

Editorial

Comorbilidades de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica



Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease

José Luis Izquierdo Alonso^{a,b}

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario, Guadalajara, España

^b Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, Madrid, España

En los últimos años se viene insistiendo en la necesidad de adaptar la práctica clínica a las características del paciente. Este planteamiento puede considerarse el embrión de la medicina personalizada, cuyo objetivo es el paciente y no una determinada enfermedad. Por el contrario, las guías de práctica clínica siguen basándose en la evidencia científica y/o en el consenso de expertos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades concretas. Este planteamiento puede ser válido para el paciente cuando el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad no está condicionado por otros procesos. Sin embargo esto no ocurre en la EPOC, ya que en este caso los pacientes frecuentemente presentan otras enfermedades que modifican aspectos claves de la expresión clínica, calidad de vida, tratamiento y mortalidad.

La EPOC es una enfermedad que suele empezar a partir de los 40 años, alcanzando su máxima prevalencia entre los 60-80 años. Esto también ocurre con la mayoría de enfermedades crónicas, que se suelen diagnosticar de forma progresiva a partir de la cuarta década de la vida, con prevalencias máximas a partir de los 65 años. Por este motivo, no es extraño que los pacientes con EPOC presenten otras enfermedades asociadas. Aunque en las 2 últimas décadas se ha propuesto que, adicionalmente, la EPOC podría participar de forma decisiva en la patogenia de otras enfermedades asociadas, especialmente de la enfermedad cardiovascular, el grado de desconocimiento y confusión actual sobre este tema es muy elevado. Sin embargo, independientemente de si son enfermedades coincidentes o si también hay una relación causal, la presencia de otras enfermedades en el paciente con EPOC no solo aumenta la complejidad y la carga económica, sino que también induce errores en el diagnóstico y en el tratamiento¹.

En nuestro entorno, un elevado número de pacientes son diagnosticados y tratados como EPOC por síntomas. No es infrecuente ver informes médicos con el término «criterios clínicos de EPOC» sin confirmación espirométrica. Comúnmente esta confusión se debe a que los síntomas de la EPOC pueden ser similares a los de otras enfermedades. En un estudio realizado en centros médicos del departamento de veteranos de EE.UU., se observó

una asociación entre la obesidad y la probabilidad de diagnóstico erróneo de la EPOC, que fue mayor a medida que aumentaban el sobrepeso². En esta misma población, la presencia de obesidad dio lugar a un mayor consumo de medicación. Este problema puede aplicarse en mayor o menor medida a otras enfermedades que cursen con disnea en pacientes mayores de 40 años.

El problema de las enfermedades asociadas en el diagnóstico se traslada también a los pacientes con EPOC confirmada con espirometría posbroncodilatador. Las guías clínicas estratifican la gravedad de la enfermedad y el tratamiento en función de los síntomas del paciente, del grado de limitación funcional y del número de exacerbaciones. No tener en cuenta las comorbilidades puede ser una fuente de error ya que el grado de disnea, la limitación con el esfuerzo, e incluso el grado de afectación funcional, puede estar relacionado con factores ajenos a la obstrucción³. De forma especial, la obesidad y la cardiopatías asociadas pueden aumentar el nivel de disnea en la escala mMRC para un determinado valor del FEV₁. Así mismo, otros procesos como la ansiedad o la depresión pueden modular de forma muy relevante la expresión de la enfermedad, cuya categorización, en ocasiones se realiza con escalas subjetivas. El resultado final es que cualquier recomendación que apoye el incremento del tratamiento sin valorar previamente estos factores puede inducir errores clínicamente relevantes.

El problema de las comorbilidades en fase estable se traslada también a las exacerbaciones. Cada vez está más aceptado que es insuficiente definir numéricamente las exacerbaciones. Además de existir diferentes «fenotipos» de exacerbaciones, es necesario tener en mente que, especialmente en población más grave, otras enfermedades diferentes a la EPOC (cardiopatías, reflujo gastroesofágico, etc.) pueden ser las verdaderas responsables de este deterioro clínico, sin olvidar el impacto negativo que puede tener la interacción de una enfermedad exacerbada sobre los otros procesos⁴.

Posiblemente la mayor atención de las comorbilidades en la EPOC se ha centrado en su impacto sobre la mortalidad. Divo et al.⁵, tras un análisis de 79 comorbilidades observaron que 12 influyeron negativamente en la supervivencia. Por su mayor prevalencia y su impacto en el pronóstico, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón deben valorarse específicamente en cualquier plan de manejo clínico de la EPOC. Sin embargo, esto no significa que, como se ha propuesto en los últimos años, esté demostrado

Correo electrónico: jlizquierdo@sescam.org

que la EPOC sea clave en su patogenia, y que por este motivo esté justificado establecer tratamientos específicos en estos pacientes. De hecho, el concepto de EPOC como enfermedad sistémica debe ser reevaluado analizando conjuntamente las comorbilidades asociadas. Los resultados negativos del estudio SUMMIT refuerzan este posicionamiento⁶. De momento, y con la información disponible, el manejo de las comorbilidades, especialmente las relacionadas con el riesgo cardiovascular no debe ser diferente que en pacientes sin EPOC.

A modo de resumen y poniendo en perspectiva el paciente con EPOC que vemos en nuestras consultas, especialmente el más grave que requiere una mayor atención especializada, resulta evidente que en el futuro va a suponer un reto para el neumólogo. Lo habitual va a ser que coexistan varias enfermedades, que van a ser claves en la modulación de la expresión clínica, y sin cuyo tratamiento integrado, el objetivo fundamental que es tratar al paciente y no solo una enfermedad no se va a realizar correctamente, incluso si nos ajustamos a las guías clínicas¹.

Bibliografía

1. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;10:716–24.
2. Collins BF, Ramenofsky D, Au DH, Ma J, Uman JE, Feemster LC. The association of weight with the detection of airflow obstruction and inhaled treatment among patients with a clinical diagnosis of COPD. *Chest*. 2014;146:1513–20.
3. Leone N, Courbon D, Thomas F, Bean K, Jégo B, Leynaert B, et al. Lung function impairment and metabolic syndrome: The critical role of abdominal obesity. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;15:509–16.
4. Patel AR, Donaldson GC, Mackay AJ, Wedzicha JA, Hurst JR. The impact of ischemic heart disease on symptoms, health status, and exacerbations in patients with COPD. *Chest*. 2012;141:851–7.
5. Divo M, Cote C, de Torres JP, Casanova C, Marin JM, Pinto-Plata V, et al. Comorbidities and Risk of Mortality in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186:155–61.
6. Vestbo J, Anderson J, Brook RD, Calverley PM, Celli BR, Crim C, et al. The Study to Understand Mortality and Morbidity in COPD (SUMMIT) study protocol. *Eur Respir J*. 2013;41:1017–22.