

## **PROCEDIMIENTO PARA LA OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON EPOC Y TRATAMIENTO CON DOBLE BRONCODILATACIÓN (LABA+LAMA)**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad frecuente, con elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de primera magnitud. Puede ocasionar un deterioro importante de la calidad de vida y llevar a la invalidez. En estos momentos disponemos de tratamientos, que aplicados correctamente, pueden aumentar la capacidad de ejercicio, disminuir exacerbaciones y mejorar la calidad de vida. Dentro del arsenal farmacológico, el tratamiento inhalado es clave para obtener los objetivos terapéuticos. No obstante, ello conlleva adecuar el tratamiento al nivel de severidad de la enfermedad y que se aplique correctamente a través de la vía inhalada. En los últimos años han aparecido multitud de fármacos y diferentes dispositivos inhalados que, en ocasiones, pueden provocar confusión y suponer un riesgo en la seguridad del paciente, por duplicidades y/o redundancias terapéuticas, además de no obtener los objetivos terapéuticos previstos. Por otro lado, los síntomas de la EPOC son comunes a otros procesos respiratorios, lo que en ausencia de espirometría forzada, podría deparar un tratamiento inadecuado para una enfermedad no EPOC.

El objetivo de este procedimiento es **optimizar el tratamiento de los pacientes con EPOC**, seleccionando en primer lugar a aquellos de mayor gravedad y que pueden precisar un mejor control y optimización terapéutica y una mejor coordinación de todo el sistema de salud.

### **Criterios de uso de doble broncodilatación:**

Se considera doble broncodilatación los pacientes que están en tratamiento con un fármaco del grupo LABA (beta-2 adrenérgicos de acción larga) y LAMA (anticolinérgicos de acción larga) en asociación, en el mismo dispositivo o dispositivos inhalados diferentes.

Podemos encontrar varias situaciones:

#### **1. Paciente con EPOC con criterios de tratamiento con doble broncodilatación**

**1a. Criterios diagnósticos de EPOC:** Se establecerá el diagnóstico de EPOC cuando la espirometría, realizada en fase de estabilidad, presente un cociente FEV1/FVC < 0,70 tras broncodilatador, en un contexto clínico compatible (síntomas respiratorios crónicos más exposición ambiental, principalmente al humo del tabaco). No obstante, se tendrá en cuenta que usando este límite (0,70) existe un riesgo de infradiagnóstico en personas jóvenes y de sobrediagnóstico en personas de edad avanzada (PAI EPOC).

#### **1b. Criterios de tratamiento con doble broncodilatación:**

- Pacientes sintomáticos (Disnea mMRC(a) > o igual a 2) a pesar de un tratamiento con un solo broncodilatador o
- FEV1 menor del 50% o
- 2 o más cuadros de exacerbación que requieran corticoides sistémicos o antibióticos en el último año u hospitalización por agudización. En el caso de que se cumpla solamente este último criterio, debe descartarse un Síndrome de solapamiento Asma-EPOC, asma o bronquiectasias, fundamentalmente.

#### **(a) Escala de grado de disnea mMRC (Modificada del British Medical Research Council):**

0. Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1. Disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada.
2. Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3. Tener que parar a descansar al andar unos 100 m o a los pocos minutos de andar en llano.
4. La disnea impide a el/la paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

**1c. Elegir el dispositivo inhalador de acuerdo a las características del paciente:** Elegir el dispositivo adecuado es un proceso complejo en el que hay que valorar múltiples variables. A grandes rasgos, comprobar que el paciente tenga habilidades manuales y cognitivas suficientes para manejar fácil y adecuadamente el inhalador, debiendo adecuar el tipo de dispositivo a las

capacidades de coordinación, a la capacidad de realizar una adecuada maniobra inspiratoria forzada y a las preferencias del paciente (los pacientes ancianos, taquipnéicos o muy débiles, pueden ser malos candidatos al polvo seco y puede ser preferible un cartucho presurizado con cámara). Por otro lado, se debe evaluar siempre la técnica inhalatoria antes de cualquier modificación o cambio de tratamiento.

## 2. Pacientes con EPOC sin criterios de tratamiento con doble broncodilatación:

**2a. Reducción de escalón terapéutico a monoterapia.** Si disnea de grado 0 o 1 de la mMRC y FEV1 mayor del 50%, valorar utilizar un sólo fármaco broncodilatador de acción larga (LAMA o LABA), priorizando LAMA sobre LABA siempre que sea posible. En el caso de que existan escasos síntomas o intermitencia de estos, es posible usar un broncodilatador de acción corta a demanda (SABA (beta-agonista de acción corta, salbutamol o terbutalina) o SAMA (anticolinérgicos de acción corta, ipratropio).

## 3. Paciente sin criterios espirométricos de EPOC:

**3a. Adecuar el tratamiento inhalatorio al diagnóstico** si se trata de un asma bronquial. En el caso de que se trate de otro proceso respiratorio, consensuar manejo con Neumología y/o remitir a Neumología.

### Se propone revisar los siguientes puntos:

- Confirmar que está registrado en Diraya en el PAI EPOC.
- Confirmar que estén registrados los criterios de uso para la doble broncodilatación (abrir una hoja de seguimiento donde quede registrado el grado de disnea, FEV1 y exacerbaciones).
- Verificar ausencia de duplicidades o redundancias terapéuticas:
  - Duplicidad de fármacos con diferentes inhaladores:
    - o Dos LABA o dos LAMA solos o asociados en diferentes dispositivos.
  - Redundancia terapéutica con inhaladores:
    - o LABA y LABA/LAMA
    - o LAMA y LABA/LAMA
    - o LABA/LAMA y LABA/CI
- Explorar abandono del tabaco y cumplimiento del esquema de vacunaciones.
- Comprobar que el inhalador se adapta al perfil del paciente y que la técnica inhalatoria es correcta.
- Estimular / programar actividad física según PAI EPOC.
- Remitir a Enfermería de atención primaria para seguimiento y Educación Terapéutica en EPOC, con refuerzo de técnicas inhalatorias, refuerzo de control de riesgos (consumo de tabaco, vacunaciones) y control de síntomas (manejo de exacerbaciones), dieta y ejercicio.

### **Bibliografía:**

- PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2015. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/pai/epoc\\_v3?perfil=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/epoc_v3?perfil=org).
- GOLD 2017. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Disponible en: <http://goldcopd.org>
- GesEPOC 2017. 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. Arch Bronconeumol 2017; 53: Sup1.