



AN **IPCRG** INITIATIVE

TARJETAS DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

International Primary Care •

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group •

work locally
collaborate globally



INTRODUCCIÓN

El Grupo Respiratorio Internacional de Atención Primaria está liderando un movimiento social para crear un deseo de cambio en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), guiado por la pregunta *"¿Cómo mejorar la calidad de la atención de la EPOC?"*.

La EPOC es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo, pero que ni los pacientes ni los médicos reconocen. Las causas más comunes son el tabaquismo y la contaminación atmosférica. Las personas con EPOC tienen además un mayor riesgo de padecer otros problemas de salud. La EPOC se diagnostica mediante espirometría tras broncodilatación cuando el FEV₁/FVC es inferior al 70%.¹ La gravedad de la enfermedad se basa en los síntomas y el número de exacerbaciones del año anterior.

Una vez diagnosticada, la EPOC requiere un autocontrol continuo con apoyo. Sin embargo, muchas personas con EPOC pueden carecer de conocimientos sobre su enfermedad, de técnicas de inhalación adecuadas y de estrategias para controlar sus síntomas, como la disnea, la tos, a veces con flemas, las sibilancias y la fatiga.

La prevención y los tratamientos más importantes de la EPOC son dejar de fumar, evitar la contaminación atmosférica, realizar actividad física y la piedra angular de la farmacoterapia: la broncodilatación.

1. FEV₁: volumen espirado en el primer segundo de una maniobra espiratoria forzada.

2. FVC: volumen total de aire que se puede espirar forzosamente después de tomar la mayor respiración posible.

INTRODUCCIÓN

El IPCRG identificó varias lagunas en la comprensión y la atención a las personas con EPOC, y ha elaborado dos herramientas para ayudar a mejorarlas. La primera es la Rueda de la EPOC, que se centra en cómo explicar la EPOC a alguien que la padece y es un resumen de las directrices de tratamiento actuales, y la segunda son estas Tarjetas de preguntas y respuestas.

Las partes interesadas pueden utilizar estas tarjetas para iniciar conversaciones sobre la EPOC. Algunas ofrecen información y otras plantean preguntas para concienciar sobre las deficiencias en el conocimiento y la comprensión de la EPOC en estos países:

- Temas de conversación sobre la EPOC
- La importancia de la broncodilatación en el tratamiento de la EPOC
- La importancia de una técnica correcta de inhalación y el cumplimiento terapéutico
- A quién benefician los corticosteroides inhalados (CI)
- Diagnóstico diferencial del asma y la EPOC

Se trata de una edición piloto (mayo de 2024) creado y diseñado por el IPCRG. Una subvención educativa de Boehringer Ingelheim permitió al IPCRG desarrollar y probar esta herramienta. Para más información, visite <https://tinyurl.com/copdcardsfeedbackES>

TARJETAS DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Estas tarjetas son una forma de suscitar conversaciones y de que usted comparta sus ideas con los demás. Le invitamos a utilizarlas para iniciar un debate.

INSTRUCCIONES

1. Por parejas o en pequeños grupos
2. Elige una carta de la baraja
3. Leer la pregunta o el comentario
4. Dedicar unos minutos a debatir la pregunta o el comentario de la tarjeta y anotar los puntos clave del debate.
5. Compara tus puntos de discusión con la respuesta proporcionada (si procede) y reflexiona
6. Elija otra tarjeta y siga los pasos 3 y 4 anteriores
7. Comunique sus puntos de debate a todo el equipo/reunión
8. Puede que también le resulte útil consultar la Rueda de la EPOC

Nota: algunas de estas tarjetas le llevarán a debatir afirmaciones controvertidas o provocativas. No apoyamos estas afirmaciones, pero es posible que te encuentres con opiniones como éstas y, por tanto, merece la pena reflexionar sobre ellas.



AN **IPCRG** INITIATIVE

TARJETAS DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Temas de conversación sobre la EPOC



Consulte la Rueda EPOC
(www.ipcr.org/copdwheel)



¿Cómo podría alguien con EPOC regular su respiración si se siente sin aliento o estresado?

¿Qué otros consejos podría dar?

- Visualizar o mirar a un rectángulo
 - Siguiendo el lado corto, inspire por la nariz
 - Espira por la boca mientras sigues el lado más largo
 - Esto expulsa el aire atrapado y proporciona una distracción.
 - El tiempo que esté respirando no importa siempre y cuando exhale durante mas tiempo que inhale.
- La "respiración en rectángulo" puede realizarse en cualquier lugar para ayudar a una persona con EPOC a relajar su respiración o su estado de ánimo:¹

Adaptado de <https://dx.kinfieldmedicalpractice.co.uk/wp-content/uploads/2020/06/Post-COVID-19-information-pack-5.pdf> (acceso 27/04/2022)

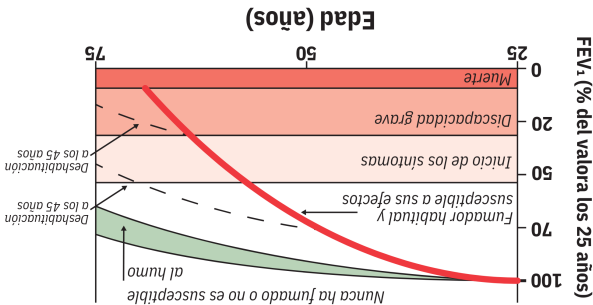


1. IPCRG. Revista EPOC. Disponible en: <https://www.icprg.org/copdmagazine>. Consultado en mayo de 2024.

¿Cómo puede utilizar este gráfico en sus comunicaciones? Pruebe estas frases:

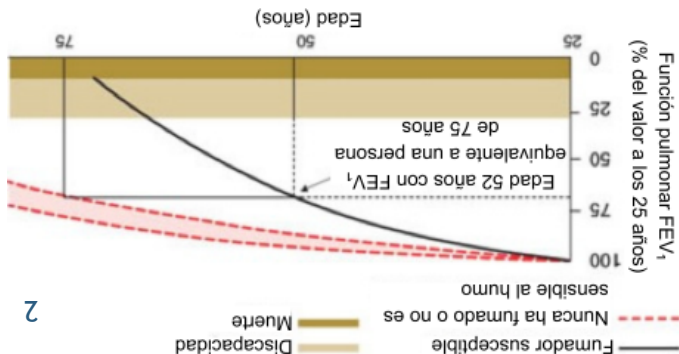
- Los pulmones de todo el mundo se debilitan y la función pulmonar disminuye a medida que envejecemos.
- ¿Qué ha oído sobre el tabaquismo y la EPOC? El daño que sufren los pulmones es irreversible, pero dejar de fumar puede ralentizar el deterioro. Mejorará la calidad y su expectativa de vida, por lo que cuanto antes deje de fumar, mejor.
- Si le diagnostican EPOC, seguir fumando hace que sus pulmones empeoren más rápidamente. Este gráfico sugiere que puede obtener muchos beneficios pulmonares si deja de fumar ahora. Notará que su respiración mejora y sus pulmones no estarán expuestos al alquitrán, el monóxido de carbono y las demás toxinas del tabaco.^{1,2}

Adapted from Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Brit Med J* 1977; 1: 1645-1648 for <https://www.ipcr.org/codpdx.html>



1. Fletcher C, Peto R. *Brit Med J* 1977; 1: 1645-1648.
2. IPCRG. Dependencia del tabaco. Disponible en: www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence. Consultado en mayo de 2024.

Prueba estas afirmaciones de apoyo, respaldado por este gráfico:



- ¿Cuál es el periodo más largo que ha dejado de fumar? ¿Qué beneficios ha notado? ¿Recuerda por qué volvió a fumar? [Elogie cada esfuerzo.]
- Aconseje: ¿Sabía que la mejor manera de dejar de fumar es una combinación de apoyo y tratamiento? Nunca es demasiado tarde para dejar de fumar. ¿Qué ha probado en el pasado para reducir sus síntomas, como la disnea, la fatiga o la tos? En una escala del 1 al 10, ¿qué motivación diría que tiene ahora mismo para dejar de fumar? ¿Está seguro de sí mismo?
- Nunca debe volver a fumar. Si ya ha conseguido dejar de fumar, tenga la seguridad de que ha hecho lo correcto.^{1,2}

1. IPCRG. Tobacco dependence. Available at: www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence. Accessed May 2024.
2. Reproduced from Parkes G et al. BMJ. 2008;336:598-600 (figure 2) with permission from BMJ Publishing Group Ltd.

Fumar es un estilo de vida que se elige: ¿estás de acuerdo?

Esto es incorrecto.

La dependencia del tabaco es una afeción de larga duración y recidivante que suele comenzar en la infancia, y la deshabituación tabáquica es la intervención más importante en la EPOC.

El tabaquismo se clasifica dentro de la CIE-11 de la OMS como Trastornos debidos al consumo de nicotina y, por tanto, dentro de la clasificación de consumo de sustancias o conductas adictivas.¹

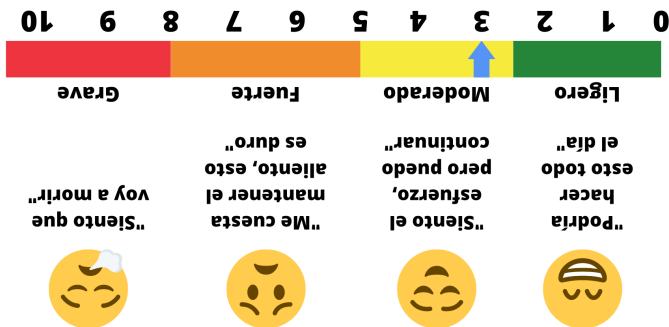
Encuentre aquí recursos para ayudar a las personas a dejar el tabaco: www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence²

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Disponible en: icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#268445189. Consultado en junio de 2024.

2. IPCRG. Dependencia del tabaco. Disponible en: www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence. Consultado en mayo de 2024.

¿Cuál es un nivel seguro y adecuado de disnea para alguien con EPOC cuando realiza actividad física?

Al realizar una actividad física, una persona con EPOC debe aspirar a mantenerse en una disnea moderada (3 en la escala de Borg). A este nivel, debería ser capaz de pronunciar una frase como "he desayunado tostada con mermelada", pero a un ritmo más lento de lo habitual. Este nivel mejorará la respiración y desarrollará la musculatura al tiempo que evitará molestias.^{1,2}



1. Hareendran A et al. Int J Chron Obstruct Pulm Dis 2012; 7: 345-355.

2. ICPRG. Revista EPOC. Disponible en: <https://www.icprg.org/copdmagazine>. Consultado en mayo de 2024.

¿Cuáles son las respuestas emocionales y conductuales a la disnea y cómo éstas pueden afectar a la disnea?

Las respuestas emocionales y conductuales a la disnea pueden provocar círculos viciosos. La ansiedad provocada por la disnea puede empeorar la respiración. La disnea puede provocar una disminución de la actividad física que, en última instancia, contribuye a aumentar la disnea.¹



1. Spathis A et al. NPJ Prim Care Respir Med 2017; 27(1): 27. See <https://www.btf.phpc.cam.ac.uk/>



¿Qué pruebas pueden realizarse para diagnosticar a alguien de EPOC?

La espirometría mide el flujo de aire dentro y fuera de los pulmones. Las medidas clave son el volumen de aire que una persona puede exhalar y la velocidad (flujo) a la que lo hace. Es obligatoria para diagnosticar y controlar la EPOC y su progresión. Si está tratando a una persona con EPOC que no ha sido diagnosticada mediante espirometría, solicítelos ahora.¹

1. IPCR. Ayuda de escritorio n° 14. Disponible en: <https://www.ipcr.org/dth14>. Consultado en mayo de 2024.

¿Cómo explicar la EPOC a alguien a quien se la acaban de diagnosticar?

De qué otra forma podría explicarse la EPOC?

Pruebe a utilizar las explicaciones siguientes:¹

- E** **Enfermedad:** Una condición médica
- P** **Pulmonar:** afecta a los pulmones
- O** **Obstructiva:** las vías respiratorias se estrechan, es más difícil respirar rápidamente y el aire queda atrapado en el pecho
- C** **Crónico:** trastorno de salud de larga duración que no desaparece

¿Cómo explicar a alguien por qué tiene EPOC?

El tabaquismo es responsable de más del 70% de los casos de EPOC en los países de renta alta. En los países de ingresos bajos y medios, el tabaquismo representa entre el 30% y el 40% de los casos de EPOC, y la contaminación atmosférica doméstica es un factor de riesgo importante.² ¿Qué otros factores podrían contribuir al desarrollo de su EPOC?

Asma



Exposición química



Pulmones pequeños



Contaminación

Eche un vistazo a estas preguntas.¹ ¿Qué factores son los más relevantes para su paciente?

1. IPCRG. Rueda EPOC. Disponible en: www.ipcrg.org/copdwheel. Accessed Mayo 2024.

2. OMS Hoja informativa: EPOC. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)). Consultado en mayo de 2024.

¿Puede una persona que nunca ha fumado desarrollar EPOC?

Sí: la exposición crónica al humo de biomasa, al humo del tabaco en el trabajo, a la contaminación, junto con un asma prolongada no controlada y factores genéticos, pueden provocar EPOC.

¿Qué opciones de tratamiento tiene alguien con EPOC?

Las personas con EPOC se benefician de vacunas e intervenciones no farmacológicas y farmacológicas que les ayudan a controlar su enfermedad y sus síntomas.¹ Coménteelo todo con ellas y dérvelas según proceda.²

Actividad física y rehabilitación pulmonar



Utilice su inhalador



Tomar otros medicamentos prescritos



Vacunas recomendadas



Dieta sana y apoyo nutricional



Reducir la exposición a factores de riesgo



1. IPCRG. Rueda EPOC. Disponible en: www.ipcr.org/copdwheel.

Consultado en mayo de 2024.

2. IPCRG. Ayuda de escritorio nº 3. Disponible en: <https://www.ipcr.org/dth3>.

Consultado en mayo de 2024.

¿Sabe que GOLD recomienda actualmente 6 vacunas para proteger a las personas con EPOC? ¿Puede decirnos cuáles son y contra qué protegen?

1. Gripe
2. SARS-CoV-2 (COVID-19)
3. Neumococo (neumonía adquirida en la comunidad)
4. Virus respiratorio sincitial (VRS)
5. Tdap (tostferina) si no se vacunó en la adolescencia
6. Herpes zóster (culebrilla)¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Cómo comunicaría estas consecuencias a una persona con EPOC a la que esté tratando?

1



Oxígeno



Reducción de la
calidad de vida



Cirugía pulmonar

¿Cómo se explica la necesidad de realizar actividad física a alguien que tiene disnea?

Prueba esto:

Los pulmones y los músculos respiratorios son como cualquier otro músculo del cuerpo: del mismo modo que se hace ejercicio para fortalecer los brazos o las piernas, la actividad física fortalece los músculos que intervienen en la respiración. Al hacer ejercicio con regularidad, los pulmones y el sistema respiratorio se ejercitan y se hacen más fuertes y eficaces. Los músculos débiles utilizan más oxígeno que los fuertes para realizar el mismo trabajo. La rehabilitación pulmonar y el ejercicio mejoran el funcionamiento de los músculos, que utilizan el oxígeno de forma más eficaz.¹

1. IPCRG. Cómo respiramos. Disponible en: <https://www.ipcrg.org/howwebreathe>. Consultado en mayo de 2024.

**¿Cuáles son las comorbilidades de las personas con EPOC en su entorno?
Enumere todos los que pueda.**

Las comorbilidades más frecuentes son:
Dependencia del tabaco, enfermedad
cardiovascular, debilidad muscular,
osteoporosis, ansiedad, depresión,
cáncer de pulmón, síndrome metabólico,
diabetes, reflujo gastroesofágico,
bronquiectasias, apnea obstructiva del
sueño

**¿Cómo pueden afectar estas patologías
a su tratamiento?**

Visite [ipcr.org/dth10](https://www.ipcr.org/dth10)
(Desktop Helper y casos) para aprender más
sobre el uso racional de los
medicamentos.¹



1. IPCRG. Ayuda de escritorio nº 10. Disponible en: <https://www.ipcr.org/dth10>. Consultado en mayo de 2024.

¿Cómo explica a su paciente qué es una exacerbación y cómo reconocerla?

Véase www.beflareaaware.com

corticosteroides orales".^{1,2}

Para evitar tener que ir al hospital, ponte en contacto con nosotros. Es posible que necesites tratamiento con antibióticos y/o

Para evitar tener que ir al hospital, ponte en contacto con nosotros. Es posible que necesites tratamiento con antibióticos y/o corticosteroides orales".^{1,2}

Para evitar tener que ir al hospital, ponte en contacto con nosotros. Es posible que necesites tratamiento con antibióticos y/o corticosteroides orales".^{1,2}

Prueba esto:

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

2. Celli BR et al. Am J Respir Crit Care Med. 2021; 204(11): 1251-1258.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo que pueden provocar EPOC?

La EPOC es el resultado de interacciones genético-ambientales que se producen a lo largo de la vida de un individuo. Las principales exposiciones ambientales que contribuyen a la EPOC son el tabaquismo y la inhalación de partículas y gases tóxicos procedentes de la contaminación del aire doméstico y exterior. También pueden contribuir otros factores ambientales y del paciente, como el desarrollo pulmonar anormal y el envejecimiento pulmonar acelerado.

Los factores de riesgo genéticos más relevantes (aunque poco frecuentes) son las mutaciones en el gen SERPINA1 que conducen a la deficiencia de α -1 antitripsina.

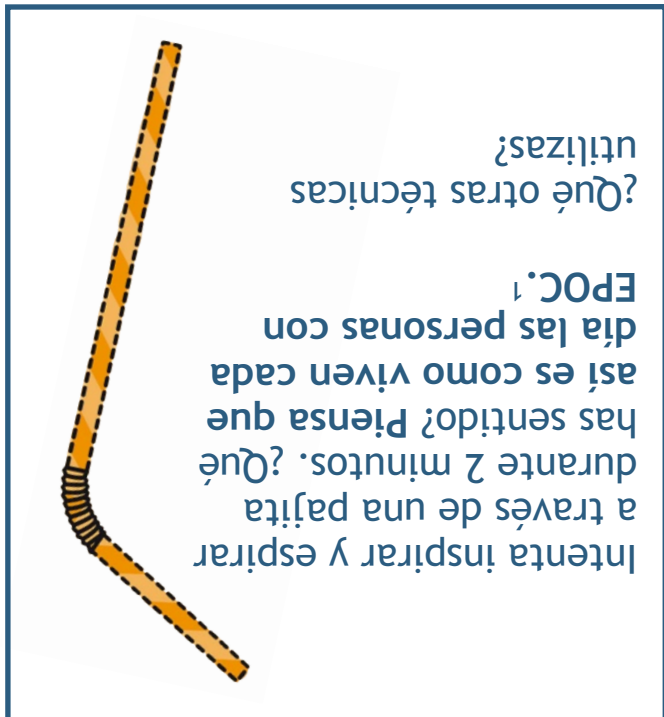
Informe a su población y a sus pacientes sobre estos factores de riesgo y ¡actúe!

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

A largo plazo, ¿qué quieren los pacientes que les pregunte su médico?

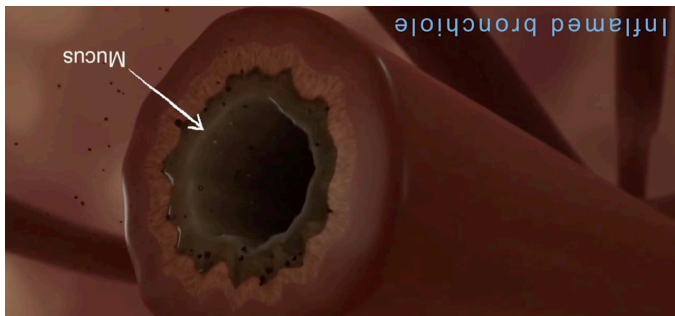
- 1 Necesita saber mi punto de partida: quién soy, mi estado funcional y mis objetivos. De lo contrario, muchas de nuestras consultas duran demasiado o carecen de sentido.
- 2 Pregúnteme ¿cómo es para ti la actividad habitual de un día? ¿A qué has tenido que renunciar o modificar en los últimos años? ¿Qué es lo que no quieres? Por ejemplo, no quiero ir nunca a una residencia”.
- 3 Pregúnteme “¿Cómo visualizas tu vida durante el próximo año o si tu EPOC empeora?” durante las visitas presenciales, donde el médico puede leer el lenguaje corporal y ofrecer más apoyo.
- 4 Pregunte: “¿Qué quieres tú y tu familia que sepamos, y pongamos en su historial médico, sobre tus objetivos y planes de futuro?”.
- 5 Muchos no sabemos lo que deberíamos ni sabemos qué preguntar. Ayúdanos compartiendo información, un enlace a una página web o a alguien con quien podamos hablar.
- 6 Si pregunta, ESCUCHE nuestras respuestas.¹

¿Cómo se enseña a los colegas clínicos a saber qué se siente al padecer EPOC?



1. Coalición Europea contra la EPOC. Advocacy Toolkit. https://www.ipcrg.org/sites/ipcrg/files/content/attachments/2020-02-10/ECC_Advocacy_Toolbox.pdf Consultado en mayo de 2024.

¿Cómo afecta la EPOC a los pulmones?



Véase www.icprg.org/howwebreathe

La causa más frecuente de obstrucción es la inflamación del interior de nuestras vías respiratorias o conductos. El revestimiento y las paredes de los conductos resultan o dañados por la irritación persistente o recurrente provocada por agentes irritantes comunes, como el humo del tabaco o de la biomasa, o por alérgenos. Esto provoca inflamación.¹

1. IPCRG. Cómo respiramos. Disponible en: www.icprg.org/howwebreathe. Consultado en mayo de 2024.

¿Cuáles son los principales objetivos del tratamiento de la EPOC?

Los principales objetivos del tratamiento de la EPOC son reducir los síntomas y el riesgo futuro de exacerbaciones.¹ La estrategia de tratamiento de la EPOC estable debe basarse principalmente en la evaluación de los síntomas y los antecedentes de exacerbaciones.

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.



AN **IPCRG** INITIATIVE

TARJETAS DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Importancia de la
broncodilatación en el
tratamiento de la EPOC

International Primary Care

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group

work locally
collaborate globally



¿Qué son los broncodilatadores?

Los broncodilatadores son medicamentos que ensanchan las vías respiratorias y relajan los músculos de los pulmones y los bronquios.

O bien:

1. Relajar el músculo liso de las vías respiratorias estimulando los adrenoreceptores beta2 con agonistas beta2

o

2. Bloquear los efectos broncoconstrictores de la acetilcolina en los receptores muscarínicos del músculo liso de las vías respiratorias con antagonistas muscarínicos (antimuscarínicos)¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Cuáles son los beneficios de los broncodilatadores para las personas con EPOC?

- Mejora del riesgo:**
- Reducir la tasa de exacerbación y hospitalización por exacerbación pulmonar
 - Mejorar la eficacia de la rehabilitación durante el ejercicio (hiperinflación) tanto en reposo como
 - Reducir el atrapamiento de aire (el FEV₁)
 - Mejorar la función pulmonar (aumentar
- Síntomas y bienestar:**
- Reducir los síntomas de la EPOC como la disnea
 - Mejorar la calidad de vida
 - Mejorar la capacidad de ejercicio
- Cuando se inhala correctamente...**

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la gestión de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Qué significan SABA, SAMA, LAMA y LABA?

Los medicamentos de acción corta tienen un efecto de 4 a 6 horas, mientras que los de acción prolongada duran entre 12 y 24 horas.^{1,2}

- SABA: agonista beta₂ de acción corta
- SAMA: antagonista muscarínico de acción corta
- LABA: agonista beta₂ de acción prolongada
- LAMA: antagonista muscarínico de acción prolongada

1. Higgins BG et al. Eur Respir J 1991; 4(4): 415-420.
2. Cazzola M et al. Respir Med 2013; 107(6): 848-853.

Nombre algunos broncodilatadores de acción corta y prolongada.

- tiotropio, umeclidinio
- LAMA: aclidinio, glicopirronio, indacaterol, olodaterol, vilanterol
- LABA: formoterol, salmeterol
- SAMA: ipratropio
- SABA: salbutamol, terbutalina

Nombre algunas combinaciones eficaces de broncodilatadores de acción corta y prolongada.

- vilanterol + umeclidinio
- olodaterol + tiotropio
- indacaterol + glicopirronio
- formoterol + glicopirronio
- formoterol + aclidinio,

LABA+LAMA

- salbutamol + ipratropio

SABA+SAMA:

¿Cuándo deben prescribirse broncodilatadores de acción corta y de acción prolongada en la EPOC estable?

Los broncodilatadores de acción prolongada se recomiendan como tratamiento de primera línea (excepto para las personas con disnea muy ocasional).
Al iniciar el tratamiento con broncodilatadores de acción prolongada, la elección preferida es una combinación de un LAMA y un LABA. En personas con disnea persistente con un solo broncodilatador de acción prolongada, el tratamiento debe aumentarse a dos. La SABA debe prescribirse a todos los pacientes con EPOC como medicación de rescate para el alivio inmediato de los síntomas.¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Por qué los fármacos para tratar la EPOC se inhalan principalmente en lugar de tomarse por vía oral?

Los medicamentos inhalados van directamente a los pulmones, lo que aumenta la eficacia y la rapidez de acción de las dosis bajas y, por tanto, reduce los posibles efectos secundarios.

En algunos casos, se necesitan tratamientos orales para conseguir un efecto sistémico, como antibióticos (azitromicina, eritromicina), inhibidores de la fosfodiesterasa-4 (roflumilast), metilxantinas (aminofilina, teofilina, etc.).¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

LAMA+LABA es el tratamiento adecuado para la mayoría de las personas con EPOC: debate.

El 82% de las personas con EPOC sufren disnea y el 25% sufren exacerbaciones.^{1,2} LABA+LAMA es el tratamiento de primera línea recomendado siempre y cuando esté disponible, sea asequible y cuando el riesgo de efectos secundarios sea bajo.³

1. Müllerová H et al. PLoS One 2014; 9(1).
2. Kardos P et al. Respir Med 2017; 124: 57-64.
3. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Cuál suele ser la mejor
terapia inhalada para
una persona con EPOC
recién diagnosticada y
sintomática?

LAMA+LABA¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

Si los síntomas de la EPOC persisten a pesar del uso adecuado de broncodilatadores combinados, ¿debe añadirse un corticosteroide inhalado (CI)?

- No. Los CI SÓLO deben añadirse en presencia de exacerbaciones y recuentos elevados de eosinófilos (≥ 300 células/ μL para la terapia inicial, ≥ 100 células/ μL cuando ya se está en tratamiento con LAMA+LABA).^{1,2}
- En ausencia de estas condiciones, da un paso atrás:
- Revisar la adherencia a la medicación y la técnica del inhalador
- Considerar la posibilidad de cambiar de dispositivo(s) inhalador(es) para adaptarlo(s) a la persona
- Repasar las intervenciones no farmacológicas
- Considerar si los síntomas están causados por comorbilidades

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.
2. Quint JK et al. NPJ Prim Care Respir Med 2023; 33: 27.

¿Cómo reducen los broncodilatadores la tasa de exacerbaciones?

Efectos directos sobre el flujo aéreo: reducción de la hiperinsuflación; aumento del diámetro de las vías respiratorias; mejora de la mecánica respiratoria; aumento del umbral para el desarrollo de síntomas.

Mecanismos indirectos: mejora del aclaramiento de secreciones mediante una mejor latencia de las vías respiratorias; propiedades antiinflamatorias (reducción de la producción de esputo y de la liberación de citocinas).¹

1. Wedzicha JA et al. Eur Respir J 2012; 40: 1545-1554.



AN **IPCRG** INITIATIVE

TARJETAS DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Importancia de una
técnica correcta de
inhalación y adherencia



Véase [www.ipcrg.org/
resources/inhaler-resources](http://www.ipcrg.org/resources/inhaler-resources)

International Primary Care

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group

work locally
collaborate globally



¿Cuáles son las consideraciones más importantes a la hora de elegir un inhalador?

La educación y la formación en la técnica de inhalación son vitales cuando el tratamiento es por vía inhalada. La elección del inhalador debe adaptarse individualmente a la capacidad y preferencia del paciente, en función del acceso, el coste y el prescriptor. El mejor dispositivo es el que el paciente pueda y quiera utilizar. La técnica de inhalación adecuada debe enseñarse, demostrarse y comprobarse en cada visita. Debe comprobarse la técnica de inhalación y el cumplimiento terapéutico antes de concluir que la terapia actual es insuficiente.¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Por qué es importante una buena técnica de inhalación?

Dado que la mayoría de los fármacos utilizados para tratar la EPOC son inhalados, una buena técnica de inhalación optimiza la relación beneficio/riesgo del tratamiento.¹ Una técnica deficiente puede impedir que la dosis correcta llegue a las vías respiratorias inferiores. Esto puede provocar una peor calidad de vida, un peor pronóstico y un mayor riesgo de hospitalización.² Antes de concluir que el tratamiento actual es inadecuado, deben evaluarse la técnica de inhalación y el cumplimiento terapéutico.³

1. Schreiber J et al. BMC Pulm Med 2020; 20: 222.
2. Kocks J et al. BMC Pulm Med 2023; 23: 302.
3. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la gestión de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Por qué es importante la formación/entrenamiento en inhaladores? ¿Con qué frecuencia debe realizarse?

Muchos pacientes no utilizan sus inhaladores correctamente y una mala técnica de inhalación es una de las razones más comunes de una respuesta deficiente al tratamiento/ fracaso terapéutico (junto con la adherencia).¹ Una buena técnica de inhalación es esencial para que la dosis correcta de la terapia inhalada llegue al lugar adecuado para asegurar el efecto esperado. Los prospectos incluidos en los ensayos de los dispositivos son insuficientes para proporcionar una formación adecuada sobre el uso de inhaladores.² La formación presencial, en vídeo o a través de la web y el enfoque "teach-back" (pedir al paciente que haga una demostración) son eficaces, pero pierden eficacia con el tiempo. En cada visita, vuelva a comprobar si el inhalador se utiliza correctamente.³

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la gestión de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.
2. Klemmeier T et al. Eur Respir J 2019; 54: PA1479.
3. Klijn SL et al. NPJ Prim Care Resp Med 2017; 27: 24.

¿Utilizan sus pacientes los inhaladores de forma competente?

Por lo general, los pacientes sobrestiman la idoneidad de su técnica: más de dos tercios cometen al menos un error al utilizar un inhalador.¹ Una técnica incorrecta sólo puede descubrirse pidiendo al paciente que la demuestre. La observación regular y el entrenamiento mejorarán la técnica con el tiempo.²

1. Press VG et al. J Gen Intern Med 2012; 27(10): 1317-1325.
2. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Qué errores se suelen cometer al utilizar un inhalador?



Véase www.ipcrg.org/recursos/inhalador-recursos para videos.

Los errores críticos en el uso de inhaladores pueden reducir significativamente el transporte y depósito del fármaco a los pulmones, reduciendo la eficacia del tratamiento.²

- Preparación de la dosis
 - Exhalación previa a la inhalación
 - Coordinación
 - Problemas con el flujo inspiratorio
 - Duración de la inhalación
 - Contener la respiración
- Los errores varían según el inhalador, pero entre los errores más comunes se incluyen:¹

1. Sulaiman I et al. Am J Respir Crit Care Med 2017; 195(10):1333-1343.
2. Usmani OS et al. Respir Res 2018; 19: 10.

Las personas con EPOC que no siguen el tratamiento no se preocupan realmente por su salud: ¡discuta!

No es cierto. Las personas no siguen el tratamiento por muchas razones, entre ellas:¹

- Coste de los medicamentos
- Dificultad para acceder a la farmacia
- Falta de comprensión de la importancia del tratamiento y programa de rescate
- Confusión entre la medicación de rescate vs mantenimiento
- Miedo a los efectos secundarios
- Demasiados medicamentos
- Depresión

Aunque la falta de adherencia es menos frecuente que en el asma, los pacientes con EPOC tienen síntomas que requieren el uso regular de inhaladores, por lo que es necesaria la educación para ayudarles a comprender cómo funcionan los inhaladores y su valor para prevenir el empeoramiento.²

1. Asociación Médica Americana. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/patient-support-advocacy/8-reasons-pacientes-que-no-toman-sus-medicamentos>. Consultado en mayo de 2024.
2. Hablemos de Respiratorio. Disponible en: <https://www.letstalkrespiratory.com/hcp/types-of-non-adherence-in-respiratory-disease/>. Consultado en mayo de 2024.

La falta de adherencia al uso de inhaladores es siempre intencionada: ¿está de acuerdo?

La falta de adherencia intencionada se produce cuando las personas deciden no iniciar o continuar el tratamiento debido a barreras de percepción (creencias y preferencias) que influyen en su motivación. Esto no se debe pasar por alto. La adherencia no intencionada puede producirse cuando existen barreras como el olvido o la falta de comprensión de las instrucciones, impidiendo que una persona cumpla el tratamiento.¹

1. Journal of Prescribing Practice. Disponible en: <https://www.prescribingpractice.com/content/clinical-focus/medicines-adherence-in-respiratory-disease/>. Consultado en Mayo de 2024.

¿Por qué una persona con EPOC puede dejar de tomar su medicación inhalada?

- Factores relacionados con el paciente^{1,2}
- Factores relacionados con el tratamiento
- Factores relacionados con el enfermedad
- Factores relacionados con la económicos
- Factores sociales y equipo y el sistema sanitario
- Factores relacionados con el

Piensa en ello:

1. Makela MJ et al. Respir Med 2013; 107(10): 1481-1490.
2. Journal of Prescribing Practice. Disponible en: <https://www.prescribingpractice.com/content/clinical-focus/medicines-adherence-in-respiratory-disease/>. Consultado en mayo 2023.

¿Cuáles son las consecuencias de la falta de adherencia para las personas con EPOC?

La falta de adherencia puede provocar un mal control de los síntomas, una reducción de la calidad de vida, una mayor tasa de exacerbaciones graves, hospitalizaciones, un aumento innecesario del tratamiento y del gasto sanitario.^{1,2}

1. Van Boven JF et al. Respir Med 2014; 108(1): 103-113.
2. Bourbeau J et al. Thorax 2008; 63: 831-838.

¿Qué factores deben tenerse en cuenta antes de tomar la decisión de cambiar (reducir o aumentar) la prescripción del inhalador o inhaladores para la EPOC?

Es importante evaluar la técnica de inhalación y el cumplimiento terapéutico antes de concluir que el tratamiento actual es inadecuado o ineficaz. También deben tenerse en cuenta el diagnóstico, las comorbilidades y los factores desencadenantes.¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

A la hora de prescribir un tratamiento inhalado, la elección de la molécula es más importante que el dispositivo. ¿Está de acuerdo?

La molécula perfecta no será la adecuada si obliga al paciente a utilizar un dispositivo con el que no se siente cómodo. En la elección del inhalador debe participar la persona con EPOC, teniendo en cuenta sus características individuales.

Preguntatelo a ti mismo:

- ¿Tiene todos los tipos de dispositivos en su consulta?
- ¿Los muestra a los pacientes y les pide su opinión a la hora de decidir qué dispositivo prescribir?
- ¿Se evalúa la capacidad de la persona para utilizar el dispositivo (por ejemplo, su destreza)?

Recuerde: el inhalador más eficaz es el que el paciente pueda y quiera utilizar.^{1,2}

1. Repositorio RightBreathe. Disponible en: <https://www.rightbreathe.com/?s=>. Consultado en mayo de 2024.
2. The Pharmaceutical Journal. Disponible en: <https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/best-practice-principles-para-prescripción-de-inhaladores>. Consultado en mayo de 2024.

¿En qué debe fijarse al evaluar la capacidad de un paciente para realizar la técnica de inhalación correcta para su dispositivo?

www.ipcr.org/resources/inhaler-resources



- Si está considerando un inhalador de polvo seco (DPI), compruebe si el paciente puede inhalar con fuerza y profundamente. En caso de duda, evalúe objetivamente o elija un dispositivo alternativo.
- Los dispositivos presurizados (MDI) y los inhaladores de niebla fina (SMI) requieren una coordinación entre la activación del dispositivo y la inhalación, así como una inhalación lenta y profunda. Añada una cámara de inhalación o elija otro dispositivo.
- Considere la posibilidad de utilizar un nebulizador en los pacientes que no puedan utilizar un MDI, SMI o DPI.¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Qué factores deben tenerse en cuenta para decidir qué dispositivo es el adecuado?

- Toma de decisiones compartida
- Disponibilidad del medicamento en el dispositivo elegido
- Evaluación de las creencias de los pacientes, preferencias y satisfacción con dispositivos anteriores
- Minimización del número de tipos de dispositivos: lo ideal es utilizar sólo uno
- No cambiar sin justificación clínica o un seguimiento adecuado
- Cognición, destreza y fuerza del paciente
- Evaluación de la capacidad del paciente para utilizar la técnica correcta de inhalación
- Tamaño, portabilidad y coste
- Los inhaladores inteligentes pueden ser útiles para problemas de adherencia o de técnica
- Sólo prescriba dispositivos que usted y el equipo clínico sepa utilizar¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

Enumere los pasos para una técnica correcta de inhalación.



Revista y refuerza la técnica en cada inhaladores:
visita las fuentes IPCRG sobre

<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el contador de dosis (si existe) • Agite el inhalador (si procede) 	1. Preparar
<ul style="list-style-type: none"> • Primer dispositivo para su uso • Abrir el inhalador/retirar el tapón 	2. Cebado
<ul style="list-style-type: none"> • Exhale suavemente lejos de la boquilla 	3. Exhalación
<ul style="list-style-type: none"> • Coloque la boquilla en la boca, incline la barbilla y selle los labios alrededor de la boquilla 	4. Boca
<ul style="list-style-type: none"> • Inhale lenta y constantemente (MDI, SMI) • Inhalación rápida y profunda (DPI)¹ 	5. Inhalación
<ul style="list-style-type: none"> • Retire el inhalador de la boca y mantenga la respiración durante 5 segundos. 	6. Retención de la respiración
<ul style="list-style-type: none"> • Cerrar el inhalador/sustituir el tapón • Repetir si es necesario 	7. Cierre y finalización

1. MDI: inhalador presurizado; SMI: inhalador de niebla fina; DPI: inhalador de polvo seco.

Los inhaladores de polvo seco (DPI) son siempre mejores que los presurizados (MDI): ¿está de acuerdo?

El mejor inhalador es el que contiene los fármacos / moléculas adecuados para cada paciente con EPOC, y que la persona está dispuesta a utilizar, puede hacerlo y lo hace correctamente.

**¿Cree que la mayoría de los profesionales sanitarios tienen buenos conocimientos sobre el uso adecuado de los inhaladores?
¿Saben utilizarlos correctamente?**

Muchos profesionales sanitarios no demuestran una técnica correcta de inhalación:
"Los profesionales sanitarios demostraron un conocimiento inadecuado del uso correcto de los inhaladores. El escaso conocimiento del uso correcto de estos dispositivos puede impedir que estos profesionales sean capaces de evaluar y enseñar adecuadamente técnicas de inhalación a sus pacientes".¹
Sin embargo, esto puede cambiarse fácilmente con una formación adecuada.

1. Plaza V et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2018; 6(3): 987-995.

El uso de una cámara espaciadora con un inhalador dosificador presurizado (MDI) aumentará la administración del fármaco en comparación con el uso de un MDI solo. ¿Verdadero o falso?

Cierto.

El uso de un MDI solo con la mejor técnica puede suministrar sólo el 10-15% de la dosis emitida a las vías respiratorias. La adición de un espaciador puede aumentar este porcentaje al 20%.¹

1. Vincken W et al. ERJ Open Res 2018; 4(2): 00065-2018.



AN **IPCRG** INITIATIVE

TARJETAS DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

A quién benefician los corticosteroides inhalados (CI)

International Primary Care

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group

work locally
collaborate globally



¿Cuándo se debe considerar la prescripción de CI a una persona con EPOC?

Terapia inicial: ≥ 2 exacerbaciones moderadas o ≥ 1 con hospitalización Y recuento de eosinófilos en sangre ≥ 300 células/ μ L.

Terapia de seguimiento: ya se le ha prescrito LAMA+LABA, tiene nuevas exacerbaciones, recuento de eosinófilos en sangre ≥ 100 células/ μ L.

Antes de prescribir CI, comprobar la técnica del inhalador, evaluar la adherencia y probar intervenciones no farmacológicas (dejar de fumar, reducción de la exposición, vacunaciones, autogestión).^{1,2}

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la gestión de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.
2. Lipson DA et al. N Engl J Med 2018; 378(18): 1671-1680.

En dosis bajas, los CI casi no entrañan riesgos: discutir.

Incluso en dosis bajas, el uso de CI a largo plazo se asocia sistemáticamente a efectos adversos locales y sistémicos. Sin embargo, en los pacientes adecuados (por ejemplo, con características asmáticas), los beneficios superan con creces los riesgos.

El uso de CI se asocia a un mayor riesgo de neumonía, por lo que las indicaciones de uso deben ajustarse a las directrices (ver Rueda EPOC: www.ipcrg.org/copdwheel).¹⁻³

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.
2. Miravittles M et al. Eur Respir Rev 2021; 30(160): 210075.
3. IPCRG. Rueda EPOC. Disponible en: www.ipcrg.org/copdwheel. Consultado en mayo de 2024.

¿Qué efectos secundarios se asocian al tratamiento prolongado con CI?

En casos de mala técnica de inhalación, los efectos secundarios sistémicos pueden ser más pronunciados, especialmente si el prescriptor aumenta la dosis cuando el control de los síntomas es deficiente.^{1,2}

- Mayor riesgo de tuberculosis
- Infecciones por micobacterias no tuberculosas
- osteoporosis, osteopenia, fracturas
- Disminución de la densidad ósea,
- Nueva aparición y progresión de la diabetes
- Neumonía
- Cataratas
- hematomas
- Adelgazamiento de la piel y fácil aparición de
- Voz ronca
- Candidiasis orofaríngea

El uso prolongado de CI puede asociarse a una serie de efectos secundarios **locales** y **sistémicos**:

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.
2. Miravittles M et al. Eur Respir Rev 2021; 30(160): 210075.

Para una persona recién diagnosticada de EPOC y que sufre exacerbaciones, la primera opción terapéutica deben ser dos broncodilatadores de acción prolongada: discutir.

En la mayoría de los casos, una broncodilatación adecuada combinada con intervenciones no farmacológicas puede prevenir futuras exacerbaciones. Sin embargo, la triple terapia debe considerarse sólo si el individuo tiene un recuento de eosinófilos de ≥ 300 células/ μ L. Los pacientes deben ser revisados para evaluar la respuesta clínica tras el inicio.¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la gestión de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

¿Cuándo debe considerarse la retirada de los CI en las personas con EPOC?

Considerar el historial de exacerbaciones del individuo y el recuento de eosinófilos en sangre. Sólo las personas con una tasa elevada de exacerbaciones durante un año y un recuento de eosinófilos ≥ 300 células/ μL deben continuar el tratamiento; en las personas que no cumplan estos criterios debe considerarse la retirada de los CI. La retirada de los CI puede considerarse si se desarrolla neumonía u otros efectos secundarios considerables. Si los eosinófilos en sangre son ≥ 300 células/ μL , es más probable que la desescalada se asocie al desarrollo de exacerbaciones. Considere cuidadosamente la dosis de CI utilizada para reducir la posibilidad de efectos secundarios relacionados con los CI observados a dosis más altas.¹

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

La retirada de los CI debe ser gradual en los pacientes con EPOC en los que no esté clínicamente indicada: debate.

Los CI pueden retirarse bruscamente en la mayoría de los casos: "En 3 de los últimos estudios publicados se suspendieron los CI de forma brusca, mientras que en otro se retiraron gradualmente. La ausencia de diferencias significativas en los resultados entre estos estudios sugiere que los CI pueden retirarse bruscamente en la mayoría de los casos"¹

1. Chalmers JD et al. Eur Respir J 2020; 55(6): 2000351.

Mencione algunas comorbilidades que deben considerarse con precaución al iniciar el tratamiento con CI.

**Prediabetes y diabetes,
osteoporosis, bronquiectasias,
neumonía, infecciones por
micobacterias, dependencia
del tabaco.^{1,2}**

1. Ayuda de escritorio nº 10 del IPCRG. Disponible en: www.ipcrg.org/dth10. Consultado en mayo de 2024.
2. Miravitlles M et al. Eur Respir Rev 2021; 30(160): 210075.

Cuando se introduce un CI a una persona con EPOC, debe introducirse como un dispositivo separado de su inhalador LABA/LAMA: discutir.

El número de tipos de dispositivos diferentes debe reducirse siempre al mínimo.¹

El tratamiento con un solo inhalador suele ser más cómodo y eficaz, lo que mejora el cumplimiento terapéutico. También hay que tener en cuenta la concesión de licencias: el CI por sí solo no está autorizado en la EPOC.

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la gestión de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.



AN **IPCRG** INITIATIVE

TARJETAS DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Diagnóstico
diferencial del
asma y la EPOC

International Primary Care

IPCRG

Est. 2001

Respiratory Group

work locally
collaborate globally



Desde el punto de vista del tratamiento, ¿por qué es importante diferenciar la EPOC del asma?

Las personas con EPOC y asma necesitan diferentes estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas.

La vía más común:
EPOC: LAMA + LABA -> + CI si es necesario
Asma: CI + LABA -> + LAMA si es necesario

Existen riesgos asociados a la prescripción innecesaria de CI para personas con EPOC.^{1,2}

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

2. GINA. Iniciativa Global para el Asma. Disponible en: <https://ginasthma.org/reports/>. Consultado en mayo de 2024.

Cualquiera puede tener asma, pero la EPOC sólo afecta a personas de mediana edad: ¿está de acuerdo?

El asma puede manifestarse a cualquier edad tras la exposición a factores desencadenantes como los alérgenos, pero la EPOC es una enfermedad progresiva que suele desarrollarse a finales de la mediana edad tras una exposición prolongada a factores de riesgo como el tabaquismo.^{1,2}

Nota: la EPOC puede observarse en personas jóvenes con déficit de alfa-1 antitripsina,¹ o en casos de abuso de sustancias inhaladas (heroína, crack, cannabis transgénico).³

- 1.GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la gestión de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.
- 2.GINA. Iniciativa Global para el Asma. Disponible en: <https://ginasthma.org/reports/>. Consultado en mayo de 2024.
- 3.Walker PP et al. Chest 2015; 148(5): 1156-1163.

¿Cómo distinguiría entre una persona con asma y una persona con EPOC?

- Persona típica con EPOC:
 - Diagnóstico a una edad media tardía tras largos periodos de exposición a factores de riesgo (tabaquismo, contaminación).
 - Síntomas persistentes y progresivos
 - Comorbilidades: enfermedades cardiovasculares y metabólicas¹

- La típica persona con asma:
 - Puede ocurrir a cualquier edad
 - Síntomas muy variables
 - Comorbilidades: rinitis alérgica, dermatitis atópica

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y la tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

La espirometría es importante para diagnosticar la EPOC, pero no es necesaria para el asma. Discutir.

Una espirometría normal no descarta el asma si, por ejemplo, el paciente está asintomático en el momento de la prueba.

El diagnóstico de asma se basa en la historia de patrones sintomáticos característicos y en la evidencia de limitación variable del flujo aéreo espiratorio. Esto debe documentarse a partir de una prueba de reversibilidad broncodilatadora positiva (espirometría) o tener una variabilidad excesiva del FEM dos veces al día durante 2 semanas o mediante otras pruebas.

Sin embargo, la espirometría que muestra un FEV₁/FVC postbroncodilatador $> 0,7$ es obligatoria para establecer el diagnóstico de EPOC.¹

Debe considerarse el diagnóstico de EPOC en cualquier persona con disnea, tos crónica o producción de esputo, antecedentes de infecciones recurrentes de las vías respiratorias inferiores y/o antecedentes de exposición a factores de riesgo.

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

Diferenciar el asma de la EPOC es irrelevante porque los síntomas son muy similares: ¿verdadero o falso?

Falso. Aunque ambas enfermedades presentan síntomas similares, su fisiopatología básica difiere significativamente y requieren tratamientos diferentes: el tratamiento del asma debe ser antiinflamatorio, mientras que el principal tratamiento de la EPOC es la broncodilatación.

Al tratar a una persona con EPOC, ¿qué aspectos principales de su historial médico deben tenerse en cuenta?

- La historia clínica de una persona de la que se sabe o se sospecha que padece EPOC debe incluir:^{1,2}
- Exposición a factores de riesgo
 - Historial médico previo
 - Antecedentes familiares de EPOC y otras enfermedades respiratorias crónicas.
 - Patrón de desarrollo de los síntomas
 - Antecedentes de exacerbaciones y hospitalizaciones previas por trastornos respiratorios
 - Presencia de comorbilidades
 - Impacto de la enfermedad en la vida del individuo
 - Apoyo social y familiar disponible
 - Posibilidades de reducir los factores de riesgo, especialmente de dejar de fumar
- ¿Sobre qué más preguntarías?

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.
2. IPCRG. Rueda EPOC. Disponible en: <https://www.icprg.org/copdwheel>. Consultado en mayo de 2024.

¿Qué enfermedades deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la EPOC?



La disnea, síntoma principal de la EPOC, también puede estar causada por afecciones como: asma, insuficiencia cardíaca congestiva, bronquiectasias, tuberculosis, bronquitis obliterante, panbronquiolitis difusa, cáncer de pulmón, enfermedades pulmonares intersticiales, problemas de tiroides.^{1,2}

1. GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.

2. IPCR. Ayuda de escritorio n° 17. Disponible en: <https://www.ipcr.org/dth17>. Consultado en mayo de 2024.

¿Ha considerado también los factores de riesgo habituales del cáncer de pulmón?

Tener en cuenta el cáncer de pulmón como opción al diagnosticar asma o EPOC.

- El asma y la EPOC comparten una serie de factores de riesgo comunes con los del desarrollo del cáncer de pulmón:¹
- Edad > 55 años
- Historial de tabaquismo > 30 paquetes-año (por ejemplo, 1 paquete al día durante 30 años, o 2 paquetes al día durante 15 años: consulte www.smokingpackyears.com).
- Presencia de entisema por TAC
- Presencia de limitación del flujo aéreo FEV₁/FVC < 0,7
- IMC > 25
- Antecedentes familiares de cáncer de pulmón

1.GOLD. Estrategia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC. Disponible en: <https://goldcopd.org/>. Consultado en mayo de 2024.