



Sobre la “comorbilidad”

Alberto Lifshitz G.¹

Conforme las personas envejecen, la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo deja de ser la excepción y se convierte casi en una regla. Para designar lo anterior se ha empleado el vocablo “comorbilidad” y las enfermedades se llaman “comórbidas”. Estos términos se han adaptado al español a partir de su original en inglés, y aunque se ha recurrido a alternativas tales como polimorbilidad, multimorbilidad, polipatía, enfermedades múltiples, enfermedades multifactoriales, enfermedades complejas, pluripatología y enfermedades asociadas o coexistentes, lo cierto es que el término “comorbilidad” ya se ha establecido y en la actualidad su uso es común. La Organización Mundial de la Salud lo ha aceptado, aunque referido sobre todo al ámbito psiquiátrico, cuando en un mismo individuo coexisten un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y un trastorno psiquiátrico, condición ciertamente frecuente tanto en adictos como en enfermos psiquiátricos. En psiquiatría el abuso de sustancias asociado a otra enfermedad psiquiátrica muestra mayores tasas de gravedad de la adicción y de los síntomas psiquiátricos, ideación, conducta suicida y suicidio consumado, recaídas, tratamientos incompletos, conductas sexuales de riesgo, contagio de ETS, conducta violenta, delictiva y criminal, indigencia y vagabundeo, encarcelamiento, problemas financieros, etc. Entre las enfermedades crónicas, la comorbilidad no sólo adiciona daños y síntomas, sino también los potencia y los agrava. Suele hablarse de enfermedades concurrentes cuando son más o menos simultáneas o contemporáneas y de morbilidad a lo largo de la vida cuando no lo son.¹

Como quiera que se llame, nadie puede negar que con frecuencia un mismo paciente tiene dos o más enferme-

dades e incluso existen algunos índices para medirlas.^{2,3} Entre los aforismos clásicos se menciona el de “se puede ser cacarizo y andar en taxi” en contraposición con aquél que dice “es de buena clínica agrupar todos los síntomas en un solo diagnóstico”, que por supuesto ya no es aplicable.

El número de enfermedades asociadas en un solo paciente varía con la edad; en aquéllos mayores de 80 años puede haber ocho enfermedades simultáneas.⁴

Si se distingue el padecimiento (lo que el paciente en realidad tiene) de la enfermedad (artificio operativo y didáctico, constructo de referencia), se reconoce que éste no necesariamente corresponde de manera íntegra a la enfermedad (lo que dicen los libros o los scripts que se forman en la mente de los clínicos), sino que pueden ser sólo algunas partes de la enfermedad o bien más de una enfermedad coexistente. Cada padecimiento es único mientras que las enfermedades, con sus variantes, pueden padecerlas muchas personas. Por otro lado, la comorbilidad no es la suma aritmética de las enfermedades, es decir, si un paciente tiene hipertensión y diabetes no basta adicionar el conocimiento de la hipertensión al de la diabetes porque las influencias recíprocas son múltiples, no se diga la interacción entre los medicamentos que se usan para tratarlas.

Cuando un paciente padece enfermedades comórbidas es difícil adscribirlo a una determinada especialidad; de hecho, es preciso jerarquizar y priorizar. Ya no es válido sólo el diagnóstico nosológico sino que, más que nunca, hay que expresar un diagnóstico integral, individualizado.

Las interrelaciones en las enfermedades coexistentes pueden tener distintas modalidades. Un primer enfoque las divide en causales y casuales. En el primer caso, una enfermedad genera a la otra (la OMS ha cuestionado la comorbilidad porque pueden ser etapas de una misma enfermedad) o ambas tienen una etiología común, ya sea directa o mediada por algún factor adicional o comparten algunas de las causas o factores de riesgo. Las relaciones casuales se ubican sobre todo cuando las enfermedades coexistentes tienen una alta prevalencia y por tanto, no es difícil que coincidan en un mismo individuo, simplemente por razones estadísticas.

La atención a los pacientes de hoy en día exige estar al acecho de comorbilidades, establecer estrategias para jerarquizarlas, considerar las influencias recíprocas, priorizar la atención, prever interacciones entre los tratamientos,

¹ Secretaría de Enseñanza Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:
Alberto Lifshitz G.
Correo electrónico: alifshitzg@yahoo.com

Aceptado: 03-02-2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

buscar los vínculos fisiopatológicos entre ellas y entender a fondo las limitaciones de la nosología convencional.

REFERENCIAS

1. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME. Comorbilidades en los trastornos por consumo de sustancias. En: Medina-Mora ME, Sarti-Gutiérrez EJ, Real-Quintanar T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura. Academia Nacional de Medicina. Editorial Intersistemas. México 2015. p. 41.
2. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis.* 1987; 40 (5): 373-383.
3. Sharabiani MT, Aylin P, Bottle A. Systematic review of comorbidity indices for administrative data. *Med Care.* 2012; 50 (12): 1109-1118. doi:10.1097/MLR.0b013e31825f64d0.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross sectional study. *The Lancet.* 2012; 380 (9836): 37-43.

www.medigraphic.org.mx