

Patología cardiovascular en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de las islas Canarias. «El mojo picón de nuestras papas»



Cardiovascular Disease in a Canary Island Patient with chronic obstructive pulmonary disease: “Spicy Sauce for Our Wrinkled Potatoes”

Estimado Director:

El mojo picón es una salsa típica del archipiélago canario elaborada básicamente con aceite, vinagre y pimienta roja, lo que le otorga su color rojo característico. Esta salsa picona, usada por marineros de antaño para acompañar a nuestras famosas *papas arrugadas* cuando no había nada que comer en alta mar, surge de la confluencia de diversas culturas que coincidieron en aquellos años en donde las islas eran un puente para el comercio con América, Europa y África. A día de hoy, cuando un canario sale fuera de las islas Canarias lo habitual es que lo relacionen directamente con este plato, siendo normalmente su «carta de presentación». Pero este distintivo generado por las mezclas culturales no solo es aplicable a la gastronomía, sino también a los enfermos de esta comunidad autónoma.

Aunque la población canaria se considera fenotípicamente caucásica, sus orígenes étnicos difieren respecto del resto de España. Los habitantes del archipiélago son descendientes de una mezcla de población aborigen del norte de África y colonos europeos que llegaron a las islas en el siglo xv¹. Aspectos como la lejanía respecto al continente, así como las propias características geográficas de las islas, han favorecido el proceso de endogamia durante muchas generaciones. Esta situación ha podido facilitar

la aparición de enfermedades «poco habituales» en zonas concretas de la región, como es el caso de la miocardiopatía hipertrófica familiar², o que exista una mayor prevalencia de variantes infrecuentes de alelos deficitarios de alfa-1 antitripsina³. Dicha «selección genética» confiere que enfermedades crónicas como las enfermedades respiratorias o cardiovasculares se desarrollen con una mayor complejidad en población de las islas Canarias respecto a la población del continente^{1,4}.

En lo que respecta a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) el archipiélago muestra una prevalencia inferior a la media nacional⁵, aunque diversos estudios parecen apuntar a que su manejo pueda conllevar una mayor dificultad^{6,7}. Los pacientes de las islas presentan una carga de comorbilidad superior a otras cohortes españolas con similar grado de obstrucción⁶, lo que los sitúa en un panorama clínico desfavorable. A pesar de un menor consumo de tabaco, estos enfermos muestran una alta prevalencia de comorbilidad cardiovascular, incluso desde los estadios más precoces de la enfermedad, con tasas superiores tanto a lo descrito a nivel nacional⁷ como a nivel de Europa o Estados Unidos, haciendo especial hincapié en una mayor presencia de hipertensión arterial (HTA), dislipidemia (DLP) y obesidad, además de arritmia cardiaca y cardiopatía isquémica (CI) (fig. 1).

La disnea, principal motivo por el que la mayoría de los sujetos solicitan atención médica, engloba múltiples aspectos, tanto cualitativos como cuantitativos, originando una importante heterogeneidad con la que este síntoma puede expresarse en esta enfermedad y donde las comorbilidades cardiovasculares tendrán un papel relevante. En Canarias, en los pacientes con EPOC más sintomáticos (grupos B y D de la GOLD 2017) el riesgo de detectar la presencia de CI o insuficiencia cardiaca (IC) se multiplica hasta 4 veces, y se duplica en el caso de la arritmia cardiaca, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), HTA y arteriopatía periférica⁸. Estos

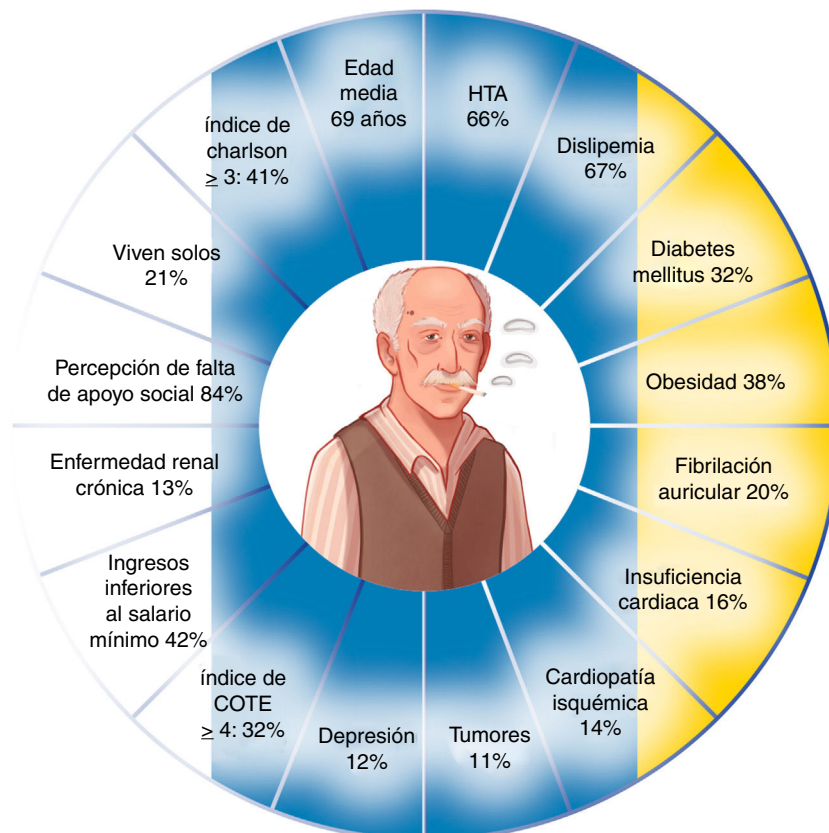


Figura 1. Caracterización del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Canarias. Esquema adaptado de los diversos estudios realizados en el archipiélago. COTE: COPD-comorbidity test; HTA: hipertensión arterial.

resultados difieren de lo observado en otras poblaciones: Kahnert et al.⁹ describieron en población con EPOC de Reino Unido cómo el riesgo de detectar CI apenas se duplicaba en los pacientes con EPOC más sintomáticos, sin encontrar una relación significativa en lo referente a la existencia de IC, DM2 o HTA. Estos resultados refrendan la importancia de la valoración de la enfermedad cardiovascular para un correcto control de los síntomas en los pacientes de las islas, destacando la implicación de la enfermedad cardíaca en aquellos sujetos con un mayor grado de disnea y los accidentes cerebrovasculares en aquellos enfermos con mayor riesgo de exacerbación¹⁰.

En lo que respecta al riesgo de hospitalización, resultados obtenidos en el Lung Health Study¹¹ mostraron que hasta el 42% de las primeras hospitalizaciones producidas en pacientes con EPOC leve fueron de causa cardiovascular. A este aspecto se suman los resultados publicados por el estudio SUMMIT, en donde se determinó que el riesgo de un evento cardiovascular tras una exacerbación en pacientes con EPOC y comorbilidad cardiovascular se incrementaba por 4 en los 30 días posteriores de su inicio, multiplicándose por 10 en aquellos casos que requirieran ingreso hospitalario¹². Un modesto estudio realizado en población del archipiélago donde se evaluó la eficacia de la administración de la vacuna neumocócica de polisacáridos conjugados 13-valente en pacientes con EPOC y enfermedad cardiovascular establecida objetivó que el riesgo de ingreso por agudización en aquellos sujetos con comorbilidad cardiovascular se incrementaba hasta 9 veces respecto a los que no presentaban dicha patología¹³. Debido a la alta carga cardiovascular de los enfermos de las islas, estos datos refuerzan la necesidad de establecer medidas dirigidas a un correcto control de la comorbilidad y extremar el seguimiento en caso de desarrollarse una agudización.

En lo que respecta al impacto de las comorbilidades en el pronóstico vital de estos enfermos, un estudio publicado por Divo et al.¹⁴ concluyó que la enfermedad cardiovascular, especialmente la CI, la IC o la arritmia cardíaca, tiene un impacto negativo en la supervivencia de los pacientes con EPOC en seguimiento ambulatorio. Basándonos en dicho estudio, realizamos un análisis similar en pacientes del archipiélago y detectamos que el impacto de la enfermedad cardiovascular difiere respecto a lo publicado por estos autores, adquiriendo especial relevancia en la comunidad canaria la enfermedad renal crónica, sin detectar un impacto significativo en lo que respecta a la presencia de CI¹⁵ (hecho que puede verse favorecido por la importante gestión de esta enfermedad en el archipiélago).

Todo lo comentado nos debe hacer reflexionar acerca de cómo la población con EPOC de las islas Canarias difiere de la población a nivel de la península ibérica o Europa, lo que les confiere particularidades de las cuales debemos ser conscientes. Al igual que las *papas arrugadas con mojo picón*, dicha población con EPOC tiene su propia seña de identidad marcada por la complejidad de los enfermos, con un destacado papel de la comorbilidad cardiovascular/afectación sistémica (lo que hemos denominado coloquialmente «*fenotipo canario*»), y en donde el polinomio HTA, DLP, DM2, tabaquismo y obesidad forma parte de nuestro día a día. Ante estos hechos, debemos alertar de la necesidad de establecer medidas dirigidas para un correcto manejo de estos pacientes con intención de mejorar su calidad asistencial.

Agradecimientos

A todos mis compañeros y amigos, que me han apoyado en la empresa de caracterizar a la población con EPOC de las islas Canarias. Gracias a Violeta Ferrer por su ilustración.

Bibliografía

- Guillen-Guio B, Lorenzo-Salazar JM, González-Montelongo R, Díaz-de Usera A, Marcelino-Rodríguez I, Corrales A, et al. Genomic analyses of human european diversity at the southwestern edge: Isolation, African influence and disease associations in the Canary Islands. *Mol Biol Evol.* 2018;35:3010–26.
- Cuenca S, Ruiz-Cano MJ, Gimeno-Blanes JR, Jurado A, Salas C, Gomez-Diaz I, et al. Inherited Cardiac Diseases Program of the Spanish Cardiovascular Research Network (Red Investigación Cardiovascular). Genetic basis of familial dilated cardiomyopathy patients undergoing heart transplantation. *J Heart Lung Transplant.* 2016;35:625–35.
- Martínez Bugallo F, Figueira Gonçalves JM, Martín Martínez MD, Díaz Pérez D. [Spectrum of alpha-1 antitrypsin deficiency mutations detected in Tenerife]. *Arch Bronconeumol.* 2017;53:595–6.
- Aragón-Sánchez J, García-Rojas A, Lázaro-Martínez JL, Quintana-Marrero Y, Maynar-Moliner M, Rabellino M, et al. Epidemiology of diabetes-related lower extremity amputations in Gran Canaria, Canary Islands (Spain). *Diabetes Res Clin Pract.* 2009;86:e6–84.
- Cabrera López C, Juliá Serdá G, Cabrera Lcalzada C, Martín Medina A, Gullón Blanco JA, García Bello MÁ, et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in the Canary Islands. *Arch Bronconeumol.* 2014;50:272–7.
- Figueira Gonçalves JM, Golpe R, García Bello MA, García-Talavera I, Castro Añón O, et al. Comparison of the prognostic capability of two comorbidity indices in patients with chronic obstructive pulmonary disease, in real-life clinical practice. *Clin Respir J.* 2019;13:404–7.
- Figueira Gonçalves JM, Dorta Sánchez R, Rodríguez Pérez MDC, Viña Manrique P, Díaz Pérez D, Guzmán Saenz C, et al. Cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the Canary Islands (CCECAN study). *Clin Investig Arterioscler.* 2017;29:149–56.
- Figueira Gonçalves JM, Martín Martínez MD, Pérez Méndez LI, García Bello MA, García-Talavera I, Hernández SG, et al. Health status in patients with COPD according to GOLD 2017 Classification: Use of the COMCOLD Score in routine clinical practice. *COPD.* 2018;6:1–8.
- Kahnert K, Alter P, Young D, Lucke T, Heinrich J, Huber RM, et al. The revised GOLD 2017 COPD categorization in relation to comorbidities. *Respir Med.* 2018;134:79–85.
- Figueira Gonçalves JM, García Bello MA, Martín Martínez MD, Pérez Méndez LI, García-Talavera I, García Hernández S, et al. The COPD comorbidity in the light of the degree of dyspnea and risk of exacerbation. *COPD.* 2019;16:104–7.
- Miller J, Edwards LD, Agustí A, Bakke P, Calverley PM, Celli B, et al. Comorbidity, systemic inflammation and outcomes in the ECLIPSE cohort. *Respir Med.* 2013;107:1376–84.
- Kunisaki KM, Dransfield MT, Anderson JA, Brook RD, Calverley PMA, Celli BR, et al. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and cardiac events. A post hoc cohort analysis from the SUMMIT Randomized Clinical Trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018;198:51–7.
- Figueira Gonçalves JM, García Bello MA, Bethencourt Martín N, Díaz Pérez D, Pérez-Méndez LI. Impact of 13-valent pneumococcal conjugate polysaccharide vaccination on severe exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease and established cardiovascular disease. *Eur J Intern Med.* 2019;63:e14–6.
- 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.
- Figueira Gonçalves JM, García Bello MA, Martín Martínez MD, García-Talavera I, Golpe R. [Can the COPD-comorbidity be applied to all outpatients with chronic obstructive pulmonary disease? A single-center analysis]. *Arch Bronconeumol.* 2019, pii: S0300-2896(19)30212-1.

Juan Marco Figueira Gonçalves

Servicio de Neumología y Cirugía Torácica, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC), Santa Cruz de Tenerife, España

Correo electrónico: juanmarcofigueira@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.07.004>

0300-2896/ © 2019 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.