



GOBIERNO DE
MÉXICO

| **SALUD**

| **SEDENA**

| **SEMAR**

GPC
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

REFERENCIA RÁPIDA

**ACTUALIZACIÓN
2021**

Diagnóstico y Tratamiento de la
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica
GPC-IMSS-037-21



Marina Nacional 60, piso 9 ala "B"
Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

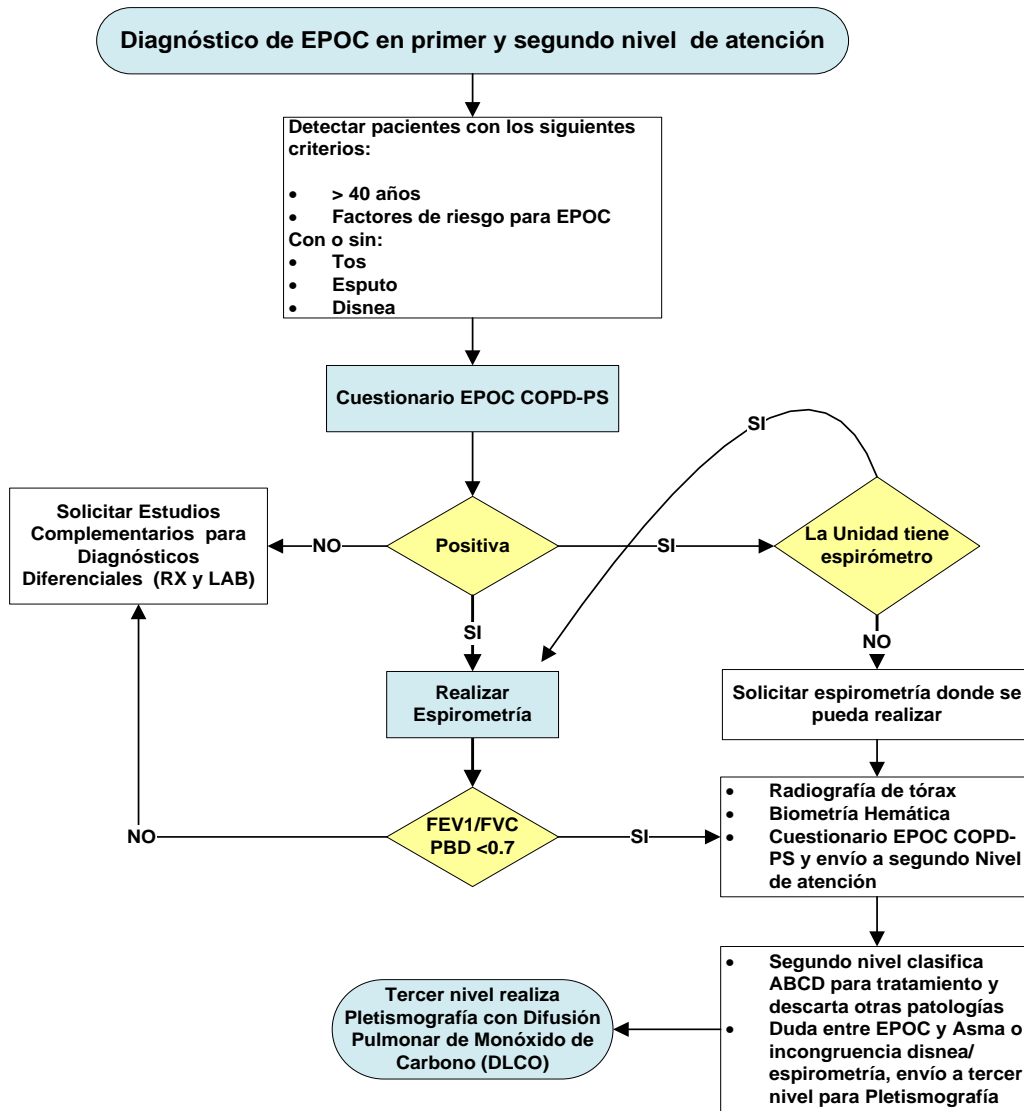
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

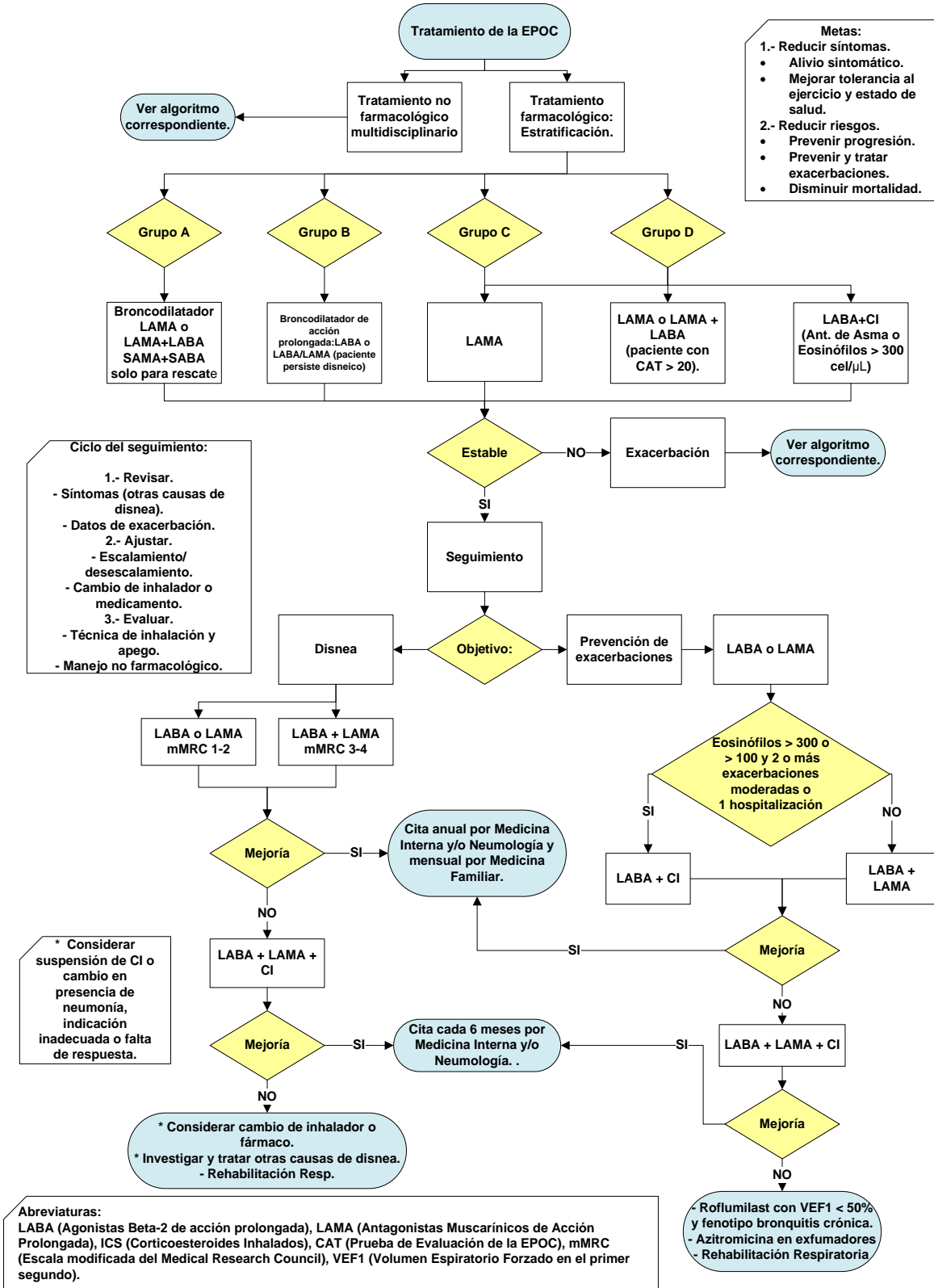
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-038-21/ER.pdf>

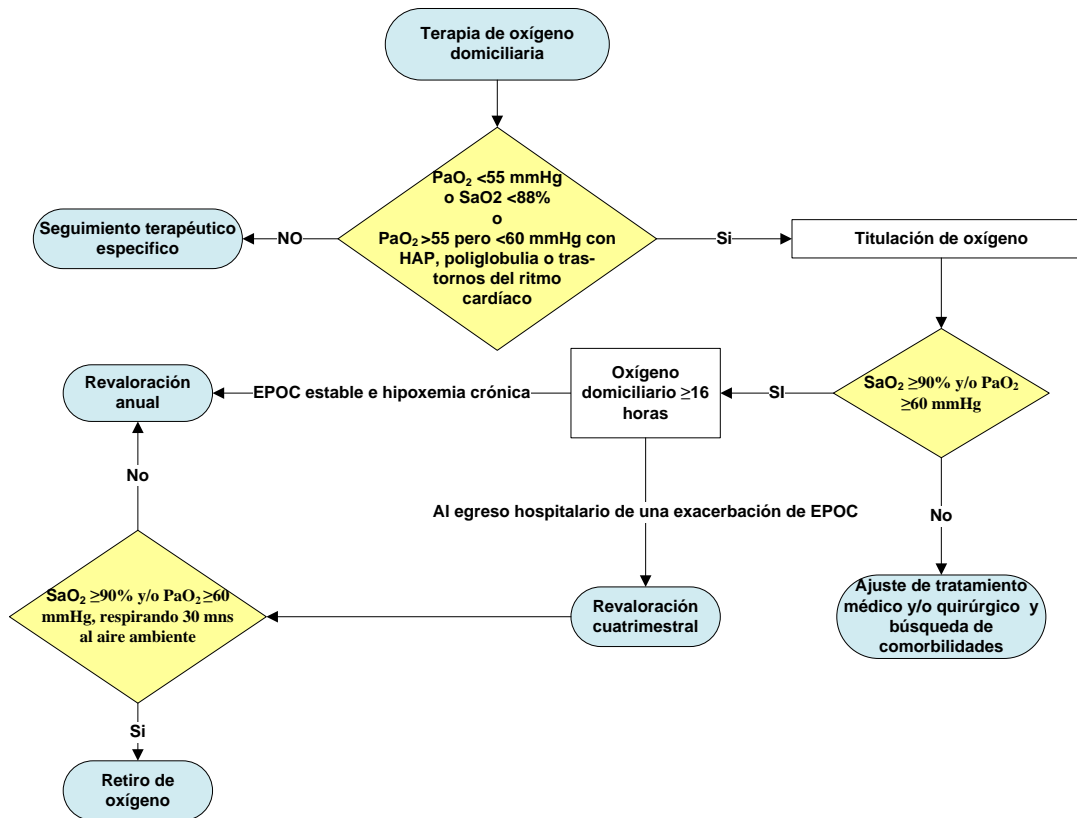
Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida. México, CENETEC; **2020** [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-038-21/RR.pdf>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO







2. NOMBRE DEL PADECIMIENTO

PREVENCIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se debe suspender el consumo de tabaco para evitar el desarrollo y progresión de EPOC y reducir la aparición de eventos cardiovasculares, además de reducir la mortalidad.	B
Se debe evitar la exposición a humo de combustibles de biomasa (cocinar con carbón o leña) ya que esto disminuye de forma importante el riesgo de desarrollar EPOC.	A
Se debe vacunar contra neumococo a toda persona con EPOC ya que esto reduce la probabilidad de desarrollar neumonía adquirida en la comunidad y reduce también la probabilidad de presentar exacerbaciones.	A
Se debe vacunar a todo paciente con EPOC contra influenza ya que disminuye el número de exacerbaciones, de hospitalizaciones y disminuye la mortalidad respiratoria y para todas las causas.	A

DETECCIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se debe sospechar EPOC en las personas con antecedentes de tabaquismo o factores de riesgo y que presenten síntomas como disnea, tos, producción de esputo, sibilancias y opresión torácica, y que se acompañen de ganancia o pérdida de peso en los casos más avanzados.	D

DIAGNÓSTICO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se debe realizar espirometría, debido a su gran precisión diagnóstica, en toda persona > 40 años que presente una combinación de disnea, tos, y producción de esputo, sobre todo si cuenta con antecedentes de exposición a tabaco,	B

polvo ocupacional, combustible de biomasa, historia familiar de enfermedad pulmonar crónica, o presencia de comorbilidades asociadas.

TRATAMIENTO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda que, para todos los pacientes con EPOC, se inicie tratamiento con un SABA (beta agonista de corta duración), un SAMA (antagonista muscarínico de corta duración), o su combinación, por razón necesaria, para aliviar los incrementos intermitentes de disnea. Para los pacientes que utilicen un LAMA (antagonista muscarínico de larga duración), se debe utilizar un beta agonista de corta duración para el rápido alivio de los síntomas de EPOC. Para los pacientes que no utilicen LAMA (anticolinérgicos de acción prolongada), SABA (beta agonista de corta duración) o una combinación de SABA más un SAMA (antagonista muscarínico de corta duración), se debe recetar SAMA.	B
Se debe considerar a las infecciones bacterianas y virales como la primera causa de exacerbación aguda en EPOC; se deberá dar tratamiento de acuerdo a la infección causal de la exacerbación.	A
Se debe iniciar tratamiento para exacerbación de EPOC en toda persona que presenta un incremento en agudo de los síntomas de EPOC más allá de los cambios en el día a día que requieren un ajuste en el tratamiento farmacológico. Los datos clínicos más comunes son: sibilancias, taquipnea, disociación toracoabdominal, uso de músculos accesorios de la respiración, y dificultad para hablar debida al esfuerzo respiratorio.	B
En todo paciente que ingresa al área de urgencias de un hospital con un cuadro compatible con exacerbación de EPOC, se debe realizar diagnóstico diferencial con las siguientes entidades: Falla cardíaca, neumonía, tromboembolia pulmonar y neumotórax.	B
Se recomienda administrar oxígeno de bajo flujo para los pacientes con hipoxemia debida a una exacerbación de EPOC. Se sugiere que el objetivo sea alcanzar una saturación de oxígeno de 88 a 92% medida con oximetría de pulso, en lugar de utilizar oxígeno de alto flujo que no se puede medir.	A
Se recomienda el tratamiento habitual más BiPAP (bilevel positive airway pressure) en lugar de únicamente el tratamiento habitual en los pacientes con falla respiratoria hipercápnica aguda ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ o $\text{pH} < 7.30$) debida a una exacerbación aguda de EPOC. La administración de BPAP reduce la mortalidad y el porcentaje de intubación en esta población.	A

REHABILITACIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se debe integrar a un programa de Rehabilitación Pulmonar al paciente con EPOC en las categorías indicadas para tal fin para aliviar la disnea, la fatiga, la función emocional y el sentido de control que los pacientes tienen sobre su enfermedad.	A

CUIDADOS PALIATIVOS

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda utilizar opioides para aliviar la sensación de falta de aire en personas en etapa terminal de EPOC que no responde a otros tratamientos médicos.	A
Se recomienda utilizar benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, tranquilizantes y oxígeno para aliviar la sensación de falta de aire en personas en etapa terminal de EPOC que no responden a otros tratamientos médicos.	A

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Factores de riesgo para el desarrollo de EPOC

Factores de riesgo para EPOC	
•	Antecedente de asma o alergia en padre o madre
•	Historia familiar de EPOC
•	Madre fumadora
•	Infecciones recurrentes en la infancia
•	Bajo peso al nacer
•	Hiperreactividad bronquial
•	Contaminación atmosférica
•	Exposición ocupacional
•	Tuberculosis pulmonar
•	Factores genéticos

Fuente: Postma DS, Bush A, van den Berge M. Risk factors and early origins of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2015 Mar 7;385(9971):899-909

Cuadro 2. Evaluación multidimensional de EPOC

Clasificación "ABCD": Evaluación de síntomas y riesgo de exacerbaciones para inicio de tratamiento de EPOC		
Evaluar riesgo de exacerbación: Exacerbaciones/Hospitalizaciones	Evaluación de síntomas	
	mMRC 0 a 1; CAT < 10	mMRC ≥ 2; CAT ≥ 10
0 a 1 exacerbación sin hospitalización	A	B
≥2 exacerbaciones o ≥1 hospitalización	C	D

Fuente: Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD 2017, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), www.goldcopd.org.

Cuadro 3. Evaluación multidimensional de EPOC (parte 2)

GOLD: Gravedad de limitación de flujo aéreo (basándose en FEV1 postbroncodilatador)		
Etapa	Gravedad	FEV1 (porcentaje pronosticado)
En pacientes con FEV1/FVC < 0.7		
GOLD 1	Leve	≥ 80
GOLD 2	Moderado	50 a 79
GOLD 3	Severo	30 a 49
GOLD 4	Muy severo	< 30

Fuente: Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD 2017, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), www.goldcopd.org.

Cuadro 4. Cuestionario CAPTURE (**C**hronic obstructive pulmonary disease **A**ssessment in **P**rimary care **T**o identify **U**ndiagnosed **R**espiratory disease and **E**xacerbation risk) para identificar pacientes con enfermedad respiratoria y riesgo de exacerbaciones en atención primaria.

Cuestionario CAPTURE			
Instrucciones: Para cada pregunta, marque con una X dentro de la casilla con la respuesta más adecuada para usted. No hay respuestas correctas o incorrectas, solamente respuestas adecuadas para usted.			
Responda cada pregunta:	No	Sí	
1.- ¿Alguna vez ha vivido o trabajado en un lugar con aire contaminado o sucio, con humo, con humo de cigarro, o polvo?			
2.- ¿Su forma de respirar cambia con la época del año, el clima o la calidad del aire?			
3.- ¿Su forma de respirar hace más difícil cargar cosas pesadas, palear tierra o nieve, trotar, jugar tenis o nadar?			
4.- Comparándose con personas de su edad ¿se cansa fácilmente?			
Por favor, responda la siguiente pregunta:	0	1	2 o más
5.- En los últimos 12 meses ¿cuántas veces ha dejado de ir al trabajo, a la escuela, o a otras actividades debido a gripas, bronquitis, o neumonías?			

Fuente: Martinez FJ, Mannino D, Leidy NK, et al. A New Approach for Identifying Patients with Undiagnosed Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 195:748-756.

Cuadro 5. Escala de disnea mMRC (Modified Medical Research Council)

Grado	Descripción de falta de aire
0	Solo me falta el aire con ejercicio intenso.
1	Siento que me falta el aire al caminar deprisa en plano, o al caminar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	Al caminar en plano, camino más lento que otras personas de la misma edad por la falta de aire, o tengo que parar para respirar cuando camino en llano a mi propio paso.
3	Tengo que parar a respirar cuando camino 100 metros o después de unos minutos en llano.

4	Me falta el aire para salir de la casa o me falta el aire cuando me visto o me desvisto
----------	---

Fuente: Fletcher CM, Elmes PC, Fairbairn MB, et al. The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population. British Medical Journal 1959; 2:257.

Cuadro 6. Índice BODEx (B-Body mass index, O-airflow Obstruction, D-dyspnea, Ex-exacerbaciones graves

Marcadores		Puntuación			
		0	1	2	3
B	IMC (kg/m ²)	>21	≤21		
O	FEV1(%)	≥65	50-64	36-49	≤35
D	Disnea (mMRC)	0-1	2	3	4
Ex	Exacerbaciones graves	0	1-2	≥3	

IMC: Índice de masa corporal

FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer minuto

mMRC: escala modificada de la MRC

Ex: exacerbaciones graves: se incluyen únicamente visitas a urgencias hospitalarias o ingresos

Supervivencia a los 52 meses	
Puntuación índice de BODE	Supervivencia
1-2	82%
3-4	69%
5-6	60%
7-10	25%

Fuente: Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Sánchez LS, Tordera MP, Sánchez PR. Severe exacerbations and BODE index: two independent risk factors for death in male COPD patients. Respir Med. 2009;103:692-9.

Cuadro 7. Cuestionario CAT (cuestionario de evaluación de la EPOC)

Supervivencia a los 52 meses							
Yo nunca toso	0	1	2	3	4	5	Toso todo el tiempo
No tengo flema (moco en el pecho)	0	1	2	3	4	5	Tengo el pecho lleno de flema (moco)
No siento el pecho oprimido	0	1	2	3	4	5	Siento el pecho oprimido.
No me falta el aliento al subir pendientes o escaleras	0	1	2	3	4	5	Me falta el aliento al subir pendientes o escaleras.
No tengo limitación para	0	1	2	3	4	5	Estoy totalmente limitado para las tareas del hogar

tareas del hogar							
No tengo problemas para salir de mi casa	0	1	2	3	4	5	No me siento seguro para salir de mi casa
Duermo profundamente	0	1	2	3	4	5	Mi problema respiratorio me impide dormir
Tengo mucha energía	0	1	2	3	4	5	No tengo nada de energía

Fuente: Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J. 2009;34:648-54. COPD Assessment Test es una marca comercial de GlaxoSmithKline®