

Guía de Práctica Clínica: Manejo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable en atención primaria y secundaria

Management of stable chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care
(Nice Clinical Guideline 101, Junio 2010)

Resumen y traducido con autorización del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
Disponibile en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49399/49399.pdf>

Este artículo resume las recomendaciones más recientes del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) acerca del manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estable en atención primaria y secundaria, y actualiza la guía de práctica clínica publicada por primera vez por el NICE en 2004. El resumen contiene las recomendaciones más importantes relacionadas con los nuevos criterios diagnósticos para EPOC, los cambios en la clasificación de la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo, la necesidad de una evaluación multidimensional de su gravedad, un nuevo algoritmo para el tratamiento con fármacos inhalados, y el valor de la rehabilitación pulmonar temprana.

Recomendaciones

Las recomendaciones NICE están basadas en revisiones sistemáticas de la mejor evidencia disponible, considerando en forma explícita aspectos de costo-efectividad. Cuando la evidencia resulta escasa, las recomendaciones se basan en la experiencia del grupo de desarrollo de guías y en lo que se considera constituye una buena práctica.

El diagnóstico de EPOC

- Considere la posibilidad de diagnosticar EPOC en pacientes mayores de 35 años que tienen un factor de riesgo (por lo general fumar) y se presentan con disnea de esfuerzo, tos crónica, expectoración habitual, "bronquitis" o sibilancias frecuentes en invierno.
- Utilice la espirometría post-broncodilatador para confirmar el diagnóstico de EPOC (Recomendación actualizada).
- Considere la posibilidad de otros diagnósticos alternativos en:

- Personas mayores sin síntomas típicos de EPOC, donde la relación entre el volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF1) y capacidad vital forzada (CVF) es $<0,7$.
- Personas más jóvenes con síntomas de EPOC, donde la relación VEF1/CVF sea $\geq 0,7$ (Recomendación actualizada).
- Evalúe la severidad de la obstrucción al flujo aéreo de acuerdo con la reducción del VEF1 como se muestra en la tabla 1 (Recomendación Actualizada). Esta clasificación de la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo se alinea ahora con otras guías de organizaciones internacionales^{2,3}, y se refiere sólo a la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo y no a la gravedad clínica de la EPOC, para lo cual se requiere una evaluación más completa.
- La discapacidad en relación con EPOC puede ser mal reflejada por el VEF1. Una evaluación más completa de la gravedad debe contemplar el grado de obstrucción al flujo aéreo, la frecuencia de las exacerbaciones, y los siguientes factores pronósticos conocidos: disnea, utilizando la escala del Medical Research Council (MRC, ver tabla 2); el estado de salud; índice de masa corporal; cor pulmonale; VEF1; la capacidad de ejercicio, utilizando por ej. la prueba de caminata de seis minutos; el factor de transferencia de monóxido de carbono; y la presión parcial de oxígeno en sangre arterial (estos tres últimos, por lo general, sólo disponibles en la atención secundaria). Cuando existan los datos necesarios: índice de masa corporal, obstrucción al flujo aéreo (VEF1, % del valor teórico), disnea (escala MRC), y capacidad de ejercicio (prueba de caminata de seis minutos), se podrá obtener información pronostica calculando el índice BODE (Recomendación actualizada)⁴.

Tabla 1: Clasificación de la severidad de la obstrucción del flujo aéreo (cuando el cociente entre VEF1 y CVF luego de utilizar un broncodilatador es $< 0,7$).

NICE 2004 ¹	NICE 2004 ¹	ATS/ERS 2004 ³	GOLD 2008 ²	NICE 2010
≥ 80	No clasificada	Leve	Estadio 1: leve	Estadio 1: leve*
50 a 79	Leve	Moderada	Estadio 2: Moderada	Estadio 2: Moderada
30 a 49	Moderada	Severa	Estadio 3: Severa	Estadio 3: Severa
<30	Severa	Muy severa	Estadio 4: Muy severa [†]	Estadio 4: Muy severa [†]

VEF1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo. ATS/ERS: American Thoracic Society/European Respiratory Society. GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. NICE: Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica.

*Los síntomas deben estar presentes para diagnosticar EPOC en personas con obstrucción al flujo aéreo leve.

[†]O ante VEF1 $< 50\%$ acompañado de insuficiencia respiratoria.

Tabla 2: Escala de disnea del Medical Research Council adaptada por Fletcher⁵.

Grado	Grado de disnea relacionada con la actividad actividad física
1	Sin disnea salvo ejercicio extenuante
2	Disnea al apurarse o subir una pequeña cuesta
3	Camina más lento que coetáneos sobre un terreno plano a causa de la disnea, o tiene que frenar para tomar aire cuando camina a su propio ritmo
4	Se detiene para tomar aire luego de caminar 100 metros o luego de pocos minutos en terreno plano
5	Demasiada disnea para salir del hogar o disnea al vestirse o desvestirse

Derivación al especialista

Consulte a especialistas cuando esté clínicamente indicado. Esto puede ser apropiado en todas las etapas de la enfermedad y no sólo en los pacientes más gravemente discapacitados. Las indicaciones incluyen la incertidumbre diagnóstica, la enfermedad de rápida evolución (tanto por síntomas o espirometría), y la aparición de complicaciones como el cor pulmonale (ver guía completa para el cuadro detallado).

Dejar de fumar

- Anime a todos los pacientes con EPOC que siguen fumando a parar, sin importar la edad. Ofrezca ayuda para hacerlo en cada oportunidad.
- A menos que esté contraindicado, ofrezca terapia de reemplazo farmacológico (bupropión o vareniclina, según el caso) a los pacientes con EPOC que tengan intención de dejar de fumar, junto con un programa de apoyo adecuado para opti-

mizar las tasas de abandono (Recomendación actualizada)^{6,7}.

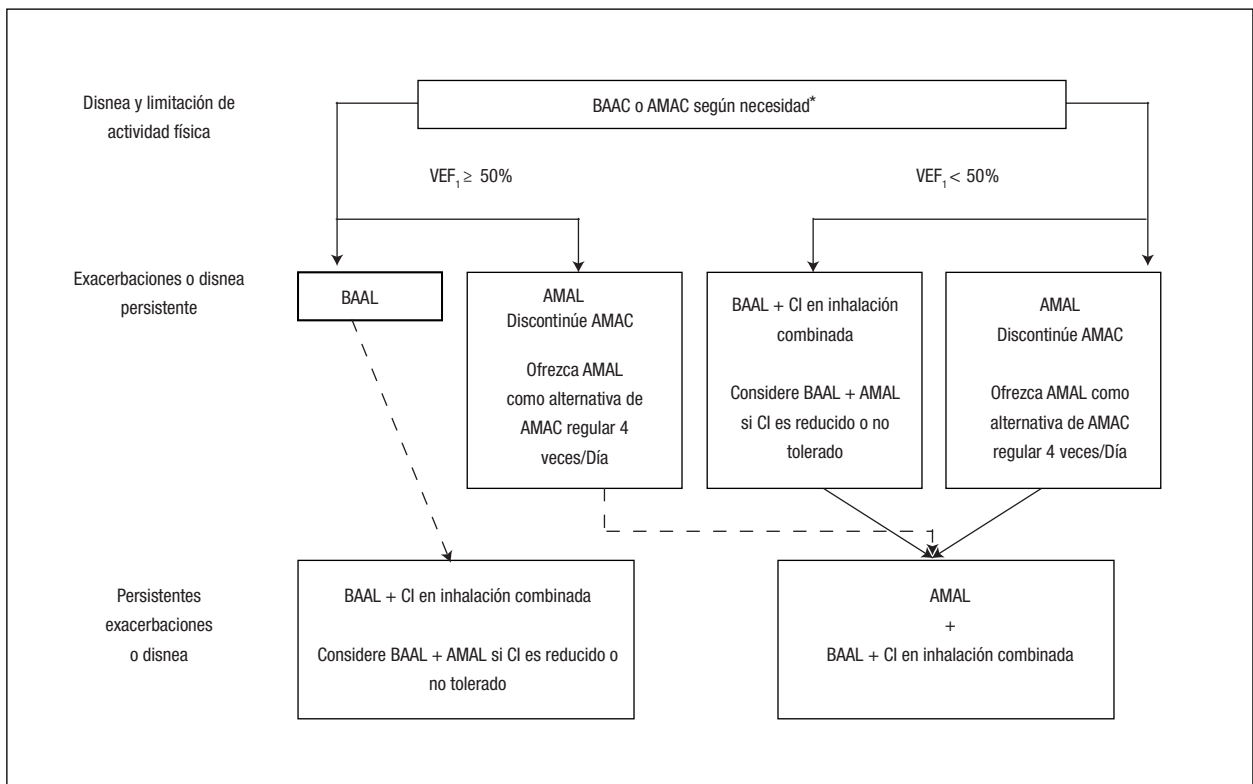
Promoción de terapia inhalatoria efectiva

- En la figura 1 se proporciona un nuevo algoritmo clínico basado en la evidencia para organizar la secuencia de uso de los medicamentos inhalados, utilizados por separado y en combinación, de acuerdo a la persistencia de los síntomas, las ex-

acerbaciones y la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo (Recomendación actualizada).

- Sea consciente y este preparado para discutir con los pacientes afectados acerca del riesgo potencial de desarrollar efectos secundarios (incluyendo neumonía no fatal) a los corticoides inhalados (Recomendación actualizada).

Figura 1: Algoritmo para el uso de terapia inhalatoria.



BAAC: Beta agonista de acción corta; AMAC: Antagonista muscarínico de acción corta; BAAL: Beta agonista de acción larga; AMAL: Antagonista muscarínico de acción larga; CI: Corticoides inhalatorios; VEF1: Volumen espiratorio forzado en 1 segundo.

* BAAC (según necesidad) pueden continuarse en todas las etapas. Flechas de línea continua: Ofrezca tratamiento (evidencia fuerte). Flechas de línea discontinua: Considere tratamiento (evidencia menos robusta).

Provisión de rehabilitación pulmonar

- Permita el acceso a rehabilitación pulmonar a todas las personas con EPOC que corresponda (ver más abajo), incluyendo aquellos que han tenido un ingreso hospitalario reciente por una exacerbación aguda (Recomendación actualizada).
 - Ofrezca rehabilitación pulmonar a todos los pacientes que se consideran funcionalmente discapacitados por EPOC (generalmente MRC grado ≥ 3 , tabla 2). La rehabilitación pulmonar no es adecuada para pacientes que no pueden caminar, tienen angina inestable o un infarto de miocardio reciente.

Tratamiento de las exacerbaciones y el uso de ventilación no invasiva

Las recomendaciones sobre el manejo de las exacerbaciones y el uso de ventilación no invasiva no fueron alcanzadas por esta actualización y por lo tanto no han cambiado desde la directriz de 2004, excepto cuando se considere necesario para

mantener la coherencia con otras normas específicas recientes (por ejemplo, las guías de la Sociedad Torácica Británica para el uso de oxígeno de emergencia en pacientes adultos)⁸.

Superando barreras

La interpretación de la espirometría, relacionando la edad y la gravedad clínica del paciente, puede constituir un reto para algunos médicos no especializados. Esto requerirá educación y entrenamiento.

Es probable que la medición de la espirometría post-broncodilatador resulte en un mínimo aumento en el uso de recursos dado que la prueba de reversibilidad (que no se recomienda en la guía) actualmente se considera en el cumplimiento de los criterios Quality Outcome Framework.

El haber realineado la clasificación de gravedad de la obstrucción del flujo aéreo con otras normas internacionales llevará a que algunos pacientes sean reclasificados en cuanto al estado de su severidad (respecto de la clasificación publicada en la

guía NICE de 2004); éstos deberán ser reasegurados de que su condición clínica, la necesidad de un tratamiento adecuado y el pronóstico de su enfermedad permanecen sin modificaciones^{2,3}.

Existe un potencial impacto económico vinculado a estas nuevas recomendaciones, y la potenciación de las terapias inhaladas. En las personas con EPOC leve la primera recomendación debe ser estimular la cesación tabáquica. El resto de los tratamientos, recomendados sólo si los síntomas persisten, y/o cuando sea necesario prevenir las exacerbaciones, se vuelven más costo-efectivos cuando la severidad de la enfermedad progresa.

Palabras Clave: EPOC, guía de práctica clínica, NICE. Key words: COPD, clinical practice.

Fuente de financiamiento: NICE.

Nota: las guías NICE son desarrolladas para su aplicación dentro del Servicio Nacional de Salud (sigla en inglés NHS) en el Reino Unido. El NICE no toma responsabilidad alguna por la traducción al español aquí publicada de la presente guía.

Comentario

El presente documento cumple con todos los criterios de calidad que uno puede pedirle a una guía de práctica clínica. Desde el punto de vista clínico sus recomendaciones se sostienen en cinco puntos: El primero es el diagnóstico temprano,

considerando la espirometría post broncodilatadores como base fundamental para el mismo. Recordemos que muchos de los estudios que son pilares en la práctica cotidiana utilizaron la espirometría pre broncodilatadores como dato más importante. Así mismo la guía define la obstrucción de una forma discutible, con una relación fija entre VEF1 y la CVF < 0,7 (en lugar del LLN o límite inferior normal) pero remarcando que puede tener falsos positivos en pacientes con edad avanzada. El segundo punto es la aclaración que los niveles de severidad están relacionados con el grado de obstrucción pero no necesariamente con la severidad clínica, introduciendo el concepto de EPOC como una enfermedad sistémica y la necesidad de evaluarlo con otros datos clínicos y fisiológicos tales como: el índice de masa corporal, la capacidad de realizar ejercicio medida con el test de seis minutos o el grado de disnea. El tercero es la necesidad de suspensión del hábito de fumar como pilar del manejo. El cuarto, que los pacientes realicen rehabilitación pulmonar. Con respecto a este último punto, aunque la evidencia sobre sus beneficios es incontestable en términos de calidad de vida, no es una práctica lo suficientemente extendida en nuestro medio. Finalmente, como último punto, aclara el impacto económico de las nuevas estrategias terapéuticas inhaladas, reflejadas en nuestro país al reconocer que el costo del tratamiento con LAMA asociado a LABA oscila en 600 pesos (equivalente a USD 142), lo cual genera que estos puedan ser accesible solo para unos pocos.

Edgardo Sobrino [Médico Neumólogo. Instituto de Investigaciones Medicas Alfredo Lanari e Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. dredgardosobrino@gmail.com]

Recibido el 03/06/2011 y Aceptado el 03/07/2011

Sobrino E. Manejo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable en atención primaria y secundaria. Evid Act Pract Ambul. Jul-Set 2011;14(3):115-117. **Resumido traducido y comentado de: Management of stable chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care (Nice Clinical Guideline 101, June 2010).** Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49399/49399.pdf>

Referencias

1. Chronic obstructive pulmonary disease. National clinical guideline 5 on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. Thorax 2004;59(suppl 1).
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 6 Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2008. www.goldcopd.com.
3. Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of 7 patients with COPD: a summary of the ATS/EERS position paper. Eur Respir J 2004;23:932-46.
4. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, 9 Mendez, RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2004;350:1005-12.
5. Fletcher CM, Elmes PC, Fairbairn AS, Wood CH. The significance of 8 respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population. BMJ 1959;2:257-66.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Smoking 10 cessation services: guidance. (Public health guideline 10.) 2008. <http://guidance.nice.org.uk/PH10>.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Varenicline 11 for smoking cessation. (Technical appraisal 123). 2007. <http://guidance.nice.org.uk/TA123>.
8. British Thoracic Society guideline for emergency oxygen use in 12 adult patients. Thorax 2008;63(suppl VII).