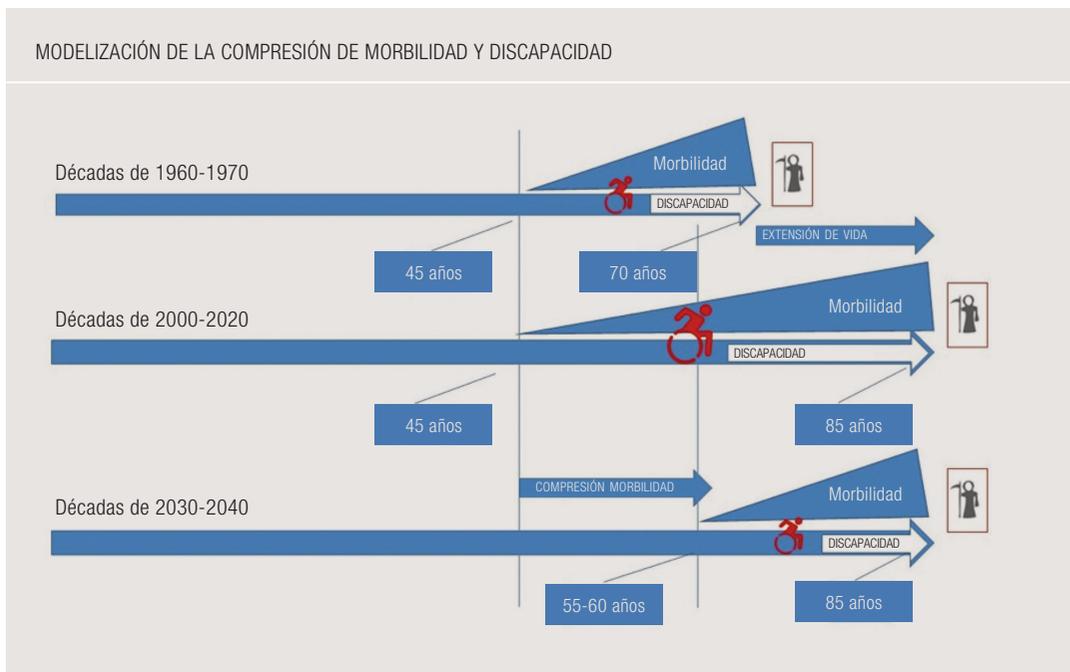


Figura 5. Supervivencia real de la población en estudio y la modelización hacia una rectangularización. 1960-1970: Aquí se modeliza empezando con morbilidad a los 45 años, con una muerte cercana a los 70 años y la mitad de ese lapso, con discapacidad. 2000-2020: Similar comienzo de morbilidad, pero gracias a los cuidados médicos se extiende la supervivencia y se mantiene la proporción de discapacidad, con más años de vida, más enfermedades, más discapacidad y mayores costos sanitarios (tiempos actuales). 2030-2040: Mejor escenario: retraso del comienzo de la morbilidad y más años de vida, más años libres de enfermedad, menos años de discapacidad y variabilidad de los costos sanitarios.

de este último punto, el corrimiento demográfico hacia la ancianidad genera una carga de demencia, que significa alta discapacidad, con una carga muy importante de enfermedad en casi todos los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Hoy podríamos decir que si incorporamos hábitos de vida saludable, se puede asegurar una compresión de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la demencia.

Aunque parezca sencillo decir que los hábitos de vida saludables son muy importantes y protegen contra las enfermedades, en la vida cotidiana suelen ser muy difíciles de implementar, y es habitual la prevalencia del sedentarismo, la obesidad, la diabetes y la dislipemia. Es un hecho paradójico que aunque sepamos que estas prácticas nos pueden mejorar la vida, hacemos exactamente lo contrario.

La función del profesional

Aquí juega un rol muy importante nuestro consejo médico, no solamente las acciones que podemos ejercer individuo por individuo en nuestro consultorio, durante una internación, o hasta en una simple charla de café. Estos hábitos de vida saludable deben estar fomentados mediante políticas de Estado, como, por ejemplo, la prohibición de fumar e instituir campañas para disminuir el consumo de sal, de azúcar y de grasas trans. Acciones que se pueden plasmar obligando a etiquetar adverten-

cias sobre el contenido insalubre de estos productos u otros métodos similares con los cuales su consumo puede descender significativamente.

Estos desafíos nuevos que generan las enfermedades no transmisibles también obligan a un rol del Estado mucho más activo mediante sus políticas que en otras épocas. En ese aspecto, el mundo clínico tiene que pugnar por una medicina preventiva que se efectivice en la comunidad por medio de políticas públicas orientadas a ese fin.

La nueva política de medicina preventiva de impacto poblacional tiene una lógica instrumental diferente de la medicina preventiva que ejercemos en los consultorios, donde las discusiones pasan por qué estudio aplicar en los diferentes casos: mamografía o no, ecografía transvaginal u otro, chequeo médico, chequeo urológico, etc.

La nueva medicina preventiva con impacto poblacional trata de establecer políticas estatales que ayuden a corregir nuestros malos hábitos de vida en favor de hábitos cotidianos positivos, con el fin de prolongar nuestro tiempo de buena salud y disminuir la discapacidad (Fig. 5).

Luis Alberto Cámara

Programa de Medicina Geriátrica, Clínica Médica, Hospital Italiano, CABA
Sociedad Argentina de Medicina
Foro de Medicina Clínica
Foro Internacional de Medicina Interna

Bibliografía consultada

- Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980;303(3):130-5
- Fries JF. The compression of morbidity: near or far? *Milbank Q* 1989;67(2):208-32
- Vu TT, Zhao L, et al. Favorable cardiovascular health at young and middle ages and dementia in older age-The CHA Study. *J Am Heart Assoc* 2019;8(1):e009730. doi: 10.1161/JAHA.118.009730
- Yanping Li. The impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation* 2018;138(4):345-55
- Flatt T, Partridge L. Horizons in the evolution of aging. *BMC Biol* 2018;16:93