



La gestione clinica integrata della BPCO

EXECUTIVE SUMMARY

1. DEFINIZIONE E DIAGNOSI DELLA BPCO

1.1 Definizione

La BPCO è una condizione patologica dell'apparato respiratorio caratterizzata da ostruzione al flusso aereo, cui contribuiscono alterazioni bronchiali (bronchite cronica), bronchiolari (malattie delle piccole vie aeree) e del parenchima polmonare (enfisema).

La BPCO è causata all'inalazione di sostanze nocive, soprattutto fumo di tabacco, e si manifesta con tosse e catarro cronici e/o dispnea, inizialmente da sforzo e successivamente anche a riposo. Può indurre effetti sistemici ed essere associata a comorbidità.

1.2 Diagnosi

La diagnosi di BPCO si basa sulla presenza di sintomi respiratori e/o esposizione a fattori di rischio e sulla dimostrazione dell'ostruzione mediante spirometria.

La spirometria non è l'unico criterio su cui basare la diagnosi e decidere la terapia più appropriata. La sintomatologia riferita dalla persona con BPCO e la sua qualità di vita, che il medico rapporterà allo stile di vita proprio dell'assistito, costituiranno un punto di riferimento diagnostico unitamente ai dati della fisiopatologia respiratoria.

2. GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO DEL PAZIENTE CON BPCO STABILE

La condizione patologica è definita dalla Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) della Organizzazione Mondiale della

Sanità (OMS) come una "malattia prevenibile e curabile". L'integrazione fra medico di medicina generale, specialista pneumologo, ed altri specialisti, di volta in volta competenti, assicura una migliore gestione della persona con BPCO, allorché sono ben definiti gli obiettivi che ciascun professionista deve perseguire nell'ambito di un percorso diagnostico e terapeutico condiviso e costruito in modo appropriato per i differenti livelli di gravità della malattia.

3. TERAPIA FARMACOLOGICA

La BPCO è una condizione patologica cronica che evolve verso stadi di maggiore gravità se non si eliminano i principali fattori di rischio e non si instaura una terapia adeguata e protratta nel tempo, di tipo farmacologico e non farmacologico, diversificata a seconda dello stadio di gravità della malattia. Il provvedimento prioritario che si deve adottare nella BPCO è la cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco nei fumatori.

L'approccio farmacologico primario alla BPCO è rappresentato dai farmaci broncodilatatori a lunga durata di azione. In pazienti con FEV₁ <60% del valore predetto e che abbiano storia clinica di documentata iperreattività bronchiale, oppure storia clinica di frequenti riacutizzazioni (≥3 negli ultimi tre anni), va considerata l'aggiunta di steroide inalatorio alla terapia con broncodilatatori a lunga durata d'azione.

La vaccinazione antinfluenzale si è dimostrata molto utile nei pazienti con BPCO. Meno evidente è il beneficio della vaccinazione antipneumococcica con vaccino polisaccaridico.



La gestione clinica integrata della BPCO

EXECUTIVE SUMMARY

3.1 Ossigenoterapia e terapia non farmacologica

Vi è indicazione alla ossigenoterapia continua a lungo termine nei pazienti che in fase stabile, a riposo e con il miglior trattamento possibile, in esami emogasometrici ripetuti nel tempo (a distanza di almeno quindici giorni l'uno dall'altro), presentano:

$PaO_2 \leq 55$ mmHg ($SO_2 < 88\%$)

PaO_2 compresa fra 56 e 59 mmHg, ($SO_2 < 89\%$), in presenza di ipertensione arteriosa polmonare, cuore polmonare, edemi declivi, ematocrito $> 55\%$. Le persone con BPCO che presentano frequenti riacutizzazioni e necessitano di ripetuti ricoveri ospedalieri, o abbiano ipercapnia, possono beneficiare di un trattamento ventilatorio cronico non invasivo, dopo opportuna valutazione specialistica.

3.2 Riabilitazione

È rivolta ai pazienti affetti da malattie respiratorie croniche che sono sintomatici e spesso limitati nelle attività della vita quotidiana, in tutti gli stadi di gravità. Va integrata nel trattamento individuale del paziente poiché migliora la dispnea, la tolleranza allo sforzo e la qualità della vita. Un'attenta selezione del paziente è importante per l'individualizzazione del programma ed è fondamentale per la riuscita del programma stesso.

4. LE RIACUTIZZAZIONI

La riacutizzazione della BPCO è una modificazione acuta dei sintomi abituali della persona con BPCO, cioè dispnea, tosse ed espettorazione, che va al di là della abituale variabilità giornaliera e che richiede un adeguamento

terapico. Il primo fondamentale compito del medico di medicina generale è la differenziazione diagnostica tra la riacutizzazione della malattia e l'aggravamento dei sintomi della stessa.

4.1 Terapia delle riacutizzazioni

La terapia farmacologica della riacutizzazione, curabile a domicilio, prevede la somministrazione degli stessi farmaci utilizzati per la fase stabile della condizione patologica, modificando i dosaggi, la frequenza delle dosi ed eventualmente la via di somministrazione ed aggiungendo, se necessario, altri farmaci come gli antibiotici o gli steroidi sistemici.

Il primo provvedimento da instaurare nella terapia domiciliare è l'aggiunta di broncodilatatori ad azione rapida/breve. Per i pazienti che, a causa della gravità della BPCO e/o della riacutizzazione, non rispondono prontamente al trattamento domiciliare, va considerato il ricovero ospedaliero.

5. GESTIONE OSPEDALE-TERRITORIO DEL PAZIENTE CON BPCO GRAVE

Le persone con BPCO "grave" e "molto grave", in occasione di riacutizzazioni, devono, a seconda della gravità dell'insufficienza respiratoria acuta sviluppata, essere trattati in ambito pneumologico. È auspicabile che la dimissione del paziente venga sempre concordata preliminarmente con il medico curante. È necessario realizzare sul territorio un sistema di cure integrate, con possibilità di erogare cure adeguate anche al di fuori dell'ospedale per acuti e dei reparti di riabilitazione post-acuta.

La gestione clinica integrata della BPCO

NOTA DI ACCOMPAGNAMENTO AL MODELLO 4Q

Nell'approccio pratico del Medico di Medicina Generale (MMG) al paziente con BPCO, l'applicazione delle evidenze scientifiche può risultare più facile, se rapportata alle situazioni di più frequente riscontro mediante il modello 4Q.

Anche l'applicazione delle raccomandazioni contenute in questo PDT può risultare più agevole per il MMG, grazie al rapido inquadramento del paziente in ciascuno dei quadranti descritti.

Bibliografia

Bettoncelli G et al. SIMG 2009;3:44-47
http://www.simg.it/default2.asp?active_page_id=939

Analisi processo assistenziale paziente con BPCO in medicina generale (modello 4Q)

BPCO non nota		BPCO nota	
Sintomi si	SCENARIO 1 Paziente senza diagnosi nota di BPCO, con sintomi compatibili	SCENARIO 4 Paziente senza diagnosi nota di BPCO, asintomatico	Sintomi no
	SCENARIO 2 Paziente con diagnosi nota di BPCO, sintomatico	SCENARIO 3 Paziente con diagnosi nota di BPCO, asintomatico	