Preguntas para responder

TRATAMIENTO DE LA EPOC EN FASE ESTABLE

1. ¿Existe evidencia para aconsejar un tipo concreto de broncodilatador de acción mantenida en monoterapia cuando se inicia el tratamiento de la EPOC en fase estable?

2. ¿Cuáles son los beneficios de la terapia combinada (beta adrenérgicos de larga duración/corticoides inhalados) frente a la doble terapia broncodilatadora?

3. ¿El roflumilast puede ser una alternativa a la utilización de corticoides inhalados como terapia adicional al tratamiento de mantenimiento con broncodilatadores en pacientes con EPOC?

4. ¿La utilización del mucolítico-antioxidante N-acetilcisteína está justificada en los pacientes con EPOC?

5. ¿La utilización del mucolítico carbocisteína está justificada en los pacientes con EPOC?

6. TRATAMIENTO DE LA EXACERBACIÓN DE LA EPOC

7. ¿Se deben emplear los corticoides sistémicos en las exacerbaciones moderadas de la EPOC?

8. ¿Se deben emplear los corticoides sistémicos en las exacerbaciones leves de la EPOC?

9. ¿Es beneficiosa la rehabilitación respiratoria en el contexto de una exacerbación?

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA TABÁQUICA EN PACIENTES FUMADORES CON EPOC

10. ¿Qué tratamientos son los más adecuados para la deshabituación tabáquica en los pacientes con EPOC?

TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON EPOC

11. ¿Qué tratamientos son los más adecuados para tratar la ansiedad y la depresión en los pacientes con EPOC?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Niveles de evidencia y grados de recomendaciones

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE

Calidad de la evidencia científica	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si
Alta	ECA	Limitación en el diseño: Importante (-1) Muy importante (-2)	Asociación: evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) (+1).
Moderada		Inconsistencia (-1)	
Baja	Estudios observacionales	Evidencia directa: Alguna (-1) incertidumbre Gran (-2) incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa	Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) (+2)
Muy baja	Otros tipos de diseño	Datos imprecisos (-1) Sesgo de notificación: Alta probabilidad de (-1)	Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores confusores podrían haber reducido el efecto observado (+1)

ECA: ensayo clínico aleatorizado

Implicaciones de los grados de recomendación del sistema GRADE

Implicaciones de una recomendación fuerte:		
Pacientes	Clínicos	Gestores / Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.
Implicaciones de una recomendación débil:		
Pacientes	Clínicos	Gestores / Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellos no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

Tratamiento de la EPOC en fase estable

Broncodilatadores de acción mantenida al inicio de un tratamiento en monoterapia

Buena práctica clínica	En pacientes con EPOC en fase estable que precisen un broncodilatador de acción mantenida en monoterapia se sugiere basar la elección final del broncodilatador en criterios como las preferencias de los pacientes individuales, la respuesta individual al fármaco y/o aspectos económicos.
Débil	En pacientes con EPOC en fase estable y que hayan sufrido al menos una exacerbación previa que ha requerido hospitalización y/o tratamiento con glucocorticoides sistémicos y/o antibióticos durante el año anterior y que precisen un broncodilatador de acción mantenida en monoterapia, se sugiere el uso de tiotropio frente a salmeterol.
Recomendación para la investigación	Se recomienda realizar ensayos clínicos controlados y aleatorizados para evaluar la eficacia y seguridad del indacaterol frente al tiotropio en pacientes con EPOC en fase estable que requieren broncodilatadores de acción mantenida en monoterapia, dado que la evidencia identificada es insuficiente para recomendar uno frente a otro.

Terapia combinada (LABA/CI) frente a la doble terapia broncodilatadora (LAMA+LABA)

Recomendación para la investigación	Se recomienda realizar ensayos clínicos controlados y aleatorizados para evaluar la eficacia y seguridad de la terapia combinada (LAMA/CI o LABA/CI) frente a la doble terapia broncodilatadora (LAMA+LABA) en pacientes con EPOC en fase estable, dado que la evidencia identificada es insuficiente para recomendar una de estas opciones frente a la otra.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Utilización del roflumilast en lugar de los corticoides inhalados como terapia adicional al tratamiento de mantenimiento con broncodilatadores en pacientes con EPOC

Recomendación para la investigación	En pacientes con EPOC en fase estable en tratamiento de mantenimiento con broncodilatadores, la terapia adicional con roflumilast, como alternativa a la terapia adicional con corticoides inhalados, sólo debe utilizarse en un contexto de investigación.

Mucoliticos en el tratamiento de mantenimiento de la EPOC:

N-acetilcisteína

Débil	En los pacientes con EPOC en fase estable se sugiere no utilizar de manera generalizada la N-Acetilcisteína como tratamiento de mantenimiento

Carbocisteína

Débil	En los pacientes con EPOC en fase estable y fenotipo agudizador con bronquitis crónica se sugiere utilizar la carbocisteína como tratamiento de mantenimiento de la EPOC.

Tratamiento de la exacerbación de la EPOC

Corticoides sistémicos en las exacerbaciones moderadas

Débil	En pacientes con EPOC no hospitalizados se sugiere administrar prednisona oral durante 9 ó 10 días para tratar las exacerbaciones moderadas

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Corticoides sistémicos en las exacerbaciones leves

Recomendación para la investigación	En pacientes con EPOC no hospitalizados se sugiere utilizar corticoides sistémicos para el tratamiento de las exacerbaciones leves sólo en un contexto de investigación.

Rehabilitación respiratoria precoz en el contexto de una exacerbación

Fuerte	En pacientes con EPOC que han sufrido una agudización, se recomienda iniciar la rehabilitación respiratoria inmediatamente después de finalizar el tratamiento de la exacerbación o en el periodo comprendido en las tres semanas siguientes.

Tratamiento de la dependencia tabáquica en pacientes fumadores con diagnóstico de EPOC

Fuerte	En los pacientes fumadores con EPOC se recomienda ofrecer consejo médico/psicológico antitabáquico.
Débil	En los pacientes con EPOC fumadores y que presentan baja motivación para dejar de fumar, se sugiere el uso de consejo médico/psicológico acompañado de terapia farmacológica.

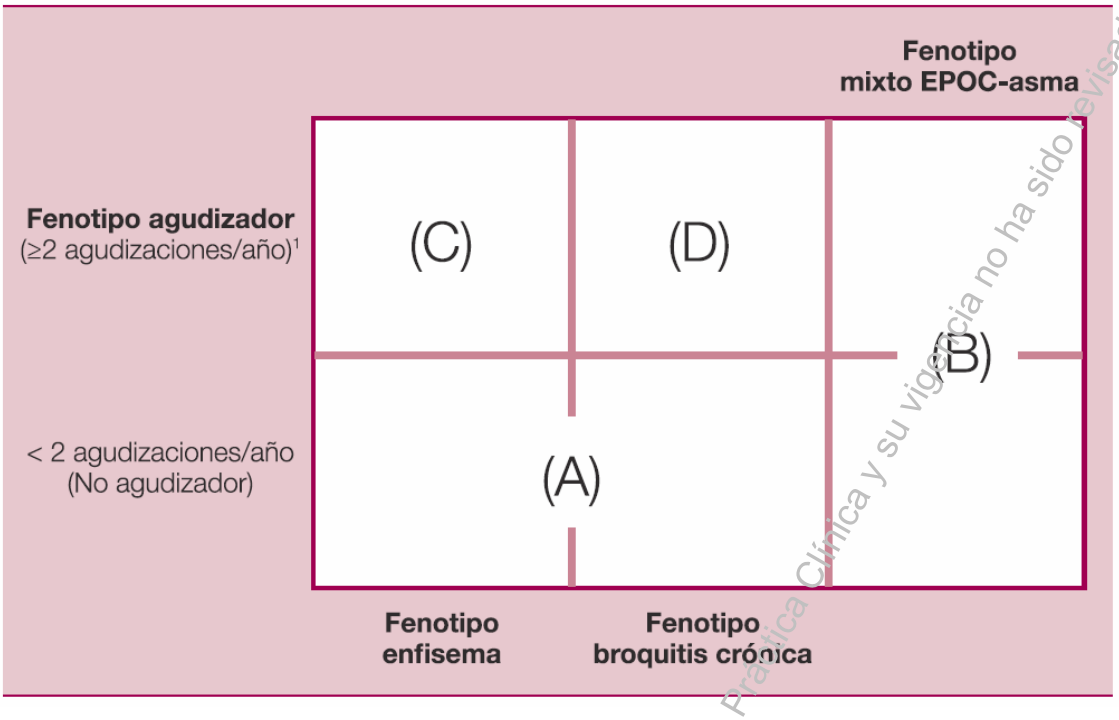
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento de la ansiedad y depresión en pacientes con EPOC

Buena práctica clínica	En pacientes con EPOC la ansiedad y depresión deben ser tratadas de la manera habitual, si bien hay que tener en cuenta la edad de los pacientes, efectos adversos de los fármacos e interacciones farmacológicas, sobre todo en pacientes polimedicados.
Débil	En pacientes con EPOC con síntomas de ansiedad y/o depresión y con escasa predisposición a seguir un tratamiento farmacológico, se sugiere ofrecer tratamiento psicológico basado en principios de la terapia cognitivo-conductual.
Débil	En pacientes con EPOC y síntomas de ansiedad y/o depresión subsidiarios de rehabilitación respiratoria se sugiere un programa multidisciplinar de rehabilitación respiratoria.

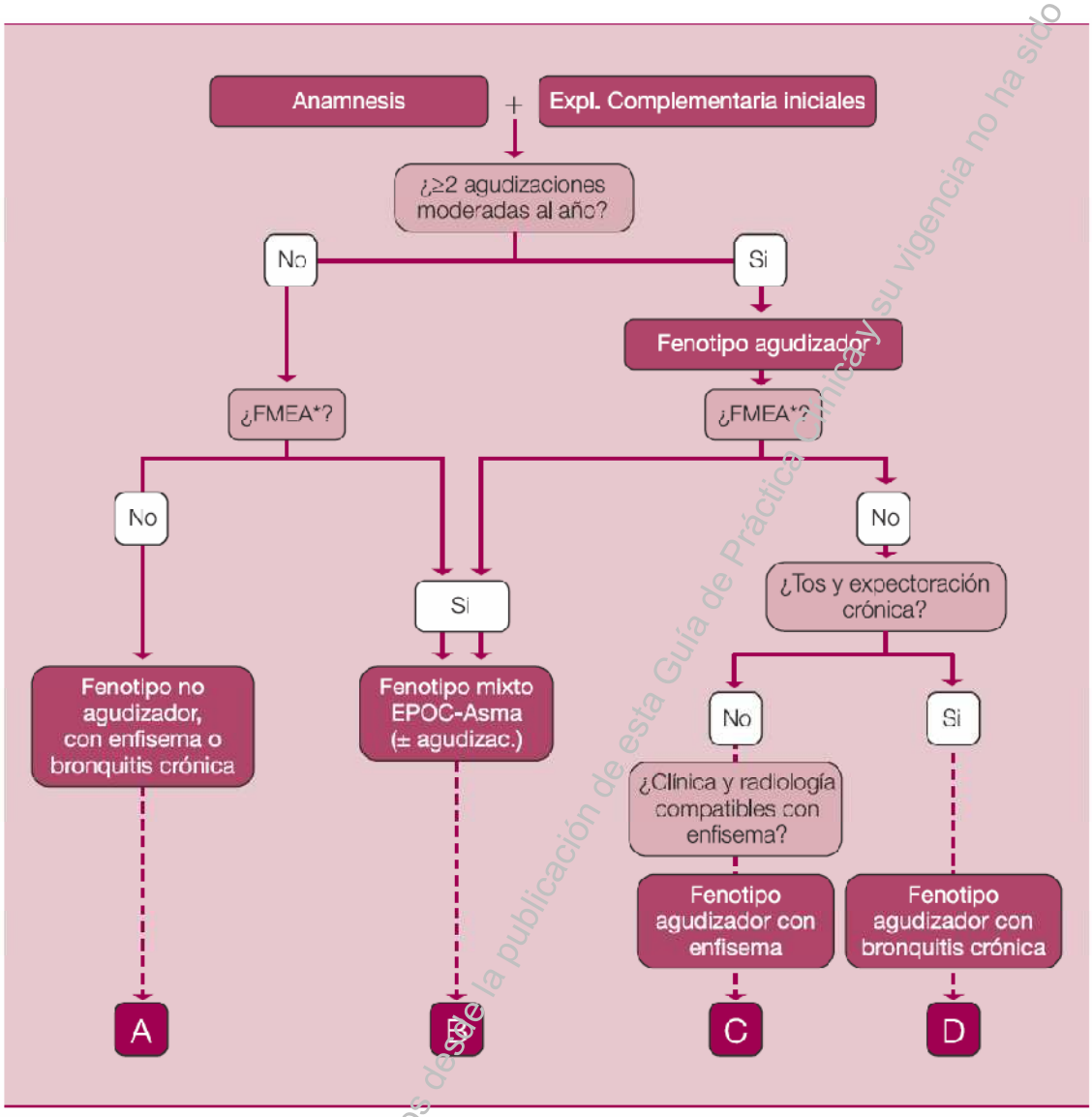
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 5.1 . Combinaciones fenotípicas según GESEPOC



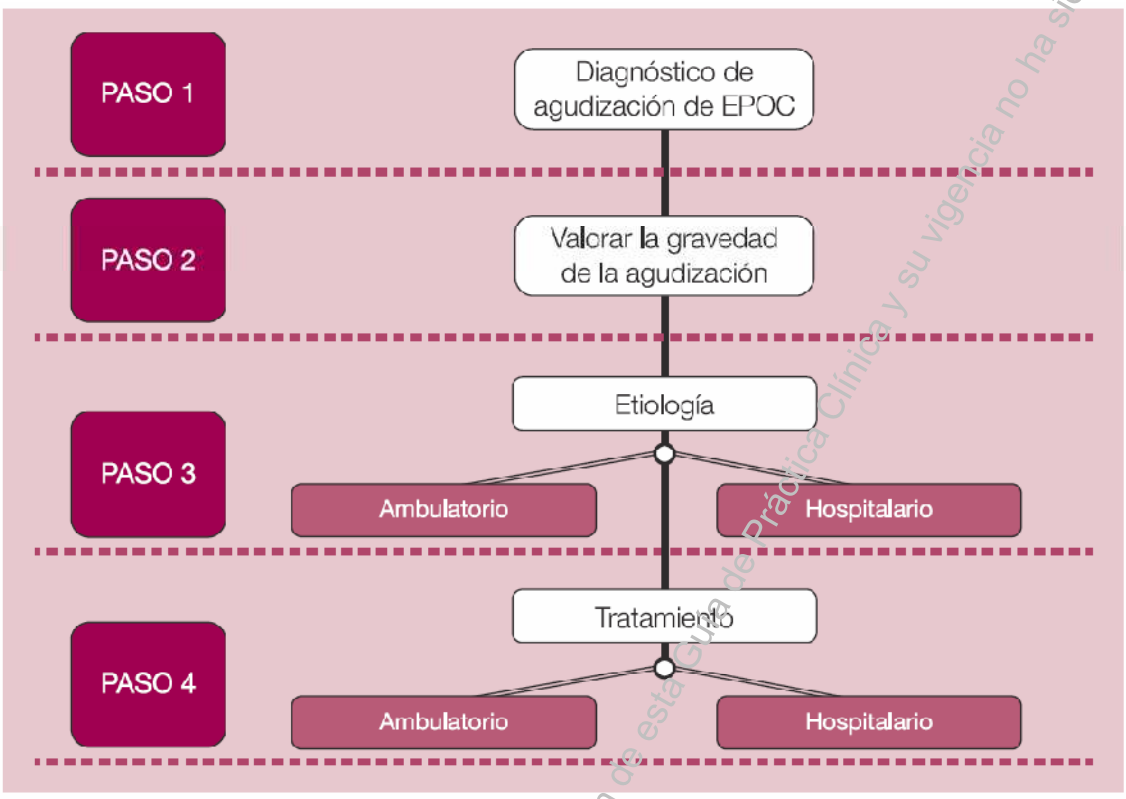
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 5.2. Proceso diagnostico de identificación de los cuatro fenotipos según GesEPOC



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Figura 7.2. Pasos diagnósticos a seguir para caracterizar una agudización



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.