

Respondiendo a la llamada en la EPOC: Estrategias prácticas para mejorar el diagnóstico precoz y el manejo centrado en el paciente en la atención primaria - Discusión de casos #1
El papel de la terapia combinada ante la disnea de esfuerzo progresiva



¡Bienvenidos! #COPDChat

Martes 20 de septiembre de 2022
19:30 - 20:30 CEST / 18:30 - 19:30 BST / 14:30 - 15:30 EDT

Respondiendo a la llamada en la EPOC: estrategias prácticas en la atención primaria para mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento centrado en el paciente

Marca Me gusta, Retuit, o Responder y comparte tus opiniones.
¡No olvides usar #COPDChat en todos tus tweets!

Dra. MeiLan Han, Máster en Ciencias
@meilan_han



John Hurst, Doctor, miembro del Royal College of Physicians
@ProfHurst



Proporcionado por Integrity Continuing Education, Inc.



Este programa se ha desarrollado en colaboración con el Grupo Internacional de Atención Primaria Respiratoria (IPCRG) y con la COPD Foundation.

Esta actividad está patrocinada por una subvención educativa de Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

¡Crédito de EMC gratis!

La información completa del CME la encontrará aquí: <http://bit.ly/3uwgPHz>

Efectúe la prueba previa aquí: <https://bit.ly/3cxMlzw>

Referencias: <http://bit.ly/3UAFJ89>

Con el apoyo de una beca educativa de Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

Afiliación a la Facultad y Divulgaciones a continuación:

Información sobre el cuerpo docente

#COPDChat



Dra. MeiLan Han, Máster en Ciencias
Catedrática en medicina
Departamento de Neumología y Cuidados Intensivos
Universidad de Michigan
Ann Arbor, Michigan

Divulgaciones:
Honorarios personales: Aerogen, Altesa Biopharma, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Cipla, DevPro, GlaxoSmithKline, Integrity, Medscape, Merck, Mylan, NACE, Novartis, Polarian, Pulmonx, Regeneron, Sanofi, Teva, United Therapeutics, UpToDate, Verona
Apoyo a la investigación en especies/fondos pagados a la institución: American Lung Association, AstraZeneca, Bodesix, Boehringer Ingelheim, COPD Foundation, Gala Therapeutics, NIH, Novartis, Nuaira, Sanofi, Sunovion
Consejo de Supervisión de Seguridad de Datos/Fondos pagados a la institución: Medtronic, Novartis
Opciones sobre acciones: Altesa Biopharma, Meissa Vaccines



John Hurst, Doctor, miembro del Royal College of Physicians
Catedrático en Medicina Respiratoria
Departamento de Medicina Respiratoria del University College of London
University College of London
Asesor Honorario
Departamento de Medicina Respiratoria
Royal Free London NHS Foundation Trust
Londres, Inglaterra

Divulgaciones:
Apoyo a la investigación en especies/fondos pagados a la institución: AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Takeda

#COPDChat



Proporcionado por Integrity Continuing Education, Inc.



Este programa se ha desarrollado en colaboración con el Grupo Internacional de Atención Primaria Respiratoria (IPCRG) y con la COPD Foundation.


Esta actividad está patrocinada por una subvención educativa de Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

¡Conozcamos a nuestra paciente, Julia!

Conozca a Julia

#COPDChat

- Es una mujer de 58 años
- Fuma 30 cigarrillos por día
- Tiene antecedentes de diez años de expectoración matutina de color claro a amarillo (~5 mL)
- Presenta disnea de esfuerzo progresiva desde hace más de dos años



Proporcionado por Integrity Continuing Education, Inc.



Este programa se ha desarrollado en colaboración con el Grupo Internacional de Atención Primaria Respiratoria (IPCRG) y con la COPD Foundation.

Esta actividad está patrocinada por una subvención educativa de Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

Profesor Hurst: El diagnóstico a tiempo es realmente importante: la EPOC es prevenible y tratable, y no hacer el diagnóstico significa que personas como Julia no pueden beneficiarse de intervenciones eficaces.

Si yo trabajara en un lugar donde no se dispone de espirometría, un cuestionario como el CAPTURE (Evaluación de la EPOC en Atención Primaria para identificar la enfermedad respiratoria no diagnosticada y el riesgo de exacerbación) podría ayudarme a orientar quién necesita REALMENTE una espirometría.

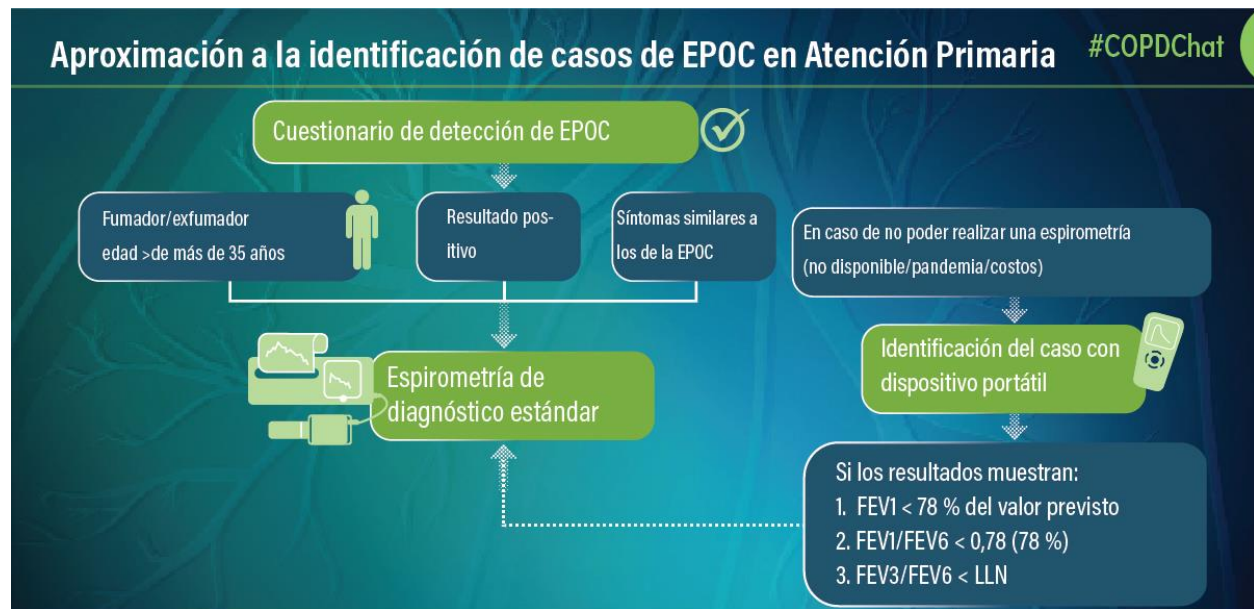
Yo tengo acceso a la espirometría y Julia necesita un diagnóstico, por lo tanto, considero que esa es la mejor respuesta. Y su reciente artículo, Dr. Han, no mostró ningún beneficio de los broncodilatadores en personas sin obstrucción.

Dra. Han: Estoy de acuerdo con usted, Profesor Hurst. El paciente definitivamente necesita una espirometría que, al menos en esta parte del mundo, es poco utilizada.

Dra. Han: La importancia de un diagnóstico de EPOC realizado a tiempo:

1. La EPOC está infradiagnosticada en todo el mundo
2. La mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico ya tienen una pérdida significativa de la función pulmonar, y un estado de salud deteriorado
3. Diagnóstico e intervención más precoces
4. Mejores resultados sanitarios (EPOC, en relación con la comorbilidad)
5. Disminución del costo económico

Profesor Hurst: El *screening* o cribado no es recomendable. La investigación de casos es un enfoque correcto.



Profesor Hurst: El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF por sus siglas en inglés) se pronunció recientemente en contra del cribado de la EPOC en la población general.

El USPSTF afirma que cuando se realiza el *screening*, se encuentra una gran cantidad de enfermedades leves que no está claro si el tratamiento resulta beneficioso. Excepto por dejar de fumar que, por supuesto, es relevante tengas o no EPOC.

Dra. Han: El problema es que es más difícil demostrar el impacto del *screening* cuando identificamos pacientes en un estadio tardío del curso de la enfermedad, y el círculo vicioso continúa.

Profesor Hurst: Estoy de acuerdo, tenemos que ser mucho más inteligentes sobre la EPOC precoz

Dra. Han: Investigaciones iniciales para detectar una posible EPOC:

1. Cuestionario de detección de casos de EPOC COPD-PS
2. CAPTURE
3. Test canadiense de salud pulmonar (CLHT por sus siglas en inglés)

Ejemplos: <https://integrityce.com/resources>

Considere el historial médico del paciente:

1. Bronquitis crónica
2. Pedidos de rayos X múltiples
3. Tratamiento con broncodilatador, antibióticos y/o corticoides orales (OCS, por sus siglas en inglés)

Profesor Hurst: Recientemente hemos probado esto en 3 países de bajos y moderados ingresos (PBMI) y los resultados son razonables (artículo en JAMA). Por supuesto, aún necesitamos saber si el *screening* beneficia a las personas y a la sociedad en entornos en los que es difícil el acceso a medicamentos asequibles e intervenciones no farmacológicas.

¡Volvemos con el historial médico y los síntomas de Julia!

Julia:

1. Fumador o ex fumador
2. > 40 años
3. Tos regular con flema
4. La respiración dificulta el esfuerzo
5. Se cansa fácilmente

Basándose en la presentación, Julia es derivada para una espirometría diagnóstica.

Pensando en su propia práctica, por favor seleccionar de los siguientes:

- La espirometría la realizo normalmente en mi oficina/ clínica/ práctica
- Fácilmente puedo enviar a pacientes a realizarse una espirometría al hospital
- Mi acceso para realizar una espirometría para diagnosticar EPOC es muy limitado

Profesor Hurst: Es importante notar que la espirometría puede realizarse de forma COMPLETA en un centro de atención primaria, pero, todos ellos, necesitan el equipamiento y los profesionales de la salud (HCPs por sus siglas en inglés), que estén formados en su uso e interpretación.

Profesor Hurst: Creo que alguien que da positivo al *screening* necesita un diagnóstico formal, a menos que no haya ningún acceso a una espirometría donde trabajas y, aún así, yo consideraría un término como “posible EPOC”. No debemos simplificar un diagnóstico de EPOC.

Dra. Han: Estoy de acuerdo en que, dados los datos recientes de REdefining Therapy In Early COPD for the Pulmonary Trials Cooperative (RETHINC), sabemos que los pacientes sin obstrucción no se benefician de los broncodilatadores, por lo que influye en el manejo.

Profesor Hurst: Ese fue un gran estudio.

Espirometría

Pre broncodilatador:

1. FEV1 = 80%
2. FEV1/FVC = 0,65

Post-broncodilatador:

1. FEV1 = 85%
2. FEV1/FVC = 0,65

Basándose en sus resultados, Julia es diagnosticada con EPOC

Profesor Hurst: Objetivos de gestión para Julia:

1. Aliviar síntomas
2. Prevenir la progresión, las complicaciones y las exacerbaciones
3. Aumentar la tolerancia al ejercicio, actividad diaria
4. Mejorar el estado de salud y la calidad de vida (QOL, por sus siglas en inglés)

Dra. Han: ¿Cuándo se debe iniciar la rehabilitación?

Profesor Hurst: Para el ejercicio yo iría a un centro de rehabilitación médica dos o más, pero todo el mundo necesita la formación

Profesor Hurst: Yo lo dividiría en enfoques no farmacológicos y farmacológicos.

Profesor Hurst: ¿Qué recomendaría como primera opción para el tratamiento de Julia?

Dra. Han: Para el enfoque farmacológico comenzaría con un broncodilatador de acción prolongada y si tiene una intolerancia significativa al ejercicio, creo que nunca es demasiado pronto para iniciar la rehabilitación.

Profesor Hurst: Gran pregunta, todas ellas son importantes, pero solo dejar de fumar reduce definitivamente la tasa de deterioro de la función pulmonar (¡estudio sobre la salud pulmonar!). Los medicamentos también pueden, pero sólo en los puntos finales secundarios y en los análisis secundarios y tal vez estamos demasiado obsesionados con la disminución del FEV1? ¿Qué hay de los estudios

Towards a Revolution in COPD Health (TORCH) y Study to Understand Mortality and Morbidity in COPD (SUMMIT)?

Dra. Han: Los análisis retrospectivos, como TORCH, SUMMIT e incluso Understanding Potential Long-Term Impacts on Function with Tiotropium (UPLIFT), han demostrado que podemos influir en el deterioro de la función pulmonar. En resumen, creo que los datos sugieren que si intervenimos antes el impacto es más profundo.

El tratamiento de la disnea de esfuerzo en atención primaria mejora la actividad física. Estas son algunas de las estrategias no farmacológicas que se pueden utilizar.

Manejo no farmacológico de la EPOC

Abandono del tabaquismo

Rehabilitación pulmonar

Programas de apoyo psicoterápico

Oxigenoterapia

Otras herramientas y actividades sencillas (por ejemplo, un ventilador de mano, cantar)

Programas de apoyo social y de estimulación (p. ej., Harmonics for Health (Armónicas para la Salud))

Román-Rodríguez M, Kocks JWH. NPJ Prim Care Respir Med. 2021;31:41.

INTEGRITY CONTINUING EDUCATION
www.integrityce.com
Proporcionado por Integrity Continuing Education, Inc.
Esta actividad está patrocinada mediante una subvención educativa de Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

IPCRG
INTERNATIONAL PRIMARY CARE RESPIRATORY GROUP

COPD FOUNDATION

Este programa se ha desarrollado en colaboración con el Grupo Internacional de Atención Primaria Respiratoria (IPCRG) y con la COPD Foundation.

Profesor Hurst: Y durante la pandemia, hemos visto una explosión de nuevos modelos de entrega, por ejemplo, en línea.

Soy un gran defensor de la rehabilitación pulmonar (RP). Suceden cosas increíbles cuando los grupos de personas con EPOC hacen ejercicio y aprenden juntos. Evidencia irrefutable.

Pero, ¿cómo persuadir a una persona para que acuda a las RP si tú nunca ha asistido a una clase? A veces los pacientes piensan en el gimnasio y en la licra... ¿Por qué hay tantos médicos en prácticas que nunca ven una clase de rehabilitación pulmonar? ¿Los alumnos ven las RP donde usted trabaja?

Las intervenciones no farmacológicas van de la mano de la terapia farmacológica de atención primaria para la EPOC

Terapias farmacológicas para la EPOC en Atención Primaria #COPDChat

De corta duración
Broncodilatador

- BAAC
- AMAC
- BAAC/AMAC

Broncodilatadores de acción prolongada

- LABA
- LAMA
- LABA/LAMA
- LABA/CI
- LABA/LAMA/CI

Tratamientos para la dependencia del tabaco

- TRN
- Vareniclina
- Citisina
- Bupropion

Vacunas

- Influenza
- Neumococo
- COVID-19

2022 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Iniciativa Mundial contra la enfermedad pulmonar obstructiva crónica 2022). Informes GOLD 2022. Disponible en: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>



Proporcionado por Integrity Continuing Education, Inc.



Este programa se ha desarrollado en colaboración con el Grupo Internacional de Atención Primaria Respiratoria (IPRG) y con la COPD Foundation.

Esta actividad está patrocinada por una subvención educativa de Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

Profesor Hurst: Son los fármacos inhalados los que hacen el trabajo pesado en este caso: broncodilatadores de acción prolongada con o sin CI según el caso, con alivio de agonistas beta de acción corta (SABA). Pero, ¿cómo escoger los medicamentos y dispositivos adecuados? ¿Cómo se hace esto?

Dra. Han: Farmacología inicial de la EPOC

Tratamiento farmacológico inicial para EPOC estable

≥ 2 exacerbaciones moderadas o ≥ 1 que derivaron en hospitalización

Grupo C

AMAP

Grupo D

AMAP o
AMAP + BAAP* o
CI + BAAP**

*Considere si sintomatología elevada (p. ej. CAT>20).
**Considere si eos ≥300

0 o 1 exacerbaciones moderadas (que no derivaron en hospitalización)

Grupo A

Un broncodilatador

Grupo B

Un broncodilatador de acción prolongada (BAAP o AMAP)

mMRC 0-1, CAT <10

mMRC ≥2, CAT ≥10

Iniciativa Mundial contra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Informes GOLD 2022.



Proporcionado por Integrity Continuing Education, Inc.



Este programa se ha desarrollado en colaboración con el Grupo Internacional de Atención Primaria Respiratoria (IPCRG) y con la COPD Foundation.

Esta actividad está patrocinada mediante una subvención educativa de Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

Profesor Hurst: Me gusta bastante el enfoque ABCD de GOLD (Iniciativa mundial contra Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas). Por supuesto, hay muchas personas que viven con EPOC en todo el mundo que no tienen acceso a medicamentos asequibles.

Resumen del paciente

1. 2 probables exacerbaciones moderadas este año
2. Sin antecedentes de asma
3. Baja intensidad de los síntomas
4. EOS = 80 células / L

Plan de gestión

1. Tratamiento de la dependencia del tabaco, incluida la farmacoterapia
2. Rehabilitación pulmonar
3. Intervenciones en el estilo de vida
4. Antagonistas muscarínicos de acción prolongada

Profesor Hurst: ¿Tienes fácil acceso a la ayuda para la dependencia del tabaco donde trabajas? ¿Y el apoyo a los que fuman cannabis? Y cómo reducir las exposiciones cuando éstas son domésticas, ambientales u ocupacionales puede ser aún más difícil. ¿Alguien tiene alguna sugerencia?

Dra. Han: Tenemos un programa oficial para dejar de fumar, pero puede ser difícil convencer a los pacientes de que entren en un programa oficial. Me gusta recordar a mis pacientes que la probabilidad de éxito al dejar de fumar es directamente proporcional al número de veces que lo intentan.

Profesor Hurst: Autogestión asistida

El compromiso de los profesionales sanitarios con los pacientes ayuda a éstos a controlar la EPOC:

Entender EPOC

1. Gestionar síntomas
2. Sentirse mejor
3. Tener un mayor control sobre la enfermedad

Planes de autogestión asistida #COPDChat

Los planes de AA ayudan a los pacientes a gestionar y comprender la EPOC (con la guía y el apoyo de los profesionales sanitarios, según sea necesario) y les permiten manejar los síntomas, sentirse mejor y asumir un mayor control sobre su enfermedad.

Comprender y manejar la EPOC

- Resumen del plan de atención
- Información sobre la EPOC, los síntomas asociados y los edicamentos
- - Cuidado personal
- Manejo de la dificultad para respirar
- Manejo de las exacerbaciones

Control de la EPOC

- Plan de acción en caso de exacerbación
- Registro de las exacerbaciones
- Diario de medicamentos
- Diario de síntomas
- Registro de los estados de ánimo
- Establecimiento de objetivos y seguimiento del progreso

British Lung Foundation: Your COPD self-management plan (Su plan de autogestión de la EPOC). Disponible en: https://www.blf.org.uk/sites/default/files/COPD_self-management_plan_2021_V3_interactive.pdf.

INTEGRITY CONTINUING EDUCATION
www.integrityce.com

Proporcionado por Integrity Continuing Education, Inc.

IPCRG International Primary Care Respiratory Group

COPD FOUNDATION

Este programa se ha desarrollado en colaboración con el Grupo Internacional de Atención Primaria Respiratoria (IPCRG) y con la COPD Foundation.

Esta actividad está patrocinada por una subvención educativa de Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.

Profesor Hurst: ¿Cuáles son las mejores formas de promover la autogestión? ¿Qué es lo que no funciona?

Dra. Han: Desde que comenzó la pandemia, creo que ha aumentado el uso de grupos de apoyo virtuales y ayudas sanitarias digitales que han ayudado en este sentido.

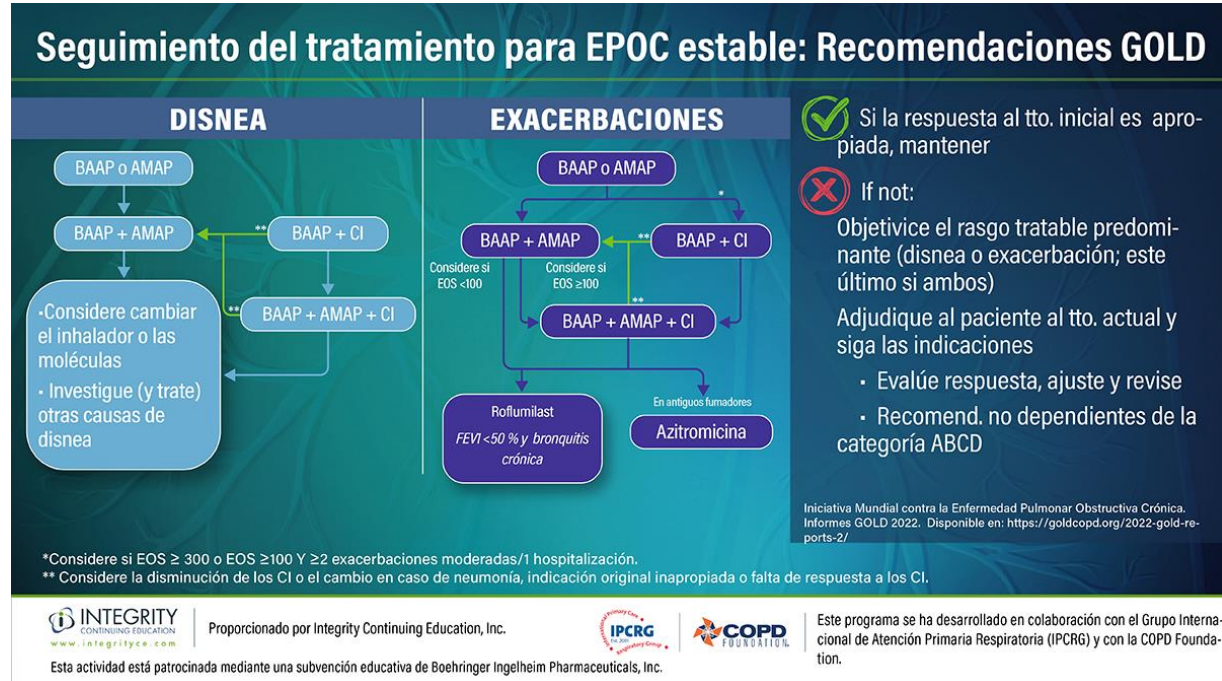
Profesor Hurst: Y tenemos que quedarnos con lo mejor de toda esa innovación.

El seguimiento de Julia

1. Disminución del volumen del esputo
2. Sin exacerbaciones
3. Disnea de esfuerzo persistente y significativa
4. Rehabilitación pulmonar
5. Modificación del estilo de vida (dieta y ejercicio)
6. Buena técnica de inhalación y adherencia

Profesor Hurst: El problema aquí es la disnea. Así que, pasar al broncodilatador dual es lo que haría. Consideraría un triple si hubiera un historial de asma, pero Julia no lo tenía. Y sigo defendiendo las rehabilitación pulmonar, ¡obviamente!

Dra. Han: Ajuste de la farmacoterapia para la EPOC



Profesor Hurst: Siempre es importante hacer una revisión del paciente después de un cambio de tratamiento y preguntar si ha tenido el efecto esperado. Si no, ¿por qué no? ¿Concordancia? ¿Técnica inhalatoria? ¿Elección errónea de medicamento(s)?

Se inicia a Julia con una combinación de LABA/LAMA; en su seguimiento de 3 meses:

1. El esputo es claro y la producción es menos frecuente
2. La disnea es mínima
3. Rehabilitación pulmonar continuada y modificaciones del estilo de vida
4. Buena técnica de inhalación y adherencia

Profesor Hurst: ¿Cómo controlarías su respuesta en el futuro? ¿Con qué frecuencia revisaría su técnica de inhalación y su adherencia, y debería hacerlo incluso si los síntomas están bien controlados?

Dra. Han: Para mí, esto ha cambiado un poco desde la pandemia, ya que parte de mi atención a los pacientes con EPOC es ahora virtual y se alterna con la atención presencial. Sin embargo, estoy tratando de hacer preguntas estructuradas sobre los síntomas en cada visita.

Puntos clave

1. Búsqueda de casos: clínicamente y rentable para identificar la EPOC no diagnosticada en entornos comunitarios
2. Espirometría del médico de atención primaria (PCP) eficaz con formación y equipamiento
3. Diagnóstico e intervención más tempranos, con un seguimiento adecuado y un ajuste del tratamiento = mejores resultados de salud de la EPOC y de las comorbilidades

¡Gracias por participar en esto! ¿Quieres tu crédito?

Completa el posttest y la evaluación aquí: <https://bit.ly/3B19zY5>