

USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN INHALADA EN PACIENTES EPOC CON COMORBILIDAD MÚLTIPLE: GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Esta guía describe los desafíos relacionados con el tratamiento farmacológico del paciente con EPOC y múltiples comorbilidades, enfocando específicamente el uso racional de corticoides inhalados. Además orienta hacia una atención holística de este tipo de pacientes en las consultas de atención primaria.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) típicamente se acompaña por múltiples comorbilidades. Sin embargo, las guías clínicas para el manejo de la EPOC están enfocadas en la enfermedad en sí, y ofrecen escasa orientación práctica en el manejo rutinario de las comorbilidades. Nuestro objetivo es revisar el impacto de las comorbilidades en las opciones terapéuticas de los pacientes con EPOC, especialmente respecto a los riesgos y beneficios de los fármacos inhalados como los beta-agonistas de acción larga (LABA), los antimuscarínicos de acción larga (LAMA) y centrándonos especialmente en los corticoides inhalados (CI).

MULTIMORBILIDAD Y EPOC

Los pacientes con EPOC presentan típicamente múltiples enfermedades simultáneas que requieren de un manejo a largo plazo conjuntamente con su EPOC.¹ Resulta un desafío adicional, puesto que dichas enfermedades concomitantes como el asma o las bronquiectasias pueden ser pasadas por alto al solaparse sus signos y síntomas con los de la EPOC. Más del 85% de los adultos con EPOC tendrán al menos una enfermedad asociada de relevancia clínica, y la mitad de ellos tendrán tres o más.^{1,2} La prevalencia de comorbilidades aumenta con el empeoramiento de la gravedad de la EPOC tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres tienden a una mayor susceptibilidad de padecer asma, osteoporosis, ansiedad y depresión, pero una menor tendencia a padecer enfermedades cardiovasculares que los hombres.²⁻⁴

Las comorbilidades suelen aparecer en grupos, lo que sugiere la existencia de factores de riesgo comunes (el tabaquismo y el sedentarismo son factores de riesgo para la EPOC y para el cáncer), mecanismos

patológicos subyacentes compartidos (el envejecimiento acelerado se asocia tanto con la EPOC como con la hipertensión) y efectos secundarios del tratamiento de la EPOC (desarrollo de diabetes).⁵⁻⁷

MANEJO DEL PACIENTE EPOC

Según las últimas recomendaciones de la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), los broncodilatadores siguen siendo el pilar del tratamiento de la EPOC estable. Los pacientes deberían iniciar tratamiento con uno o dos broncodilatadores de acción larga.⁸ Se puede valorar la combinación CI/LABA como tratamiento inicial en pacientes con GOLD D con recuento de eosinófilos en sangre superior a 300cel/ μ l.⁸ Sin embargo, como los CI se pueden asociar a un incremento del riesgo de neumonía, hay que justificar dicho tratamiento con una evaluación riesgo-beneficio de forma individualizada y valorar retirarlos en caso de neumonía incipiente.

MANEJO DEL PACIENTE EPOC CON COMORBILIDADES

El manejo del paciente con EPOC con comorbilidades de forma individualizada es a menudo complejo, requiriendo la aplicación de varias guías clínicas específicas para cada enfermedad de forma simultánea. Estas guías raramente se adaptan a las recomendaciones terapéuticas⁹ por lo que resulta de particular importancia un enfoque holístico en el paciente con multimorbilidades. Animamos a los profesionales de atención primaria a llevar a cabo (re)evaluaciones periódicas (al menos anuales) y reajustes de tratamiento a sus pacientes con EPOC. La aparición de multimorbilidad debe ser contemplada como una señal y una llamada de atención para llevar a cabo una revisión del tratamiento de la EPOC, sobre todo de la relación entre los distintos síntomas de las distintas

enfermedades, el cumplimiento terapéutico y los efectos secundarios de la medicación.

En pacientes con EPOC, la multimorbilidad se asocia con mayor polifarmacia, con un mayor riesgo de interacciones y de reacciones adversas a los fármacos así como a un aumento del riesgo de ingreso hospitalario y de muerte prematura.^{1,5,10-14} La polifarmacia es especialmente preocupante cuando se combinan fármacos con potenciales efectos adversos similares.

En general, la multimorbilidad no debería retrasar ni alterar el tratamiento de la EPOC y las comorbilidades deberían tratarse según los estándares habituales; hay que prestar especial atención en asegurar que los tratamientos sean sencillos y minimizar la polifarmacia.⁸

COMORBILIDADES DE INTERÉS ESPECIAL

El manejo del paciente con EPOC y múltiples enfermedades asociadas precisa de un enfoque personalizado. Los médicos de atención primaria deberían adoptar procesos sistemáticos para monitorizar a los pacientes con EPOC. La relación entre los síntomas de las enfermedades comórbidas y los efectos secundarios de los fármacos debe tenerse en cuenta con especial atención en las siguientes enfermedades:

- Asma
- Osteoporosis/fracturas
- Diabetes
- Neumonía y tuberculosis
- Fibrilación auricular
- Dolor crónico
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad prostática
- Reflujo gastroesofágico
- Ansiedad y/o depresión
- Apnea obstructiva del sueño

◀ PUNTOS GENERALES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EPOC CON MULTIMORBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Optimizar el régimen terapéutico en función de las guías locales, idealmente GOLD⁸, valorar y tratar las comorbilidades. Cuando se inicie el tratamiento broncodilatador, valorar el riesgo de fibrilación auricular (LABA) y el riesgo de exacerbación de síntomas urinarios en los pacientes con enfermedad renal o prostática (LAMA). Además, piense cuidadosamente en las indicaciones de los CI antes de prescribirlos. Úselos de acuerdo con las recomendaciones de las guías y consulte la última publicación de IPCRG sobre el uso apropiado de los CI y la guía para la retirada de CI.¹⁶

Bibliografía

- Chetty U, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities: a large cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract* 2017;**67**:e321-8
- Dal Negro RQ, et al. Prevalence of different comorbidities in COPD patients by gender and GOLD stage. *Multidisciplin Respir Med* 2015;**10**:24
- Barr RG, et al. Comorbidities, patients knowledge, and disease management in a national sample of patients with COPD. *Am J Med* 2009;**122**:348-55
- Jenkins CR, et al. Improving the management of COPD in women. *Chest* 2017;**151**:686-96.
- Divo MJ, et al. COPD comorbidities network. *Eur Respir J* 2015;**46**:640
- Decramer M, et al. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2012;**379**:1341-51
- Barnes PJ. Senescence in COPD and its comorbidities. *Ann Rev Physiol* 2017;**79**:517-39.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2020 Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD. Available at: <https://goldcopd.org/gold-reports/>
- Dumbreck S, et al. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *BMJ* 2015;**350**:h949
- Tsiligianni IG, et al. Managing comorbidity in COPD: a difficult task. *Current Drug Targets* 2013;**14**:158-76
- Lozano R, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;**380**:2095-218
- Quaderi SA, Hurst JR. The unmet global burden of COPD. *Global Health Epidemiol Gen* 2018;**3**:e4
- Mounce LTA, et al. Predicting incident multimorbidity. *Ann Fam Med* 2018;**16**:322-9
- Morrison D, et al. Managing multimorbidity in primary care in patients with chronic respiratory conditions. *npj Prim Care Respir Med* 2016;**26**:16043
- Martinez CH, et al. Defining COPD-related comorbidities 2004-2014. *Chron Obstruct Pulm Dis* 2014;**1**:51-63
- IPCRG. Desktop helper 6: Evaluation of appropriateness of inhaled corticosteroid (ICS) therapy in COPD and guidance on ICS withdrawal. Available at: <https://www.theipcr.org/display/TreatP/Desktop+helper+6%3A+Evaluation+of+appropriateness+of+inhaled+corticosteroid+%28ICS%29+therapy+in+COPD+and+guidance+on+ICS+withdrawal>. Accessed December 2019

Actuaciones adicionales esenciales

- Aumente la vigilancia de comorbilidades en EPOC, críbe y busque en sus pacientes las comorbilidades más frecuentes.
- Garantice al menos una (re)evaluación y ajuste de tratamientos anual de sus pacientes en su consulta de atención primaria, incluyendo la deprescripción de medicación inapropiada. No olvide el cáncer de pulmón
- Revise la técnica inhalatoria y el cumplimiento terapéutico.
- Refuerce y eduque a los pacientes y a sus familiares para ayudarles a sobrellevar los potenciales excesos de información y la ansiedad y depresión asociadas.
- Compruebe cuidadosamente la indicación antes de iniciar el tratamiento con CI. Si el tratamiento ya está iniciado valore:
 - Asma: el tratamiento con CI debe continuar.
 - Diabetes: reconsidere si el CI es necesario. Si sigue con el tratamiento, necesita un control estrecho, titulación y monitorización de glucemias y del tratamiento antidiabético.
 - Osteoporosis: reconsidere si los CI son necesarios. Si sigue, es necesario un control estrecho de la pérdida de densidad ósea y de las fracturas. Se recomienda cribado de osteoporosis y osteopenia en pacientes con altas dosis de CI o con dosis bajas y con uso frecuente de corticoides orales.
 - Infecciones (neumonía o tuberculosis): considere la retirada de CI y maximice la broncodilatación.
- Cuando inicie tratamiento con LABA evalúe posibles alteraciones del ritmo cardíaco como la fibrilación auricular.
- Cuando inicie tratamiento con LAMA en pacientes con enfermedad renal crónica o prostática busque síntomas incipientes de patología urológica.

Consideraciones terapéuticas del paciente EPOC con multimorbilidad

Comorbilidad	Riesgo asociado al tratamiento de la EPOC		
	CI	LABA	LAMA
Asma	Recomendado. Los LABA/CI son de primera elección en pacientes EPOC con historia de asma y solapamiento asma-EPOC		Recomendado en pacientes seleccionados
Neumonía	Aumenta el riesgo de neumonía. Plántese retirar CI y maximice broncodilatación		
Osteoporosis/fracturas	Aumenta la pérdida ósea y riesgo de fracturas. Especialmente en mujeres		
Diabetes y pre-diabetes	Asociados al inicio y progresión de la diabetes, especialmente a dosis altas		
Bronquiectasias	No indicados en pacientes con colonización bacteriana o con infecciones del TRI recurrentes		
Tuberculosis	Aumenta el riesgo de TBC, especialmente a altas dosis		
Enfermedad renal crónica			Se asocia a síntomas urinarios
Enfermedad prostática			Se asocia a síntomas urinarios
Fibrilación auricular		Asociado a taquicardia y a alteraciones del ritmo (en pacientes susceptibles)	
Glaucoma	Asociado con glaucoma y cataratas		Asociado con cataratas si se usa con mascarilla facial

EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; CI, corticoides inhalados; LABA, broncodilatador beta de acción larga; LAMA, antagonista muscarínico de acción larga; TRI, tracto respiratorio inferior; TBC, tuberculosis.

■ Recomendado
 ■ Usar con precaución
 ■ Usar según guías de EPOC

Autores: Ioanna Tsiligianni, Kristian Hoines, Christian Jensen, JanWillem WH Kocks, Bjorn Stallberg, Claudia Vicente, Rudi Peche
 Revisores: Stewart Mercer, Luís Andres Amorim Alves
 Traductores: Miguel Román Rodríguez, Marina García Pardo
 Editor: Tracey Lonergan

Boehringer Ingelheim ha aportado una beca no condicionada para apoyar el desarrollo, composición, impresión y costes asociados, pero no ha tenido ninguna contribución en el contenido del documento.

Este desktop helper es orientativo; está destinado a uso general y no debe considerarse para aplicar a casos específicos.
 Más información: www.ipcr.org/desktophelpers and www.ipcr.org/disclaimer



Creative Commons Licence Attribution-NonCommercial-ShareAlike

The IPCRG is a registered charity (SC No 035056) and a company limited by guarantee (Company No 256268).
 Communication address: 19 Armour Mews, Ladbroke Grove, London W2 2DF, UK