



Consejo experto sobre...

**Juan Antonio Trigueros
Carrero**

Médico de familia.
Comité de redacción de GesEPOC

¿Qué aporta GesEPOC 2017 a la atención primaria?

- ▶ La Guía Española de la EPOC (GesEPOC) se publicó por primera vez en 2012, siendo actualizada con posterioridad en 2014. Fue acogida con interés tanto por los médicos de atención especializada hospitalaria como por los de atención primaria (AP) y, lo que es más importante, incorporada a la práctica asistencial de manera notable, tal y como acreditan diversos estudios de implantación de la guía.
- ▶ Esta circunstancia, así como la aparición de importantes estudios y evidencias en los años posteriores, hizo necesaria su actualización, incorporando nuevas recomendaciones y actitudes terapéuticas, por lo que el pasado mes de junio se publicó la nueva GesEPOC de 2017.
- ▶ La nueva guía sigue manteniendo sus características multidisciplinarias, participación de las sociedades científicas involucradas en el manejo del paciente con EPOC, rigor metodológico (evidencia GRADE) y vocación de fácil implantación en AP.
- ▶ En las siguientes líneas se recogen de manera breve algunas consideraciones que, por su importancia y aplicabilidad, pueden ser de especial importancia en el entorno de la atención primaria de salud.

Definición

- ▶ Mantiene e incrementa la importancia etiológica del tabaco en la aparición de la enfermedad. No puede haber una tarea preventiva eficaz sin una intensa y mantenida actitud frente al tabaquismo. Debe suponer un acicate para la permanente tarea erradicadora desde AP.

Diagnóstico

- ▶ Especialmente significativo es el establecimiento de un consenso GesEPOC-GEMA para definir el llamado solapamiento EPOC-asma (ACO). A diferencia de la anterior guía, la actual maneja un algoritmo sencillo que permite atribuir el fenotipo ACO a todos aquellos EPOC que también estén

Lecturas recomendadas

Estudio FLAME

Compara una combinación de LABA-LAMA (indacaterol-glicopirronio) frente a una combinación de LABA-CI (salmeterol-propionato de fluticasona) en una población de pacientes que habían sufrido al menos 1 agudización moderada o grave en el año anterior, durante un periodo de 52 semanas, teniendo como objetivo primario la no inferioridad en cuanto a las tasas de todas las exacerbaciones que pudieran sufrir y como uno de los secundarios la superioridad en dicha variable principal.

El resultado que se obtuvo fue una disminución para el grupo de pacientes tratados con la combinación de broncodilatadores del 11% en la tasa de todas las exacerbaciones y del 17% en las moderadas y graves. Además, retrasó significativamente el tiempo hasta la primera exacerbación con una disminución del riesgo para todas de un 16%, para las moderadas y graves de un 22% y para las graves de un 19%.

Wedzicha JA, Banerji D, Chapman KR, Vestbo J, Roche N, Ayers RT, et al. FLAME Investigators. Indacaterol-Glycopyrronium versus Salmeterol-Fluticasone for COPD. *N Engl J Med.* 2016; 374(23): 2.222-2.234.

Manejo de las exacerbaciones de EPOC: guía de la ERS/ATS

Se trata de un reciente documento de consenso de las sociedades europea y americana donde se establecen recomendaciones precisas sobre el manejo del paciente con una exacerbación. En concreto, para AP tiene el interés de encontrar un análisis profundo y unas recomendaciones precisas sobre varias preguntas que afectan a la atención ambulatoria de la exacerbación, por ejemplo: ¿Cuándo utilizar corticoides en una exacerbación ambulatoria?, ¿cuándo usar antibióticos?, ¿es efectiva la hospitalización a domicilio?, etc.

Wedzicha JA, Miravittles M, Hurst JR, Calverley PM, Albert RK, Anzueto A, et al. Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *Eur Respir J.* 2017. 15;49(3).

diagnosticados de asma o asocien cualquiera de las dos siguientes características:

- Aumento del FEV₁ más de un 15% o 400 mL en una espirometría con prueba de broncodilatación.
- Eosinofilia en sangre por encima de 300 células/ μ L.

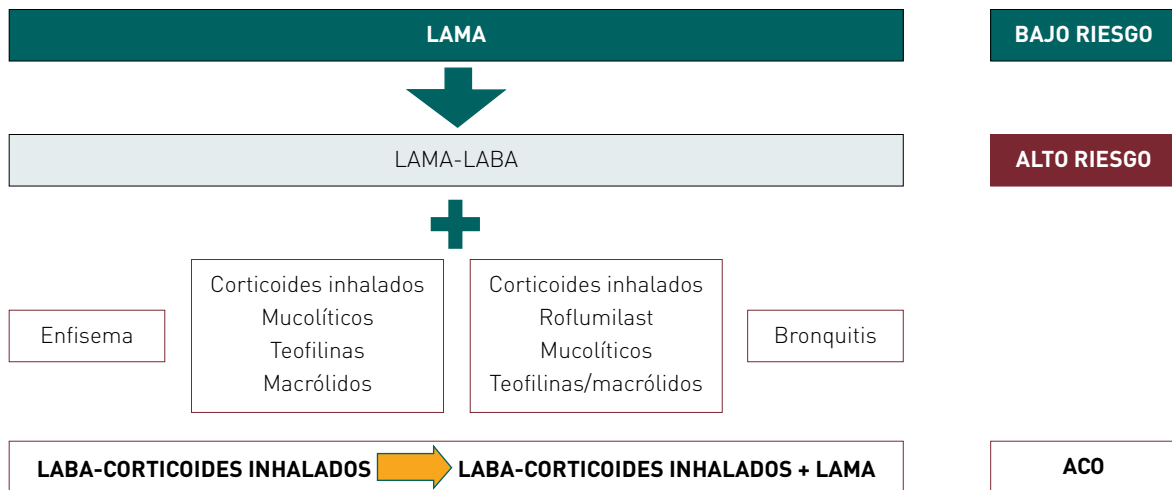
Nivel de gravedad

- ▶ Se establecen dos posibilidades basadas en la pertenencia al llamado grupo de bajo riesgo o al grupo de alto riesgo.
- ▶ Los EPOC de bajo riesgo serán aquellos que presenten las siguientes características:
 - Una función pulmonar con un FEV₁ por encima del 50%.
 - Clínica con una disnea <3 mMRC (escala modificada del Medical Research Council) en pacientes sin tratamiento broncodilatador previo o <2 mMRC con tratamiento broncodilatador previo.
 - Ausencia de agudizaciones (sólo leves o 1 moderada en el año previo).
- ▶ Los pacientes con EPOC de alto riesgo serán aquellos que superen cualquiera de los puntos de corte señalados tanto en su aspecto funcional como clínico o agudizador.
- ▶ Los pacientes de alto riesgo deberán ser estudiados con mayor detalle, siendo necesario conocer su fenotipo para seleccionar un tratamiento individualizado.
- ▶ Los pacientes de bajo riesgo son la mayoría de los diagnosticados de EPOC y su ámbito de manejo será la AP.

Tratamiento

- ▶ En el caso de AP, la mayoría de los pacientes serán de bajo riesgo, para los que los broncodilatadores suponen el único argumento terapéutico. Inicialmente, para todos aquellos pacientes que presenten síntomas diarios, se recomienda especialmente la utilización de un broncodilatador de acción larga, y por su acción sobre la función pulmonar, control de síntomas y prevención de exacerbaciones, la de los broncodilatadores anticolinérgicos de acción prolongada (LAMA).
- ▶ Para aquellos pacientes que no logren un control de la enfermedad suficiente con un solo broncodilatador, se recomienda la utilización de la asociación de un broncodilatador anticolinérgico de acción prolongada y un broncodilatador beta-agonista de acción prolongada (LAMA-LABA).
- ▶ En los pacientes de alto riesgo, es necesario establecer el fenotipo ya sea no agudizador, agudizador con bronquitis crónica o con enfisema y ACO para la utilización de un tratamiento adecuado con broncodilatadores (LAMA solo o LAMA-LABA), antiinflamatorios (corticoides inhalados o roflumilast), antibióticos (azitromicina) o mucolíticos (carbocisteína o N-acetilcisteína).

Tabla de tratamiento basada en GesEPOC



ACO: solapamiento EPOC-asma; LABA: beta-agonistas de acción prolongada; LAMA: antagonistas muscarínicos de acción prolongada.