

# CO-MORBILIDAD

**Juan Gérvas**

*Médico General*

*Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid)*

## Introducción

Los pacientes acuden a la consulta médica habitualmente con más de una razón de consulta (1,8 razones de consulta por encuentro es la media). Y el médico suele anotar más de un problema de salud atendido (1,6 es la media de problemas atendidos por encuentro) (1). Por tanto, es raro ver a un paciente por una sola razón de consulta o atenderlo por un solo problema. Médicos y pacientes aceptan implícitamente que en un encuentro hay tiempo para tratar más de una razón de consulta, más de un problema de salud. Incluso en la población, es raro que las personas tengan sólo un problema de salud. Así, en la Encuesta de Salud de Cataluña, de 1994 a 1998, se demuestra que el 17,2% de las mujeres tiene un solo trastorno crónico, que el 20,3% tiene dos, y que el 17,2% tiene tres problemas de salud crónicos (2).

Cuando se sigue durante un año a los pacientes atendidos en atención primaria, determinados problemas de salud se asocian a la probabilidad de la presencia de otros problemas de salud. Por ejemplo, el paciente fumador tiene casi 13 veces más probabilidad de ser atendido por abuso de alcohol que el paciente no fumador. En otro ejemplo, el paciente con hipotiroidismo tiene casi 24 veces más probabilidad de ser visto por una micosis dermatológica (3). A los clínicos tales asociaciones les parecen "normales", esperables, lo de todos los días, y no nos llaman la atención. Pero, siendo habituales, la co-morbilidad tiene extraordinaria importancia, y no sólo clínica. Por ejemplo, la mayor co-morbilidad aumenta la probabilidad de ser derivado al especialista (4). Sin embargo, la atención clínica está organizada y pensada para prestar servicios al paciente con un solo problema, como si la co-morbilidad no tuviera repercusión clínica ni impacto en el sistema sanitario. Incluso en los ensayos clínicos se suele ignorar por completo la co-morbilidad, y en muchos casos se considera causa excluyente en la selección de los pacientes (4).

## Algunas definiciones

Generalmente, cuando se habla de co-morbilidad nos referimos a la existencia de otras enfermedades en un paciente que ya tiene una enfermedad que consideramos índice (2,5). En la práctica clínica se confunden los términos multi-morbilidad y co-morbilidad (4). Es multi-morbilidad la ocurrencia simultánea de múltiples problemas de salud en la misma persona, sin tener en cuenta ni el orden jerárquico entre ellos ni su gravedad (2,5). Puesto que en la multi-morbilidad no se considera la gravedad e importancia de los problemas, la simple adición puede no tener consecuencias, y no aumentar la probabilidad de muerte, por ejemplo (2).

Las medidas de frecuencia de co-morbilidad tienen en cuenta la adición de otros problemas de salud al considerado índice. Así, los pacientes hipertensos tienen mayor probabilidad de tener obesidad, diabetes y/o hiperlipemia. También, los pacientes fumadores tienen con más frecuencia bronquitis agudas (3). Como es de esperar, la adición de problemas de salud al problema índice suele complicar la evolución del mismo. Así, si un paciente tiene una embolia, su riesgo de morir aumenta cuando coexisten otros problemas de salud (2).

Se puede medir "el peso" de la co-morbilidad, la importancia y gravedad de los distintos problemas padecidos por un paciente, y corregir por edad y por otros indicadores. El índice más utilizado es el de Charlson, que procede de estudios de hospitales, y estima la probabilidad de morir (6,7). Hay una tendencia creciente del riesgo de morir con relación al incremento de la puntuación del índice Charlson de co-morbilidad (2). Existen otros muchos índices de co-morbilidad, algunos específicos de atención primaria, como el DUSOI (*Duke Severity of Illness*), que se puede emplear directamente durante el encuentro con el paciente o a partir de la historia clínica (8,9).

Existe una co-morbilidad "familiar", poco estudiada. Por ejemplo, si un paciente tiene problemas con el alcohol y/o con otras drogas, es de esperar que sus familiares tengan más problemas que los familiares de pacientes sin problemas con el alcohol y/o con otras drogas. Efectivamente, los familiares de estos pacientes son diagnosticados con más probabilidad de problemas como depresión, abuso de medicamentos, y traumatismos varios (10).

## Algunas consecuencias

La presencia de co-morbilidad tiene impacto en la salud de los pacientes, en su proceso de atención, y en el gasto que generan. Ya he comentado que la presencia simultánea de varios problemas de salud se asocia a más consultas y a mayor probabilidad de derivación al especialista (3,4). También he comentado que a mayor co-morbilidad, mayor probabilidad de muerte, al menos en presencia de algunos problemas específicos de salud (2). Y que la presencia de determinados problemas genera co-morbilidad familiar, de forma que aumenta la morbilidad en los familiares (niños y adultos) (10). Además, la co-morbilidad afecta a la calidad de vida.

No se ha estudiado muy bien en qué forma afecta la co-morbilidad al proceso de atención. En algunos casos el médico clínico parece ignorar la co-morbilidad a la hora de la atención, y

no toma medidas apropiadas. Por ejemplo, la tasa de diagnóstico precoz de cáncer orofaríngeo es de un 36%, similar a la tasa de diagnóstico precoz de cáncer de colon, aunque ambos cánceres tienen muy distinta accesibilidad. De hecho, parece como si los clínicos no tuviéramos en cuenta que el cáncer orofaríngeo es mucho más frecuente en los pacientes fumadores y bebedores (11). Por no considerar la co-morbilidad "tabaquismo + abuso de alcohol" perdemos la oportunidad de diagnosticar precozmente un cáncer muy accesible (y muy agresivo). La co-morbilidad también puede modificar el diagnóstico del cáncer de mama, en algunos casos adelantándolo y en otros retrasándolos, según el impacto de distintos problemas (12).

La co-morbilidad conlleva más consultas, pues hay más episodios de enfermedad (3). Como es natural, ello incrementa el coste de la atención. Así, en la co-morbilidad familiar de los pacientes con abuso de alcohol y/o drogas se demuestra un aumento del coste de la atención. Se ha calculado una media de unos 400 euros más por año y familiar (10).

No sabemos bien la compleja relación que se establece entre las enfermedades que coexisten en un paciente (12). Por ejemplo, ¿hay relación causal plausible que explique por qué la depresión es más frecuente en los pacientes con hipotiroidismo? (3). Quizá la haya, pero también pueden influir otros factores no tan evidentes, como el simple consultar más, o el necesitar medicación. También se ha demostrado que la diabetes se asocia a depresión (13). ¿Por qué? ¿Por sí misma, o por ser un problema crónico? Hay hipótesis varias para explicar algunos aspectos de la co-morbilidad, pero nos falta conocimiento al respecto (12, 14). En todo caso, la prevalencia de la co-morbilidad es tal que la mayoría de los pacientes tienen más de un problema de salud (1,15).

### Conclusión

Los médicos aprenden y estudian Medicina como si los pacientes nos consultaran habitualmente por una sola razón de consulta, o tuviesen solo un problema de salud. Pero en la práctica clínica lo que vemos son pacientes con varias razones de consulta y con varios problemas de salud. Esta multiplicidad de enfermedades no es inocua. Aunque sabemos poco sobre las consecuencias de la co-morbilidad, al menos está claro que modifica el proceso de la atención y hace más probable la derivación al especialista. También aumenta la probabilidad de morir, al menos para algún problema índice. La co-morbilidad familiar es una cuestión importante, tanto para tenerlo en cuenta en la atención integral a los miembros de la familia, como para valorar su impacto en el gasto. Necesitamos pensar y saber más sobre co-morbilidad. Por ello es importante tenerla en cuenta en la práctica diaria, en la investigación y en la docencia.

### Referencias

1. Forés M, Gervas J, Bonet M, Marcos L, Tomás P, Sagués A et al. Epidemiological aspects of patient data in Spanish general practice. In Lamberts H, Wood M, Hofmans I, editors. *The International Classification of Primary Care in the European Community*. Oxford: OUP; 1993. p. 119-24.
2. Rius C, Pérez G. Medición de los trastornos crónicos en un mismo individuo como predictores de mortalidad. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 3):17-26.
3. Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):182-91.
4. Starfield B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Ann Fam Med*. 2006;4:101-3.
5. Akker MVD, Buntinx F, Knottnerus JA. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:675-9.
6. 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.
7. Libro J, Cuenca C, Peiró S. Comorbilidad e índice de Charlson. Aplicaciones en el CMBD. *Quaderns Salut Pública Administració Serveis Salut*, 18. Valencia: Ecola Valenciana de'Estudis per a la Salut; 2002.
8. Parkinson GR, Bridges C, Gervas J, Hofmans O, Lamberts H, Fromm J et al. Classification of severity of health problems in family medicine/general practice. An international field trial. *Fam Pract*. 1996;13:303-9.
9. Groot V, Beckerman H, Lankborst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol*. 2003;221-9.
10. Ray CT, Mertens JR, Weisner C. The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Med Care*. 2007;45:116-22.
11. Mignona MD, Selene S. Oral cancer screening: 5 minutes to save a life. *Lancet*. 2005;365:1905-6.
12. Fleming ST, Pursley HG, Newman B, Pavlov D, Chen K. Comorbidity as a predictor of stage of illness for patients with breast cancer. *Med Care*. 2005;43:132-40.
13. Hervás A, Zabaleta A, De Miguel G, Beldarrain O. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes tipo 2. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30:45-52.
14. Gervas J, Santos I. A complexidade da comorbilidade. *Rev Port Clín Geral*. 2007;23:181-9.
15. Fortín M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005;3:223-8.