



## Cartas al Director

**Respuesta a: Martínez-Velilla N. Guía GesEPOC y pacientes ancianos****In Response to: Martínez-Velilla N. GesEPOC Guidelines and Elderly Patients**

Sr. Director:

Agradecemos los comentarios de Martínez Velilla sobre la guía GesEPOC y estamos de acuerdo con sus apreciaciones sobre la dificultad en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en los ancianos<sup>1</sup>. Como señala en su carta, es conocido que la prevalencia de EPOC en nuestro país aumenta con la edad y el historial de tabaquismo, aunque a pesar de ello la edad media de los pacientes incluidos en los ensayos clínicos suele oscilar sobre los 65 años, con escasa representación de los pacientes más ancianos. Por otra parte, el envejecimiento provoca una serie de cambios funcionales y anatómicos que en parte se asemejan a los producidos por la misma EPOC, lo que ha hecho que algunos autores hayan considerado la enfermedad como un envejecimiento pulmonar acelerado<sup>2</sup>. Otro aspecto a considerar es que el criterio diagnóstico de obstrucción bronquial basado en el cociente  $FEV_1/FVC < 0,7$  comporta un sobrediagnóstico en los ancianos<sup>3</sup>. Por este motivo, la guía GesEPOC recomienda utilizar el límite inferior de la normalidad en pacientes mayores de 70 años<sup>4</sup>.

También coincidimos con el autor en la mayor dificultad de realizar algunas de las exploraciones en esta población. Aunque la edad por sí sola no impide la realización de una espirometría de calidad, sí aumenta el tiempo requerido para su realización. En pacientes con deterioro cognitivo, podemos utilizar el Mini Mental State Test para predecir qué pacientes podrán realizar correctamente la espirometría<sup>5</sup>. En cualquier caso, la realización de una espirometría es a día de hoy esencial para el diagnóstico de la EPOC, aunque su realización en los ancianos puede simplificarse con la utilización del cociente  $FEV_1/FEV_6$ <sup>6</sup>. Respecto al test de la marcha, GesEPOC contempla su sustitución por el número de agudizaciones graves previas (índice BODex)<sup>4</sup> cuando esta prueba no se pueda realizar.

Es cierto también que la mayor parte de las guías de práctica clínica están enfocadas a enfermedades concretas y que muchas veces su aplicación estricta en pacientes con multimorbilidad puede ser ineficaz e incluso contraproducente por producir iatrogenia. Esto se deriva de la falta de evidencias científicas sólidas —necesarias en una guía de práctica clínica— sobre el manejo simultáneo de varias enfermedades crónicas complejas y obliga a adaptar los objetivos de los tratamientos en función de las prioridades terapéuticas y los deseos de los enfermos. Las guías nunca podrán contemplar todos los supuestos que se puede encontrar un clí-

nico en su práctica diaria y tampoco pueden (ni es su objetivo) sustituir el juicio clínico individualizado de cada médico ante su paciente. Así, en el caso de la EPOC, estudios recientes han identificado hasta 36 comorbilidades diferentes con una prevalencia superior al 5%<sup>7</sup>, que además pueden combinarse en cada paciente, lo que puede dar lugar a una variación casi infinita de posibilidades, que ninguna normativa podrá abarcar. Creemos que las recomendaciones de la guía, con las lógicas y necesarias adaptaciones a los condicionantes concretos de los pacientes, son aplicables a la mayor parte de la población con la enfermedad. GesEPOC incluye también aspectos muy poco tratados en otras guías, como la rehabilitación respiratoria durante la exacerbación, además de la inclusión de un capítulo sobre comorbilidades y otro sobre tratamiento paliativo. Sin embargo, reconocemos la necesidad de nuevas adaptaciones y colaboraciones en revisiones posteriores de la guía en las que los compañeros geriatras pueden hacer importantes aportaciones.

**Bibliografía**

1. Martínez-Velilla N. Guía GesEPOC y pacientes ancianos. Arch Bronconeumol. 2013;49:367–8.
2. Ito K, Barnes PJ. COPD as a disease of accelerated lung aging. Chest. 2009;135:173–80.
3. García-Río F, Soriano JB, Miravittles M, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sánchez G, et al. Overdiagnosing subjects with COPD using the 0.7 fixed ratio: Correlation with a poor health-related quality of life. Chest. 2011;139:1072–80.
4. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish COPD guidelines (GesEPOC). Pharmacological treatment of stable COPD. Arch Bronconeumol. 2012;48:247–57.
5. Allen SC, Yeung P. Inability to draw intersecting pentagons as a predictor of unsatisfactory spirometry technique in elderly hospital inpatients. Age Ageing. 2006;35:304–6.
6. Bellia V, Sorino C, Catalano F, Augugliaro G, Scichilone N, Pistelli R, et al. Validation of  $FEV_6$  in the elderly: Correlates of performance and repeatability. Thorax. 2008;63:60–6.
7. Divo M, Cote C, de Torres JP, Casanova C, Marin JM, Pinto-Plata V, et al. Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2012;186:155–61.

Marc Miravittles<sup>a,\*</sup>, Joan B. Soriano<sup>b</sup> y Pere Almagro<sup>c</sup><sup>a</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Ciber de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Barcelona, España<sup>b</sup> Fundació Caubet-Cimera, Bunyola, Illes Balears, España<sup>c</sup> Unidad de Geriatria de Agudos, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mmiravittles@vhebron.net](mailto:mmiravittles@vhebron.net) (M. Miravittles).<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.09.001>