



### ¿Era necesario otro consenso para tratar las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

**Sr. Director:** En un corto período se han publicado 2 consensos sobre cómo tratar las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El primero de ellos, que se publicó en el año 2002 en esta Revista, estaba firmado por la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio (SEPAR), la Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC)<sup>1</sup>, y el segundo, publicado en diciembre de 2002 en la *Revista Española de Quimioterapia* y en junio de 2003 en esta Revista<sup>2</sup>, lo firman 5 sociedades científicas: SEPAR, SEQ, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina General (SEMG) y Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). Nuestra sorpresa fue leer la justificación de este segundo documento de consenso y algunos de sus contenidos, lo que nos lleva a redactar esta carta. ¿Estaba justificado un segundo documento?

En esta carta sólo nos centramos en las pautas antimicrobianas recomendadas para tratar las exacerbaciones infecciosas de la EPOC leve-moderada. No hay discusión en aquellas situaciones de EPOC grave, cuando se sospecha infección por *Pseudomonas aeruginosa* y cuando existe comorbilidad asociada como cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca, donde la recomendación está bien explicada en el documento de consenso.

En primer lugar, no es cierto que hayan pasado 3 años entre ambas publicaciones; en realidad, ha transcurrido poco más de un año. Este segundo consenso sigue confiando en los criterios de Anthonisen para decidir tratar

con antibióticos agudizaciones de EPOC leve, cuando existe muy poca evidencia de ello. Los autores citan el estudio de Anthonisen et al<sup>3</sup> para establecer los criterios de antibioterapia incluso en las agudizaciones de la EPOC leve. Ciertamente el beneficio del tratamiento antibiótico quedó demostrado en este estudio, en el que los pacientes con EPOC moderada-grave (el valor medio del volumen espiratorio forzado en el primer segundo de los pacientes incluidos en este estudio era del  $33,9 \pm 13,7\%$ ) tenían mejor evolución cuando recibían tratamiento con antibióticos en comparación con placebo si la agudización presentaba al menos 2 de los síntomas clave de agudización. Desde entonces se ha considerado que la presencia de al menos 2 de los denominados "criterios de Anthonisen" eran suficientes para indicar la necesidad de un tratamiento antibiótico de la agudización, pero conviene resaltar que la validez de estos criterios sólo se ha establecido en enfermos moderados-graves reclutados en ambiente hospitalario, pero nunca se han validado para indicar el tratamiento antibiótico en pacientes leve-moderados ambulatorios, que son la mayoría de los que atienden los médicos de atención primaria<sup>4</sup>. La utilidad de los antibióticos en las agudizaciones de la EPOC se ha confirmado en enfermos graves ingresados en las unidades de cuidados intensivos, en los que se ha demostrado un menor riesgo de desarrollar neumonía y una menor tasa de muerte que en los tratados con placebo<sup>5</sup>. Desafortunadamente, hay pocos estudios en pacientes con EPOC leve que hayan comparado el tratamiento antibiótico con placebo, y en ellos no se ha demostrado beneficio alguno del tratamiento antimicrobiano.

Por otra parte, el consenso sigue recomendando un macrólido como tratamiento de elección, azitromicina o claritromicina, cuando en la actualidad el 35% de los neumococos<sup>5</sup> y el 30% de las cepas de *Haemophilus influenzae* son resistentes a los macrólidos en nuestro país. Atendiendo a los fracasos terapéuticos que se están publicando últimamente entre pacientes con neumonía adquirida en la comunidad tratados con macrólidos, convendría reservarlos para los procesos infecciosos donde sí se consideran antibacterianos de elección<sup>6</sup>. Por ello, pensamos que no debería recomendarse un macrólido para tratar una exacerbación de la EPOC. Por último, el consenso incorpora un nuevo antimicrobiano para tratar la agudización de la EPOC leve, la telitromicina, que los autores introducen en segundo lugar después de la asociación de amoxicilina y ácido clavulánico y antes de las fluoroquinolonas respiratorias. Si bien es cierto que se trata de un antibiótico con una muy buena actividad antineumocócica, su actividad frente a *H. influenzae*, germen más frecuente en la agudización de la EPOC, es menor que con las nuevas fluoroquinolonas; además, es un fármaco con poca experiencia de uso y en este sentido hay que contrastar mejor su seguridad.

Los autores de estos consensos deberían reflexionar sobre el grado de cumplimiento de las guías. Existen muchas razones por las que no se siguen, pero es muy importante que los médicos de atención primaria las percibamos como clínicamente relevantes, útiles en el ejercicio asistencial diario, claras, basadas en la evidencia y que respondan a una justifi-

cación científico-técnica. En este sentido, la antibioterapia en la agudización de la EPOC leve no está justificada.

C. Llor Vilà<sup>a</sup>  
K. Naberan Toña<sup>b</sup>

Servicio de Cirugía Torácica.  
Hospital Regional Universitario Carlos Haya.  
Málaga. España.

<sup>a</sup>Miembro del GRIN (*Group on Respiratory Tract Infections in Primary Care*, WONCA).

<sup>b</sup>Miembro del Grupo de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP).

- 1 Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensa J, Monsó E, et al. Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2002;38:81-9.
- 2 Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Monsó E, Picazo JJ, Sobradillo V, et al. Segundo documento de consenso sobre uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2003;39:274-82.
- 3 Anthonisen NR, Manfreda J, Warren PW, Hershfield ES, Harding GK, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med 1987;106:196-204.
- 4 Noura S, Marghli S, Belghith M, Besbes L, Elatrous S, Abroug F. Once daily oral ofloxacin in chronic obstructive pulmonary disease exacerbation requiring mechanical ventilation: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2001;358:2020-5.
- 5 Baquero F, García-Rodríguez JA, García J, Aguilar L and the Spanish Surveillance Group for Respiratory Pathogens. Antimicrobial resistance of 1,113 *Streptococcus pneumoniae* isolates from patients with respiratory tract infections in Spain: results of a 1-year (1996-1997) multicenter surveillance study. Antimicrob Agents Chemother 1999;43:357-9.
- 6 Lonks JR, Garau J, Gómez L, Xercavins M, Ochoa de Echaguen A, Gareen IF, et al. Failure of macrolide antibiotic treatment in patients with bacteremia due to erythromycin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. Clin Infect Dis 2002;35:556-64.