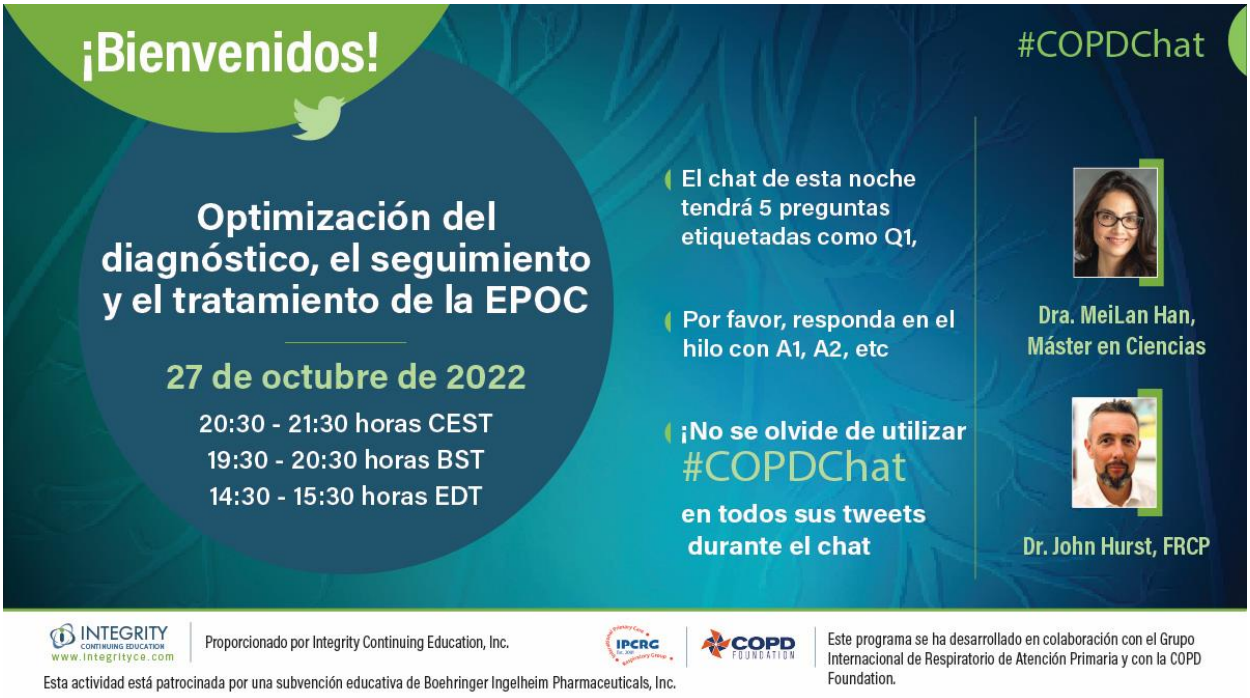
Respondiendo a la llamada en la EPOC: Estrategias prácticas en la atención primaria para mejorar el diagnóstico temprano y el tratamiento centrado en el paciente - chat en Twitter

Optimización del diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la EPOC



Profesor Hurst: ¡Gracias por unirse a la Dra. MeiLan Han y a mí para nuestro #COPDChat! Vamos a hablar sobre 5 temas clave relacionados con la EPOC.

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

CME y prueba preliminar: http://bit.ly/3GuUGPh

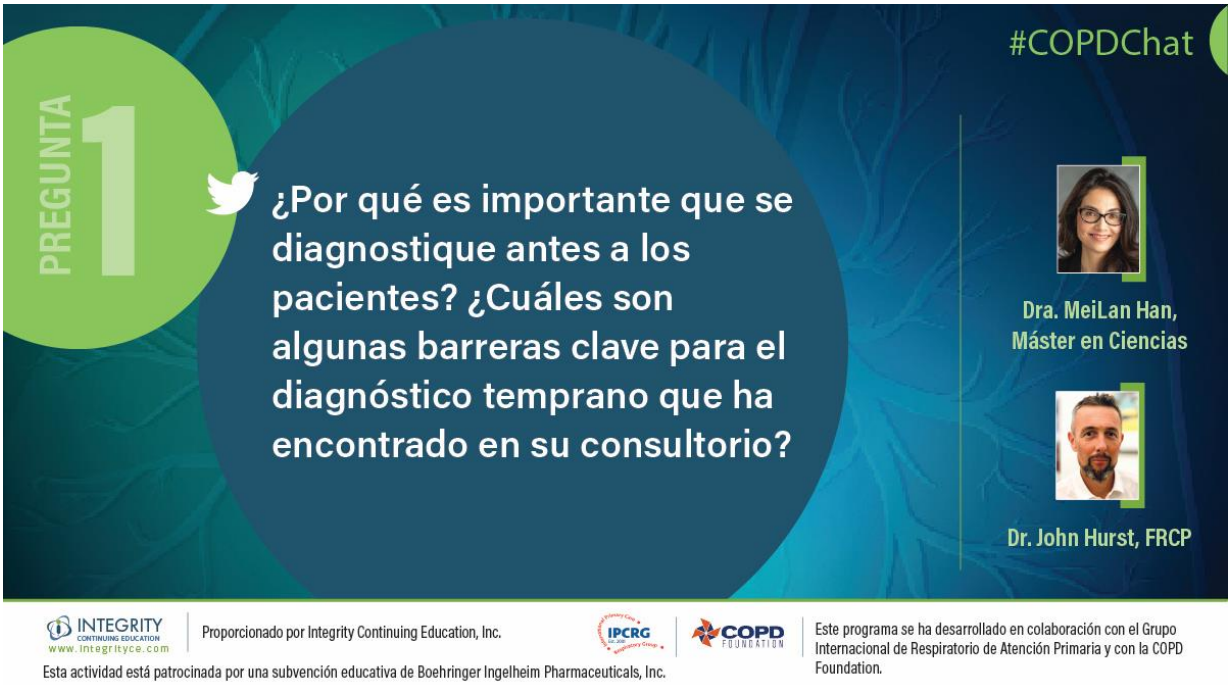
Dra. Han: Durante la próxima hora, el Profesor Hurst y yo hablaremos sobre el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la EPOC. ¡Únase a nosotros!

Antes de comenzar, referencia y glosario: http://bit.ly/3iuD3XV

A continuación, se facilita información importante:

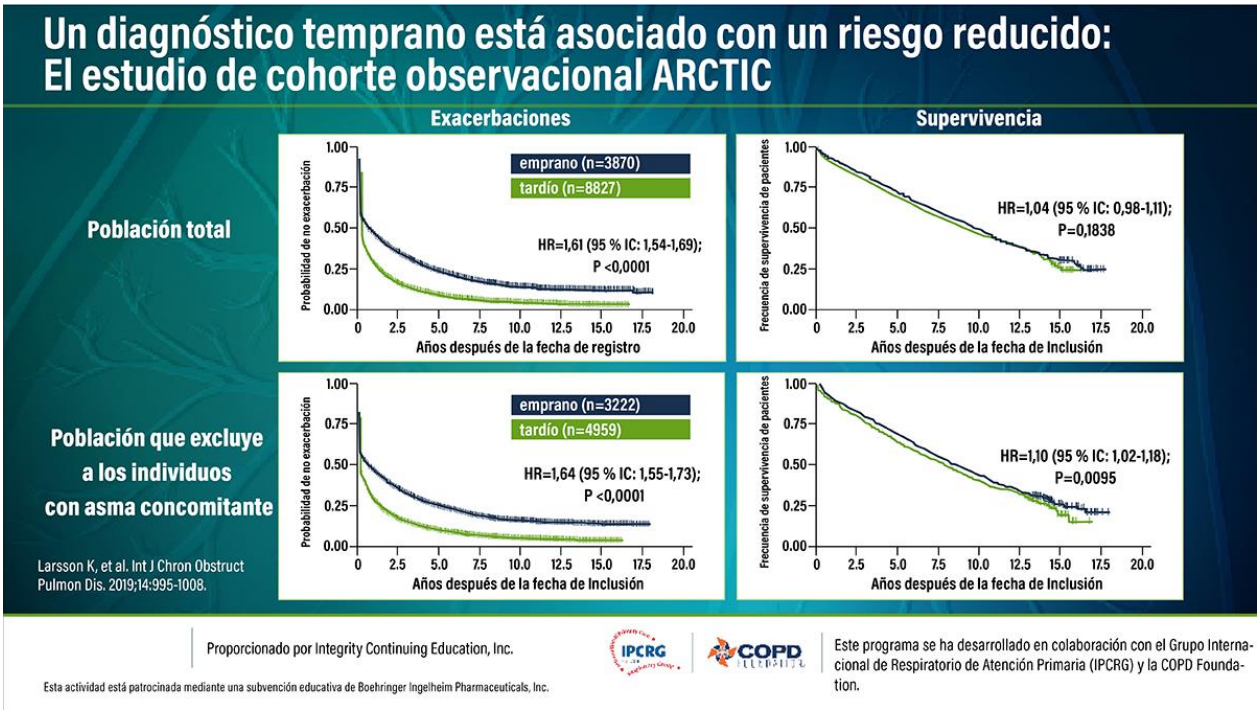
<u>Pregunta 1:</u>

Profesor Hurst: ¡Empecemos! El diagnóstico temprano es una necesidad clave no solucionada en la atención de la EPOC hoy en día. ¿Por qué es importante que se diagnostique antes a los pacientes? ¿Cuáles son algunas barreras claves para el diagnóstico temprano que ha encontrado en su consulta?



Dra. Han: El diagnóstico más temprano es sumamente importante. El tratamiento puede reducir las exacerbaciones y puede tener un impacto en la supervivencia a largo plazo.

Esto se subrayó recientemente en los hallazgos del estudio ARCTIC, que también demostró que incluso la EPOC leve se asocia con una morbilidad significativa.



Profesor Hurst: ¡Muy cierto! El diagnóstico más temprano facilita otras intervenciones eficaces (es decir, la gestión del riesgo CV, de la salud ósea y del bienestar emocional). También puede facilitar promocionar la vacunación, dejar de fumar y otros cambios positivos en el comportamiento y estilo de vida.

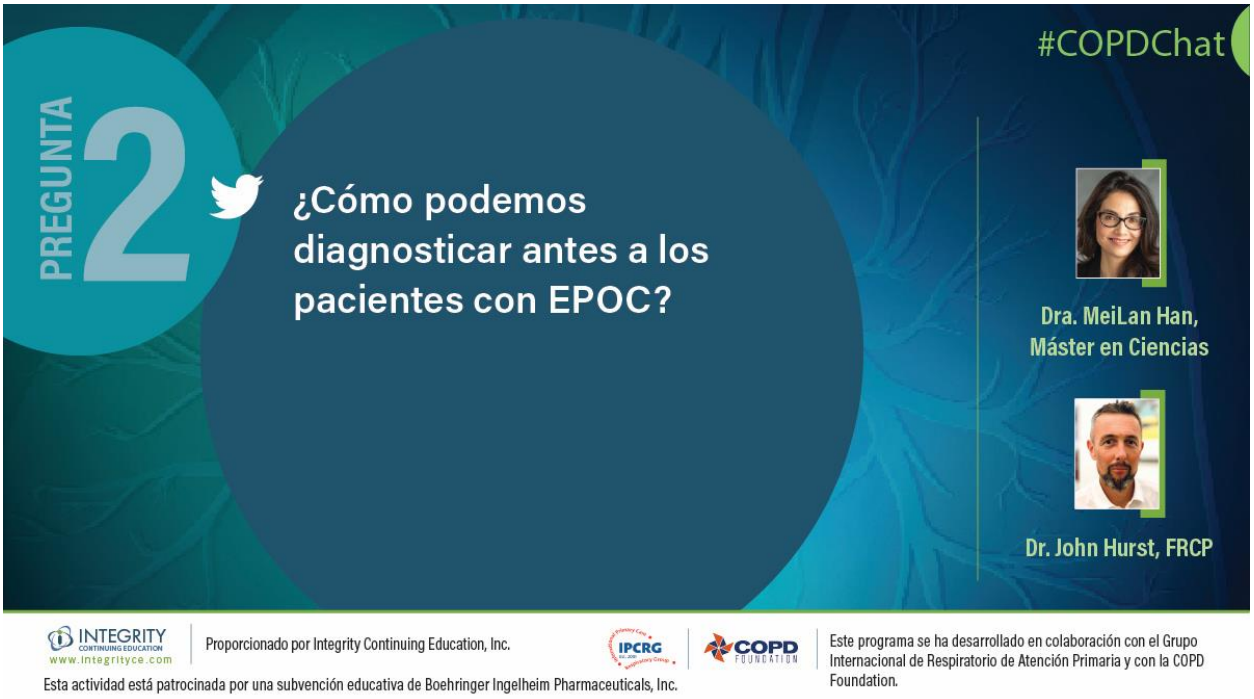
Dra. Han: Sí. ¡Todos ellos son buenos motivos! Otra cosa importante, que puede no ser tan obvia, es el potencial para reducir la carga económica acumulada durante el curso de la enfermedad al cambiar la trayectoria del paciente.

Profesor Hurst: Dra. Han, ¿qué me dice de las barreras para el diagnóstico más temprano?

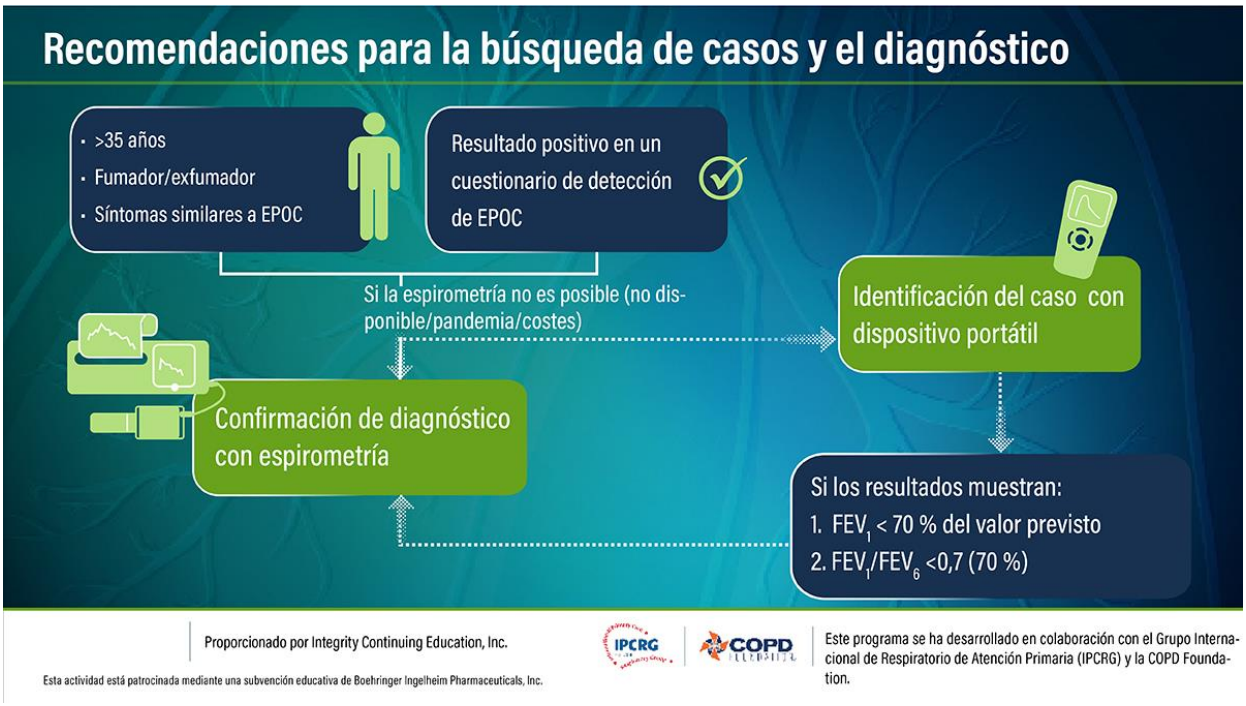
Dra. Han: Desafortunadamente, pueden existir varias barreras. Para los pacientes, hay una falta de conocimiento, o una falta de acceso a cuidados para la EPOC. Para los médicos, un nihilismo sobre la EPOC, falta de experiencia o acceso a la espirometría o la percepción de que no es necesario ralizarla.

Pregunta 2:

Profesor Hurst: Acabamos de hablar sobre la importancia del diagnóstico más temprano y sobre sus barreras. ¿Qué podemos hacer para superar estas barreras? ¿Cómo podemos diagnosticar antes a los pacientes con EPOC?



Dra. Han: La detección proactiva de casos es una herramienta para identificar la EPOC más temprano. No establece el diagnóstico en sí, pero en ausencia de la espirometría, ayuda a identificar individuos de riesgo, especialmente aquellos con un perfil atípico (p. ej., los más jóvenes con exposiciones/diagnóstico erróneo de asma.



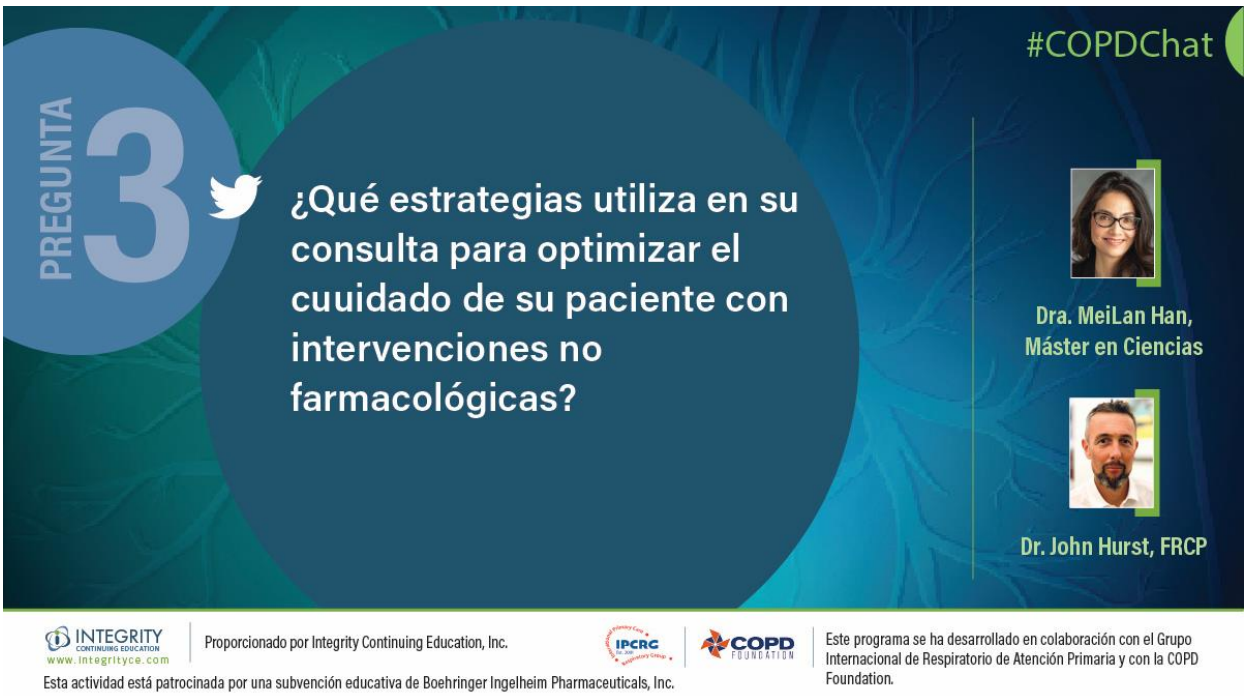
Profesor Hurst: Correcto. Muchos médicos de AP no tienen acceso a la espirometría en sus consultorios. La micro-espirometría y los cuestionarios de selección pueden contribuir a una detección más temprana. Si los pacientes cumplen los criterios para sospechar EPOC, se pueden llevar a cabo estudios adicionales para confirmarla.

Según GOLD, para llegar a un diagnóstico se requieren síntomas o factores de riesgo en combinación con hallazgos de la espirometría. Después se podrán usar evaluaciones como el grado de limitación del flujo aéreo, los síntomas y el riesgo de exacerbación para clasificar la enfermedad.

Dra. Han: Hay otras evaluaciones valiosas: una historia y exploración minuciosas; RX de tórax, analíticas, TAC, cuestionario de disnea mMRC, historial de exacerbaciones; otras (A1AT, PFP completas, TACAR, evaluación CV si procede).

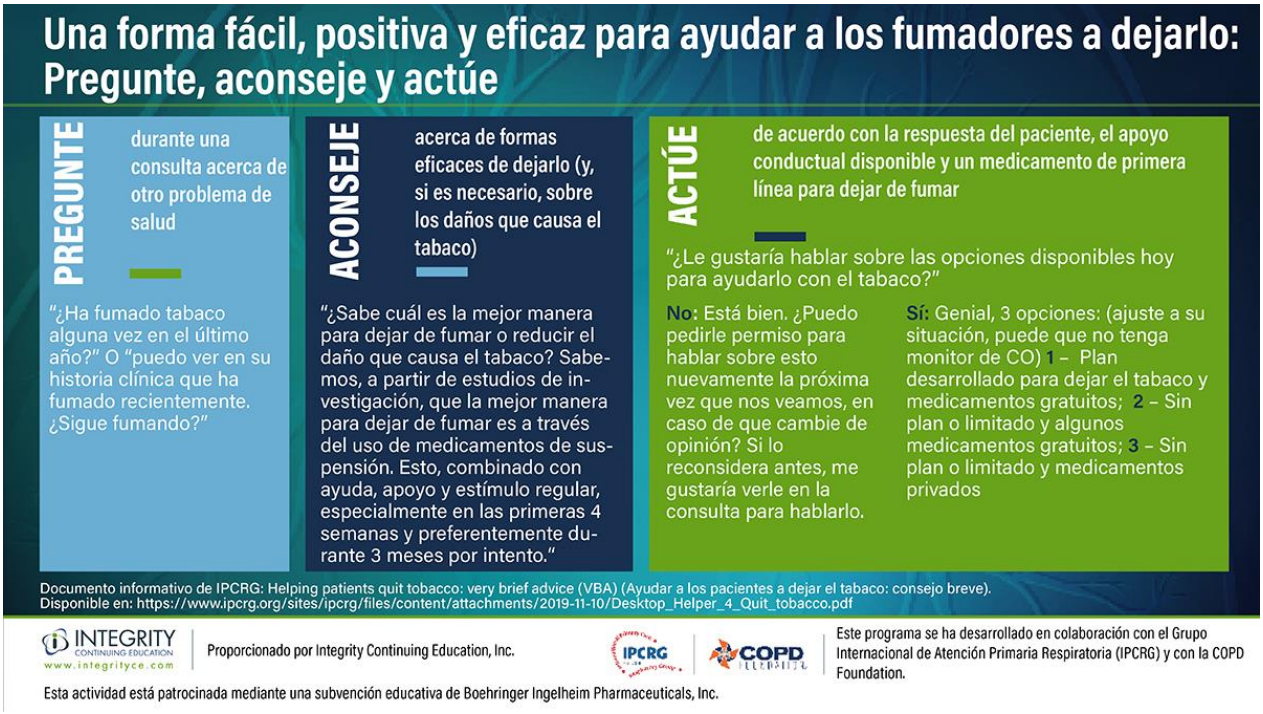
Pregunta 3:

Profesor Hurst: Las intervenciones no farmacológicas son clave para gestionar la EPOC. ¿Qué estrategias utiliza en su consulta para optimizar el cuuidado de su paciente con intervenciones no farmacológicas?



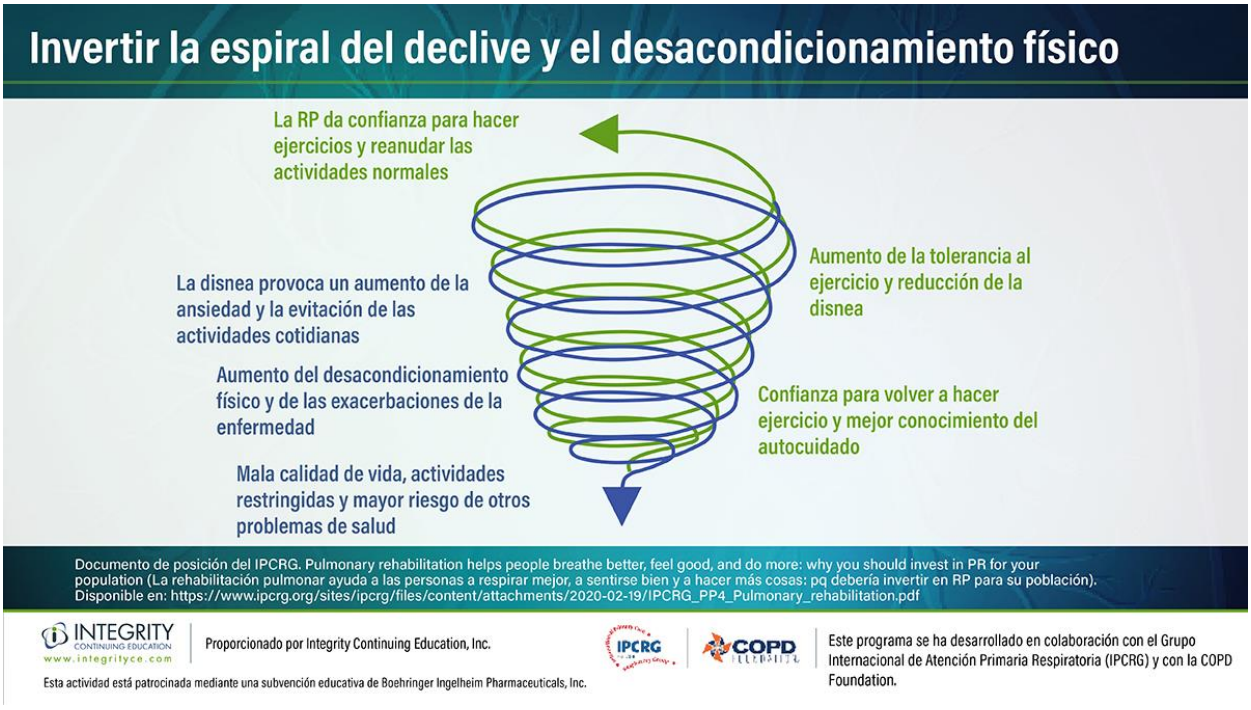
Dra. Han: Dejar de fumar probablemente sea la primera de las intervenciones no farmacológicas, ya que reduce el deterioro de la función pulmonar. En la mayoría de casos, la farmacoterapia es fundamental en el tratamiento del tabaquismo. Sin el uso de farmacoterapia, la probabilidad de éxito es mucho menor.

Asimismo, la entrevista motivacional puede ser muy beneficiosa para promover el cese. Usen la estrategia de «Pregunte, aconseje, actúe» para guiar la conversación con el paciente.



Profesor Hurst: La disnea en la EPOC provoca que el paciente evite la actividad, lo que conlleva un deterioro físico y una espiral descendente. Además de dejar de fumar, la rehabilitación pulmonar es muy importante en los pacientes con EPOC, ya que revierte el proceso, con independencia de su gravedad.

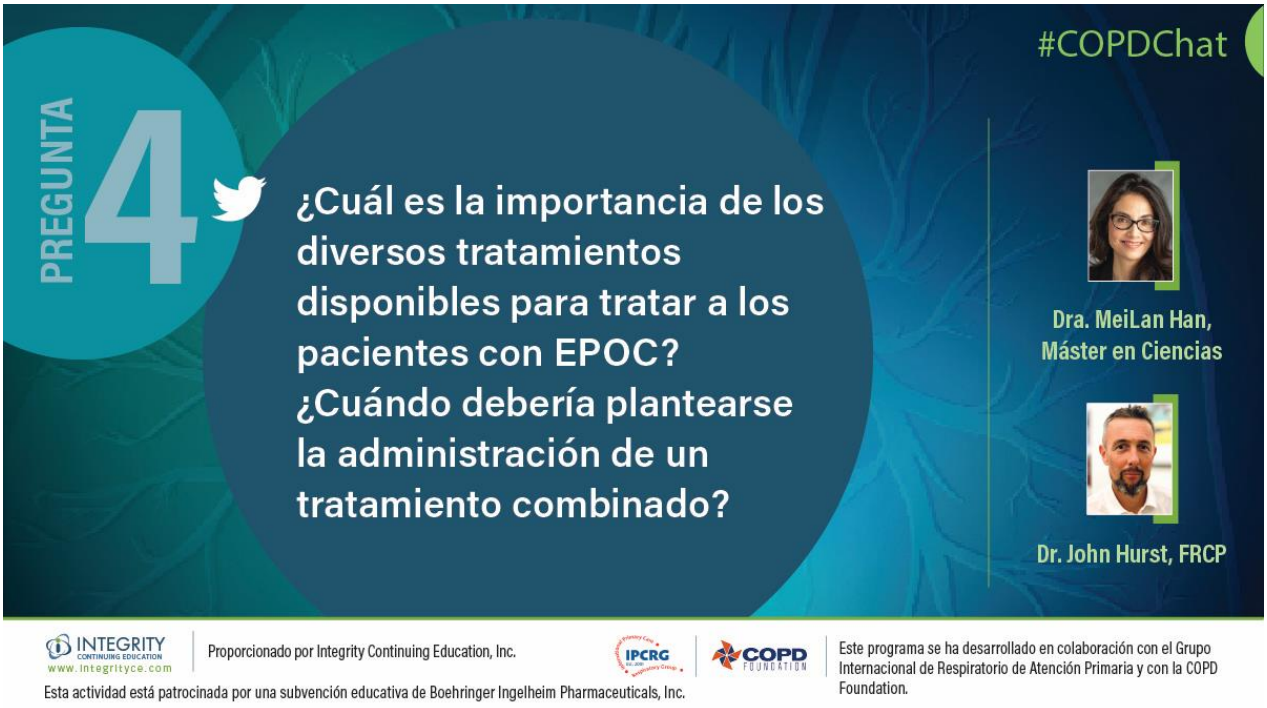
Dra. Han: No obstante, existen desafíos. Para lograr el éxito, se requiere que conozcamos las vías de la rehabilitación pulmonar, su disponibilidad, las normas de derivación y la estructura de pago. Y, por supuesto, tenemos que apoyar a los pacientes y asegurarnos de brindarles un refuerzo positivo.



Profesor Hurst: Me gustaría añadir que también existen muchos otros tratamientos que tienen un impacto positivo en el abordaje de la EPOC. Entre ellos se encuentran la oxigenoterapia, la participación en programas de apoyo psicológico y los recursos de apoyo social.

Pregunta 4:

Profesor Hurst: El número de tratamientos farmacológicos disponibles para la EPOC es amplio y abarca múltiples planes terapéuticos. ¿Cuál es la importancia de los distintos tratamientos? ¿Cuándo debería plantearse la administración de un tratamiento combinado?



Profesor Hurst: Empecemos con los broncodilatadores: los hay de acción corta y de acción prolongada. Son la base del tratamiento de EPOC. Se ha demostrado que mejoran los síntomas, la capacidad para el ejercicio, la limitación del flujo del aire y las exacerbaciones a largo plazo.

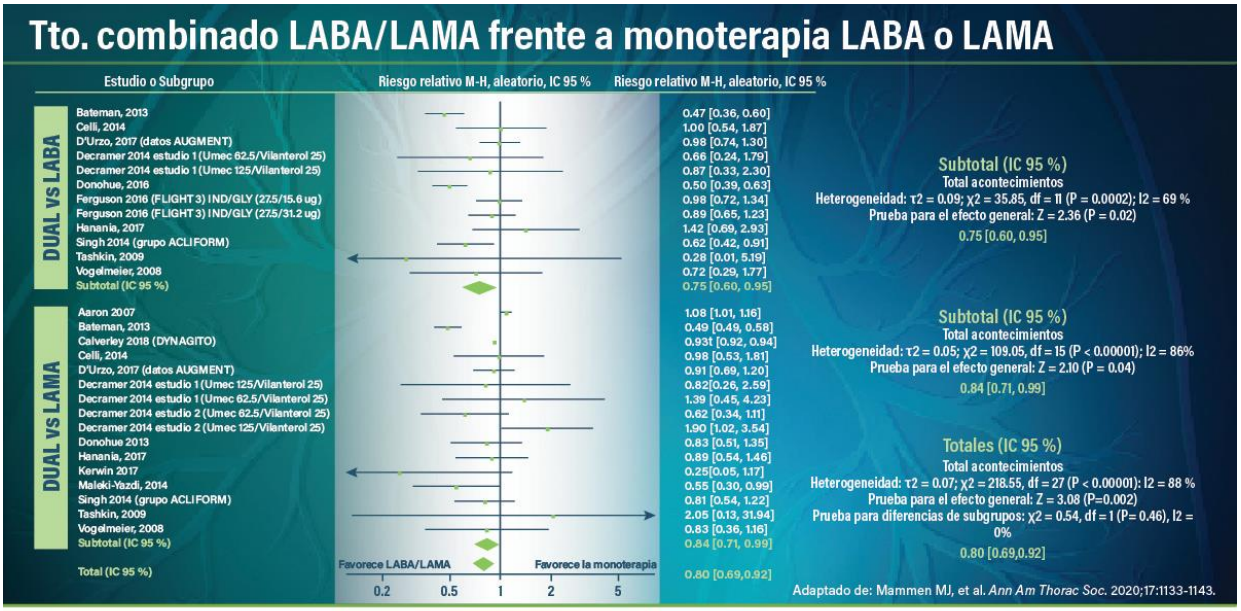
Dra. Han: Los broncodilatadores se administran solos o en combinación con corticoides inhalados (CI). Es importante tener en cuenta los beneficios y los riesgos de los CI. Existen problemas de seguridad con las dosis más altas y con el uso prolongado, como el riesgo de neumonía en pacientes mayores. Sin embargo, su uso es beneficioso en pacientes con exacerbaciones frecuentes y si los eosinófilos en sangre (EOS) son mayores de100.

Profesor Hurst: Estoy de acuerdo. Vamos a centrarnos en la cuestión de los tratamientos combinados. Con la broncodilatación doble, se han demostrado beneficios congruentes y sostenidos de los tratamientos con LABA/LAMA, en comparación con la broncodilatación única (p. ej., función pulmonar, síntomas y riesgo de exacerbación) y una seguridad similar.

Dra. Han: ¿Qué hay de la triple terapia, profesor Hurst?

Profesor Hurst: La evidencia de estudios como IMPACT y ETHOS ha demostrado que los pacientes sintomáticos con un riesgo alto de exacerbaciones se benefician significativamente de los regímenes de triple terapia.

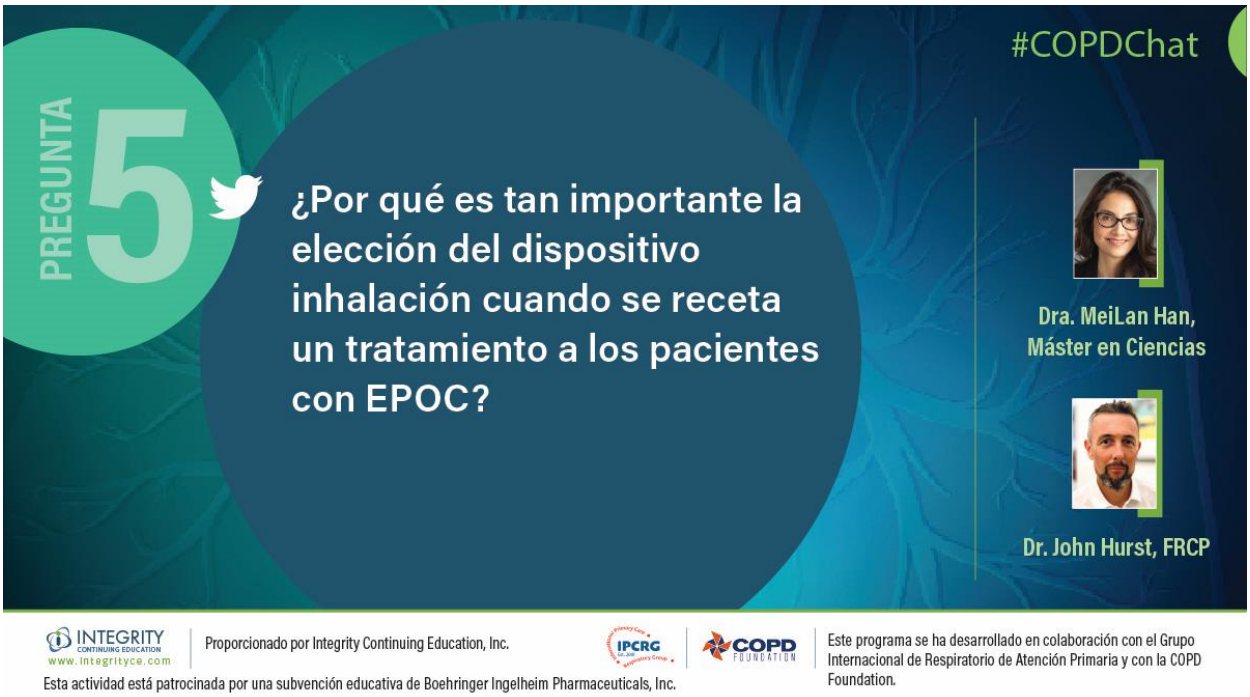
Dra. Han: Así es, pero también habría que añadir que, para ciertos pacientes, debe considerarse la disminución progresiva y retirada del tratamiento (p. ej., sin exacerbaciones recientes y con EOS bajo).



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

Pregunta 5:

Profesor Hurst: ¡Última pregunta! Hemos comentado la importancia del diagnóstico precoz, de superar los obstáculos, de los tratamientos farmacológicos y los no farmacológicos. ¿Por qué es tan importante la elección del dispositivo de inhalación cuando se receta un tratamiento a los pacientes con EPOC?



Dra. Han: El éxito del tratamiento depende, en gran medida, de la capacidad del paciente para tomar la medicación de forma eficaz, lo que también implica que sepa usar el dispositivo correctamente. Por ello es tan importante escoger el dispositivo correcto.

Profesor Hurst: Estoy de acuerdo, pero a veces es todo un reto escoger la opción correcta, dado el amplio abanico de inhaladores disponibles (IPS, MDI, IVS, nebulizadores). Cada dispositivo tiene unos requisitos diferentes para su uso correcto; por ejemplo, la técnica de inhalación, el flujo mínimo de inspiración, el tiempo y la coordinación.

Dra. Han: A menudo, nuestros pacientes tienen características específicas que influyen en su capacidad para utilizar un dispositivo u otro. Algunos pacientes tienen limitaciones físicas (poca fuerza prensil, coordinación o capacidad inspiratoria), mientras que otros tienen limitaciones cognitivas.

Profesor Hurst: Correcto. Por ello, tenemos que elegir el mejor dispositivo para cada paciente y darle instrucciones y formación sobre su uso. Además, en cada visita debemos revisar la técnica de inhalación para asegurarnos de que no ha cambiado nada.

Profesor Hurst: Gracias por participar con la Dra. MeiLan Han y conmigo en este #COPDChat. ¡Vuestra colaboración y visión sobre el tema son de un valor incalculable! ¡Solicitad vuestros créditos CME! https://bit.ly/3DCPNDP