



XXXI Congreso de la  
**SOMaMFyC**



## GdT Enfermedades Respiratorias. Actualización : Plis Plas 2024



## ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

### Grupo de Coordinador

Jesús Molina Paris

### Miembros del grupo

- EDUARDO CALVO CORBELLA
- MIGUEL ANGEL LOBO ÁLVAREZ
- GONZALO LUMBRERAS VILLARAN
- M<sup>a</sup> TERESA MARIN BECERRA
- JOSE LUIS MARTÍNEZ CARRASCO
- CONCHA RODRIGUEZ GALLEGO.
- JESÚS MENDEZ-CABEZA  
VELÁZQUEZ
- JESÚS MOLINA PARIS
- SARA NUÑEZ PALOMO
- MANUEL PIMENTEL LEAL
- MARINA GONZÁLEZ GODOY

# ¿QUÉ DICEN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EPOC?



# DEFINICIÓN DE LA EPOC



## GOLD 2024

*“La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una afección pulmonar heterogénea que se caracteriza por síntomas respiratorios crónicos (disnea, tos, producción de esputo, exacerbaciones) debidos a anomalías de las vías respiratorias (bronquitis, bronquiolitis) y/o de los alvéolos (enfisema) que provocan una obstrucción persistente, a menudo progresiva, del flujo de aire.”<sup>1</sup>*

***“La constatación de que otros factores ambientales, además del tabaquismo, pueden contribuir a la EPOC, que puede comenzar en una etapa temprana de la vida y afectar a personas jóvenes, y que existen enfermedades precursoras (Pre-COPD, PRISm), abre nuevas oportunidades para su prevención, diagnóstico precoz e intervención terapéutica rápida y adecuada.”<sup>1</sup>***



1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2024. [Internet] Último acceso: febrero 2024. Disponible en: <https://goldcopd.org/2024-gold-report-2/>

# TRATAMIENTO INICIAL DE LA EPOC

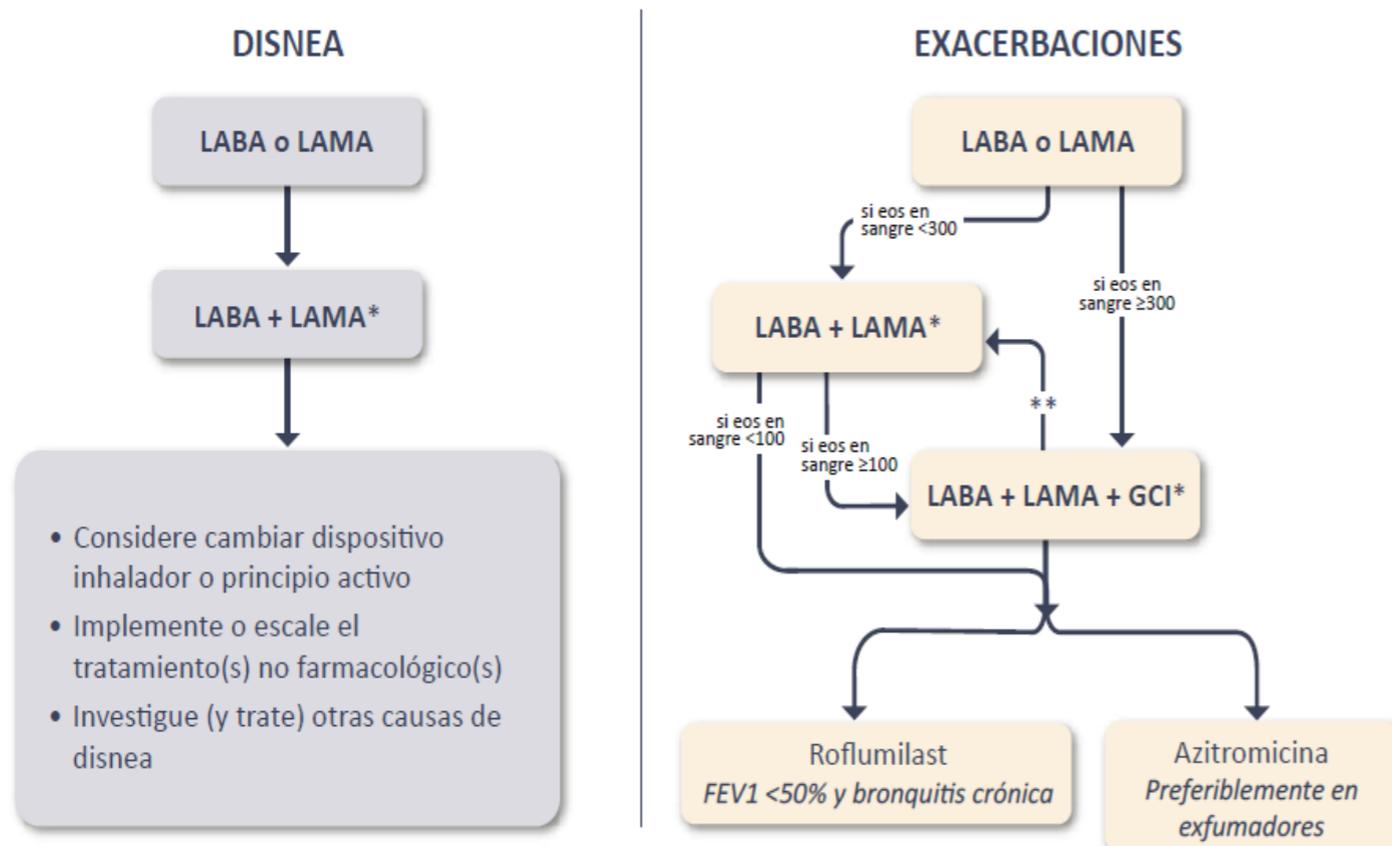


\*un inhalador único puede resultar más conveniente y efectivo que múltiples inhaladores  
El término exacerbaciones se refiere al número de exacerbaciones por año.

Las combinaciones ICS/LABA/LAMA no tienen indicación  
como tratamiento de inicio de la EPOC

# SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

- 1 SI LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL ES APROPIADA, MANTENERLO.
- 2 SI NO:
  - Compruebe la adherencia, técnica de inhalación y posibles comorbilidades causantes de interferencias
  - Considere el “riesgo tratable” objetivo predominante (disnea o exacerbaciones)
    - Emplee la vía de las exacerbaciones si se necesitan tratar tanto las exacerbaciones como la disnea
  - Sitúe al paciente en la casilla correspondiente al tratamiento actual y siga las indicaciones
  - Evalúe la respuesta, ajuste y revise
  - Estas recomendaciones no dependen de la evaluación ABE empleada al momento del diagnóstico



\*El uso de un inhalador único es más conveniente y efectivo que múltiples dispositivos.

\*\*Considere desescalar los esteroides inhalados si se presenta algún efecto secundario como neumonía. En caso de que los niveles de eosinófilos en sangre sean >300 células/ $\mu$ L, el riesgo de tener una exacerbación es mayor. El término exacerbaciones se refiere al número de exacerbaciones por año.

Las triples terapias para la EPOC en un único dispositivo no están indicadas para el escalado desde monoterapia, estas sólo tienen indicación para pacientes que no estén adecuadamente controlados con ICS/LABA o LAMA/LABA

## ¿Qué pasa con un paciente EPOC que estaba tratado con un ICS/LABA?

- En los pacientes con EPOC tratados con ICS/LABA que están controlados, no es necesario cambiar el tratamiento.
- Si un paciente con ICS/LABA tiene **exacerbaciones**:

Si  $\geq 100$   
eos/ $\mu$ L

Escalar a  
ICS/LAMA/LABA

si  $< 100$   
eos/ $\mu$ L

Cambiar a  
LAMA/LABA

**Considerar desescalar ICS/LAMA/LABA si efectos secundarios de ICS**

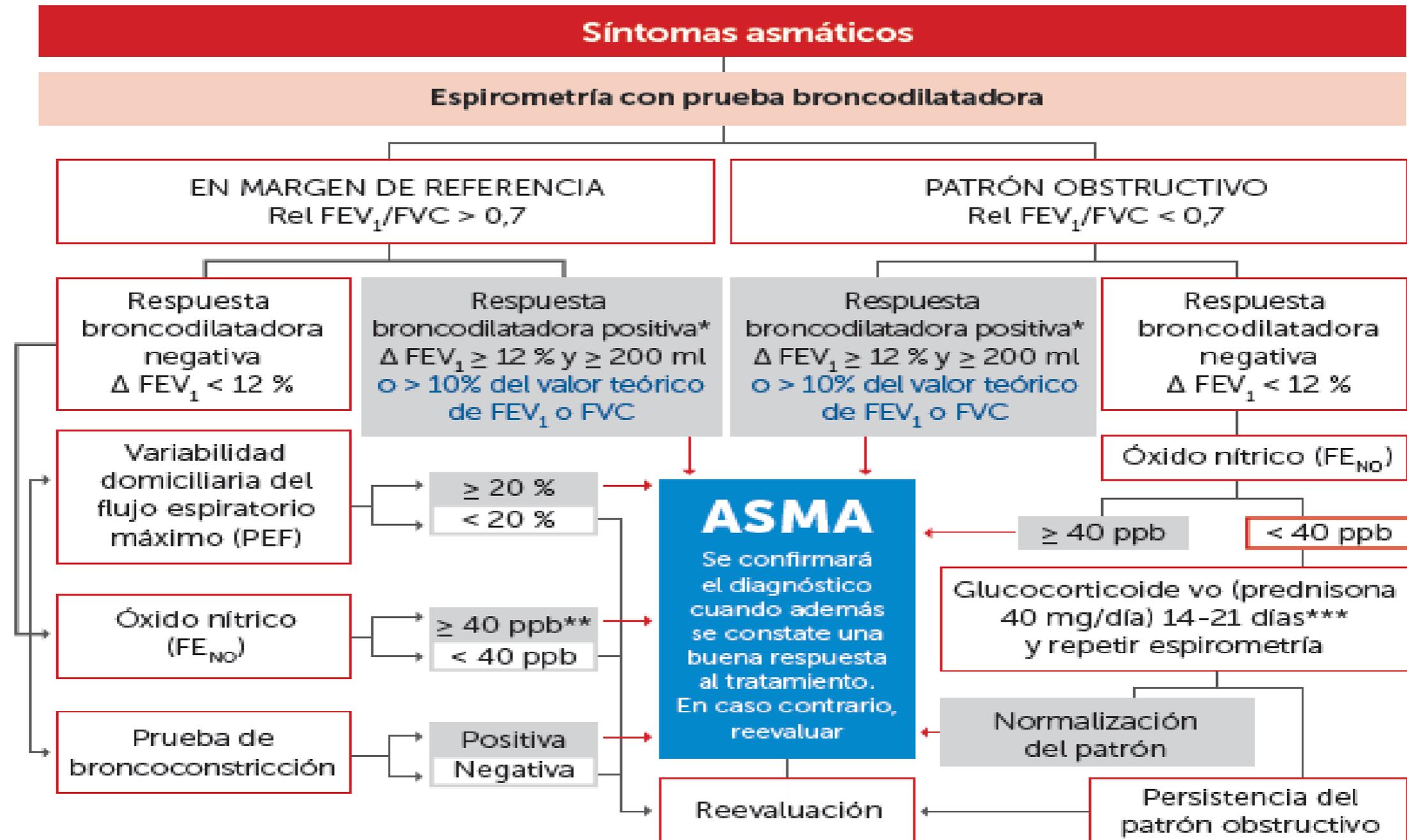
**NEW**

# ¿Y QUÉ DICEN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ASMA? ¿REMISIÓN?

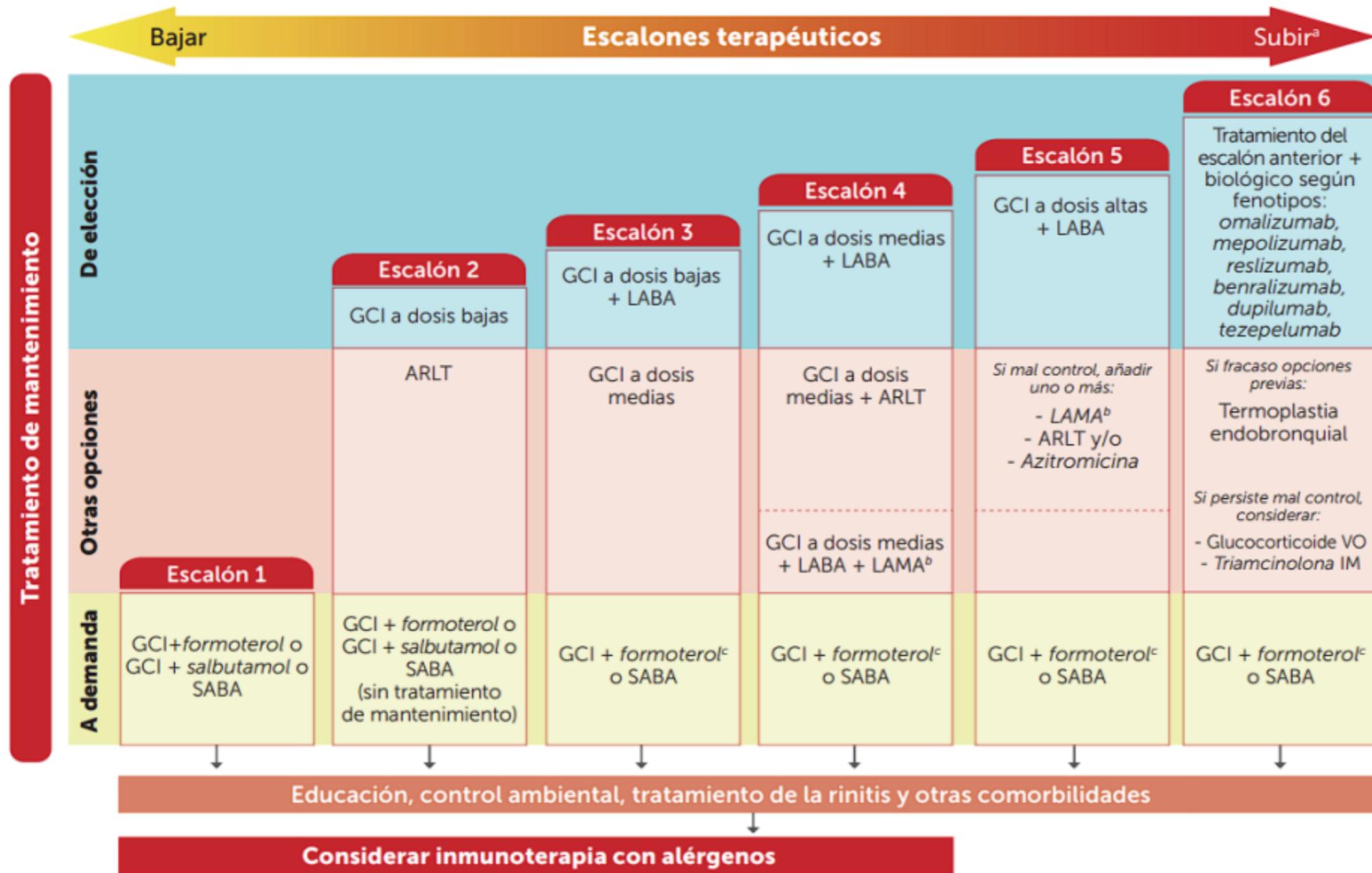


**NEW**

# DIAGNÓSTICO DE ASMA GEMA 5.4



# Tratamiento de mantenimiento: GEMA 5.3 vs GEMA 5.4



GEMA5.3



**FIGURA 3.2. Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma del adulto.**

ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos; GCI: glucocorticoide inhalado, LABA: agonista  $\beta_2$  adrenérgico de acción prolongada; SABA: agonista  $\beta_2$  adrenérgico de acción corta.

# ESCALONES TERAPÉUTICOS PARA TRATAMIENTO DE LA RSC O PN

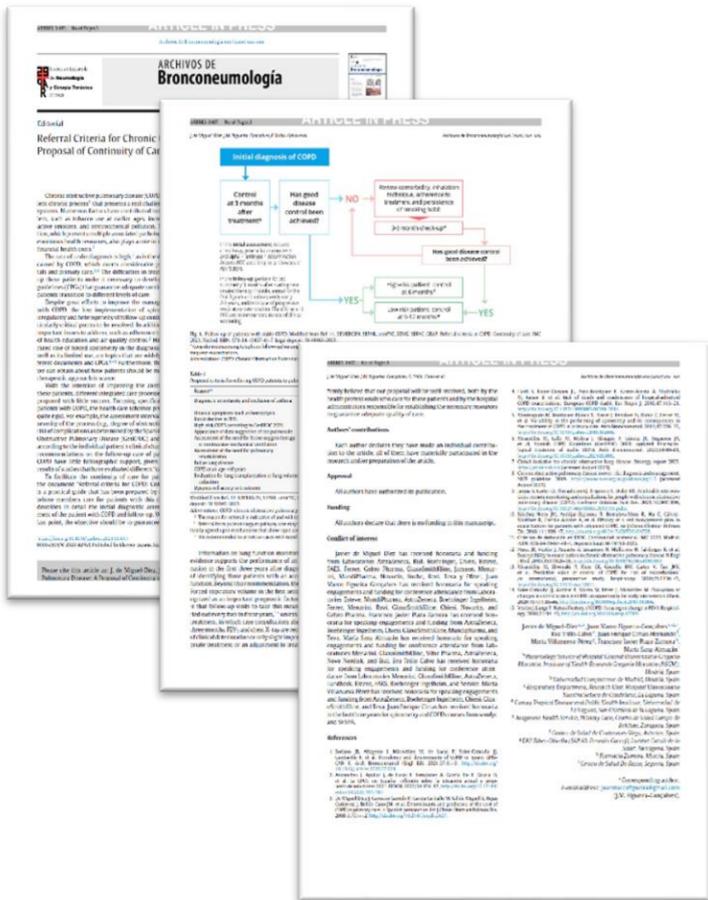


- Paciente: educación, adecuada aplicación de corticoides intranasales y participación en toma de decisiones terapéuticas.
- Control de la eficacia y seguridad del tratamiento y del cumplimiento terapéutico a intervalos regulares.
- Si rinitis alérgica: evitar alérgenos, antihistamínicos, MP-AzeFlu, olopatadina-mometasona, inmunoterapia alérgica.
- Tratar las comorbilidades respiratorias/alérgicas (asma, EPOC, bronquiectasias).
- Si EREA: evitar AINE, valorar tratamiento con aspirina tras desensibilización.

**FIGURA 6.3. Algoritmo de tratamiento de la poliposis nasosinusal (PN), basado en el Consenso POLINA<sup>71</sup>.**

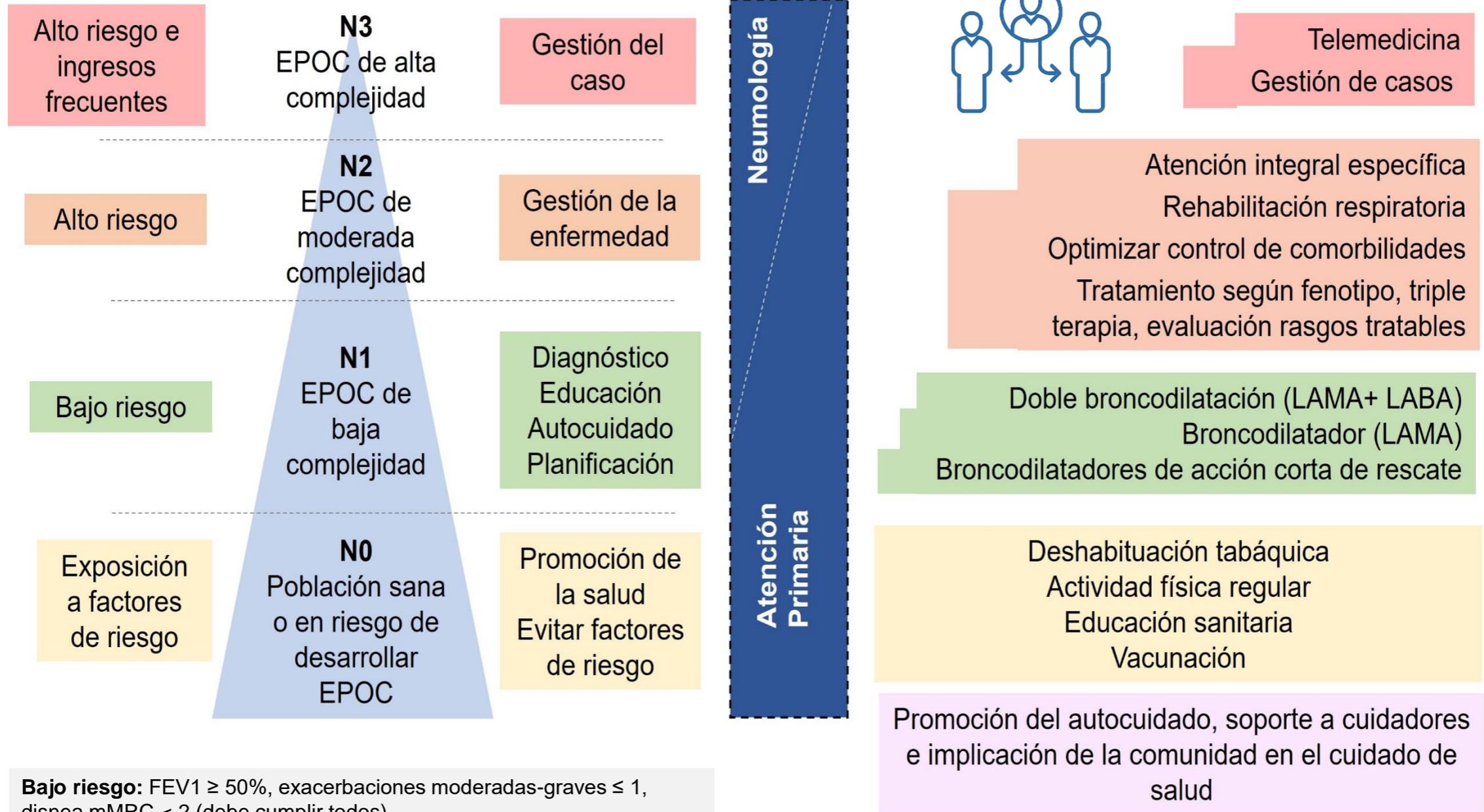
AINE: antiinflamatorios no esteroideos. EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina/AINE. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EVA: escala visual analógica. RSCcPN: rinosinusitis crónica con pólipos nasales. SNOT-22: Sino-Nasal Outcome Test 22.

<sup>a</sup>En spray, gotas o lavados. <sup>b</sup>Lavados con solución salina isotónica o lactato de Ringer. <sup>c</sup>Ver criterios POLINA para el control de RSCcPN (Figura 13.6). <sup>d</sup>Ciclos cortos desde 5 días a dosis 0,5-1 mg/kg/día. <sup>e</sup>Apertura de senos paranasales afectados. <sup>f</sup>Posible elección según endotipo. <sup>g</sup>Valorar cirugía más radical/extendida según consenso entre médico y paciente.



Razón*	Propósito#
Incertidumbre diagnóstica y exclusión del asma	Establecer el diagnóstico y optimizar el tratamiento. Comprobar el grado de reversibilidad al flujo aéreo
Síntomas inusuales como hemoptisis	Investigar la causa incluida malignidad
Disminución rápida del FEV1	Optimizar el manejo
EPOC de alto riesgo según GesEPOC 2021	Optimizar el manejo
Aparición de datos sugestivos de cor pulmonale	Confirmar el diagnóstico y optimizar el tratamiento
Valoración de OD o VNI	Optimizar el manejo, medir gases en sangre y prescribir OD o VNI
Evaluación de la necesidad de Rehabilitación Pulmonar	Optimizar el tratamiento y derivar a un servicio de rehabilitación especializado o comunitario
Enfermedad pulmonar por bullas	Confirmar diagnóstico y referir para valorar bullectomía
EPOC con una edad < 40 años	Establecer el diagnóstico y excluir la deficiencia de alfa-1-antitripsina
Evaluación para trasplante de pulmón o de reducción de volumen pulmonar	Identificar criterios de derivación a Centros de Trasplante o indicación de Reducción de volumen pulmonar
Disnea refractaria a tratamiento	Establecer diagnóstico y derivar para manejo farmacológico y no farmacológico
Diagnóstico de DAAT o AAT <110 mg/dl con imposibilidad de continuar el algoritmo diag.	Completar estudio

# CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA EPOC: esquema general



**Bajo riesgo:** FEV1 ≥ 50%, exacerbaciones moderadas-graves ≤ 1, disnea mMRC < 2 (debe cumplir todos)  
**Alto riesgo:** FEV1 < 50%, exacerbaciones moderadas-graves ≥ 2, disnea mMRC ≥ 2  
 Estos niveles deben ajustarse por el número y gravedad de las **comorbilidades y otras consideraciones** en cada caso particular

