



Comorbilidad en esclerosis múltiple y su abordaje asistencial

Bonaventura Casanova Estruch

Unitat d'Esclerosi Múltiple, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València, España

RESUMEN

Palabras clave:

Esclerosis múltiple
Comorbilidad
Hábitos de salud

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica de muy larga evolución, donde procesos intercurrentes se van a presentar en las personas con EM con una frecuencia 3 veces mayor que en las personas sin EM. El conocimiento de la comorbilidad, su definición y su medida (índice de Charlson) van a permitir un mejor manejo de los pacientes, de forma que actuando sobre los procesos intercurrentes podemos mejorar la progresión de la discapacidad, que está estrechamente relacionada con el número de procesos morbosos concurrentes y con los estados y hábitos de salud. Pero, además, la presencia de procesos concurrentes va a retrasar el diagnóstico de la EM, con lo que supone de retraso en el inicio del tratamiento.

La comorbilidad que esperamos encontrar en la EM va a abarcar, sobre todo, a otras enfermedades autoinmunes (tiroiditis, lupus eritematoso o pénfigo), pero también enfermedades generales como asma o alteraciones osteomusculares, y sobre todo alteraciones psiquiátricas. Todas estas situaciones deberemos recogerlas en escalas multidimensionales (Disability Expectancy Table, DET), que nos permitirán conocer mejor la evolución real y la calidad de vida de los pacientes, y saber cómo la EM, los procesos concurrentes e intercurrentes que acompañan la evolución de los pacientes así como los tratamientos que se administran, afectan a los pacientes con EM, para abordar globalmente el estado de salud y poder mejorar la calidad de vida de los pacientes.

© 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cormorbidity in multiple sclerosis and its therapeutic approach

ABSTRACT

Keywords:

Multiple sclerosis
Comorbidity
Health habits

Multiple sclerosis (MS) is a long-term chronic disease, in which intercurrent processes develop three times more frequently in affected individuals than in persons without MS. Knowledge of the comorbidity of MS, its definition and measurement (Charlson index) improves patient management. Acting on comorbid conditions delays the progression of disability, which is intimately linked to the number of concurrent processes and with health states and habits. Moreover, the presence of comorbidities delays the diagnosis of MS, which in turn delays the start of treatment.

The main comorbidity found in MS includes other autoimmune diseases (thyroiditis, systemic lupus erythematosus, or pemphigus) but can also include general diseases, such as asthma or osteomuscular alterations, and, in particular, psychiatric disturbances. All these alterations should be evaluated with multidimensional scales (Disability Expectancy Table, DET), which allow more accurate determination of the patient's real clinical course and quality of life. These scales also allow identification of how MS, concurrent and intercurrent processes occurring during the clinical course, and the treatment provided affect patients with MS. An overall approach to patients' health status helps to improve quality of life.

© 2014 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Concepto de comorbilidad

En 1970, Fenstein definió como comorbilidad la presencia de cualquier trastorno o enfermedad, además de la enfermedad principal (enfermedad índice), objeto del estudio inicial de un paciente, que ya existe en el momento del diagnóstico o que puede aparecer en el curso de esta. Además añadió un significado más funcional, al ligar la comorbilidad al efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales en la evolución del paciente¹.

Algunas cuestiones en el abordaje de la comorbilidad son especialmente relevantes: qué consideramos enfermedad índice o qué condiciones englobaremos como comorbilidad. De hecho, y derivado fundamentalmente del mayor tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas, se está desarrollando el concepto de multimorbilidad, que se define como la concurrencia de múltiples enfermedades, crónicas o agudas, y condiciones médicas que ocurren en una persona, sin referencia a una condición índice².

Inicialmente parece más atractivo considerar esta segunda definición de multimorbilidad, al centrar todo el proceso clínico desde la perspectiva de la persona que padece no una, sino varias enfermedades y/o condicionantes de salud que se deben abordar como un todo. Si bien las herramientas para estudiar la multimorbilidad de forma diferenciada a la comorbilidad no están desarrolladas.

La fenomenología desde la que se construye el concepto de comorbilidad parte de 4 presupuestos: a) naturaleza de la condición de salud (definición de salud y condiciones asociadas); b) importancia relativa de la condición concurrente; c) cronología de la presentación de la condición mórbida, y d) conceptualización^{3,4}.

- *Naturaleza de la condición de salud.* Incluye enfermedades, problemas de salud y condiciones de salud. Tomemos, por ejemplo, diferentes situaciones que concurren en un mismo sujeto: obesidad, hipertensión, cardiopatía isquémica, tabaquismo, asma y enfermedad de Crohn. De hecho podremos clasificar diferentes situaciones clínicas, desde enfermedades: Crohn, asma o cardiopatía isquémica, a condiciones individuales: el tabaquismo, que es un hábito no saludable pero no una enfermedad, al menos hasta ahora, o la obesidad. Es crucial conceptualizar todas y cada una de las condiciones de salud que están actuando en un paciente⁵.
- *Importancia relativa de los procesos concurrentes.* Es fundamental ponderar cada uno de los procesos y su “peso” para realizar una aproximación más global al paciente.
- *Cronología de las comorbilidades.* Es un aspecto que cada vez se debe tener más en cuenta, dado que nuestro centro de interés es la esclerosis múltiple (EM), que vamos a diagnosticar en una edad relativamente temprana, pero que se va a prolongar a lo largo de muchos años, de forma que aparecerá patología propia de la edad y que va a tener relación con los tratamientos que se indiquen y la respuesta a estos; así, la comorbilidad la deberemos ver siempre como un proceso dinámico en el tiempo, que evoluciona al lado de los pacientes y que puede modificar las actitudes terapéuticas sobre la enfermedad índice⁶.
- *Conceptualización del estado de salud.* Finalmente, el estudio de la comorbilidad tiene la virtud de llevarnos a 2 conceptos no siempre presentes en la práctica clínica diaria: carga de la enfermedad y complejidad del paciente⁸. De ahí que se hayan desarrollado métodos para medir el impacto global de todas y cada una de las condiciones de salud que impactan en la vida de una persona enferma (fig. 1).

En cualquier caso, los campos donde es importante analizar la comorbilidad son 3: en el cuidado clínico de los pacientes; en la aplicación de políticas de salud pública y estudios epidemiológicos, y en la planificación de servicios de salud y financiación de recursos sanitarios.

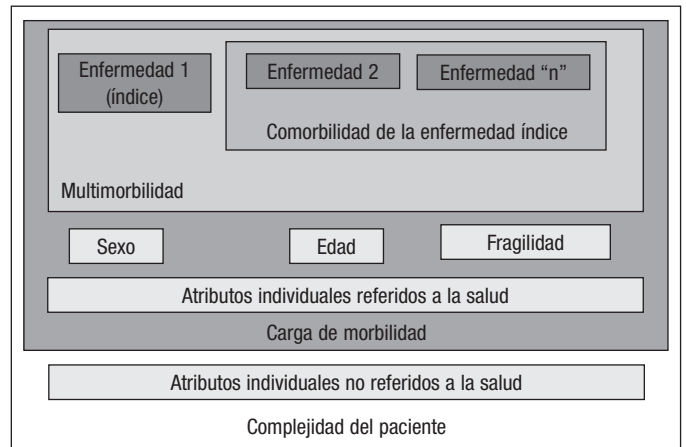


Figura 1. Construyendo la morbilidad de acuerdo a los factores que deben tenerse en consideración.

Medición de la comorbilidad

Disponemos de 2 instrumentos de medida de la comorbilidad:

- El índice de comorbilidad, que captura el número de comorbilidades y su gravedad. Los índices pueden ser ponderados, dando una importancia mayor a un trastorno en particular o quitándoselo⁸. Los índices de comorbilidad facilitan su investigación y, en algunos casos, permiten su aplicación directa en la clínica.
- El índice de Charlson. El índice de comorbilidad de Charlson predice la mortalidad a 1 año para un paciente que puede tener un abanico de condiciones patológicas, como enfermedad cardíaca, sida o cáncer (para un total de 22 condiciones). A cada condición se le asigna una puntuación de 1, 2, 3 o 6 dependiendo del riesgo de fallecer asociado a esta condición. Después se suman las puntuaciones y se da una puntuación total que predice la mortalidad⁹.

Si bien en la práctica clínica es más útil *considerar cada comorbilidad como una entidad distinta de forma separada cuando tratamos de predecir el resultado*, esta aproximación facilita el estudio de las interacciones entre pares específicos de enfermedades y es probable que mejore la capacidad predictiva de los modelos multivariantes, pero el tamaño de la muestra puede ser un factor limitante.

Para comprender el potencial aditivo, sinérgico o antagónico de las asociaciones de diversas enfermedades con la EM puede ser más efectivo el uso de ajustes individuales por cada comorbilidad, incorporando la gravedad de la comorbilidad, si es posible.

Comorbilidad y esclerosis múltiple

Vista la definición de comorbilidad, y teniendo en cuenta que la esclerosis es una enfermedad crónica de origen autoinmune donde se van a utilizar fármacos con potenciales efectos secundarios, es conveniente que separemos los posibles orígenes de las enfermedades y hábitos de salud para una adecuada interpretación de esta situación en la EM.

En primer lugar debemos definir los hábitos de salud, que son generales a la población¹⁰, hábito tabáquico, dieta, ejercicio, alimentación etc.; en segundo lugar deberemos fijar nuestra atención en la aparición de posibles enfermedades, también de origen autoinmune, y que puedan aparecer asociadas a la EM¹¹; en tercer lugar debemos conocer qué enfermedades generales se presentan en el curso de la EM y cómo impactan en su evolución¹²; finalmente deberemos prestar atención a la aparición de efectos secundarios derivados de los tratamientos utilizados para el control de la enfermedad o sus síntomas.

Tabla 1

Prevalencia del número y tipo de comorbilidades en pacientes con y sin esclerosis múltiple (EM)

	Pacientes con EM, n (%)	Pacientes sin EM, n (%)	OR (IC del 95%), p
Sin comorbilidad	1.027 (26,8)	597.363 (47,1)	0,20 (0,18-0,22), < 0,001
1	2.799 (73,2)	671.496 (52,9)	2,44 (2,26-2,64), < 0,0001
2	714 (18,7)	159.293 (12,6)	1,49 (1,38-1,62), < 0,0001
3	546 (14,3)	97.368 (7,7)	1,86 (1,69-2,04), < 0,0001
≥ 4	669 (17,5)	136.847 (10,6)	1,61 (1,47-1,77), < 0,0001
Cualquier comorbilidad física	2.475 (64,7)	600.669 (47,3)	2,05 (1,90-2,21), < 0,0001
Cualquier comorbilidad psíquica	1.541 (40,3)	227.361 (17,9)	2,94 (2,75-3,14), < 0,0001

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.
Modificada de referencia 26.

Mención aparte supone el análisis de determinadas condiciones de salud, sobre todo en el ámbito psiquiátrico, y su consideración como una comorbilidad; por ejemplo, la depresión, o un síntoma bien de la enfermedad, bien de los tratamientos utilizados, así como la relación entre alteración psiquiátrica y EM¹³.

Mediante análisis de regresión se ha apreciado que los pacientes con EM tienen más probabilidades de padecer otras enfermedades que una población general apareada por edad y sexo¹⁴ (tabla 1) y se ha estudiado específicamente la probabilidad de sufrir una segunda enfermedad en pacientes con EM, demostrándose un mayor riesgo para algunas enfermedades¹⁵ (tabla 2).

Tabla 2

Frecuencia relativa de procesos concurrentes en pacientes con esclerosis múltiple

	OR	IC del 95%
LES	26,9	10,3-70,3
Epilepsia	16,0	9,5-27,1
Depresión	6,9	5,3-8,9
Alteración vascular periférica	6,6	4,0-11
Anemias carenciales	4,9	2,8-8,7
AR	4,8	2,9-8,1
Alteración hidroelectrolítica	4,8	2,8-8,3
Migraña	4,5	3,1-6,6
Demencia	4,2	2,1-8,4
Psicosis	4,0	2,9-5,6
Enfermedad cerebrovascular	3,7	2,9-4,1
Tuberculosis	3,4	1,4-8,3
Espondilopatía inflamatoria	3,2	1,7-6,1
Hipotiroidismo	3,2	1,7-6,1
Úlcera péptica	2,9	2,4-3,6
Alteraciones circulatorias pulmonares	2,5	1,9-3,2

AR: artritis reumatoide; IC: intervalo de confianza; LES: lupus eritematoso sistémico; OR: odds ratio.
Modificada de referencia 15.

Hábitos de salud y esclerosis múltiple

El tratamiento de los hábitos de salud es siempre un tema delicado, dado que entra en la libertad de las personas; no obstante, sí que hay un cierto consenso acerca de qué hábitos pueden ser favorables, en el sentido de mejorar la evolución de una enfermedad debilitante, y cuáles pueden ser perjudiciales. En este sentido podemos encuadrar la discusión en: hábitos alimenticios, ejercicio, tabaquismo y consumo de alcohol¹⁶. Estos 4 hábitos condicionan, en general, la aparición de

enfermedades crónicas, como diabetes, cardiopatía isquémica o hipertensión. Pero también inciden en la evolución de la EM y, por tanto, se han de tratar dentro del global de la evolución de un paciente.

En referencia a los hábitos alimentarios y al ejercicio, en un estudio longitudinal a 5 años se ha demostrado cómo la modificación de ambos, con la introducción de 30 min de ejercicio al día y la sustitución de grasas poliinsaturadas por una dieta rica en verduras y pescado, impacta significativamente sobre las limitaciones físicas, emocionales o la percepción de la salud¹⁰.

En cuanto al consumo de tabaco, solo señalar que multiplica por 2 el riesgo de una persona fumadora que además padece EM de fallecer cuando se compara con otra persona fumadora de la misma edad y sexo que no padece EM¹⁷.

Finalmente, el consumo de alcohol es un tema que se ha estudiado poco, tanto en el hábito de consumo como en su posible efecto sobre la EM; en un estudio publicado en 2007 con 708 pacientes, un 14% reconoció abuso de alcohol entre sus hábitos de vida¹⁸.

Así pues, cuando consideremos globalmente la salud de nuestros pacientes tendremos que considerar los hábitos de salud, dado que su modificación va a redundar en una mejora de su calidad de vida.

Comorbilidad autoinmune y esclerosis múltiple

Los hallazgos sobre las enfermedades autoinmunes son conflictivos, probablemente por las diferencias en el tipo de diseño de los estudios.

En 2 estudios de base poblacional, los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tuvieron un riesgo aumentado, tanto en incidencia como en prevalencia, de padecer una enfermedad desmielinizante, lo que contrasta con estudios previos¹⁹.

En varios estudios, la coexistencia de artritis reumatoide y EM varió entre un 0,9 y un 4,4%; en pacientes con EM eritematosa diseminada ocurre con más frecuencia que en pacientes con EM. En el Consorcio de EM de Nueva York, el 1% de 3.019 pacientes tenía esta comorbilidad.

Se informa que la enfermedad tiroidea ocurre con mayor frecuencia de lo esperado, hasta en un 9% en un estudio con 353 pacientes; sin embargo, solo 2 de 4 estudios con un grupo control identificaron este riesgo^{19,20}.

Los pacientes con EM y sus parientes de primer grado parecen tener un mayor riesgo de adquirir otras enfermedades autoinmunes²¹.

Comparados con la población general:

1. Los pacientes con EM tienen un riesgo variable según las enfermedades.

A. Riesgo aumentado.

– Colitis ulcerosa (riesgo relativo [RR]: 2,0; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,4-2,8; n = 29).

– Penfigoide (RR: 15,4; IC del 95%, 8,7-27,1; n = 12).

B. Riesgo reducido.

- Artritis reumatoide (RR: 0,5; IC del 95%, 0,4-0,8; n = 28).
- Arteritis de la temporal (RR: 0,5; IC del 95%, 0,3-0,97; n = 11).

2. Los parientes de primer grado de pacientes con EM tienen:

A. Riesgo aumentado.

- Enfermedad de Crohn (RR: 1,4; IC del 95%, 1,04-1,9; n = 44).
- Colitis ulcerosa (RR: 1,3; IC del 95%, 0,99-1,7; n = 51).
- Enfermedad de Addison (RR: 3,4; IC del 95%, 1,3-9,0; n = 4).
- Panarteritis nodosa (RR: 3,7; IC del 95%, 1,4-10,0; n = 4).

La asociación de EM y uveítis es rara, y se da en un 0,65%. Estudios iniciales informaban de una mayor frecuencia, pero 2 estudios más recientes, con cohortes grandes, describen una prevalencia similar, del 1 (12 de 1.098 pacientes) y del 1,7% (8 de 450 pacientes).

La prevalencia de uveítis en la población general es de aproximadamente 38 casos por 100.000, y la uveítis es unas 17 veces más común en los pacientes con EM. El curso y pronóstico de la EM no se asocia con la presencia o ausencia de uveítis sintomática, y lo mismo ocurre con la topografía y el tiempo de incidencia de la uveítis²².

Hay un aumento longitudinal en las familias afectadas de EM, los miembros de familias múltiples con EM y la coexistencia de enfermedades autoinmunes comparados con los hallazgos en observaciones basales.

Existe un aumento longitudinal de la frecuencia de enfermedades autoinmunes adicionales entre los miembros de una familia de EM, probablemente relacionado con las terapias inmunomoduladoras²¹.

Comorbilidad general y esclerosis múltiple

Disponemos de 2 registros de calidad que nos permiten tener una noción aproximada de los problemas de salud en pacientes con EM: el registro NARCOMS^{23,24} y el Estudio de Salud Comunitario Canadiense.

En 2006, 8.983 participantes en el registro NARCOMS informaron acerca de sus comorbilidades. Las más frecuentes fueron^{12,23}:

- Hipercolesterolemia (37%).
- Hipertensión (30%).
- Artritis (16%).
- Síndrome de colon irritable (13%).
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (13%).

Tras estandarizar por la edad, muchas de estas comorbilidades parecen ocurrir con la misma frecuencia que en la población general.

En el Estudio de Salud Comunitario Canadiense, los pacientes con EM que respondieron informaron de las siguientes comorbilidades:

- Problemas de espalda (35%).
- Alergias no alimentarias (29%).
- Artritis (26%).
- Hipertensión (17%).
- Migraña (14%).

Junto a estas alteraciones de carácter general se ha detectado una mayor frecuencia de trastornos del sueño en la EM que en la población general. Entre 16.074 veteranos de Estados Unidos con EM, 940 (6%) presentaban trastornos del sueño, frente al 3% en los veteranos sin EM. El síndrome de piernas inquietas ocurre con una frecuencia que va desde el 13,3 al 37,5%, sustancialmente mayor que en la población general. La narcolepsia se ha asociado en un 9% de pacientes con EM²⁵.

Está claro que los trastornos del sueño son prevalentes en la EM y que están asociados con consecuencias significativas para los pacientes. Sin embargo, debido a limitaciones metodológicas, solo se ha realizado estudio de sueño en un grupo reducido de pacientes, y el

significado de los problemas permanece pobremente cuantificado, específicamente con respecto a la fatiga.

Comorbilidades psiquiátricas

Las comorbilidades psiquiátricas son frecuentes en la EM. La incidencia de depresión a lo largo de la vida es del 50%, cerca de 3 veces la de la población general. La prevalencia a los 12 meses en pacientes con EM es del 14%, 2 veces la que padece la población general (5,9-7,3%). La incidencia a lo largo de la vida de los trastornos de ansiedad, incluyendo fobias sociales, es del 35% en pacientes con EM, frente al 16,6% en la población general. Los trastornos bipolares afectan al 0,30-13% de los pacientes con EM.

A pesar de la bien reconocida frecuencia de las comorbilidades psiquiátricas, estas permanecen infradiagnosticadas.

En un reciente trabajo llevado a cabo con 4.192 personas con EM y 20.940 personas agrupadas por edad y sexo, se observó que el 29,7% de los pacientes presentaba alguna alteración psiquiátrica: el 29% ansiedad o alteración del comportamiento; el 27% depresión; el 6,5% estado de ansiedad; el 0,98% un trastorno bipolar, y el 0,49% una esquizofrenia. De forma que el trastorno bipolar sería un 70% mayor que en la población general y la esquizofrenia similar a la población general¹⁶. Y de forma global, el riesgo de presentar una comorbilidad psíquica es casi 3 veces mayor respecto de la población general²⁶.

En cuanto a las alteraciones más frecuentes, la depresión fue 1,6 veces mayor en personas con EM (IC del 95%, 1,41-1,82) y los desórdenes de tipo ansiedad fueron 1,3 veces superiores en personas con EM (IC del 95%, 1,12-1,38)¹³.

Impacto de la comorbilidad en la esclerosis múltiple

Los hitos importantes en el estudio de la EM los podemos resumir en: momento del diagnóstico, que incluye tanto la importancia de alcanzar un diagnóstico precoz como el tipo de EM (remite-recurrente [EMRR] o primaria progresiva [EMPP]); el segundo aspecto, hoy en día fundamental, es cuándo y con qué iniciamos un tratamiento; en tercer lugar es relevante preguntarse sobre la evolución de la enfermedad, tanto en términos de tiempo, es decir, cuándo aparecerá una discapacidad neurológica progresiva, como en términos de rapidez en la evolución de la discapacidad; finalmente hay que analizar el impacto global de todo el escenario de salud en la calidad de vida de un paciente, y será aquí donde no solo la propia EM, sino su tratamiento y la comorbilidad, jueguen un papel fundamental²⁷.

Comorbilidad y diagnóstico de esclerosis múltiple

El diagnóstico de EM es un proceso basado en aunar criterios clínicos, de neuroimagen y de líquido cefalorraquídeo, dado que no existe ningún marcador diagnóstico de la EM, salvo, obviamente, el estudio patológico. Es pues importante reconocer qué entidades se suelen presentar a la vez que la EM y que no van a presentar un problema de diagnóstico diferencial pero sí pueden condicionar la evolución o la elección de un tratamiento; en este sentido, en un estudio realizado en 22.087 pacientes, 653 (3%) presentaron una enfermedad concomitante en el momento del diagnóstico de la EM, y las más frecuentes fueron:

- Enfermedad psiquiátrica (40,2%).
- Enfermedad autoinmune (24,5%).
- Enfermedad cardiovascular (16,2%).
- Cáncer (12,2%).
- Enfermedad metabólica (9,0%).

La diabetes y la enfermedad psiquiátrica fueron más frecuentes entre la población de personas con EM que entre una población de personas sin EM, de la misma edad y sexo²⁸.

Vemos pues que, aunque la incidencia de otras enfermedades en el momento de diagnóstico de una EM es baja (3%), algunas situaciones pueden impactar en la toma de decisiones terapéuticas iniciales, o condicionar una peor evolución. A su vez, la existencia de comorbilidad vascular, osteomuscular, autoinmune, gastrointestinal o psiquiátrica retrasó de forma significativa el diagnóstico, y aun el hecho de ser fumador retrasó en 6 años el diagnóstico de EM. Pero si tenemos en cuenta no solo el retraso diagnóstico y, por lo tanto, el inicio de un tratamiento efectivo, sino también la discapacidad al inicio de la enfermedad, en el mismo estudio se demuestra cómo a medida que se suman entidades aumenta la discapacidad en el momento del diagnóstico.

Resulta obvio que estos 2 factores, discapacidad basal y retraso en el inicio del tratamiento (en esta ocasión motivado por un retraso en el diagnóstico), van a tener un impacto decisivo en la evolución posterior de los pacientes²⁹.

Comorbilidad y formas clínicas

Se reconocen 2 formas clínicas de EM, la forma EMRR, que se caracteriza por brotes y evolución progresiva posterior, y la EMPP, que cursa sin brotes. Algunas características comunes son la edad en que se manifiesta la EMPP, que es similar a la edad en que aparece la fase progresiva desde una EMRR inicial, y la evolución de la discapacidad, que es similar para ambas formas, EM secundaria progresiva y EMPP. Solo un estudio ha demostrado que un hábito de salud, en este caso ser o haber sido fumador, dobla el riesgo de presentar una forma de EMPP³¹.

Comorbilidad y toma de decisiones terapéuticas

Cada vez son más los fármacos que se pueden utilizar en la EM, tanto a nivel patogénico como sintomático. El conocimiento de las situaciones que se pueden asociar de forma más frecuente con la EM, como la enfermedad tiroidea, las alteraciones psiquiátricas o la enfermedad cardíaca, debe conducir a seleccionar los fármacos más adecuados, toda vez que en los ensayos clínicos se estudian poblaciones "puras", que luego van a representar mal el tratamiento de los pacientes en la vida real.

Comorbilidad y progresión de la discapacidad

La progresión de la discapacidad es sin duda el mayor reto al que nos enfrentamos a la hora de tratar a los pacientes con EM. Si bien en la mayor parte de estudios la progresión de la discapacidad se mide casi exclusivamente con la EDSS (escala de disfunción ampliada), esta no recoge en modo alguno aspectos importantes como la fatiga o la alteración cognitiva, y menos aún el peso de los procesos asociados. Una mejor aproximación a la evolución de la discapacidad sería una medida referida al tiempo, como es la MSSS (*multiple sclerosis status scale*) o la más recientemente propuesta DET (*disability expectancy table*), que recoge aspectos no solo clínicos, sino también sociales o de rendimiento laboral, lo que permite una aproximación más real al estado del paciente, a la vez que permite analizar el peso de la comorbilidad en la enfermedad³².

La valoración de la presencia de procesos concurrentes en pacientes con EM es clave, dado que la progresión de la discapacidad es más rápida en pacientes con alteraciones osteomusculares ya al inicio de la enfermedad, pero cabe esperar que el efecto aumente a medida que aumenta la duración de la enfermedad, como señalan Dallmeifer et al³³.

Comorbilidad y calidad de vida. Una medición global del estado de salud de un paciente

A menudo se establece un debate entre discapacidad y calidad de vida. Realmente, las escalas de calidad de vida reflejan, por lo gene-

ral, mejor la situación real del paciente al recoger múltiples aspectos, algunos relacionados con la enfermedad, otros con la vivencia de esta y otros con las limitaciones impuestas por la condición de salud del paciente. De ahí que para medir el impacto real de todas y cada una de las condiciones de salud en un paciente sea mejor utilizar el impacto sobre escalas de calidad de vida (QoL); en este sentido se ha estudiado el impacto de la comorbilidad en la QoL de los pacientes con EM; para ello se ha medido el impacto de la comorbilidad en la *aggregate physical component scale* (PCS-12) y en la *aggregate mental component scale* (MCS-12), *health related QoL* y analizando mediante análisis multivariante el efecto de las patológicas y estados de salud concurrentes en pacientes con EM. En este estudio, realizado con 8.983 pacientes, se demostró que tras ajustar por edad, sexo, tratamiento y factores socioeconómicos, presentar un número cada vez mayor de procesos patológicos simultáneos empeoraba la HRQoL, de forma que solo con presentar una comorbilidad física empeoraba 5 puntos (media 36,9) la PCS-12, y 1 punto si presentaban una comorbilidad psíquica, y la pérdida aumentaba a medida que se acumulaban procesos²⁴.

Conclusiones

Los pacientes con EM no solo padecen una enfermedad grave, crónica y de larga evolución, sino que son susceptibles de sufrir, ya en el momento del diagnóstico de la enfermedad y sobre todo a lo largo de su evolución, un mayor número de procesos morbosos concurrentes que van a ejercer su influencia en la calidad de vida, pero también en la progresión de la discapacidad, el diagnóstico precoz y la toma de decisiones terapéuticas; además, los familiares de pacientes con EM van a tener un aumento de enfermedades autoinmunes.

El conocimiento de todas estas circunstancias ha de ocupar un lugar central en el manejo de los pacientes con EM, toda vez que no disponemos de una curación para esta, y a lo que hemos de aspirar es a enlentecer y retrasar al máximo la progresión de la discapacidad a la vez que mejoramos la calidad de vida de los pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Feinstein AR. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis.* 1970;23:455-68.
- Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract.* 2008;25:287-93.
- Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med.* 2009;7:357-63.
- Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, Van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ.* 2007;334:1016-7.
- Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med.* 2002;162:2269-76.
- Buhse M, Banker WM, Clement LM. Factors associated with health-related quality of life among older people with multiple sclerosis. *Int J MS Care.* 2014;16:10-9.
- Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs D. Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res.* 1991;26:53-74.
- Comorbidity indexes. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40:373-83.
- Hadgkiss EJ, Jelinek GA, Weiland TJ, Rumbold G, Mackinlay CA, Gutbrod S, et al. Health-related quality of life outcomes at 1 and 5 years after a residential retreat promoting lifestyle modification for people with multiple sclerosis. *Neurol Sci.* 2013;34:187-95.
- Sardu C, Cocco E, Mereu A, Massa R, Cuccu A, Marrosu MG, et al. Population based study of 12 autoimmune diseases in Sardinia, Italy: prevalence and comorbidity. *PLoS One.* 2012;7:e32487.
- Marrie RA, Horwitz R, Cutter G, Tyry T, Campagnolo D, Vollmer T. Comorbidity, socioeconomic status, and multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2008;14:1091-8.
- Marrie RA, Fisk JD, Yu BN, Leung S, Elliott L, Caetano P, et al; CIHR Team in the Epidemiology and Impact of Comorbidity on Multiple Sclerosis. *Mental*

- comorbidity and multiple sclerosis: validating administrative data to suport population-based surveillance. *BMC Neurol*. 2013;13:16.
14. Marrie RA, Hanwell H. General health issues in multiple sclerosis: comorbidities, secondary conditions, and health behaviors. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2013;19:4 Multiple Sclerosis:1046-57.
 15. Kang JH, Chen YH, Lin HC. Comorbidities amongst patients with multiple sclerosis: a population-based controlled study. *Eur J Neurol*. 2010;17:1215-9.
 16. Mitchell AJ, Benito-León J, Morales González JM, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurol*. 2005;4:556-66.
 17. Manouchehrinia A, Weston M, Tench CR, Britton J, Constantinescu CS. Tobacco smoking and excess mortality in multiple sclerosis: a cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85:1091-5.
 18. Bombardier CH, Blake KD, Ehde DM, Gibbons LE, Moore D, Kraft GH. Alcohol and drug abuse among persons with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2004;10:35-40.
 19. Langer-Gould A, Albers KB, Van den Eeden SK, Nelson LM. Autoimmune diseases prior to the diagnosis of multiple sclerosis: a population-based case-control study. *Mult Scler*. 2010;16:855-61.
 20. Broadley SA, Deans J, Sawcer SJ, Clayton D, Compston DA. Autoimmune disease in first-degree relatives of patients with multiple sclerosis. A UK survey. *Brain*. 2000;123:1102-11.
 21. Deretzi G, Kountouras J, Koutlas E, Zavos C, Polyzos S, Rudolf J, et al. Familial prevalence of autoimmune disorders in multiple sclerosis in Northern Greece. *Mult Scler*. 2010;16:1091-101.
 22. Le Scanff J, Sève P, Renoux C, Broussolle C, Confavreux C, Vukusic S. Uveitis associated with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2008;14:415-7.
 23. Marrie RA, Horwitz RI. Emerging effects of comorbidities on multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. 2010;9:820-8.
 24. Marrie RA, Horwitz R, Cutter G, Tyry T. Cumulative impact of comorbidity on quality of life in MS. *Acta Neurol Scand*. 2012;125:180-6.
 25. Kaminska M, Kimoff RJ, Schwartzman K, Trojan DA. Sleep disorders and fatigue in multiple sclerosis: Evidence for association and interaction. *J Neurol Sci*. 2011;302:7-13.
 26. Simpson RJ, McLean G, Guthrie B, Mair F, Mercer SW. Physical and mental Health comorbidity is common in people with multiple sclerosis: nationally representative cross-sectional population database analysis. *BMC Neurol*. 2014;14:128.
 27. Confavreux C, Vukusic S. The clinical course of multiple sclerosis. *Clin Neurol*. 2014;122:343-69.
 28. Fromont A, Binquet C, Rollot F, Despalins R, Weill A, Clerc L, et al. Comorbidities at multiple sclerosis diagnosis. *J Neurol*. 2013;260:2629-37.
 29. Marrie RA, Horwitz R, Cutter G, Tyry T, Campagnolo D, Vollmer T. Comorbidity delays diagnosis and increases disability at diagnosis in MS. *Neurology*. 2009;72:117-24.
 30. Healy BC, Ali EN, Guttmann CR, Chitnis T, Glanz BI, Buckle G, et al.
 31. Stazzone L, Moodie J, Berger AM, Duan Y, Bakshi R, Khoury S, et al. Smoking and disease progression in multiple sclerosis. *Arch Neurol*. 2009;66:858-64.
 32. Kister I, Chamot E, Salter AR, Cutter GR, Bacon TE, Herbert J. Disability in multiple sclerosis: a reference for patients and clinicians. *Neurology*. 2013;80:1018-24.
 33. Dallmeijer AJ, Beckerman H, De Groot V, Van de Port IG, Lankhorst GJ, Dekker J. Long-term effect of comorbidity on the course of physical functioning in patients after stroke and with multiple sclerosis. *J Rehabil Med*. 2009;41:322-6.