



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA AL DIRECTOR

¿Deberíamos dirigir el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica basándonos en escalas multidimensionales?



Should treatment of chronic obstructive pulmonary disease be based on multidimensional scales?

Actualmente las guías GOLD y GesEPOC hacen las recomendaciones del tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) basándose en escalas multidimensionales. Si bien estas nos informan acerca de la gravedad y pronóstico del proceso, su uso con intención de dirigir el tratamiento es cuestionable ya que sus variables son modificadas por diferentes factores que no guardan relación con la respuesta al tratamiento.

A diferencia del FEV1 que es un parámetro objetivo que refleja el grado de limitación al flujo aéreo, otros parámetros como la disnea, la calidad de vida o la presencia de exacerbaciones pueden verse alterados por factores no relacionados con la propia enfermedad. Estos factores, denominados comorbilidades, están presentes hasta en el 96% de los pacientes diagnosticados de EPOC, y hasta en la mitad de ellos coexisten al menos 4 enfermedades^{1,2}. Frente a estos datos es razonable pensar que su presencia debe tener un papel relevante en el pronóstico de nuestros pacientes, pero no en el tratamiento.

Si nos centramos en los síntomas cardinales de la EPOC como son la disnea o la intolerancia al ejercicio, la presencia de comorbilidades puede influir en su evolución. Factores como la cardiopatía isquémica, la obesidad o la pobre calidad de sueño han demostrado tener un impacto negativo en el control de los síntomas. Barr et al. describen como el grado de disnea se relaciona con el número de comorbilidades presentes en pacientes con EPOC; aquellos pacientes con menos de 5 comorbilidades mostraron un grado de disnea, según la Modified Medical Research Council (mMRC), de 2,3 y se iba incrementando a medida que se sumaban enfermedades³.

Otros aspectos como la ansiedad y la depresión, dos de las comorbilidades más frecuentes en estos pacientes, van

a repercutir sobre la calidad de vida. Miyazaki et al. objetivaron como la depresión modificaba la puntuación del COPD Assessment Test (CAT)⁴, lo que según la GOLD motivaría un aumento en el grado de severidad y con ello un aumento de la terapia broncodilatadora.

Respecto a las exacerbaciones, definidas según la GOLD como incremento de los síntomas respiratorios habituales, en el Lung Health Study se observa que el 42% de las primeras hospitalizaciones producidas en pacientes con EPOC leve fueron de causa cardiovascular⁵, por lo que no estaría indicado siempre el uso de antibioterapia o de corticoides sistémicos en estos pacientes. Además, la presencia de exacerbaciones justificaría introducir corticoides inhalados en el tratamiento de fase estable, lo que también podría ser inapropiado.

Si bien las escalas multidimensionales han sido un acierto a la hora de evaluar la gravedad del proceso, su uso con intención de dirigir el tratamiento de la EPOC es cuestionable y no existen estudios que lo avalen. Las guías actuales engloban variables que se ven influenciadas por las comorbilidades del paciente y que no justificarían, desde el punto de vista fisiopatológico, cambios en la terapia inhalatoria aunque sí el tratamiento de estas enfermedades asociadas. El ajuste del tratamiento inhalatorio debería realizarse en función de los parámetros funcionales respiratorios como son el FEV1 o la capacidad vital forzada (FVC).

Bibliografía

1. Schnell K, Weiss CO, Lee T, Krishna JA, Leff B, Wolff JL, et al. The prevalence of clinically-relevant comorbid conditions in patients with physician-diagnosed COPD: A cross-sectional study using data from NHANES 1999-2008. *BMC Pulm Med*. 2012; 12:26.
2. Vanfleteren LE, Spruit MA, Groenen M, Gaffron S, van Empel VP, Bruijnzeel PL, et al. Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187:728–35.
3. Barr RG, Celli BR, Mannino DM, Petty T, Rennard SI, Sciurba FC, et al. Comorbidities, patient knowledge, and disease management in a national sample of patients with COPD. *Am J Med*. 2009;122:348–55.
4. Miyazaki M, Nakamura H, Chubachi S, Sasaki M, Haraguchi M, Yoshida S, et al., Keio COPD Comorbidity Research (K-CCR) Group.

- Analysis of comorbid factors that increase the COPD assessment test scores. *Respir Res.* 2014;15:13.
5. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA.* 1994;272:1497-505.

J.M. Figueira-Gonçalves* e I. García-Talavera

Servicio de Neumología y Cirugía Torácica, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC), Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmarcofigueira@gmail.com
(J.M. Figueira-Gonçalves).