

DOI: 10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.4-12

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/639>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 4-12







Calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple

Quality of life in patients with multiple sclerosis

Qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla

Edwin Andrés Méndez Barbosa¹; Leidy Johana Guancha Aza²; Jahir Andrés Ávila Gelvez³; Andrés Elías Gómez Alfonso⁴

RECIBIDO: 15/01/2021 **ACEPTADO:** 17/02/2021 **PUBLICADO:** 30/04/2021

1. Médico y Cirujano General; Médico General en la Universidad Juan N. Corpas; Bogotá, Colombia; menbar28@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5499-9743>
2. Médico; Médico General Servicio de Urgencias Fundación Hospital San Pedro (FHSP); Pasto, Colombia; leidyjgaz@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0972-3136>
3. Médico Cirujano; Médico Unidad de Diálisis Hospital Base de Valdivia; Valdivia, Chile; jahir.andres.avila.gelvez@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3643-6925>
4. Médico Cirujano; Magíster en Docencia e Investigación Aplicada Universidad Villa del Mar; Santiago, Chile; andreselias18@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6831-9021>

CORRESPONDENCIA

Edwin Andrés Méndez Barbosa
menbar28@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La esclerosis múltiple es una enfermedad con mayor incidencia en las mujeres que en los hombres. Esta afección es producto del daño de la cubierta protectora que rodea las neuronas (vaina mielina) generando una disminución de los impulsos nerviosos y lo cual la define como una enfermedad autoinmunitaria que perjudica el cerebro y la medula espinal (sistema nervioso central). El objetivo principal del tratamiento de la esclerosis múltiple es reducir el impacto negativo de la enfermedad en el funcionamiento y la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, se debe incluir una medición del funcionamiento y la calidad de vida en la evaluación de la efectividad del tratamiento. En este artículo se presentan los cuestionarios de calidad de vida más utilizados, ya sean genéricos o específicos y la información sobre el estado clínico y funcional, evaluando si es útil en la interpretación de los resultados de la evaluación de la calidad de vida de aquellos pacientes en presencia de esclerosis múltiple. Por ello, también se describieron instrumentos para la evaluación de la depresión, las funciones cognitivas, la capacidad funcional y la fatiga en la esclerosis múltiple.

Palabras clave: Mejoría, discapacidad, esclerosis múltiple, calidad de vida, rehabilitación.

ABSTRACT

Multiple sclerosis is a disease with a higher incidence in women than in men. This condition is the result of damage to the protective sheath that surrounds neurons (myelin sheath) causing a decrease in nerve impulses, which defines it as an autoimmune disease that damages the brain and spinal cord (central nervous system). The main goal of multiple sclerosis treatment is to reduce the negative impact of the disease on patients' functioning and quality of life. Therefore, a measure of functioning and quality of life should be included in the evaluation of treatment effectiveness. In this article, the most commonly used quality of life questionnaires, whether generic or specific, and information on clinical and functional status are presented, evaluating whether it is useful in the interpretation of the results of the assessment of the quality of life of those patients in the presence of multiple sclerosis. Therefore, instruments for the assessment of depression, cognitive functions, functional capacity and fatigue in multiple sclerosis were also described.

Keywords: Improvement, disability, multiple sclerosis, quality of life, rehabilitation.

RESUMO

A esclerose múltipla é uma doença com maior incidência nas mulheres do que nos homens. Esta condição é o resultado de danos à bainha protetora que envolve os neurônios (bainha de mielina) causando uma diminuição dos impulsos nervosos e que a define como uma doença auto-imune que danifica o cérebro e a medula espinhal (sistema nervoso central). O principal objetivo do tratamento da esclerose múltipla é reduzir o impacto negativo da doença sobre o funcionamento e a qualidade de vida dos pacientes. Portanto, uma medida de funcionamento e qualidade de vida deve ser incluída na avaliação da eficácia do tratamento. Neste artigo apresentamos os questionários de qualidade de vida mais utilizados, genéricos ou específicos, e informações sobre o estado clínico e funcional, avaliando se são úteis na interpretação dos resultados da avaliação da qualidade de vida desses pacientes na presença de esclerose múltipla. Portanto, também foram descritos instrumentos para a avaliação da depressão, funções cognitivas, capacidade funcional e fadiga na esclerose múltipla.

Palavras-chave: Melhoria, deficiência, esclerose múltipla, qualidade de vida, reabilitação.

Introducción

La calidad de vida es una construcción multidimensional que consta de al menos tres amplios dominios: físico, mental y social.

En el campo de la medicina, los investigadores y los médicos a menudo han utilizado la salud, relacionada con el concepto de calidad de vida con la que se centra específicamente en el impacto de una enfermedad y / o tratamiento en la percepción de los pacientes sobre su estado de salud y en el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida. (Jaracz & Kozubski, 2013).

La EM puede causar una variedad de síntomas, que incluyen “cambios en la sensibilidad, problemas visuales, debilidad muscular, depresión, dificultades en la coordinación y el habla, fatiga severa, deterioro cognitivo, problemas de equilibrio, sobrecalentamiento y dolor. La EM provocará problemas de movilidad y discapacidad en casos más graves” (Jaracz & Kozubski, 2013). La esclerosis múltiple puede tomar formas diferentes, con nuevos síntomas que ocurren en ataques discretos o que se acumulan lentamente con el tiempo. Entre los ataques, “los síntomas pueden resolverse por completo, pero los problemas neurológicos permanentes generalmente persisten, especialmente a medida que avanza la enfermedad. Actualmente, la EM no tiene cura, aunque existen varios tratamientos disponibles, que pueden retrasar la aparición de nuevos síntomas” (Lobentanz, Asenbaum, & Vass, 2014).

La EM afecta principalmente a adultos, con una edad de aparición típicamente entre los 20 y los 40 años, y es más común en mujeres que en hombres. El curso de la EM es difícil de predecir y, en ocasiones, la enfermedad puede permanecer inactiva o progresar de manera constante. Se han descrito varios subtipos o patrones de progresión. “Los subtipos utilizan el curso pasado de la enfermedad en un intento de predecir el curso futuro. Los subtipos son importantes no solo para el pronóstico sino también para las de-

cisiones terapéuticas” (Benedict, Wahling, & Bakshi, 2005).

Los individuos con subtipos progresivos de EM, “en particular el subtipo progresivo primario, tienen un deterioro funcional más rápido. En el subtipo progresivo primario, se necesita equipo de apoyo (como una silla de ruedas o un bipedestador) después de seis a siete años” (Horton, Rudick, Hara, & Marrie, 2010). Sin embargo, cuando el curso inicial de la enfermedad es del subtipo remitente-recidivante, el tiempo medio hasta que se necesita dicho equipo es de veinte años. Esto significa que muchas personas con EM nunca necesitarán una silla de ruedas. “También hay un mayor deterioro cognitivo en las formas progresivas que en la EM remitente-recurrente” (Horton, Rudick, Hara, & Marrie, 2010).

Cuanto antes se produce la EM, más lentamente progresa la discapacidad. Las personas que tienen más de cincuenta años cuando se les diagnostica tienen más probabilidades de experimentar un curso progresivo crónico, con una progresión más rápida de la discapacidad, Amato, Ponziani, & Rossi, (2011) exponen que

Los diagnosticados antes de los 35 años tienen el mejor pronóstico. Las mujeres generalmente tienen un mejor pronóstico que los hombres. Sin embargo, su resultado informado por el paciente es más bajo que en los hombres. Las mujeres caen en depresión y sienten fatiga con más frecuencia; también sufren de disfunción de la vejiga con más frecuencia (p. 342).

Un síntoma común, pero que pasa por alto, en la EM es la disfunción sexual, en las mujeres la anorgasmia. Además, los acontecimientos vitales estresantes pueden tener un fuerte impacto en las recaídas clínicas en mujeres con EM. Son muchos los problemas a la hora de considerar la maternidad, referidos al embarazo, parto y puerperio (especialmente la lactancia materna) en la EM.

Las medidas de calidad de vida también son adecuadas para una medida de resultado de un nuevo tratamiento como la rehabilitación. Los factores subjetivos en la calidad de vida de los pacientes con EM incluyen “la percepción de los síntomas, el nivel de forma física, la autoimagen, la satisfacción con la vida familiar, el trabajo, la situación económica, la interacción con otras personas, el apoyo social y la vida en general” (Vermersch, de Seze, & Delisse, 2012). A los factores objetivos, se le debe incluir el cuadro clínico de la enfermedad, el estatus social, las condiciones sociales y de vida y el número e intensidad de los contactos sociales.

Las escalas utilizadas para evaluar la calidad de vida en la EM “incluyen indicadores subjetivos u objetivos, o ambos” (Mitchell, Banito, & Rivera, 2015). El cuestionario puede ser complementado por el paciente en persona o por entrevista telefónica, por familiares o personas cercanas, por las carreras profesionales y los profesionales sanitarios. Lo más deseable y confiable es la evaluación por parte del propio paciente, especialmente cuando los temas de medición son aspectos subjetivos de la CV. “Las escalas de calidad de vida para pacientes con EM podrían dividirse en universales (general - genérico) y específicas para la enfermedad (orientadas a la enfermedad)” (Noble, Forooghian, & Sproule, 2006).

Metodología

Esta investigación está enfocada en el estudio de la Calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple con la finalidad de brindar información a lectores, especialista y estudiantes, en aras de reducir el impacto negativo que este tipo de enfermedad tiene en las personas que la padecen y brindar una mejor calidad de vida, a través, de tratamientos que proporcionen una mayor efectividad.

La revisión se ha centrado en textos, documentos y artículos científicos publicados disponibles en la web, considerando que

aquella herencia de la globalización permite acceder a mayor y mejor información a través de las herramientas tecnológicas. El motor de búsqueda ha sido herramientas académicas de la web que direccionan específicamente a archivos con validez y reconocimiento científico, descartando toda información no confirmada o sin las respectivas referencias bibliográficas.

Resultados

Cuestionarios genéricos

Entre los cuestionarios genéricos utilizados en otras entidades patológicas, la evaluación de la calidad de vida en pacientes con EM más utilizados son: “Medical Outcome Study 36-Item Short Form Health Survey SF-36, EuroQoL EQ-5D, Sickness Impact Profile (SIP), Life Satisfaction Questionnaire - LSQ, WHOQOL BREF y Quality of Well-Being Scale – QWBS” (OPS, 2018).

Los cuestionarios mencionados anteriormente se han probado en muchos países. En la literatura, existen numerosos y detallados datos sobre su validez y fiabilidad, también en relación con la EM. “La escala del SF-36 permite evaluar las octavas áreas de la calidad de vida durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta, tarda unos 9 minutos en completarse. Es particularmente útil para predecir el curso de la enfermedad” (OPS, 2018). Las desventajas incluyen el efecto del límite inferior y superior y una sensibilidad relativamente baja para cambiar la calidad de vida.

La escala EQ-5D permite evaluar las quintas áreas de salud y autoestima en el momento del estudio. El tiempo de llenado es de 3 min. Debido a la evaluación de tres niveles, el sistema EQ-5D es poco sensible a los cambios en la calidad de vida, especialmente en pacientes con una puntuación de 5 o más según la EDSS (Expanded Disability Status Scale). Está destinado principalmente a la gestión de los responsables de la toma de decisiones sanitarias (EuroQoL Group, 2000).

El cuestionario SIP “permite evaluar 12 áreas de funcionamiento en el momento del estudio y (a diferencia del SF-36 y EQ-5D) es sensible al cambio del paciente” (OPS, 2018). Las desventajas de SIP incluyen su longitud (136 ítems), lo que significa que el tiempo de llenado puede ser de hasta 30 minutos. “LSQ se utiliza para evaluar la satisfacción general y la satisfacción con las octavas áreas de la vida. Las respuestas a la sexta escala de puntuación estimada van desde muy insatisfecho hasta muy satisfecho” (OPS, 2018). QWB permite la evaluación de la movilidad, la actividad física, la actividad social y 27 síntomas. “La combinación de las categorías anteriores puede identificar 43 niveles funcionales del paciente. Se recomienda que el cuestionario se complete mediante entrevista, por una persona capacitada para tal fin. El tiempo de llenado es de 10 a 15 minutos” (OPS, 2018).

Cuestionarios específicos para la EM

Una de las escalas específicas para la EM más comúnmente utilizadas “es el Instrumento de Calidad de Vida para la Esclerosis Múltiple (MSQoL-54)” (Orozco, 2019). Esta escala es una modificación del SF-36, al que se agregaron 18 preguntas específicas para la EM. La herramienta consta de “52 ítems agrupados en 12 subescalas y dos preguntas distintas. Estos son el impacto de la enfermedad, la satisfacción general con la calidad de vida, la función cognitiva, la energía, el dolor, la función sexual y la situación social” (Orozco, 2019). La escala está protegida por derechos de autor y su aplicación requiere el permiso de los autores cada vez.

Otra herramienta de uso frecuente es la Evaluación funcional de la esclerosis múltiple (FAMS). “La escala original consta de 88 preguntas, era una diminuta posición número 44, organizada en seis subescalas. Estos son movilidad, síntomas y condición emocional, satisfacción, actividad mental y fatiga, y bienestar familiar y socio-hoga-

reño” (Fontcuberta, 2015). En respuesta a cada pregunta, el encuestado debe elegir una de las cinco habilidades para evaluar el grado de satisfacción.

El cuestionario de Hamburgo sobre la calidad de vida en la EM - HAQUAMS fue publicado en 2001 por autores alemanes. Contiene 38 preguntas organizadas en cinco dominios: movilidad de las extremidades superiores, movilidad de las extremidades inferiores, social funcionamiento, estado de ánimo y fatiga/pensamiento. HAQUAMS se basa en gran medida en SF-36 y FAMS (Fontcuberta, 2015).

La herramienta “que se refiere únicamente a los indicadores subjetivos de la calidad de vida en la EM es Quality of Life Index - QLI, publicado por” (Ferrans & Powers, 1992). Existe una versión genérica de la herramienta y seis variedades específicas, incluidos los pacientes con EM. El Cuestionario sobre CdV en pacientes con EM, al igual que otras versiones, “consta de dos partes que contienen 35 preguntas cada una. En la primera parte de la prueba, se dan respuestas a las preguntas sobre la satisfacción o insatisfacción de las personas en diversos aspectos de su vida” (Orozco, 2019).

En la segunda parte, se dan respuestas a preguntas sobre la importancia de estos ámbitos de la vida para la persona. La respuesta a la estimación de la escala de sexto punto. La evaluación final de la escala total y cuatro subescalas representan la importancia de la puntuación de ambas partes. Debido a la extensión y al método para registrar las respuestas, una muy buena cooperación se requiere por parte del paciente (Fontcuberta, 2015)

Además de los mencionados anteriormente para la evaluación de la CV en pacientes con EM, también se aplican: “la Escala de Impacto de la Esclerosis Múltiple - MSIS-29 y el Inventario de Calidad de Vida de la Esclerosis Múltiple - MSQLI. El MSIS-29” (DiLorenzo, Halper, & Picone, 2003) y se basa en los resultados de la autoevaluación del

tratamiento para la salud física y mental. MSQLI. “Contiene 138 elementos, organizados en 10 subescalas genéricas y específicas” (DiLorenzo, Halper, & Picone, 2003).

Evaluación de las funciones cognitivas y la depresión

Las puntuaciones de la calidad de vida suelen complementarse con un estudio de la función cognitiva y la depresión, ya que estos factores afectan significativamente el sentido de la calidad de vida, así como un contexto importante para la interpretación de los resultados de las pruebas.

El deterioro cognitivo severo y los síntomas depresivos pueden ser una contraindicación para probar PRO. La puntuación de la CV en pacientes con EM, especialmente cuando se realiza con fines científicos, requiere la medición del estado funcional y la fatiga, porque además de la depresión y el deterioro cognitivo, son los determinantes más importantes de la CV en pacientes con EM (OPS, 2018).

A continuación, se realiza una revisión de los cuestionarios más utilizados para evaluar las funciones emocionales y cognitivas.

Según diferentes autores, se observan disfunciones cognitivas en el 40-65% de los pacientes con EM. En el diagnóstico preliminar de estos trastornos, “las pruebas más utilizadas son: la prueba de Benton, el Mini Examen del Estado Mental (MMS), la Prueba de Dibujo del Reloj, la prueba de detección de la vista de Rosenbaum (Pocket Vision Screener - PVS), la prueba de Wechsler” (Weinstein, Schwid, & Schiffer, 2009).

Las pruebas neuropsicológicas específicas comúnmente utilizadas son: “Prueba de asociación oral controlada de palabras (COWAT), Prueba de aprendizaje verbal de California (CVLT), Tarea de modalidad de símbolo de dígitos (SDMT), Sistema de función ejecutiva Delis-Kaplan (D-KEFS), Adición serial auditiva con ritmo (PASAT)” (White & Petajan, 2014). El impacto nega-

tivo del deterioro cognitivo en la calidad de vida se demostró en varios estudios, entre otros en el trabajo de Benito, Morales, & Rivera, (2012) “quienes utilizaron la escala Mini-Mental y la prueba del dibujo del reloj. Los resultados de estas pruebas se correlacionaron negativamente con 6 dominios de la calidad de vida en FAMS”. Los autores Benito, Morales, & Rivera, (2012) concluyeron:

El estigma social, la falta de trabajo y la aceptación de la EM eran los mayores problemas para el paciente, mientras que el apoyo de la red familiar, la relación que se debe establecer con el paciente, el impacto de la EM en los niños y el rol desempeñado por el trabajo remunerado eran las principales dimensiones de la enfermedad para el cuidador.

La depresión en la EM se conoce bastante bien, su prevalencia se estima en un 15 a un 60% de los pacientes. Para la evaluación de la depresión en la EM más frecuente, los métodos aplicados son “el Inventario de Beck, la escala de Hamilton, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria - HADS), escala de Zung y escala de Montgomery-Asberg (Escala de calificación de depresión de Montgomery-Asberg – MADRS)” (Benedict, Wahling, & Bakshi, 2005).

La escala de Hamilton es más útil para el estudio de la depresión en ancianos, mientras que la escala de Beck se usa en personas más jóvenes; los estudios realizados anteriormente indican claramente el efecto negativo de la depresión en los pacientes con calidad de vida. En los estudios de Benedict, Wahling, & Bakshi, (2005), “los pacientes con EM informaron una HQOL más baja ($p < 0,001$) y tenían más probabilidades de ser discapacitados (45% de los pacientes frente a 0 controles)”. La HQOL física se predijo por la fatiga, la depresión y la discapacidad física. La HQOL mental se asoció solo con depresión y fatiga.

Los autores Lobentanz, Asenbaum, & Vass, (2014) evaluaron los factores que influyen en la CV en la EM.

Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes estaban gravemente discapacitados; casi la mitad presentaba una depresión de leve a grave, que sufría de reducción de la calidad del sueño y / o fatiga. Los pacientes con esclerosis múltiple tenían puntuaciones QLI más significativamente más bajas que en todos los controles (p. 8)

Se encontró que las puntuaciones de EDSS y SDS (Self-rating Depression Scale) son predictores de la puntuación global de QLI. Con respecto a los diferentes dominios QLI, las puntuaciones medias de SDS siguieron siendo predictivas para todos los ítems de QLI, mientras que las puntuaciones medias de EDSS, PSQI (índice de calidad del sueño de Pittsburgh) y FSS (Fatigue Severity Scale) solo fueron predictivas para los dominios físicos. En conclusión, su estudio demostró claramente que el estado de ánimo depresivo es el principal factor que influye en la calidad de vida. El estado de discapacidad, la fatiga y la reducción de la calidad del sueño tienen un impacto principalmente en los dominios físicos de la calidad de vida.

En los estudios de Amato, Ponziani, & Rossi, (2011), “hubo una relación inversa moderada entre el nivel de discapacidad y el puntaje compuesto físico MSQOL-54, y una correlación inversa moderada a fuerte entre la gravedad de la depresión o la fatiga y los puntajes compuestos físicos y mentales”. En un análisis de regresión lineal escalonada, se confirmó que la depresión, la fatiga y el nivel de discapacidad eran predictores importantes e independientes de la calidad de vida. En el estudio de la calidad de vida, “la autoestima a veces se extiende al dolor en muchos casos. Para ello las más utilizadas son: la escala analógica visual del dolor (Escala analógica visual - EVA) y la EQ-5D EQ incorporada en EuroQuol 5D” (Amato, Ponziani, & Rossi, 2011).

La fatiga global

La fatiga es uno de los síntomas más comunes de la esclerosis múltiple y se asocia con una reducción de la calidad de vida. Recientemente se ha informado en la literatura que la fatiga en la EM tiene una frecuencia creciente. Esto puede definirse como apatía incontrolable, falta de energía o sensación de agotamiento sin relación con la depresión o debilidad muscular. En dos tercios de los pacientes con EM, aparece como uno de los tres síntomas principales y las opiniones de los pacientes sobre los síntomas más molestos de la enfermedad. “Estudios recientes han confirmado los estudios estadounidenses y alemanes, que subrayan la independencia del grado de fatiga, depresión y discapacidad física” (DiLorenzo, Halper, & Picone, 2003). El síndrome de fatiga en pacientes con EM no se puede evaluar de forma objetiva. Es por ello que para la evaluación de la fatiga se han desarrollado más de 30 escalas.

Los más utilizados son el Fatigue Escala de severidad - FSS por y la (Escala de impacto de fatiga modificada -MFIS). FSS se compone de nueve ítems, a los que el paciente respondió hasta una estimación de escala de 7 puntos. “El resultado final es la media aritmética de las puntuaciones de todos los ítems. La puntuación media de FSS para pacientes con EM es 6,5”. (Krupp, La Rocca, & Muir-Nash, 1989)

Evaluación del estado funcional

Numerosos autores confirmaron la importancia de la evaluación del estado funcional en la CV de la EM, aunque sea menor que las alteraciones emocionales.

Las medidas más comunes del estado funcional en pacientes con EM son las siguientes escalas: Escala de estado de discapacidad ampliada o extendida - EDSS de Kurtzke, Escala de valoración neurológica de Scripps - SNRS, Índice de Barthel (BI) y Medida de independencia funcional - FIM. En EDSS, los pasos precisos se indican

mediante puntuaciones funcionales, que se clasifican de normal (0) a deterioro máximo (5 o 6) para piramidal, cerebelo, tronco encefálico, sensorial, intestinal y vesical, visual, cerebral o mental, y otras funciones (Vermersch, de Seze, & Delisse, 2012)

Calidad de vida en las alteraciones visuales en la esclerosis múltiple

En la esclerosis múltiple, la vía visual a menudo tiende a verse afectada. “Un síntoma muy temprano, que precede a los signos neurológicos, es la neuritis óptica retrobulbar. En los pacientes con EM, la visión de cerca, como la distancia, el color y la visión periférica puede verse alterada” (Lobentanz, Asenbaum, & Vass, 2014). Muchos pacientes no son conscientes de la discapacidad visual que podría provocar el retraso en el diagnóstico. La evaluación del campo visual en pacientes con EM permite el diagnóstico precoz y el seguimiento de la evolución de la enfermedad.

La etapa más importante en el seguimiento del curso de la enfermedad es la evaluación de la calidad de vida. “La valoración de la calidad de vida en la EM es bien conocida, incluso mejor que en otras enfermedades neurológicas. Menos conocida es la cuestión de la calidad de vida, disminuida debido a defectos del campo visual en la EM” (Horton, Rudick, Hara, & Marrie, 2010).

La posibilidad actual de evaluación de la calidad de vida en pacientes con EM incluye el cuestionario VFQ-25 como una herramienta sensible y útil en la autoevaluación de la función visual en pacientes con EM. El VFQ-25 consta de 25 preguntas que comprenden las 12 subescalas. Se refieren a la sensación general de salud, una evaluación general de la visión, el dolor ocular, la visión de cerca, la visión de lejos, el funcionamiento social, la salud mental, la dificultad para desempeñar el papel actual, la autonomía, la conducción, la visión de los colores y la visión periférica (Noble, Forooghian, & Sproule, 2006).

Papel de la comorbilidad en la EM

En el estudio de Horton, Rudick, Hara, & Marrie, (2010).

La concordancia entre el autoinforme y los registros médicos sobre la comorbilidad en la EM fue alta ($\kappa > 0,82$) para la diabetes y la hipertensión; sustancial ($\kappa = 0,62-0,80$) para hiperlipidemia, enfermedad tiroidea, glaucoma y enfermedad pulmonar; moderada ($\kappa = 0,43-0,56$) para osteoporosis, síndrome del intestino irritable, migraña, depresión, enfermedades cardíacas y trastornos de ansiedad. El acuerdo fue de leve a regular para las demás comorbilidades (p. 87).

Conclusiones

La revisión en curso se encargó de ofrecer una visión general amplia de la calidad de vida en la EM. Los hallazgos muestran la importancia de las variables clínicas, psicosociales y demográficas como factores protectores y de riesgo de CdV. Mediante la exploración de investigaciones que hacían mención al tema, se identificaron como opciones prometedoras para mejorar la calidad de vida una variedad de intervenciones psicológicas que van desde enfoques conductuales cognitivos y basados en la atención plena hasta grupos de autoayuda que abordan estos factores.

Estos hallazgos tienen importantes implicaciones clínicas. Es necesaria una evaluación biopsicosocial sólida de los pacientes con EM en la práctica clínica diaria para garantizar la posibilidad de una identificación temprana de los factores de riesgo de la CdV y se recomienda una intervención psicológica basada en la evidencia para mejorar o estabilizar la CdV con el fin de lograr una mejor calidad de vida de estos pacientes que les ayuda a sobrellevar con más empatía las complicaciones de esta enfermedad.

Bibliografía

- Amato, M., Ponziani, G., & Rossi, F. (2011). Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. *Mult Scler*, 340-344.
- Benedict, R., Wahling, E., & Bakshi, R. (2005). Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *J Neurol Scs*, 29-34.
- Benito, J., Morales, M., & Rivera, N. (2012). Health-related quality of life and its relationship to cognitive and emotional functioning in multiple sclerosis patients. *Eur J Neurol*, 497-502.
- DiLorenzo, T., Halper, J., & Picone, M. (2003). Reliability and validity of the Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory in older individuals. *Disabil Rehabil*, 891-897.
- EuroQoL Group. (2000). EuroQoL: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 199-208.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health*, 29-38.
- Fontcuberta, A. (2015). Cognición y emoción: su impacto en la esclerosis múltiple. TESIS DOCTORAL, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, Departamento de Medicina, Madrid.
- Horton, M., Rudick, A., Hara, C., & Marrie, R. (2010). Validation of a Self-Report Comorbidity Questionnaire for Multiple Sclerosis. *Neuroepidemiology*, 83-90.
- Jaracz, K., & Kozubski, W. (2013). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurol Scand*, 324-329.
- Krupp, L., La Rocca, N., & Muir-Nash, J. (1989). The Fatigue Severity Scale, Application to Patients with Multiple Sclerosis and Systemic Lupus Erythematosus. *Arch Neurol*, 1121-1123.
- Lobentanz, I., Asenbaum, S., & Vass, K. (2014). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurol Scand*, 6-13.
- Mitchell, A., Banito, J., & Rivera, N. (2015). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurol*, 556-566.
- Noble, J., Forooghian, F., & Sproule, M. (2006). Utility of the National Eye Institute VFQ-25 questionnaire in a heterogeneous group of multiple sclerosis patients. *Am J Ophthalmol*, 464-468.
- OPS. (2018). Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- Orozco, C. (9 de Agosto de 2019). Calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple atendidos en una institución de salud de Medellín. *Medicarte IPS*, 21(3), 1-9.
- Vermersch, P., de Seze, J., & Delisse, B. (2012). Quality of life in multiple sclerosis: influence of interferon-beta1 a (Avonex) treatment. *Mult Scler*, 377-381.
- Weinstein, A., Schwid, S., & Schiffer, R. (2009). Neuropsychologic status in multiple sclerosis after treatment with glatiramer. *Arch Neurol*, 319-324.
- White, A., & Petajan, J. (2014). Physiological measures of therapeutic response to interferon beta-1a treatment in remitting-relapsing MS. *Clin Neurophysiol*, 2364-2371.

CITAR ESTE ARTICULO:

Méndez Barbosa, E. A., Guancha Aza, L. J., Ávila Gelvez, J. A., & Gómez Alfonso, A. E. (2021). Calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple. *RECIMAUC*, 5(2), 4-12. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.4-12](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.4-12)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.