

Manejo de la EPOC por gravedad

El paciente a quien se le ha diagnosticado EPOC suele ser aquel que ya tiene síntomas. Es decir, es aquel fumador que debido a que tiene tos y/o disnea acude a ver su médico. De hecho, la mayor parte de las veces se trata de personas que tienen disnea porque la tos crónica no suele representar un problema para ellos. Es por ello, que más del 70% de los fumadores que ya tienen EPOC no lo saben. Los pacientes con EPOC en estadios iniciales solamente se detectan en estudios de escrutinio o campañas enfocadas al diagnóstico oportuno. A este tipo de programas solamente se expone un grupo muy reducido de fumadores y la mayor parte de las veces se trata de individuos con mejores posibilidades económicas, al menos en nuestro país. Estos hechos limitan los beneficios de las guías como el GOLD surgidas de países desarrollados en donde los programas de atención a la salud y los medicamentos están más accesibles a la población.

En este sentido, es difícil adaptar en forma total las guías del GOLD a nuestro medio. Por ejemplo, el enfoque terapéutico depende totalmente de la función pulmonar y se minimiza la sintomatología. Este abordaje asume que un paciente con un FEV_1 que oscila entre 51 y 70% ya no es candidato a utilizar CEI (GOLD 2006). Sin embargo, podría ser que su máximo FEV_1 (70% del esperado, por ejemplo) lo consiga después de administrarle un broncodilatador. Es por ello, que en este siguiente apartado hemos adaptado las guías del GOLD 2006 a recomendaciones pragmáticas basadas más en evidencias D que las evidencias A. Es decir aquellas que tienen un respaldo basado más en la experiencia clínica que la evidencia científica. Este Consenso considera prioritario darle un gran peso a los síntomas además de la función pulmonar, por lo que en la figura 1 se explica el esquema que un médico puede seguir tomando en cuenta tanto la espirometría y la disnea.

Antes de iniciar un esquema con fármacos se debe aclarar que en todos los estadios de la enfermedad, los pacientes deben interrumpir el factor de riesgo, se deben de vacunar contra influenza y neumococo e iniciar un programa de rehabilitación pulmonar con educación sobre la enfermedad y sus implicaciones.

En la figura 1 se resume el manejo del paciente con EPOC, tomando en cuenta tanto la función pulmonar como los síntomas respiratorios (disnea).

TRATAMIENTO EN LA EPOC LEVE

($FEV_1/FVC < 70\%$ y $FEV_1 > 80\%$)

Desde la perspectiva de este grupo del Consenso, y dada la evidencia por estudios *post-hoc* como el reportado por Anzueto sobre el impacto del tiotropio en la función pulmonar, modificando el curso de la enfermedad, este medicamento podría usarse en forma temprana (Evidencia D).¹ También los broncodilatadores de acción prolongada (BAP) mejoran las principales variables funcionales y clínicas, por lo que este Consenso consideró que si un paciente que tiene disnea en forma cotidiana, independientemente del FEV_1 , deberá iniciar con un BAP² (evidencia D). La elección del broncodilatador depende de la experiencia personal y la respuesta que cada paciente presenta. El inicio con bromuro de tiotropio es una buena alternativa por su efecto de 24 horas que permite conseguir una buena adherencia al tratamiento. También se puede iniciar con salmeterol y/o formoterol (Evidencia D). En esta etapa el salbutamol o ipratropio se recomiendan como rescate.

EPOC MODERADO

($FEV_1/FVC < 70\%$ y FEV_1 , 50 a 80%)

En este punto del análisis pragmático del ejercicio médico, un paciente que persiste con síntomas en forma cotidiana a pesar del uso de un BAP, podrá usar otro BAP de familia diferente con el que había iniciado.² Es decir, si usó en un inicio tiotropio, podrá agregar salmeterol o formoterol y viceversa (Evidencia D). Incluso a pesar de manejarse con la combinación de dos BAP y los síntomas persisten después de un tiempo razonable, se recomienda agregar además esteroides inhalados (Evidencia D). Si los síntomas persisten se recomienda además iniciar con xantinas (Evidencia A). El salbutamol o ipratropio se recomiendan como rescate.

EPOC GRAVE

($FEV_1/FVC < 70\%$ y FEV_1 , 30 a 50%)

En estos pacientes se recomienda iniciar el tratamiento con una combinación de BAP (tiotropio + salmeterol o formoterol). Estos dos últimos en combinación con CEI

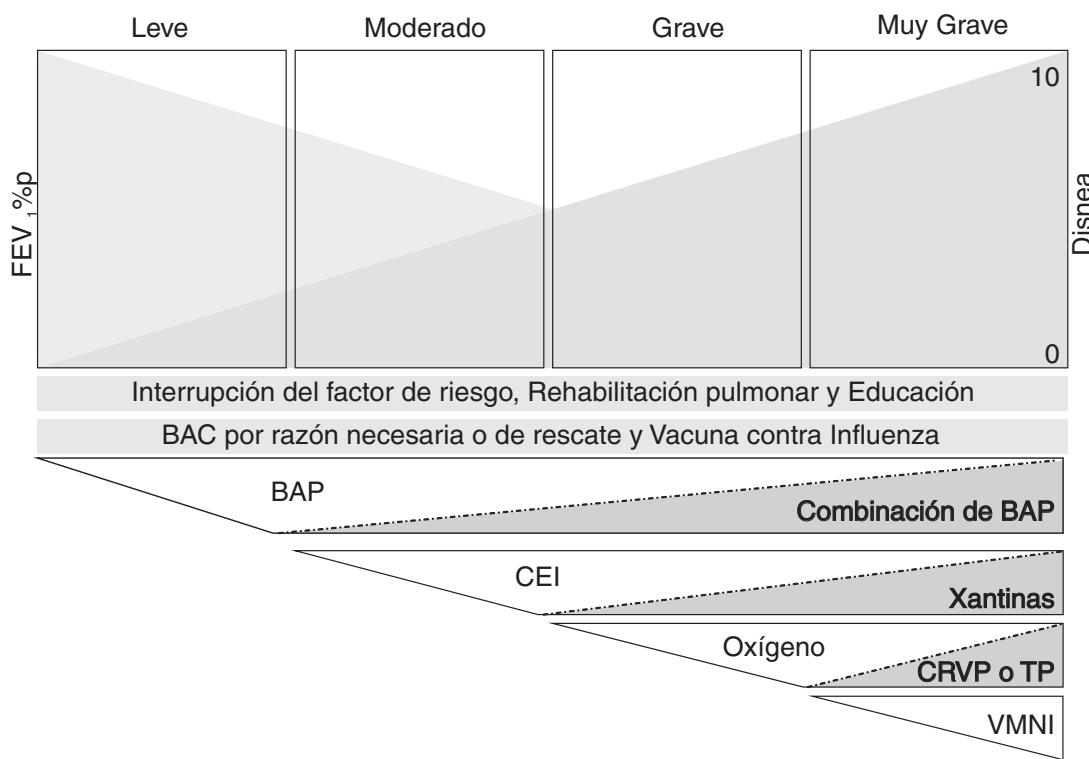


Figura 1. Tratamiento de la EPOC estable de acuerdo a la gravedad y síntomas.

Figura modificada del GOLD 2006, en donde se observa el tratamiento escalonado de la EPOC de acuerdo a la función pulmonar (FEV₁) y la disnea. Existen pacientes con obstrucción muy leve y que se quejan de disnea moderada y por otro lado existen pacientes con obstrucción moderada sin disnea. Por ello decidimos tomar en cuenta tanto a la función pulmonar como a la disnea para evaluar el tratamiento. Para mostrar el grado de afección del FEV₁, se trazó un triángulo descendente cuyo eje vertical se debe observar a la izquierda y muestra el FEV₁ en %p y para mostrar la afección de la disnea se trazó un triángulo ascendente cuyo eje vertical se debe observar a la derecha y muestra el grado de disnea. El 0 abajo y el 10 arriba mostrando el menor y el mayor grado de disnea respectivamente. Las áreas de los triángulos no son proporcionales, debido a que no hay una buena asociación entre ambas (función pulmonar y disnea). Debajo de ambos triángulos se observan las dos primeras barras de tratamiento que contienen las intervenciones que se realizan en todos los estadios de la enfermedad. En seguida, se observa otro triángulo (imagen en espejo del triángulo ascendente de la disnea), conformado por cuatro barras biseladas, las cuales representan diferentes niveles de manejo cuyo objetivo es mostrar el tratamiento escalonado que se debe recomendar. Los broncodilatadores de acción prolongada (BAP) deben iniciarse con algunos pacientes desde el estadio leve, sobre todo con los que tienen disnea. En un pequeño número de pacientes los esteroides inhalados combinados con BAP, recomendamos iniciarlos desde el estadio moderado, cuando la disnea y la obstrucción comienzan a agravarse significativamente. En los dos estadios más avanzados (con disnea grave) podría agregarse el uso de oxígeno suplementario; además de que algunos pacientes podrían beneficiarse del tratamiento quirúrgico y en otros convendría el uso de apoyo ventilatorio.

BAC = Broncodilatadores de acción corta, CRVP = Cirugía de reducción de volumen pulmonar, TP = Trasplante pulmonar, VMNI = Ventilación mecánica no invasiva.

(Evidencia D) y las xantinas. Agregando siempre como rescate salbutamol y/o ipratropio.

Cabe mencionar que de acuerdo al GOLD a este grupo de pacientes está indicado iniciar esteroides inhalados desde el principio sólo si tienen más de una exacerbación al año, (Evidencia B).² En esta etapa si se demuestra en algunos pacientes hipoxemia < 60 mmHg en reposo se recomienda agregar al manejo oxígeno continuo, más de 15 horas al día.

Otros podrían ser candidatos a cirugía de reducción de volumen pulmonar (CRVP) y/o trasplante pulmonar (TP).

EPOC MUY GRAVE

($FEV_1/FVC < 70\%$ y $FEV_1 < 30\%$ o $> 30\%$ con insuficiencia respiratoria crónica, Cor pulmonale o policitemia)

En estos pacientes se recomienda iniciar el tratamiento con una combinación de BAP (tiotropio + formoterol o

salmeterol) en combinación con CEI (Evidencia D), además xantinas (Evidencia A).²

Se inicia CEI desde el principio si tienen más de una exacerbación al año (Evidencia B). La utilización de salbutamol o ipratropio se debe de administrar como medicamento de rescate. En esta etapa muchos pacientes necesitarán de oxigenoterapia y varios de ellos llenarían criterios para CRVP y/o TP y los que no los cumplen se beneficiarían con la VMNI.

REFERENCIAS

1. Tashkin DP. Is a long-acting inhaled bronchodilator the first agent to use in stable chronic obstructive pulmonary disease? *Curr Opin Pulm Med* 2005; 11: 121-128.
2. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Document 2006. NHLB/WHO Global initiative for chronic lung Disease. www.goldcopd.org

