

Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico, manejo y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Colombia 2023 (resumen)

Clinical practice guidelines on the diagnosis, management, and monitoring of chronic obstructive pulmonary disease in Colombia 2023 (summary)

Grupo Core:

Olga Milena García Morales^{1,2}, Abraham Ali^{3,4}, Carlos Andrés Celis-Preciado⁵, Darío Londoño T^{1,6}

Panel Aseoneumocito:

Alejandro Casas^{3,4}, Alirio Bastidas Goyes⁷, Carlos Aguirre Franco^{3,4}, Carlos Torres^{3,4}, Iván De Jesús Baños⁸, John Carlos Pedrozo Pupo⁹, Luisa Manrique¹⁰, Manuel Conrado Pacheco Gallego^{11,12}, Rafael Acero^{1,2}, Rubén Contreras Páez¹³.

Representantes Asociación Colombiana de Medicina Interna, Asociación Colombiana de Medicina Familiar, Asociación Colombiana de Fisioterapias.

José Vicente Bohórquez¹⁴, Walter Chaves¹⁵, Fernando Rivera, Jhonatan Betancourt Peña¹⁶

Grupo metodológico Universidad de los Andes

Juan José Yepes-Núñez^{2,18}, Andrés Felipe Loaiza-Betancur^{17,18}, Andrés Mauricio García Sierra², Carolina Ocampo Salgado², José F. Meneses-Echavez^{18,19}

Fellows de Neumología

Oscar Ricardo Barón³, Hernando José González Cobo⁵, Jenny Leandra Londoño¹⁹, María Angelica Moreno¹⁹, Diego Pérez Marmolejo⁵, Leidy Paola Prada³, María Carolina Torres¹⁹, Luis Eduardo Ramírez¹⁹, Natalia Remolina Murillo⁵, Wendy Rubiano³

1 Sección de Neumología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá D.C., Colombia

2 Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá D.C, Colombia

3 Fundación Neumológica Colombiana. Bogotá, Colombia

4 Programas AIREPOC RexpIRA y Rehabilitación Pulmonar, Fundación Neumológica Colombiana, Bogotá, Colombia

5 Unidad de Neumología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C, Colombia.

6 Saludo Poblacional, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá D.C., Colombia

7 Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana

8 Sección de Neumología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Serena del Mar

9 Facultad de Ciencias de la salud, Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia

10 Centro Médico Especializado en Medicina del Ejercicio, Cardiología y Neumología

11 Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia

12 Institución universitaria Visión de las Américas, Pereira, Colombia

13 Unidad de Neumología, Clínica los Nogales

14 Fundación universitaria Juan N. Corpas. Asociación colombiana de Medicina Familiar

15 Sociedad de Cirugía de Bogotá- Hospital de San José- Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud- Asociación Colombiana de Medicina Interna ACMI

16 Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte. Universidad del Valle. Grupo Cardiovascular Pulmonar ASCOFI.

17 Instituto Universitario de Educación Física, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

18 Grupo de Investigación en Entrenamiento Deportivo y Actividad Física para la Salud (GIEDAF), Universidad Santo Tomás. Tunja, Colombia

19 School of Global Health Management and Informatics, University of Central Florida, Orlando, USA

20 Norwegian Institute of Public Health. Oslo, Norway.

21 Facultad de Cultura Física, Deporte y Recreación. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia.

22 Colombia GRADE Network, Colombia

23 Universidad Nacional de Colombia. Instituto Nacional de Cancerología.

Autor de correspondencia:

Olga Milena García Morales

Correo electrónico:

olga.garcia@fsfb.org.co

Resumen de las recomendaciones basadas en evidencia (resumen ejecutivo) a partir de preguntas pico

Pregunta tratamiento 1: <i>¿Debería usarse oxigenoterapia a largo plazo (OLTP) versus no OLTP en pacientes adultos con la EPOC quienes presentan hipoxemia grave persistente en reposo y al aire ambiente?</i>
Recomendación 1: en pacientes adultos con la EPOC en fase estable, que presentan hipoxemia grave persistente en reposo y al aire ambiente, el panel sugiere usar OLTP en vez de no usarla.
<i>Recomendación condicional, basada en <u>moderada</u> certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕⊕○.</i>
Buenas prácticas: el panel destaca la importancia de considerar la altura sobre el nivel del mar en la que se encuentre el paciente al momento de formular oxigenoterapia a largo plazo.
Oportunidades de investigación: el panel considera que se requiere de estudios para validar esta recomendación en moderadas y grandes alturas.
Pregunta tratamiento 2: <i>¿Debería usarse oxigenoterapia a largo plazo (OLTP) versus no OLTP en pacientes adultos con la EPOC quienes presentan hipoxemia moderada persistente en reposo y al aire ambiente?</i>
Recomendación 2: en pacientes adultos con la EPOC en fase estable, quienes presentan hipoxemia moderada persistente en reposo y al aire ambiente, el panel sugiere no usar OLTP en vez de usarla.
<i>Recomendación condicional, basada en <u>moderada</u> certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕⊕○.</i>
Buenas prácticas: el panel destaca la importancia de considerar la altura sobre el nivel del mar en la que se encuentre el paciente al momento de formular oxigenoterapia a largo plazo.
Oportunidades de investigación: el panel considera se requiere de estudios para validar esta recomendación en moderadas y grandes alturas.
Pregunta de tratamiento no Farmacológico 3: Vacunación en pacientes con la EPOC
Recomendación 3: en pacientes adultos con la EPOC estable, el panel recomienda usar la vacunación contra el virus de influenza en vez de no vacunación.
<i>Recomendación fuerte, basada en <u>moderada</u> certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕⊕○.</i>
Buenas prácticas: el panel considera que la vacunación contra influenza puede generar grandes ahorros al sistema de salud colombiano, basado en la reducción de las exacerbaciones de EPOC en pacientes vacunados.
La Guía colombiana de EPOC 2014 recomendó: En pacientes adultos con la EPOC estable se recomienda la vacunación para neumococo en todos los pacientes menores de 65 años, especialmente aquellos con VEF1 menor del 40% y en todos los mayores de 65 años independiente de la función pulmonar para disminuir la frecuencia de neumonía adquirida en la comunidad. Recomendación fuerte , basada en <u>moderada</u> certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕⊕○.

Pregunta de tratamiento no Farmacológico 4: Rehabilitación pulmonar durante o después de una exacerbación de la EPOC
Recomendación 4: en pacientes adultos durante o después de una exacerbación de la EPOC el panel <i>sugiere</i> indicar la rehabilitación pulmonar en vez de no indicarla.
<i>Recomendación condicional, basada en moderada certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕⊕○.</i>
Buena práctica: el panel considera que es importante determinar el estado clínico de los pacientes antes de prescribir este tipo de intervención durante la exacerbación de la EPOC.

Pregunta de tratamiento Farmacológico 5: Uso de anticolinérgicos inhalados de acción corta (SAMA) comparado con terapia con anticolinérgicos inhalados de acción prolongada (LAMA) en el manejo de pacientes adultos con la EPOC
Recomendación 5: en pacientes adultos con la EPOC, el panel <i>sugiere no</i> usar anticolinérgicos inhalados de acción corta (SAMA) como única terapia, por lo que se prefiere el uso de terapia con anticolinérgicos inhalados de acción prolongada (LAMA)
<i>Recomendación condicional, basada en moderada certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕⊕○.</i>
Buena práctica: el panel considera que, aunque los SAMA puede mejorar la función pulmonar, los LAMA pueden mejorar la disnea, los síntomas respiratorios, la función pulmonar y disminuyen las exacerbaciones.

Pregunta de tratamiento 6: ¿Debería usarse terapia triple con agonistas beta de acción prolongada (LABA) más anticolinérgicos inhalados de acción prolongada (LAMA) más corticosteroides inhalados (CEI) comparado con terapia dual con LABA más LAMA en pacientes adultos con la EPOC de alto riesgo?
Recomendación 6: en pacientes adultos con la EPOC de riesgo alto, que presenten una exacerbación a pesar de la terapia dual con LABA más LAMA, el panel sugiere usar triple terapia con LAMA más LABA más CEI en vez de terapia dual con LABA más LAMA.
<i>Recomendación condicional, basada en moderada certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕⊕○)</i>
Buena práctica: el panel considera que, el nivel de eosinófilos en sangre en fase estable es un biomarcador que permite seleccionar al paciente con el mayor beneficio de la terapia triple en EPOC.

Pregunta tratamiento no farmacológico 7: <i>¿En qué pacientes se debe considerar la evaluación de la condición nutricional y suplementación?</i>
Recomendación 7: el panel considera que, en pacientes con EPOC la evaluación del estado nutricional por medio de pruebas sencillas como el índice de masa corporal (IMC). La determinación del peso del paciente es importante dado que, tanto las anormalidades por exceso (sobrepeso y obesidad) como por déficit (sarcopenia, caquexia y precaquexia) y sus combinaciones, se asocian a desenlaces desfavorables en la EPOC.
Consenso de expertos sobre buenas prácticas, sin calificación de la calidad de la evidencia.
Buena práctica: en pacientes con la EPOC el panel sugiere la evaluación conjunta con un profesional en nutrición que apoye los ajustes en la alimentación diaria y la escogencia del suplemento cuando se considere necesario.
Pregunta tratamiento farmacológico 8: Terapia complementaria al manejo convencional con Azitromicina en pacientes adultos con EPOC de alto riesgo
Recomendación 8: En pacientes adultos con EPOC, el panel <i>sugiere</i> usar azitromicina comparado con placebo como terapia complementaria al manejo convencional (LABA/LAMA o LABA/LAMA/ICS) en pacientes de alto riesgo que persisten con exacerbaciones a pesar del manejo instaurado.
<i>Recomendación condicional, basada en <u>moderada</u> certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕⊕.</i>
Buenas prácticas: el panel considera que antes de iniciar el tratamiento con Azitromicina como terapia complementaria, y durante su seguimiento, se debe vigilar efectos adversos cardiovasculares con electrocardiograma (prolongación de QT) y pérdida auditiva (audiometría).
Pregunta tratamiento farmacológico 9: Vareniclina comparado con parches de nicotina en pacientes adultos con la EPOC y dependencia al cigarrillo en quienes se va a iniciar tratamiento de cesación tabáquica
Recomendación 9: En pacientes con la EPOC y dependencia al cigarrillo en quienes se va a iniciar terapia de cesación tabáquica, el panel <i>sugiere</i> usar vareniclina en vez de parches de nicotina.
<i>Recomendación condicional, basada en <u>moderada</u> certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕⊕ ○.</i>
Buenas prácticas: el panel considera que adicional a la terapia farmacológica se deberán implementar clínicas de cesación tabáquica que permita la mejorar la adherencia a diferentes terapias de cesación, así como la valoración de la salud mental.

Pregunta tratamiento farmacológico 10: Reemplazo con alfa-1 antitripsina para pacientes con la EPOC y deficiencia de alfa-1 antitripsina en adición a la terapia convencional.
Recomendación 10: en pacientes con EPOC y con deficiencia de alfa-1 antitripsina, el panel sugiere usar suplencia de alfa-1 antitripsina además del tratamiento estándar
<i>Recomendación condicional, basada en <u>moderada</u> certeza en la evidencia de los efectos ⊕⊕○○.</i>
Buenas prácticas: el panel considera que es importante que los pacientes que van a ser sometidos a la terapia de reemplazo con alfa-1 antitripsina cumplan con los criterios diagnósticos incluyendo tanto los niveles séricos reducidos de la enzima como la mutación genética, pero adicionalmente es necesaria la presencia de enfisema pulmonar, función pulmonar disminuida ($VEF1 \leq 65\%$ del predicho), tener tratamiento farmacológico y no farmacológico óptimos y no ser fumador activo.

Recomendaciones basadas en consenso de expertos a partir de preguntas narrativas

Pregunta factores de riesgo: ¿Es necesario realizar búsqueda de factores de riesgo relacionados con la EPOC?, ¿Se debe medir de manera sistemática su presencia? ¿Si se identifican los factores riesgo se deben intervenir?
Recomendación: el panel considera que es necesario buscar y medir de manera sistemática los factores de riesgo asociados al desarrollo de la EPOC. En caso de que estén presentes, deben ser abordados con la finalidad de eliminarlos si es posible o reducir su impacto.
<i>Consenso de expertos sobre buenas prácticas, sin calificación de la calidad de la evidencia.</i>
Buena práctica: el panel considera que es importante considerar el uso del cálculo de paquetes año o índice paquete año (IPA) en fumadores activos y exfumadores a fin de evaluar la carga tabáquica; así mismo, es necesario evaluar tabaquismo de segunda y tercera mano y años de exposición al humo de leña.

Preguntas de clasificación de la gravedad: ¿Cuáles son los parámetros importantes para definir la gravedad de la EPOC?
Recomendación: El panel considera en pacientes con la EPOC una estrategia de estratificación de riesgo desenlaces adversos a partir de parámetros clínicos como la disnea (evaluada con la escala mMRC) y la carga de síntomas (determinada por el cuestionario CAT), el antecedente de exacerbaciones en el último año y el grado de obstrucción bronquial (determinada por el porcentaje del predicho del VEF1 postbroncodilatador), lo cual permite clasificar a los pacientes en 2 grupos: bajo y alto riesgo de exacerbaciones y mortalidad.
<i>Consenso de expertos sobre buenas prácticas, sin calificación de la calidad de la evidencia</i>

Preguntas de comorbilidad: ¿Deben evaluarse las comorbilidades en el paciente con EPOC, ¿Cuál es el impacto de las comorbilidades?

Recomendación: el panel considera que, en pacientes adultos con la EPOC la frecuencia de comorbilidades es muy alta y se ha reportado que condiciona peores desenlaces, como son menor supervivencia y mayor deterioro de la calidad de vida, la actividad física y los síntomas, por lo que se debe evaluar siempre la presencia de comorbilidades en todos los pacientes independiente de la estratificación del riesgo de la enfermedad, dando especial relevancia a la enfermedad cardiovascular.

Consenso de expertos sobre buenas prácticas, sin calificación de la calidad de la evidencia

Buena práctica: El panel considera que es importante considerar el uso de algunos de los sistemas de medición o listas de chequeo de las comorbilidades de manera rutinaria para poder tener comparación entre diferentes momentos de la evaluación y además hacer recordar a los evaluadores la presencia de estos.

Pregunta de tratamiento con terapia Triple con LAMA/LABA/ICS: ¿Cuál es la utilidad de los eosinófilos en sangre como biomarcador en la EPOC estable?

Recomendación: En el paciente con EPOC de alto riesgo y tratamiento previo con LAMA/LABA, un recuento de eosinófilos en sangre por encima de 100 células/ μ L probablemente permitiría identificar a los pacientes que se beneficiarían de inicio de triple terapia con LAMA/LABA/ICS con el fin de reducir exacerbaciones y, posiblemente, mortalidad.

Consenso de expertos sobre buenas prácticas, sin calificación de la calidad de la evidencia

Pregunta de tratamiento con terapia Triple con LAMA/LABA/ICS: ¿Está indicado el inicio de la terapia triple en pacientes de alto riesgo sin tratamiento previo?

Recomendación: En pacientes con EPOC de alto riesgo por antecedente de exacerbación sin tratamiento previo, el panel no sugiere el uso de la terapia con combinación triple de LAMA/LABA/ICS como primera línea de tratamiento, ante la falta de evidencia proveniente de ensayos aleatorizados controlados. De tal forma se sugiere inicio de tratamiento con LAMA/LABA.

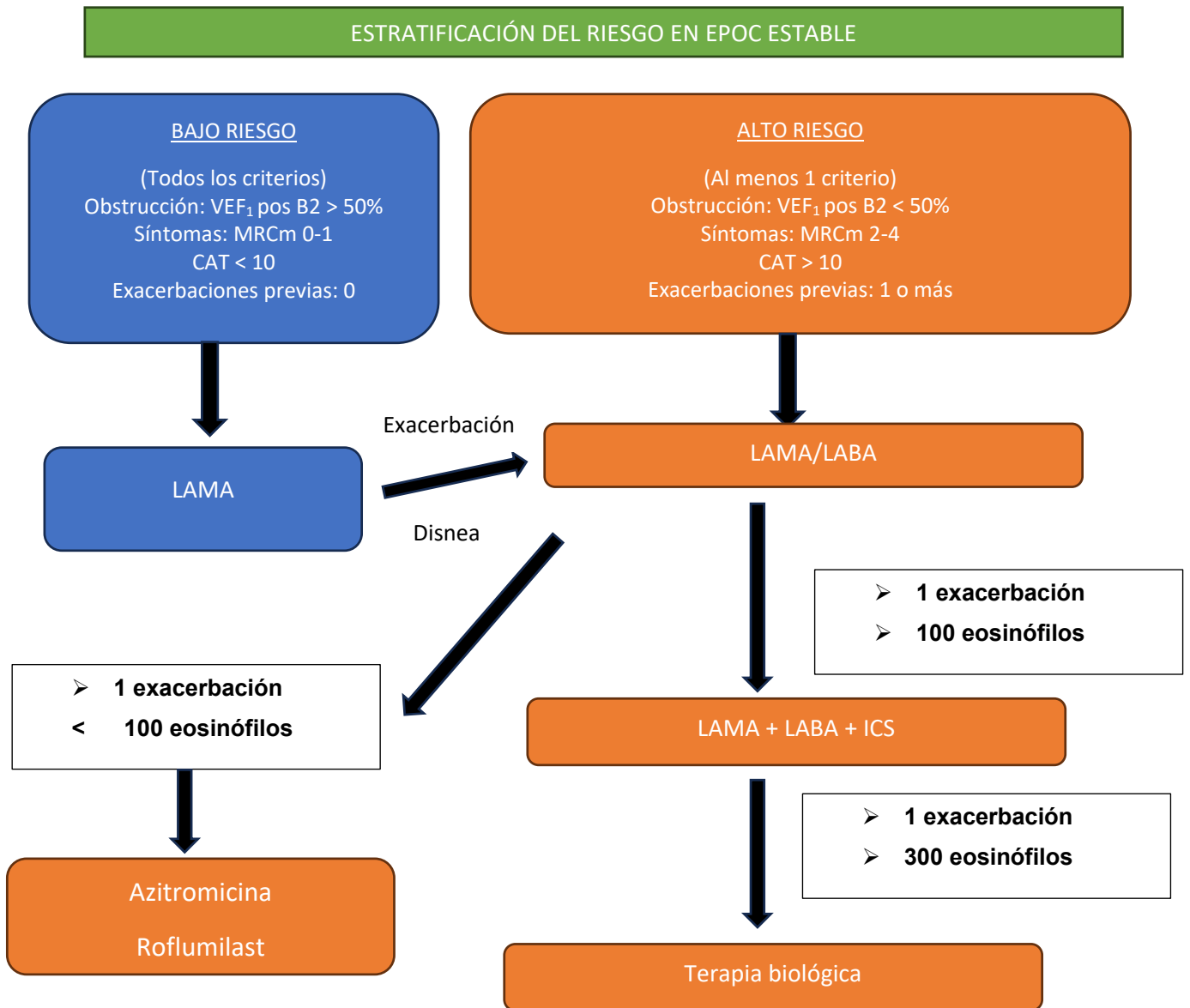
Consenso de expertos sobre buenas prácticas, sin calificación de la calidad de la evidencia

Pregunta de tratamiento con terapia Triple con LAMA/LABA/ICS: ¿Existen diferencias en la administración de la terapia triple cerrada vs abierta?

Recomendación: El panel considera que respecto al uso de la triple terapia (LABA/LAMA/ICS) abierta vs. cerrada, la evidencia derivada de estudios controlados no permite generar recomendaciones con respecto al uso preferente por alguna de estas terapias.

Consenso de expertos sobre buenas prácticas, sin calificación de la calidad de la evidencia

Figura 1. Algoritmo de tratamiento de acuerdo con la estratificación del riesgo de la EPOC estable.



Se considera, los pacientes deben ser abordados de forma personalizada, identificando, midiendo e interviniendo rasgos tratables.

