

Curso Manejo de la EPOC desde atención primaria

Director:

Juan Antonio Trigueros Carrero

Médico de Familia. Comité de redacción de GesEPOC



AULAMAYO

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com

(Solicitada acreditación)

Los temas del curso y sus **casos clínicos** disponibles en: www.sietediasmedicos.com

TEMA 1
La EPOC existe.
Características
de la enfermedad

Enero

TEMA 2
¿La EPOC está
infradiagnosticada?
¿Certeza o leyenda
urbana?

Abril

TEMA 3
¿Cómo conocer
la gravedad en
nuestros
pacientes con
EPOC?

Mayo

TEMA 4
Y al final del
camino... puntos
clave en el
tratamiento de la
EPOC

Julio

TEMA 5
Un problema de
todos los días en
AP: el paciente
EPOC y sus
comorbilidades

Octubre

TEMA 6
Cuando los
síntomas aprietan.
La exacerbación
de la EPOC

Diciembre

¿Cómo conocer la gravedad en nuestros pacientes con EPOC?

Diego A. Vargas Ortega¹, María Cubillo Jiménez²

¹FEA. Unidad de Hospitalización. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería. ²MIR Medicina Familiar y Comunitaria. UDM AFYC Salamanca

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Visualizar la importancia de la estratificación de la gravedad en el abordaje clínico integrado del paciente con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en fase estable.
- Entender los posicionamientos de las diferentes guías de práctica clínica de referencia en el abordaje del paciente con EPOC.
- Analizar y profundizar en los indicadores pronóstico que demarcan la estratificación de gravedad en el paciente con EPOC.

¿Qué propone la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)?

Una evaluación de la gravedad del paciente basada en 4 dimensiones totalmente diferenciadas:

- Presencia e intensidad de la anomalía espirométrica.
- Naturaleza y magnitud de los síntomas actuales del paciente.
- Antecedentes y riesgo futuro de los pacientes.
- Presencia de comorbilidades.

En la práctica clínica, esto conlleva la necesidad de determinar en nuestra evaluación la gravedad de la limitación del

flujo aéreo, sus repercusiones en el estado de salud del paciente y el riesgo de presentar episodios futuros (exacerbaciones, ingresos hospitalarios y muerte).

¿Cómo se determina la gravedad de la limitación del flujo aéreo?

Según una clasificación en la que se valora el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) posbroncodilatador (tabla 1). Hay que tener en cuenta que la correlación existente entre el FEV₁ y los síntomas y el deterioro del estado de salud del paciente es muy débil. Por ello, es necesario también realizar una evaluación formal de los síntomas.

Tabla 1. Grado de obstrucción mediante el FEV₁

Grado de obstrucción	FEV ₁ posbroncodilatador
1= Leve	≥80%
2= Moderada	50-79%
3= Grave	30-49%
4= Muy grave	<30%

FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

Tabla 2. Escala mMRC de valoración de la disnea

0= No hay disnea
1= Disnea al correr en llano o subir una cuesta ligera
2= Disnea que obliga a andar más despacio que las personas de igual edad o que hace parar para respirar al andar a su paso en llano
3= Disnea que obliga a parar para respirar tras andar 100 metros o después de andar varios minutos por terreno llano
4= Disnea que impide salir de casa o disnea que se presenta al vestirse o desvestirse

¿Cómo se evalúan los síntomas de la enfermedad, principalmente la disnea?

La posibilidad de medirla y cuantificarla es importante por razones discriminativas (diferenciar entre distintos pacientes), pero también evaluativas (apreciar pequeños cambios evolutivos o tras diferentes tratamientos), y como monitorización de uno de los principales indicadores de morbimortalidad de la enfermedad.

Hoy sabemos que la disnea del paciente es una medida adecuada, ya que muestra una buena relación con otras medidas del estado de salud y predice el riesgo futuro de mortalidad. Disponemos de una escala sencilla que determina el grado de disnea de nuestros pacientes: la escala modificada del Medical Research Council (mMRC).

Como podremos observar posteriormente, nos quedaremos con el grado de disnea 2 mMRC como punto de corte para decisiones importantes, como puede ser la intensificación de una estrategia de tratamiento (tabla 2).

Sin embargo, aceptamos que la EPOC tiene repercusiones en los pacientes además de la disnea, por lo que se recomienda realizar una evaluación detallada de los síntomas con el empleo de instrumentos de medida apropiados, como el COPD Assessment Test (CAT), más sencillo y fácil de utilizar y entender para el paciente. Es un cuestionario autoadministrado con el propósito de usarlo en la práctica habitual, que permite describir fundamentalmente los síntomas de una manera coloquial.

¿Y cómo se plasma todo esto en nuestra práctica clínica?

Realizando una clasificación de los pacientes en función del impacto sintomatológico de la enfermedad, el riesgo de exacerbaciones y su limitación funcional, que constituyen los conocidos grupos ABCD.

La guía GOLD 2017 ha supuesto un perfeccionamiento del instrumento de evaluación del ABCD, que separa los grados espirométricos de los grupos ABCD. Para algunas recomendaciones terapéuticas, los grupos ABCD se basarán exclusivamente en los síntomas de los pacientes y en sus antecedentes de exacerbaciones. La espirometría, conjuntamente con los síntomas del paciente y los antecedentes de exacerbaciones, continúa siendo fundamental para el diagnóstico, el pronóstico y la consideración de otros abordajes terapéuticos importantes.

Este esquema va a facilitar la consideración de los diversos tratamientos para la fase de estabilidad de la enfermedad, y puede ser también útil para las estrategias de escalada y desescalada de tratamiento en un paciente concreto.

¿Qué nos propone la guía GesEPOC?

La Guía española de la EPOC (GesEPOC), en su actualización de 2017, parte de ciertas premisas fundamentales:

- La estratificación del riesgo se realizará en 2 niveles de riesgo: bajo y alto.
- La estratificación se basa esencialmente en criterios funcionales (porcentaje de FEV₁ tras broncodilatación) y clínicos (grado de disnea y exacerbaciones).
- El nivel de actuación diagnóstica, el plan terapéutico y el tipo de seguimiento deberán ajustarse a estos niveles de riesgo, de tal forma que para los pacientes de bajo riesgo la gestión se simplifica, mientras que para los pacientes de mayor riesgo se requiere una mayor precisión diagnóstica y plan terapéutico.

¿Qué se entiende por evaluación del riesgo?

Se entiende, como tal, la probabilidad de que el paciente pueda presentar exacerbaciones (con o sin ingreso hospitalario), progresión de la enfermedad, futuras complicaciones, mayor consumo de recursos sanitarios o mayor mortalidad. Tradicionalmente, las guías de práctica clínica (GPC) han propuesto el uso de diversos criterios para clasificar a los pacientes según los niveles de riesgo (también denominados niveles de gravedad), especialmente atendiendo al riesgo de muerte. Durante años, el criterio más utilizado fue el FEV₁. Sin embargo, diversas escalas multidimensionales han demostrado ser superiores al criterio aislado de la función pulmonar, no sólo como factor pronóstico, sino también para identificar el riesgo de exacerbaciones y hospitalizaciones.

Atendiendo a la necesidad de simplificar la estratificación de riesgo y adecuar los niveles de intervención (tanto diagnóstica como terapéutica), la GesEPOC propone una nueva clasificación en 2 niveles de riesgo. Aunque la clasificación

no ha sido validada prospectivamente, todos los componentes que definen al paciente de bajo riesgo quedan englobados dentro del cuartil 1 de los índices multidimensionales BODE o BODEx, que sí han demostrado una contrastada capacidad predictiva de riesgo. A mayor nivel de riesgo, mayor será la necesidad de intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas. Esta aproximación permite simplificar la atención para pacientes de bajo riesgo y dedicar una mayor intervención a los pacientes de alto riesgo. Esta clasificación de riesgo no implica una derivación entre niveles asistenciales.

¿Cómo clasifica la GesEPOC estos niveles de riesgo?

Los factores considerados para la evaluación del riesgo son los siguientes:

- El grado de obstrucción medido por el porcentaje de FEV₁ posbroncodilatación.
- El grado de disnea medido por la mMRC.
- Presencia de agudizaciones.

Los puntos de corte establecidos son los recomendados por la GOLD. El punto de corte del 50% del FEV₁ es el sugerido para diferenciar la EPOC con obstrucción grave-muy grave de la EPOC leve-moderada; el grado de disnea ≥ 2 se considera un alto nivel de disnea en los pacientes en tratamiento para su EPOC, mientras que en los pacientes no tratados debe ser >2 ; los pacientes con dos o más agudizaciones moderadas (que requieran tratamiento con corticoides sistémicos y/o antibióticos) o con un ingreso hospitalario por agudización se consideran los que presentan un mayor riesgo de agudización en el futuro.

Dentro del grupo de pacientes de alto riesgo existe un subgrupo de alta complejidad (también denominados pacientes frágiles), definido no sólo por presentar un elevado riesgo de complicaciones, sino también condicionantes sociales y/o funcionales que precisan una aproximación mucho más individualizada y pueden necesitar tratamientos complejos a domicilio, a través de lo que se ha venido denominando la «gestión de casos». Aunque esta aproxi-

mación es de enorme interés, las recomendaciones para una buena gestión de casos quedan fuera del objetivo de la presente GPC.

¿Qué camino seguir?

Evidentemente, dentro del ámbito asistencial en el que nos movemos, lo ideal sería un abordaje integral e integrado de nuestros pacientes con EPOC por la guía española que está adaptada más a nuestra realidad asistencial y a las necesidades percibidas, no sólo de nuestros profesionales, sino también de nuestros pacientes, con el objetivo de optimizar a través de la individualización nuestras actitudes de abordaje, caracterización y terapéuticas, buscando la máxima eficacia, eficiencia y seguridad para ellos.

La actual realidad asistencial es que en España se utiliza tanto la guía GOLD como la GesEPOC; por tanto, el camino que escojamos nos tiene que llevar indistintamente al mismo objetivo que, como se desprende de esta exposición, es común en ambas guías de práctica clínica. De hecho, si abordamos el caso de un mismo paciente en la consulta en función de ambas, comprobaremos que no se observan diferencias significativas en el abordaje integrado.

Por tanto, respetando la individualidad del profesional, se deberá seguir la guía en la que se encuentre más cómodo y se ajuste mejor a su práctica clínica habitual, preservando la premisa de nuestra recomendación de la guía española por razones obvias.

Bibliografía

- Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (internet). Disponible en: <http://goldcord.org>
- Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Guía española de la EPOC (GesEPOC), versión 2017.
- Izquierdo Alonso JL, et al. EPOC. Consenso de Expertos EXPERT 1: disnea y síntomas. Monogr Arch Bronconeumol. 2014; 1: 31-39.
- Miravittles M, et al. EPOC. Consenso de expertos EXPERT 10: calidad de vida. Monogr Arch Bronconeumol. 2014; 1: 53-60.
- Gea J, Pascual S, Ausín P. Los síntomas en la EPOC. ¿El objetivo a tratar o el origen del problema? Monogr Arch Bronconeumol. 2016; 3: 133-138.

Acceda a
www.sietediasmedicos.com
para consultar el caso clínico
sobre manejo de la EPOC en atención primaria

FORMACIÓN
7DM
en decisiones clínicas