



ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

www.archbronconeumol.org



Introducción

José Luis Álvarez-Sala^{a,*} y Javier de Miguel Díez^b

^aServicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid

^bServicio de Neumología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema sanitario de primera magnitud, no sólo por su elevada prevalencia y los enormes costes que ocasiona, sino también por la alta morbimortalidad que acarrea. A pesar de la gran trascendencia que tiene en la evolución y el pronóstico de esta enfermedad, la comorbilidad asociada a la EPOC se ha estudiado de forma escasa, al menos en bastantes aspectos. Tan sólo en los últimos años su importancia se ha reflejado, al menos mencionado, en las publicaciones más recientes efectuadas sobre la enfermedad¹⁻⁴, así como en los documentos de consenso y las guías de actuación clínica^{5,6}.

Las normativas más recientes definen a la EPOC como una enfermedad prevenible y tratable de base inflamatoria, con un componente significativo de manifestaciones extrapulmonares que contribuyen a aumentar la gravedad en muchos pacientes^{5,6}. El componente extrapulmonar se refiere tanto a los efectos sistémicos de la EPOC, como a la comorbilidad frecuente que puede asociarse a ella. Esta comorbilidad puede ser causal (p. ej., otras enfermedades de las que también el tabaquismo es la causa, como la cardiopatía isquémica o el cáncer de pulmón), una complicación (p. ej., una hipertensión pulmonar o una insuficiencia cardíaca), una coincidencia (p. ej., un trastorno relacionado con la edad avanzada, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la depresión o la artrosis) o una intercurencia (p. ej., un proceso agudo, generalmente limitados en el tiempo, como una infección respiratoria)⁷.

La comorbilidad en la EPOC no sólo contribuye a aumentar la repercusión social y el coste anual de la enfermedad, sino que también es un factor pronóstico de mortalidad en los pacientes en lo que existe⁸. De hecho, en 2 estudios recientes se ha demostrado que, además de la insuficiencia respiratoria, la cardiopatía isquémica y las neoplasias son causas frecuentes por las que fallecen los individuos que tienen una EPOC^{9,10}. En otras palabras, los pacientes a veces mueren con una EPOC, pero no directamente por una EPOC.

En esta monografía se estudia la llamada comorbilidad de la EPOC, es decir, el conjunto de alteraciones y trastornos que pueden encontrarse asociados, por uno u otro motivo, a esta enfermedad. Obviamente, no se ha pretendido ser exhaustivos. El criterio seguido ha

sido el de elegir las “comorbilidades” que nos han parecido más importantes o relevantes por su frecuencia, por la repercusión que producen o por la mortalidad que originan. Para afrontar el análisis y la descripción de cada una de ellas, se ha podido contar con la colaboración de neumólogos expertos en cada uno de los temas propuestos. Este es un buen momento para agradecerles a todos ellos su magnífica ayuda y el estupendo trabajo que han realizado. Este agradecimiento debe hacerse extensivo también, como es lógico, a GlaxoSmithKline, que no ha dudado en respaldar y alentar esta monografía, y a ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, por habernos dado la oportunidad de coordinarla. Al llevarla a cabo, nuestro objetivo se ha centrado en conseguir que su lectura sea útil y tenga interés para todos los médicos implicados en el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC.

Bibliografía

1. Sin DD, Anthonisen NR, Soriano JB, Agustí AG. Mortality in COPD: role of comorbidities. *Eur Respir J*. 2006;28:1245-57.
2. Chatila WM, Thomashow BM, Minai OA, Criner GJ, Make BJ. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc*. 2008;5:549-55.
3. Rodríguez Roisin R, Soriano JB. Chronic obstructive pulmonary disease with lung cancer and/or cardiovascular disease. *Proc Am Thorac Soc*. 2008;5:842-7.
4. Fabbri LM, Luppi F, Beghé B, Rabe KF. Complex chronic comorbidities of COPD. *Eur Respir J*. 2008;31:204-12.
5. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD 2008. [Consultado el 10-7-2009] Disponible en: <http://www.goldcopd.org>
6. Peces-Barba G, Barberà JA, Agustí A, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL, et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2008;5:271-81.
7. De Miguel Díez J, Méndez Bailón M. Comorbilidad en la EPOC. Implicaciones diagnósticas y terapéuticas. *Rev Patol Respir*. 2008;11(Supl 2):109-16.
8. Mannino DM, Watt G, Hole D, Gillis C, Hart C, McConnachie A, et al. The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2006;27:627-43.
9. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2007;356:775-89.
10. Bale G, Martínez Cambor, Burge PS, Soriano JB. Long-term mortality follow-up of the Isolde participants: causes of death during 13 years after trial completion. *Respir Med*. 2008;102:1468-72.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlalvarezsala@gmail.com (J.L. Álvarez-Sala).