

# Abordaje farmacológico del paciente con EPOC

Revisión de la adecuación de la práctica clínica a las recomendaciones de las guías

## LA EPOC EN ESPAÑA



- Enfermedad común, prevenible y tratable
- Síntomas respiratorios persistentes y limitación al flujo aéreo<sup>1</sup>



- El 11,8% de la población española entre 40 y 80 años padece EPOC<sup>2,3</sup>



- La tasa de infradiagnóstico es del 74,6%<sup>2</sup>, y la tasa de infratratamiento del 54,7%<sup>4</sup>

## RECOMENDACIONES ESTRATEGIA GOLD<sup>5</sup> Y GUÍA GesEPOC<sup>6</sup>

Las principales guías de tratamiento (GOLD y GESPOC) recomiendan enfoque individualizado basado en carga sintomática y riesgos del paciente<sup>5,6</sup>

### Estrategia GOLD 2020<sup>5</sup>

- **Recomiendan terapia broncodilatadora** (LAMA, LABA...) para la mayoría de los pacientes en terapia de inicio y de mantenimiento.<sup>5</sup>
- **Inicio con CI sólo en una selección de pacientes** (GOLD D y >300 eosinófilos)<sup>5</sup>

### Guía GesEPOC 2017<sup>6</sup>

- **Recomiendan terapia broncodilatadora** (LAMA, LAMA/LABA...) para la mayoría de los pacientes.
- **CI sólo en pacientes agudizadores**, añadido al LAMA/LABA si no hay buen control de la enfermedad, y en **fenotipo mixto** en combinación con LABA o LAMA/LABA.

## PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN ESPAÑA



**+60% de los pacientes de los pacientes españoles con EPOC** se clasifican en bajo riesgo de exacerbaciones (**grado A o B de GOLD**)<sup>7</sup> o **fenotipo no agudizador (GesEPOC)**<sup>7</sup>

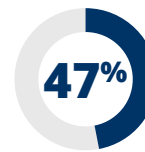
En estos pacientes, las guías recomiendan **tratamiento broncodilatador (no basado en CI)**, que controle con eficacia los síntomas diarios y optimice la función pulmonar<sup>5,6</sup>

Estudios realizados en práctica clínica en Atención Primaria<sup>8</sup>, así como en los Servicios de Neumología<sup>9</sup>, evidencian que un **alto porcentaje de pacientes sin exacerbaciones o no agudizadores están tratados con CI**. Según la auditoría clínica EPOCONSUL<sup>9</sup>, realizada en servicios de neumología, la intensificación inadecuada a triple terapia es frecuente:

de bajo riesgo<sup>9</sup>



no agudizador<sup>9</sup>



## CONSECUENCIAS DEL USO INADECUADO DE CI

- El uso de CI a largo plazo puede estar asociado a gran variedad de efectos secundarios, como un **riesgo mayor de hospitalización por neumonía**<sup>10</sup>
- Estudios muestran una tendencia a un **aumento de los recursos sanitarios** cuando se prescribe **CI + BD en pacientes sin riesgo de exacerbación**<sup>11</sup>



Neumonía



Tuberculosis



Diabetes



Adelgazamiento de la piel



Fractura ósea



Candidiasis oral



Voz ronca



Debilitamiento de las vías respiratorias

## BENEFICIOS DE LA TERAPIA BRONCODILATADORA

- **LAMA/LABA** proporciona mayor eficacia que LABA/CI, en términos de **función pulmonar, calidad de vida, disnea y exacerbaciones**<sup>12-16</sup>, además de **menor riesgo de escalar a triple terapia**.<sup>17</sup>

## RETIRADA DE CI

La estrategia GOLD<sup>5</sup> recomienda la **desescalada de CI siempre que:**

- Hay neumonía o riesgo de efectos adversos relacionados con CI
- La indicación original es inapropiada
- No hay respuesta a los CI

Además, se ha observado que la reducción de forma escalonada de la triple terapia a LAMA/LABA no está asociada a un aumento en el riesgo de exacerbaciones<sup>18</sup>

## CONCLUSIONES

Para mejorar el abordaje farmacológico del paciente con EPOC, es necesario:



Evaluar el **riesgo-beneficio de las terapias basadas en CI**



Establecer **estrategias para que la práctica clínica real en EPOC se ajuste a las recomendaciones de las guías**



Optimizar los resultados en salud implementando un **buen diagnóstico, estratificación de los pacientes y prácticas de valor**

CI: corticoesteroide inhalado; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FENOTIPO MIXTO: solapamiento asma y EPOC; LABA: agonista selectivo β2-adrenérgico de acción prolongada; LAMA: antagonista de receptores muscarínicos de acción prolongada.

1. Miravittles M, et al. Arch Bronconeumol. 2017;53:1-64. 2. Soriano JB, et al. Arch Bronconeumol. 2020 https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.07.024. 3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Población Española. [accedido el 11/12/2019] http://www.ine.es/. 4. Soriano JB, et al. Arch Bronconeumol. 2010;46(10):522-530. 5. Vogelmeier C, et al. GOLD Guidelines. 2020. Available at: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19\_WMV.pdf. 6. Miravittles M, et al. Arch Bronconeumol. 2017;53(6):324-35. 7. Izquierdo JL, et al. Arch Bronconeumol. 2018;54(11):559-67. 8. Abad-Arranz M, et al. BMC Med Res Methodol. 2018;18(1):1-13. 9. Calle Rubio M, et al. Arch Bronconeumol. 2018;54(5):270-9. 10. Ernst P, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2007;176:162-166. 11. Chalmers JD, et al. Respiratory Research (2018) 19:63. 12. Izquierdo JL, et al. Arch Bronconeumol. 2020. Feb 22. 13. Wedzicha JA, et al. N Engl J Med. 2016;374:2222-2234. 14. Oba Y, et al. Coch Data Sys Rev. 2018;12-3. 15. Vogelmeier C, et al. Lancet Respir Med. 2013;1:51-60. 16. Zhong N, et al. Intl J COPD. 2015;10:1015-1026. 17. Quint J, et al. ATS Congress 2020. 18. Magnussen G, et al. N Engl J Med. 2014;371:128-1294.