

Nous esquemes del tractament broncodilatador en l'MPOC estable. De la evidència a la pràctica clínica

Pere J Simonet psimonet.cp.ics@gencat.cat

19 Octubre 2017

Conflicte d'interessos

- Pertinença a Grup de respiratòri CAMFiC / semFYC; GRAP
- Grup de treball de GesEPOC
- He realitzat col·laboracions docents (activitats de formació continuada) amb:
 - Teva /Boehringer / Menarini / GSK /Rovi

De què parlarem?

- 1.- Que és GesEPOC
- 2.- Definició/Diagnòstic MPOC
- 3.- Identificació del risc
- 4.- Tractament estable

De què parlarem?

- 1.- **Que és GesEPOC**
- 2.- Definició/Diagnòstic MPOC
- 3.- Identificació del risc
- 4.- Tractament estable

Introducción

- GesEPOC 2012 fue la primera guía clínica en EPOC en proponer un tratamiento guiado por **fenotipos clínicos**.
- La identificación de fenotipos clínicos permite:
 - ✓ Un **tratamiento más personalizado**.
 - ✓ Identificar **grupos de pacientes** con diferente mortalidad a medio y largo plazo.
- La continua actividad investigadora en EPOC y la generación de nuevas evidencias hace necesario **actualizar las recomendaciones** de diagnóstico y tratamiento de forma periódica.



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017

Grupo de Trabajo de GesEPOC

Arch Bronconeumol. 2017;53(Supl 1):2-64

Participación de 11 sociedades científicas,
el Foro Español de Pacientes
y el Centro Cochrane Iberoamericano

Sociedad Española de Neumología
y Cirugía Torácica (SEPAR)
Sociedad Española de Medicina
Familiar y Comunitaria (semFYC)
Sociedad Española de Médicos de
Atención Primaria (SEMergen)
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia (SEMG)
Sociedad Española de Medicina
Interna (SEMI)
Sociedad Española de Geriatria y
Gerontología (SEGG)
Sociedad Española de Medicina de
Urgencias y Emergencias (SEMES)
Sociedad Española de
Rehabilitación y Medicina Física
(SERMEF)
Sociedad de Rehabilitación
Cardiorrespiratoria (SORECAR)
Sociedad de Respiratorio en
Atención Primaria (GRAP)
Federación de Asociaciones de
Enfermería Comunitaria y Atención
Primaria (FAECAP)
Foro Español de Pacientes
(FEP)
Centro Cochrane Iberoamericano



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017

Grupo de Trabajo de GesEPOC

Arch Bronconeumol. 2017;53(Supl 1):2-64

**Respuestas
derivadas
de preguntas
narrativas**

P1. ¿Cómo debemos diagnosticar el solapamiento asma-EPOC (ACO)?

Concepto y definición

El asma y la EPOC son dos enfermedades respiratorias crónicas diferentes en su etiopatogenia, fisiopatología, epidemiología, diagnóstico y tratamiento⁴⁹. Sin embargo, en la práctica clínica es relativamente frecuente encontrar pacientes con características comunes⁵⁰.

**Respuestas
derivadas de
preguntas
PICO**

P11. ¿Qué broncodilatador debemos recomendar en monoterapia?

Recomendación débil a favor. En pacientes con EPOC que precisan un BDL en monoterapia se recomienda el tratamiento con un LAMA.

Texto libre



ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA

www.archbronconeumol.org



Guía Española de la EPOC: GesEPOC 2017. Evaluación de la evidencia y recomendaciones. Preguntas PICO

Quality and Strength: The GRADE System for Formulating Recommendations in Clinical Practice Guidelines[☆]

Calidad y fuerza: el sistema GRADE para la formulación de recomendaciones en las guías de práctica clínica

Pablo Alonso-Coello,^{a,b,*} David Rigau,^{a,b} Andrea Juliana Sanabria,^a Vicente Plaza,^c
Marc Miravittles,^d Laura Martínez^{a,b}

Implicaciones de la fuerza de las recomendaciones

	Recomendación fuerte	Recomendación débil
Para los pacientes	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la intervención recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada
Para los profesionales sanitarios	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellas no	Se reconoce que diferentes opciones son apropiadas para diferentes pacientes y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias
Para los gestores	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones	Existe necesidad de un debate importante con la participación de los grupos de interés

Tomada de Alonso-Coello et al¹⁶ (adaptada de Guyatt et al. BMJ. 2008;336:924-6).

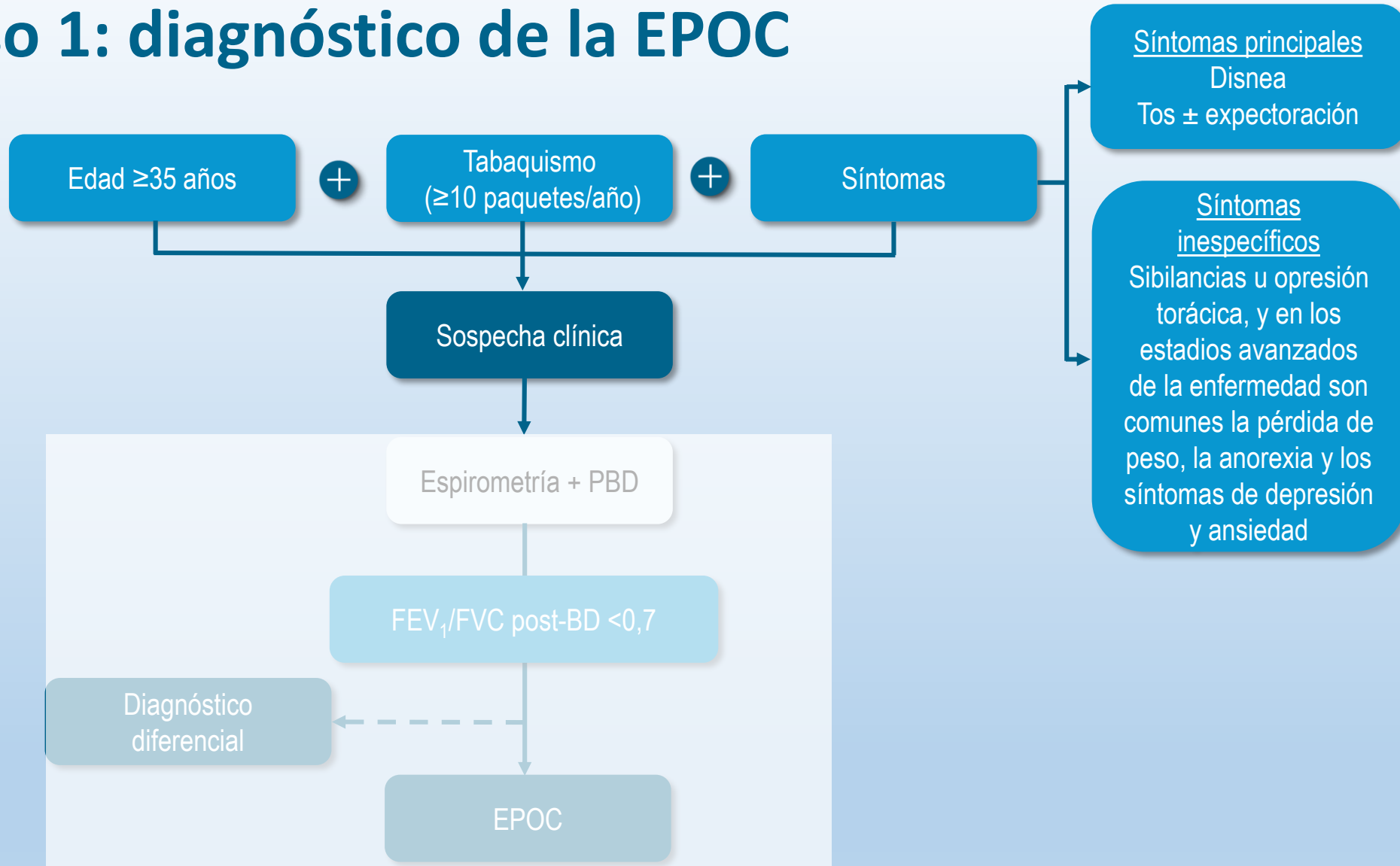
De què parlarem?

- 1.- Que és GesEPOC
- **2.- Definició/Diagnòstic MPOC**
- 3.- Identificació del risc
- 4.- Tractament estable

Definición

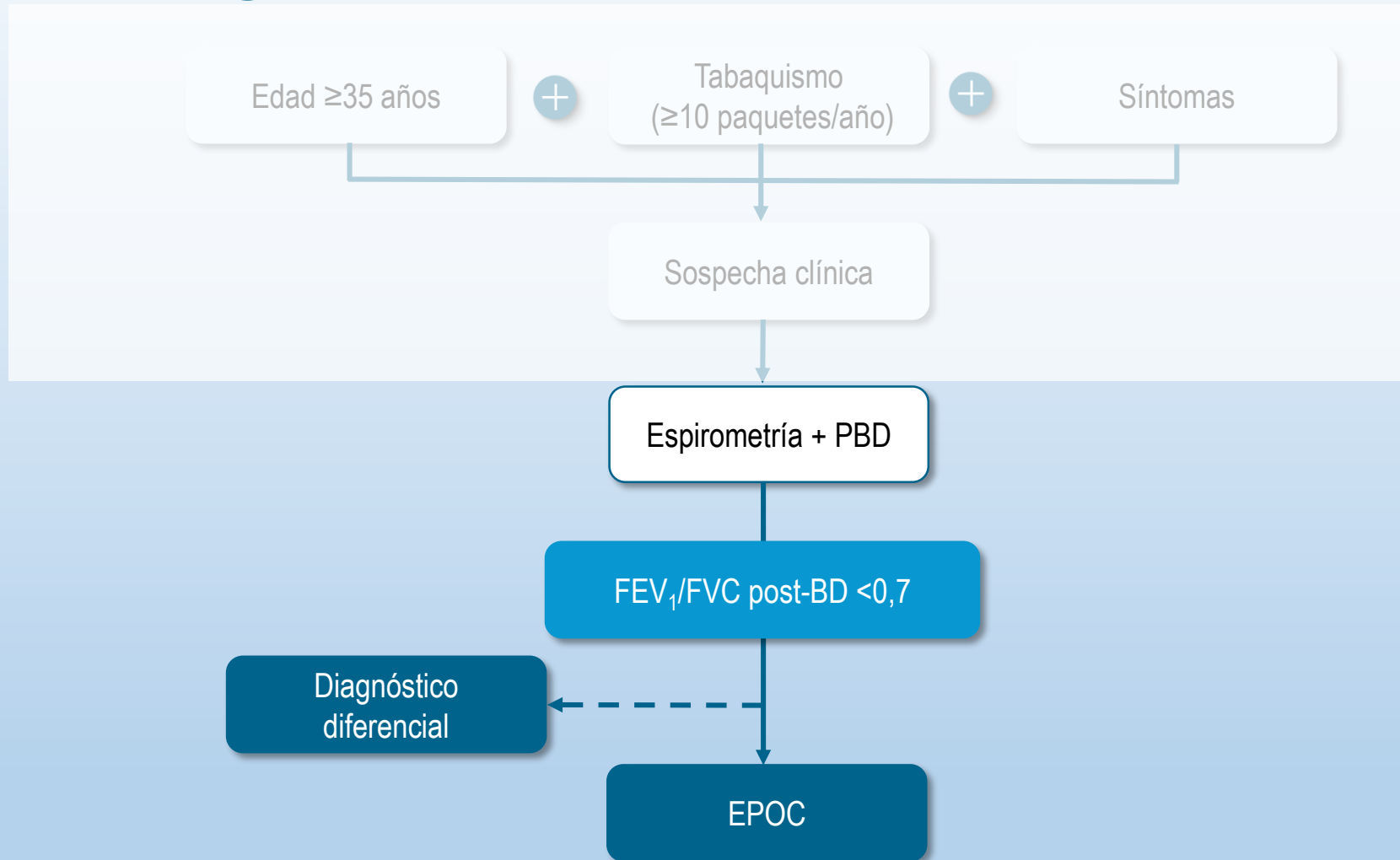
- La EPOC se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, causada principalmente por el tabaco.

Paso 1: diagnóstico de la EPOC



BD: broncodilatación; FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; PBD: prueba broncodilatadora.

Paso 1: diagnóstico de la EPOC



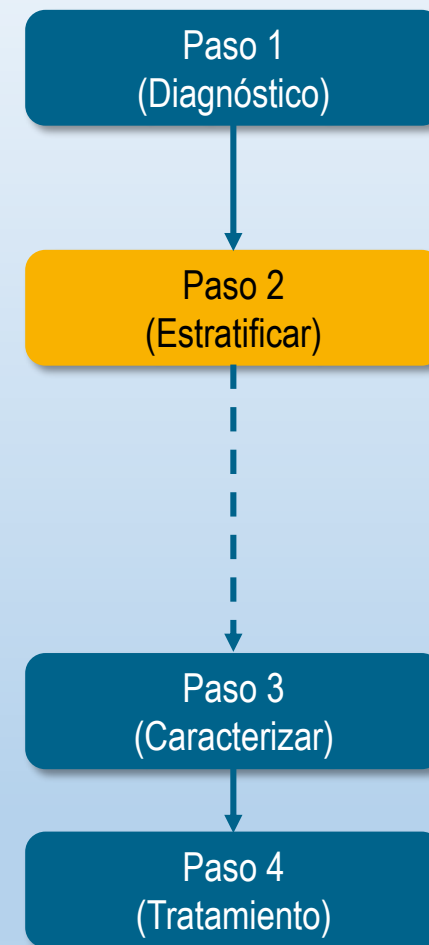
BD: broncodilatación; FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; PBD: prueba broncodilatadora.

De què parlarè?

- 1.- Que és GesEPOC
- 2.- Definició/Diagnòstic MPOC
- 3.- **Identificació del risc**
- 4.- Tractament estable

Paso 2: identificar el nivel de riesgo

- La **estratificación del riesgo** se realizará en dos niveles de riesgo, **bajo y alto**.
- La estratificación se basa esencialmente en criterios funcionales (**porcentaje de FEV₁ tras broncodilatación**) y clínicos (**grado de disnea y exacerbaciones**).
- El nivel de actuación diagnóstica, el plan terapéutico y el tipo de seguimiento deberán **ajustarse a estos niveles de riesgo**, de tal forma que para los pacientes de bajo riesgo la gestión se simplifica, mientras que para los pacientes de mayor riesgo se requiere una mayor precisión diagnóstica y un plan terapéutico.



Crterios para la estratificación en niveles de riesgo



FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; mMRC: escala modificada del Medical Research Council.

Adecuación de las pruebas diagnósticas a los niveles de riesgo

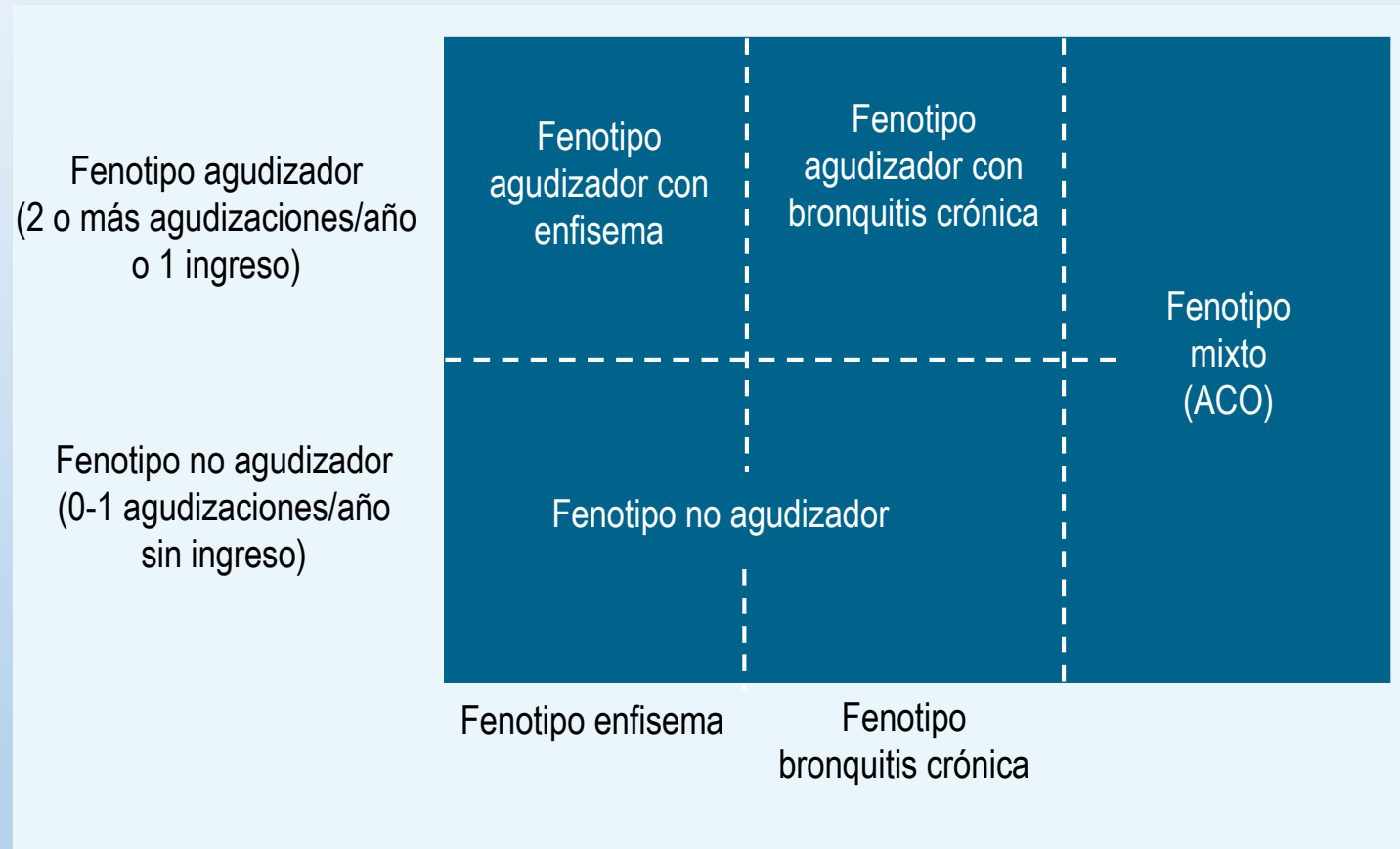
Nivel de riesgo	Pruebas diagnósticas
N1: Bajo riesgo	Espirometría forzada Pruebas complementarias básicas <ul style="list-style-type: none">• Radiografía de tórax• Analítica básica con alfa-1-antitripsina• Saturación arterial de oxígeno
N2: Alto riesgo	Añadir las siguientes pruebas <ul style="list-style-type: none">• Volúmenes pulmonares, DLCO• Prueba de esfuerzo: 6MWT• TC torácica Caracterización fenotípica <ul style="list-style-type: none">• Identificar el fenotipo clínico Precisar el riesgo pronóstico <ul style="list-style-type: none">• Índices multidimensionales: BODE o BODEx

6MWT: prueba de la marcha de 6 minutos; DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono; TC: tomografía computarizada.

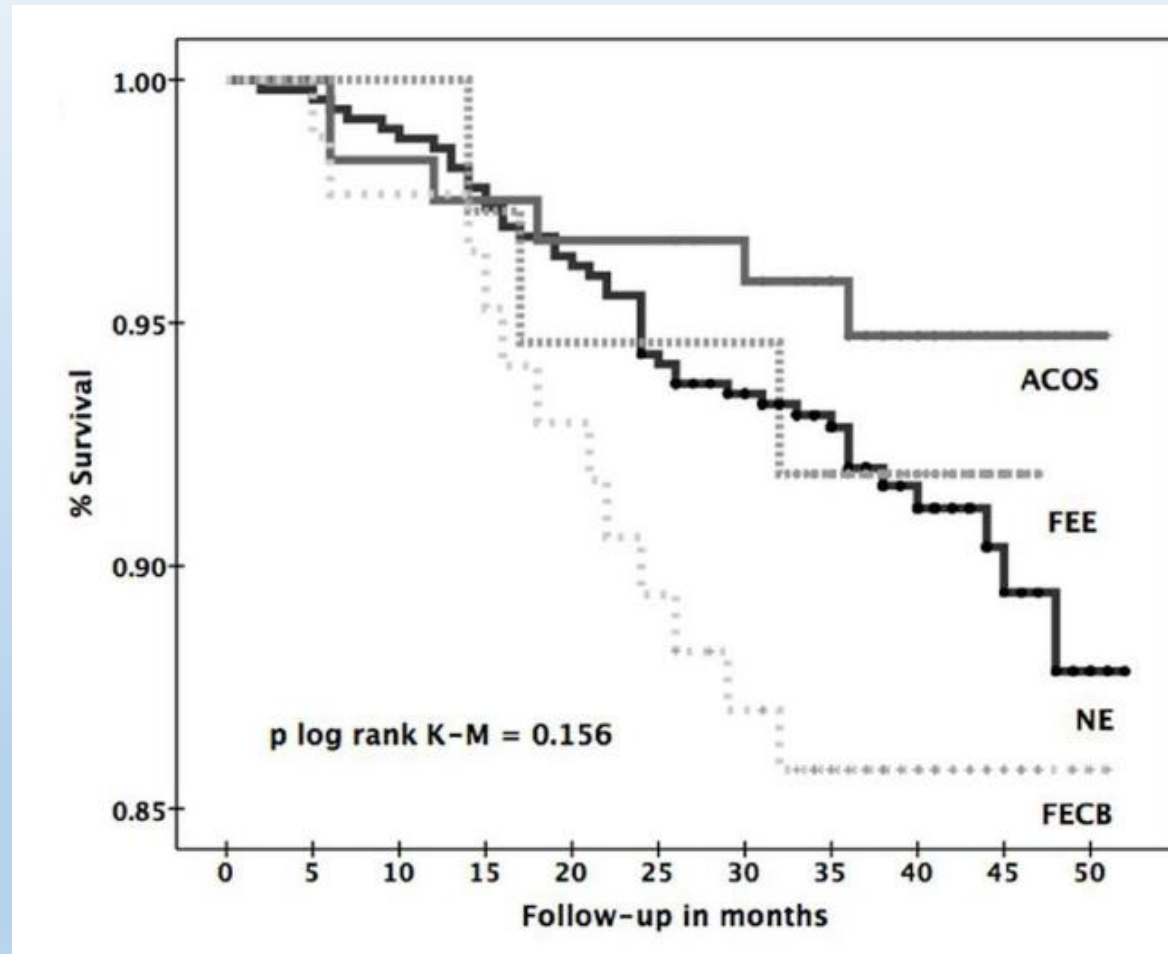
Adecuación del nivel de intervención asistencial a los niveles de riesgo



Paso 3: caracterización del fenotipo



Corba supervivencia per fenotips



De què parlarem?

- 1.- Que és GesEPOC
- 2.- Definició/Diagnòstic MPOC
- 3.- Identificació del risc
- **4.- Tractament estable**

Tratamiento farmacológico de la EPOC estable

Objetivos

Los objetivos generales del tratamiento de la EPOC se resumen en 3:

- **Reducir los síntomas crónicos** de la enfermedad.
- **Disminuir la frecuencia y gravedad** de las **agudizaciones**.
- **Mejorar el pronóstico**.

Se deben alcanzar tanto los beneficios a corto plazo (control de la enfermedad) como los objetivos a medio y largo plazo (reducción del riesgo).

- «Se propone un **tratamiento personalizado, estratificado por nivel de riesgo y condicionado por el fenotipo clínico.**»

Adecuación del nivel de intervención asistencial a los niveles de riesgo

	Nivel de riesgo	Intervenciones terapéuticas
N1: Bajo riesgo	Deshabitación tabáquica	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo • Tratamiento específico
	Educación sanitaria	Programa estructurado de educación terapéutica orientado a: <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el autocuidado • Adherencia terapéutica • Técnica inhalatoria
	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio regular
	Vacunación	<ul style="list-style-type: none"> • Antigripal • Antineumocócica
	Tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> • Broncodilatadores
	Comorbilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la comorbilidad
N2: Alto riesgo	Añadir al tratamiento previo: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico • Tratamiento no farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Guiado por fenotipo • Rehabilitación respiratoria • Valorar oxigenoterapia continua domiciliaria • Valorar ventilación no invasiva

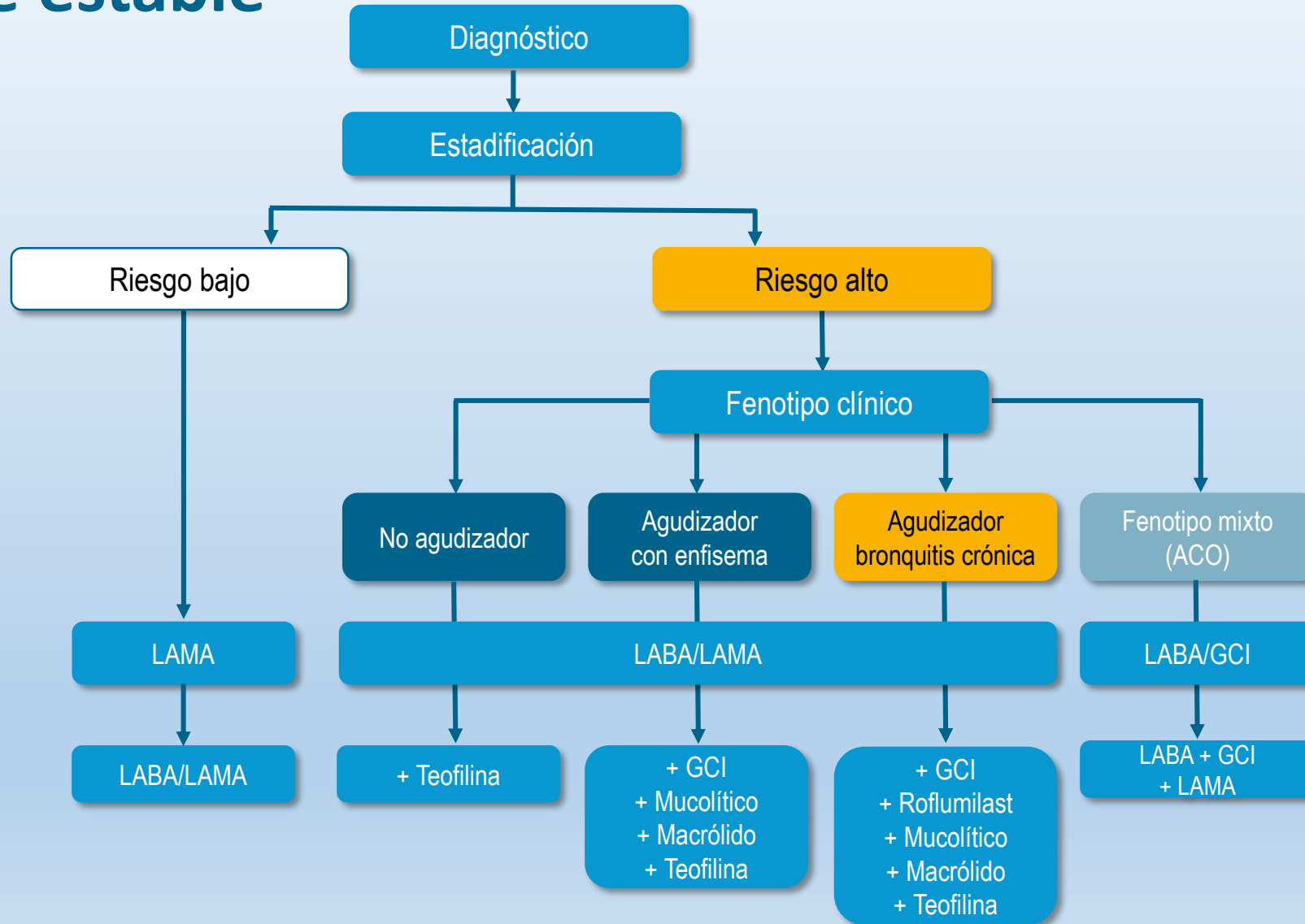
Medidas generales

Medidas generales que tener en cuenta en todo paciente con EPOC:

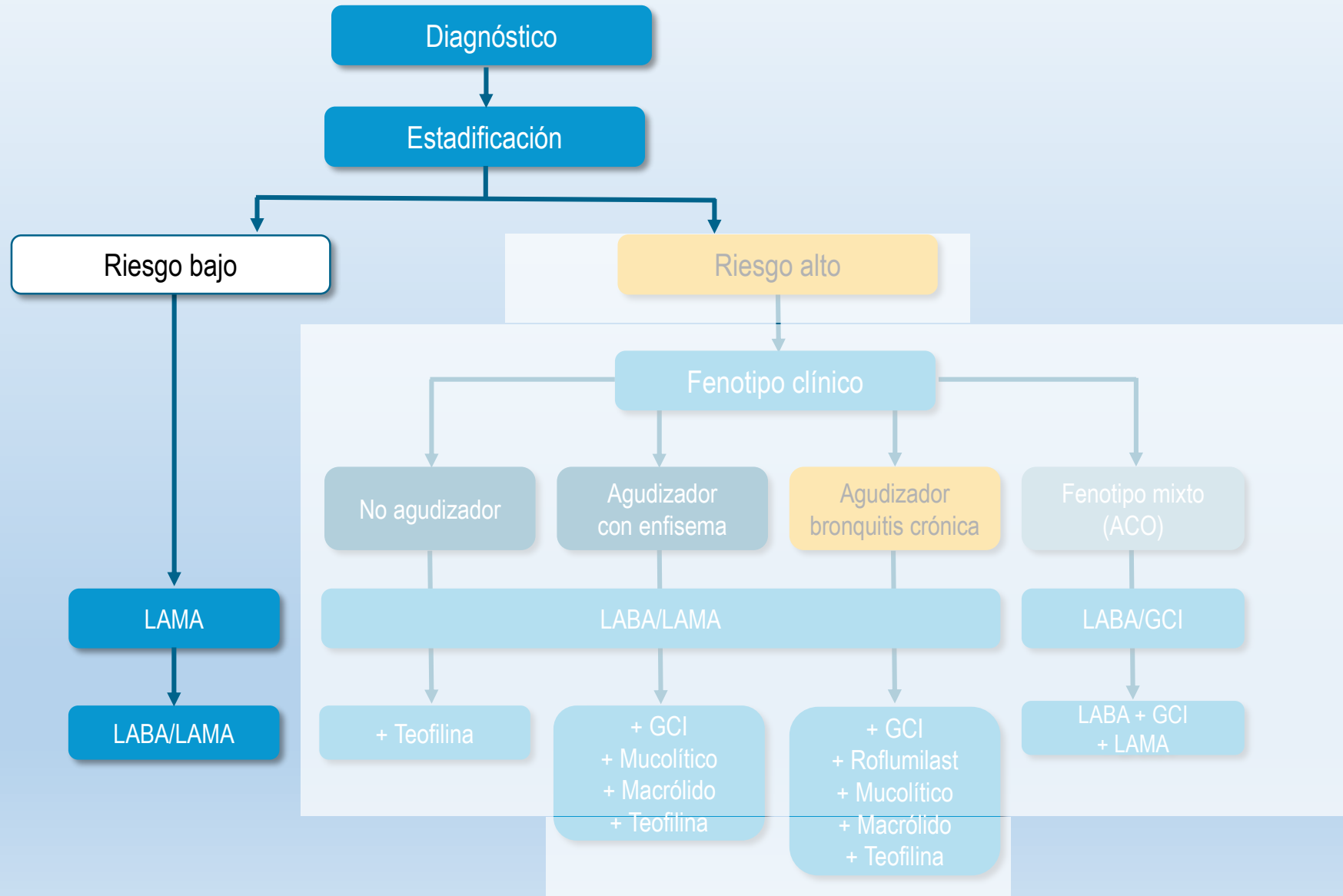
- El abandono del tabaco.
- La adecuada nutrición.
- La actividad física regular adaptada a la edad y a las condiciones del paciente, la evaluación y el tratamiento de las comorbilidades.
- La vacunación.

La rehabilitación forma parte del tratamiento integral del paciente con EPOC.

Esquema de tratamiento inicial de la EPOC en fase estable



Tratamiento del paciente con EPOC de bajo riesgo



En pacients amb MPOC Estable. Es recomana l'administració d'un tractament BD de llarga durada tipus LAMA en front a un BD de llarga durada tipus LABA?

1 Revisió sistemàtica amb 7 AC

Funció respiratòria: FEV1



Figure 1. Results on analysis on FEV1

Exacerbacions

Mínim 1 exacerbació moderada/greu

Temps fins primera exacerbació

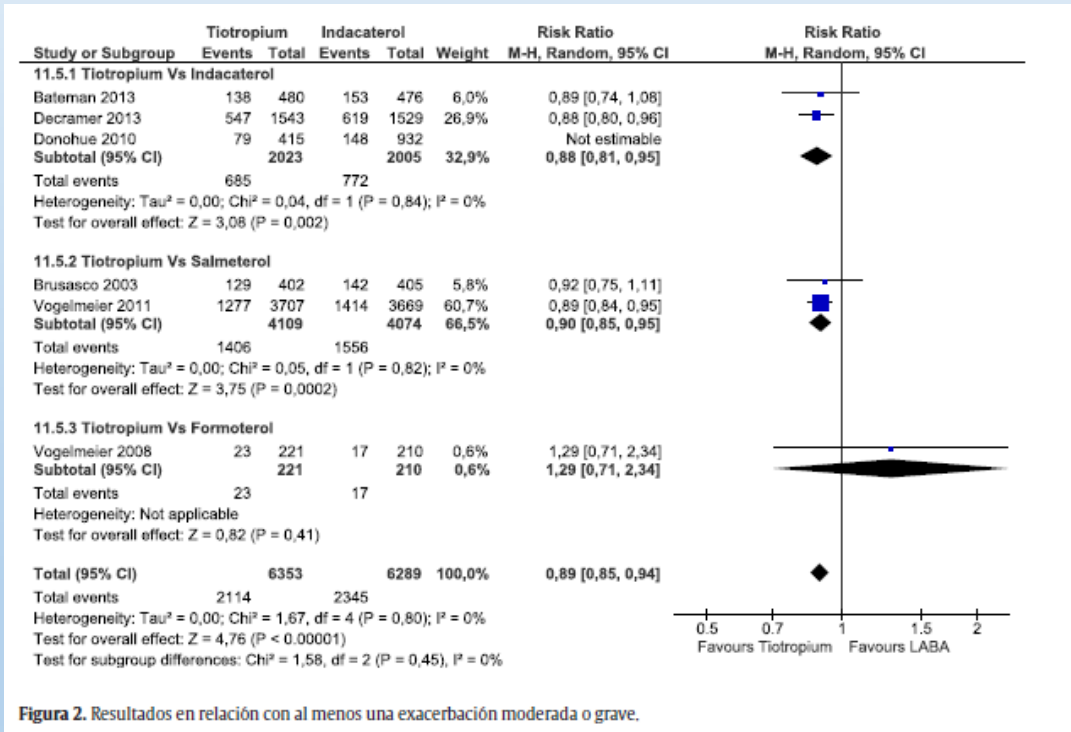


Figura 2. Resultados en relación con al menos una exacerbación moderada o grave.

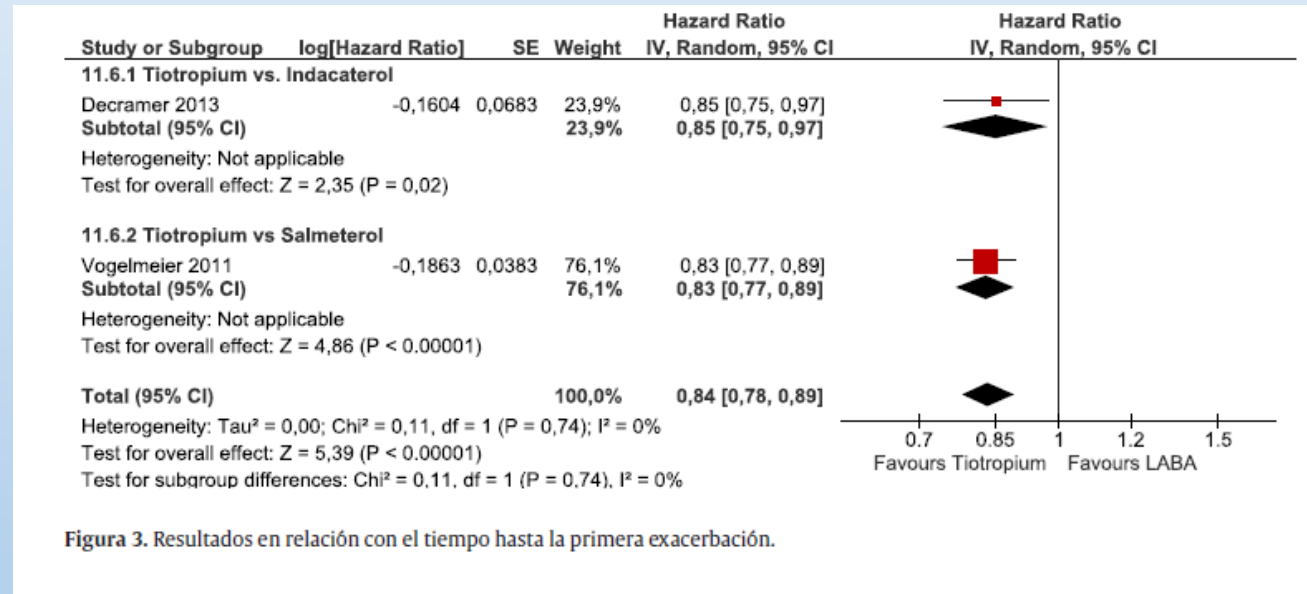


Figura 3. Resultados en relación con el tiempo hasta la primera exacerbación.

No diferències en:

- Qualitat de vida
- Dispnea
- Efectes adversos
- Mortalitat

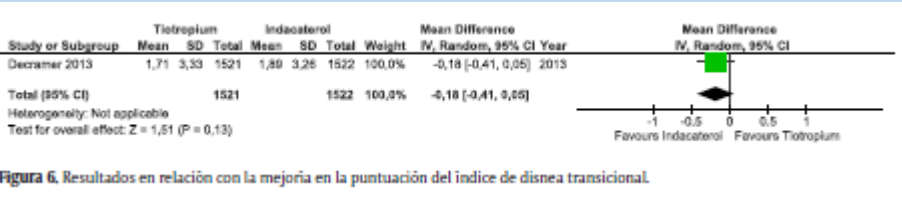
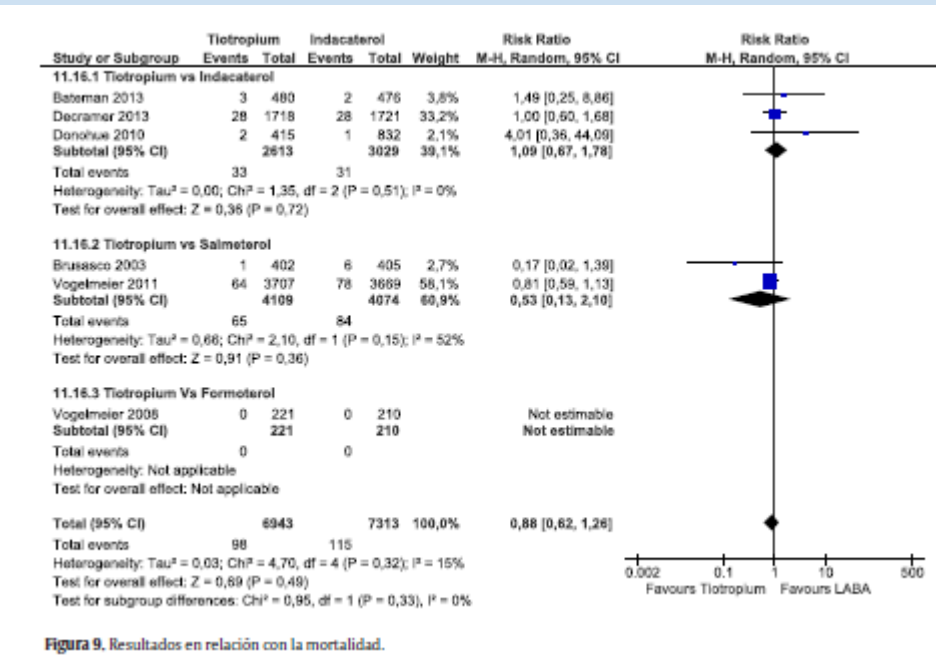
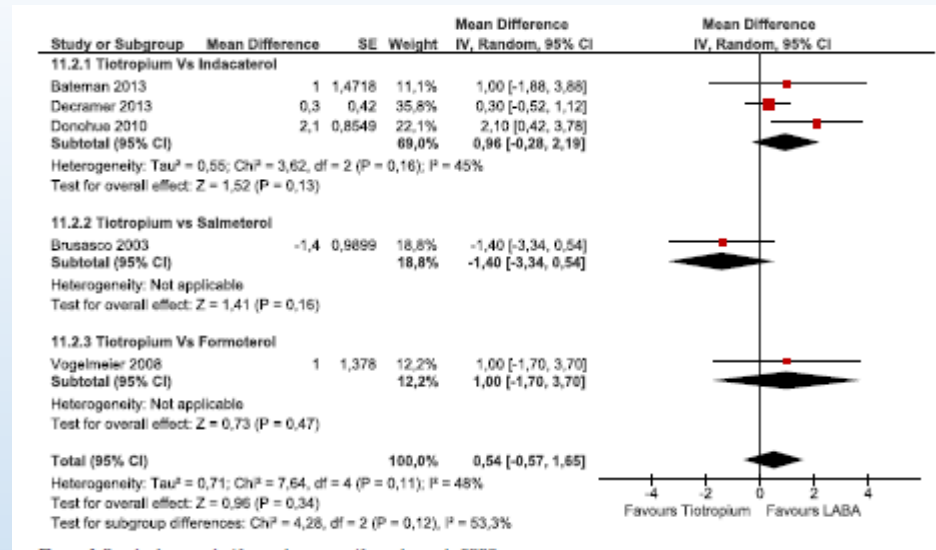


Figura 6. Resultados en relación con la mejora en la puntuación del índice de disnea transicional.

Figura 9. Resultados en relación con la mortalidad.

Recomanació dèbil a favor: en pacients amb MPOC que precisin un tractament de llarga durada en monoteràpia es recomana el tractament amb un LAMA

Especificació: es basa en major prevenció aguditzacions amb tiotropi

Sense aguditzacions no hi ha diferències

En pacients amb MPOC estable, es recomana l'ús del tractament amb doble BD de llarga durada en front de la monoteràpia?

3 Revisions sistemàtiques

18 estudis primaris

No diferències en:

- Exacerbacions
- Qualitat de vida (No clínicament rellevant)
- Efectes adversos
- Mortalitat

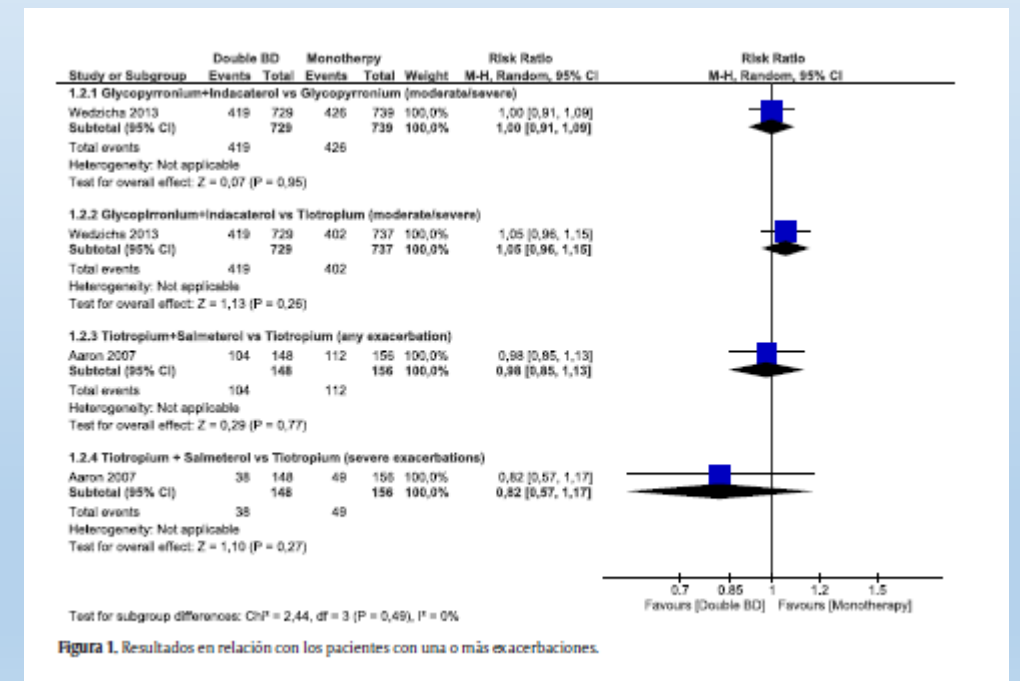


Figura 1. Resultados en relación con los pacientes con una o más exacerbaciones.

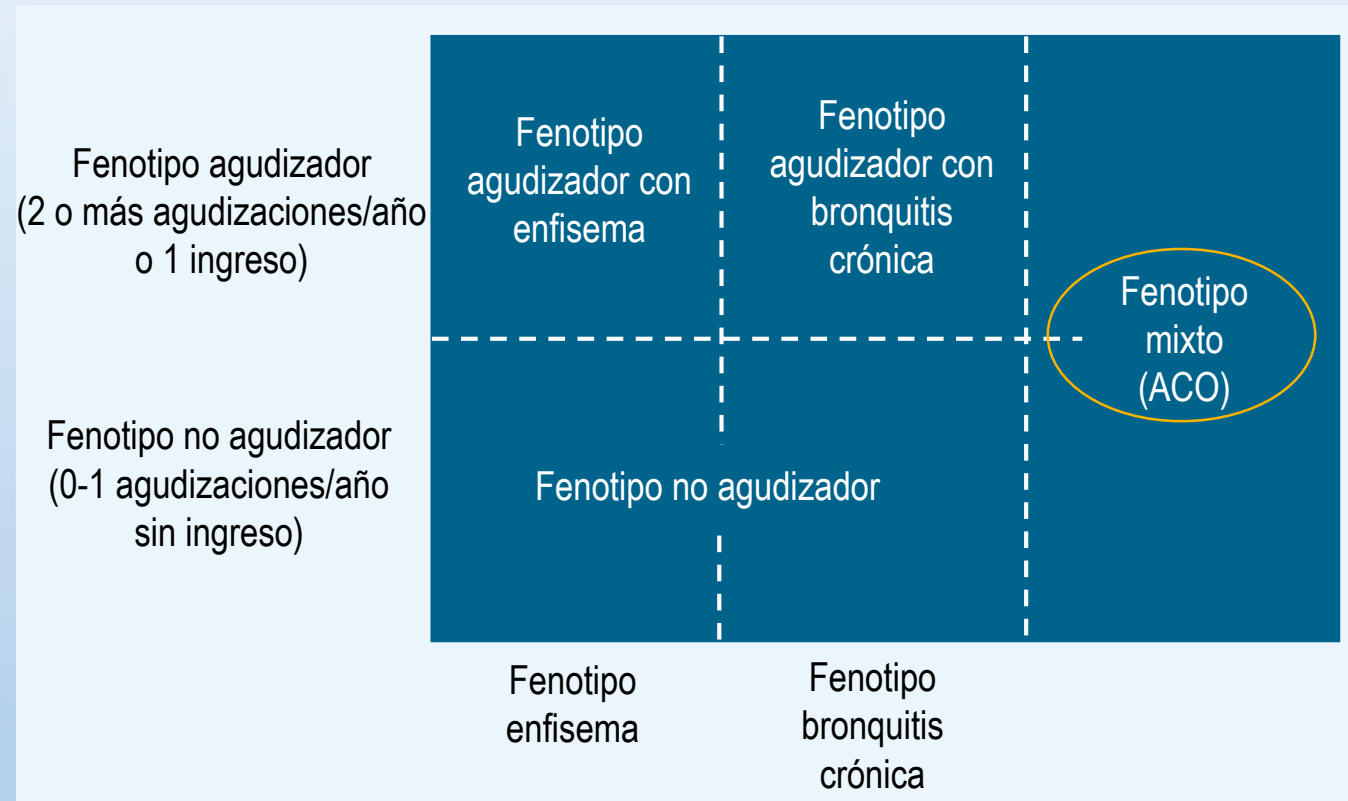
- Millora **funció respiratòria** en 50-110 ml.
 - En cap cas els valors centrals o extrems de l'interval de confiança la millora és clínicament rellevant

Recomanació dèbil a favor:

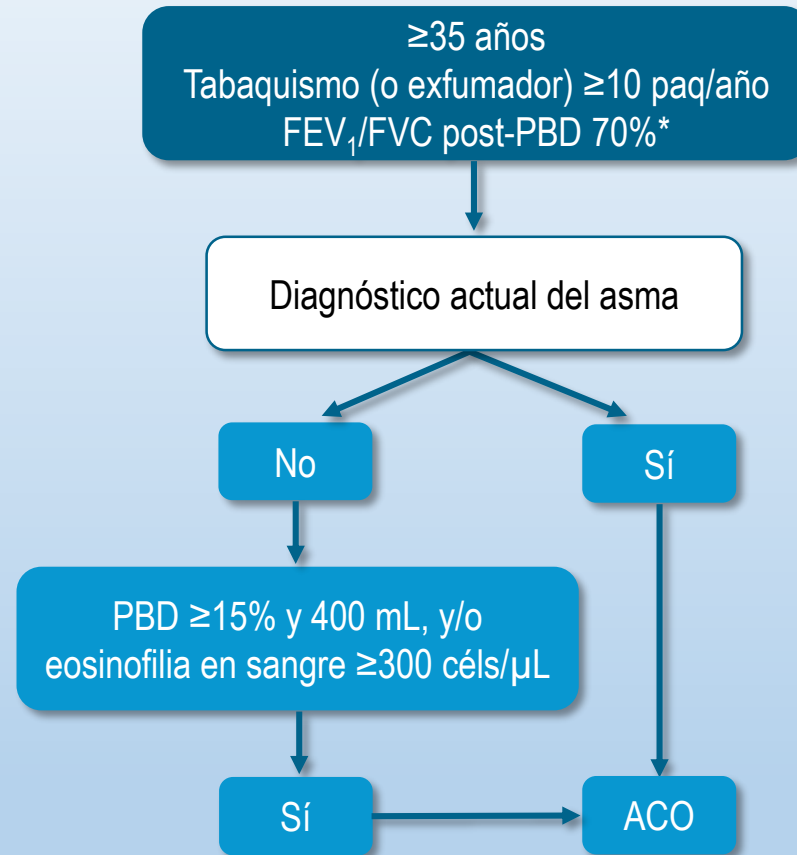
La teràpia amb doble BD proporciona major eficàcia BD i és d'elecció en pacients simptomàtics malgrat seguir un tractament amb un sol BD

Especificació: si afectació espiromètrica greu o molt greu es recomana iniciar la BD

Fenotipo mixto asma-EPOC o ACO



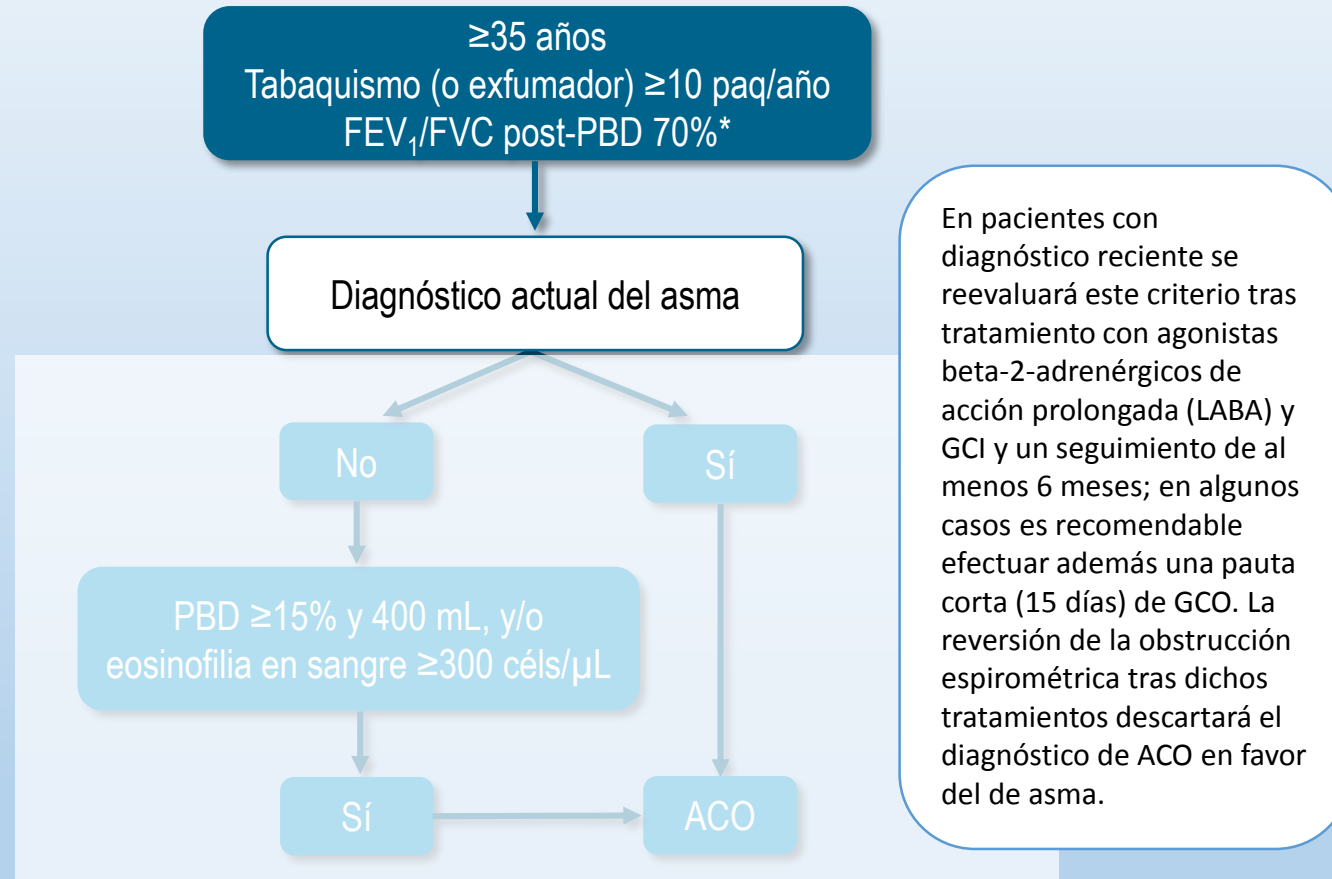
Algoritmo diagnóstico de la EPOC según consenso GesEPOC-GEMA



ACO: solapamiento asma y EPOC; céls: células; FEV₁: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; paq/año: paquetes-año; PBD: prueba broncodilatadora.

* Mantenido tras tratamiento con LABA/GCI (6 meses). En algunos casos, además, 3 ciclos de glucocorticoides orales (15 días).

Algoritmo diagnóstico de la EPOC según consenso GesEPOC-GEMA



En pacientes con diagnóstico reciente se reevaluará este criterio tras tratamiento con agonistas beta-2-adrenérgicos de acción prolongada (LABA) y GCI y un seguimiento de al menos 6 meses; en algunos casos es recomendable efectuar además una pauta corta (15 días) de GCI. La reversión de la obstrucción espirométrica tras dichos tratamientos descartará el diagnóstico de ACO en favor del de asma.

ACO: solapamiento asma y EPOC; céls: células; FEV₁: volumen espiratorio máximo en el primer segundo;

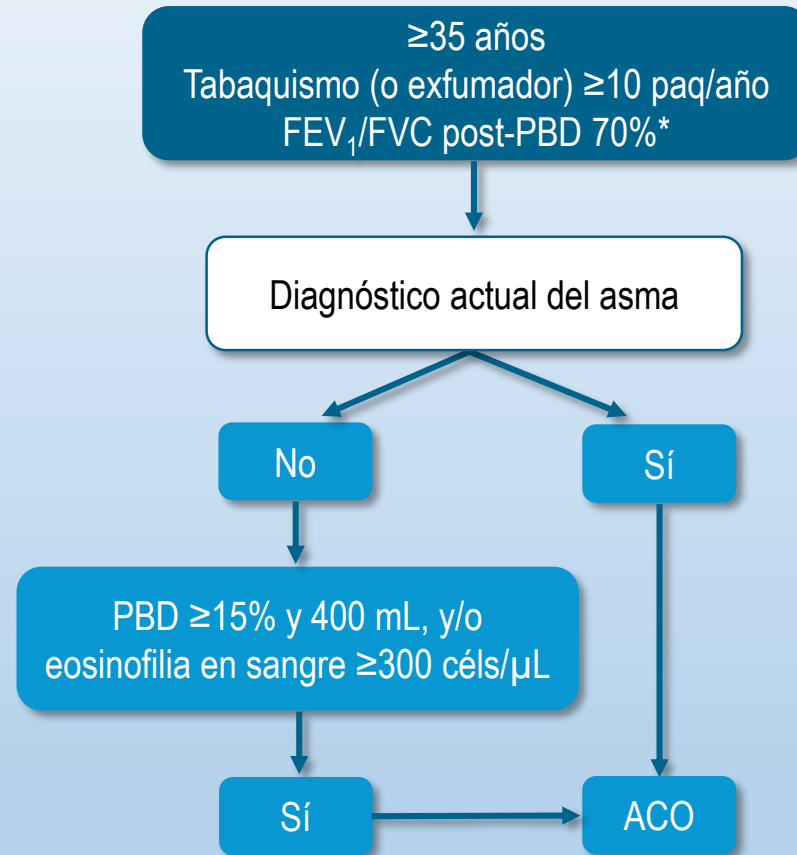
FVC: capacidad vital forzada; paq/año: paquetes-año; PBD: prueba broncodilatadora.

* Mantenido tras tratamiento con LABA/GCI (6 meses). En algunos casos, además, 3 ciclos de glucocorticoides orales (15 días).

Fuente: Reproducido con permiso de la European Respiratory Society

©: Eur Respir J. 2017; 49: 1700068

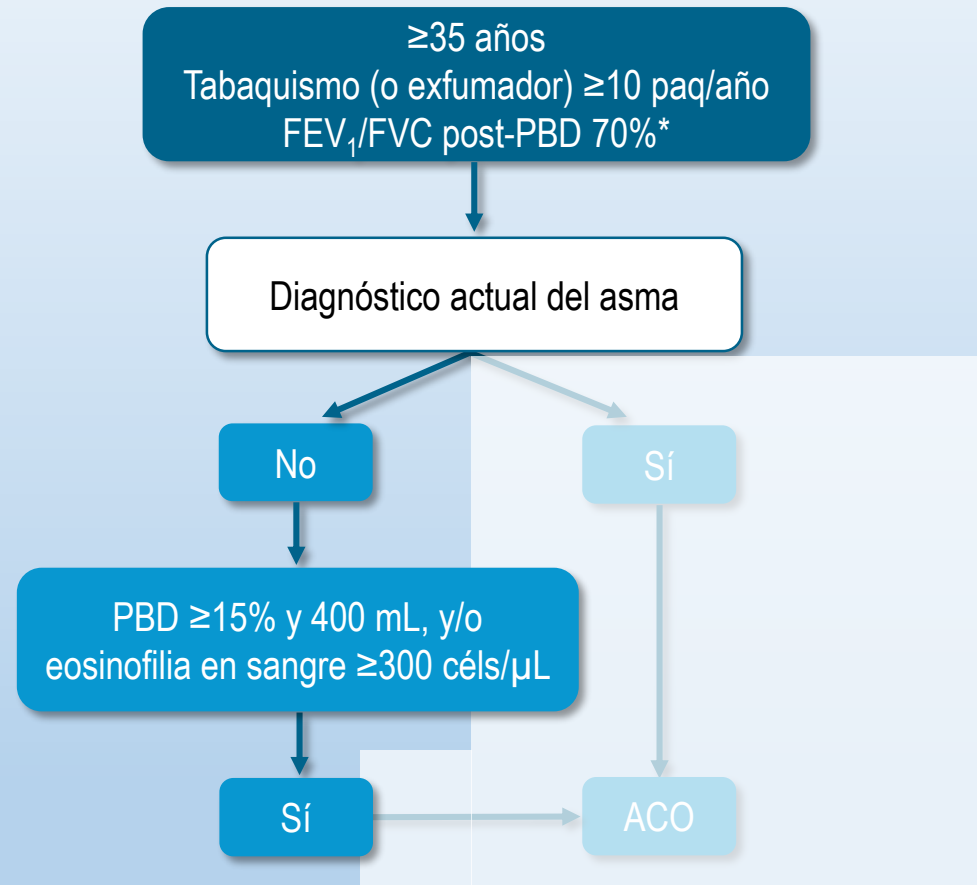
Algoritmo diagnóstico de la EPOC según consenso GesEPOC-GEMA



ACO: solapamiento asma y EPOC; céls: células; FEV₁: volumen espiratorio máximo en el primer segundo;
FVC: capacidad vital forzada; paq/año: paquetes-año; PBD: prueba broncodilatadora.

* Mantenido tras tratamiento con LABA/GCI (6 meses). En algunos casos, además, 3 ciclos de glucocorticoides orales (15 días).

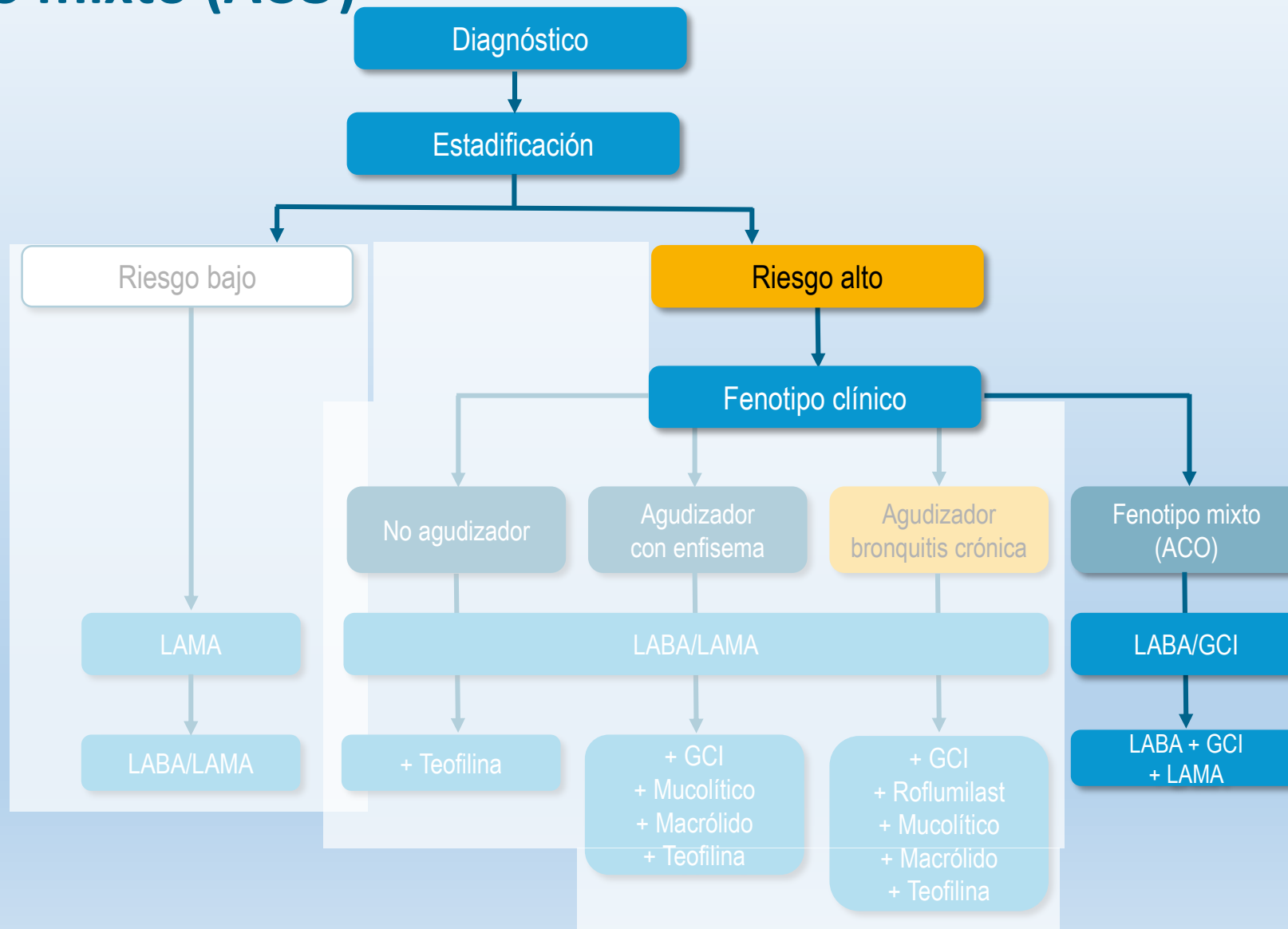
Algoritmo diagnóstico de la EPOC según consenso GesEPOC-GEMA



ACO: solapamiento asma y EPOC; céls: células; FEV₁: volumen espiratorio máximo en el primer segundo;
FVC: capacidad vital forzada; paq/año: paquetes-año; PBD: prueba broncodilatadora.

* Mantenido tras tratamiento con LABA/GCI (6 meses). En algunos casos, además, 3 ciclos de glucocorticoides orales (15 días).

Tratamiento del paciente con EPOC de alto riesgo fenotipo mixto (ACO)



Quatre idees sobre GesEPOC 2017

- Substitució de classificació de gravetat per la de risc (baix o alt)
- Determinació de fenotip només en risc alt
- Mantenen mateixos fenotips
- Importància de les mesures “no farmacològiques”
- Base del tractament farmacològic de l'MPOC és BD i també únic tractament en baix risc
- Característiques fenotip MPOC-Asma (ACO)

Y SI NO...



QUE LA FUERZA TE ACOMPAÑE

Imagen creada en GeneradorMemes.com