



ASOCIACION ARGENTINA DE
MEDICINA RESPIRATORIA



52 CONGRESO
ARGENTINO
DE MEDICINA
RESPIRATORIA
MENDOZA / 31 DE OCT - 2 DE NOV
Respira conocimientos y experiencias, respira vida

**Simposio
Regional 1:**

**Viernes 01/11/2024
10.30-12 Hs
Gran Salón del Sol C**



Coordinadora:

**Mirta
Coronel**

Secretario:

**Gustavo Douglas
Nazareno
Gustavo E.
Martínez**

Disertante:

**Mirta
Coronel**

"Estado de situación del manejo de la EPOC en la vida real, en NOA "



Autores:

Dra. Mirta Coronel

Dra. Silvina Lescano

Dra. Mónica Carrizo

Dr. Gustavo Douglas Nazareno

Dr. Ramón Rojas

52 CONGRESO
ARGENTINO
DE MEDICINA
RESPIRATORIA

MENDOZA / 31 DE OCT - 2 DE NOV

Respira conocimientos y experiencias, respira vida



ASOCIACION ARGENTINA DE
MEDICINA RESPIRATORIA

Introducción

- La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una afección pulmonar heterogénea caracterizada por síntomas respiratorios crónicos (disnea, tos, producción de esputo) debido a anormalidades de las vías respiratorias (bronquitis, bronquiolitis) y/o alvéolos (enfisema) que causan síntomas persistentes, a menudo progresivos y obstrucción del flujo de aire (1)
- Afecta negativamente la calidad de vida y genera un alta carga por discapacidad .
- EPOC.AR informó prevalencia de 14,5%, con diagnóstico previo 22% y sin diagnóstico previo 78% (2)
- Manejo implica diversos aspectos y múltiples consensos, guías y recomendaciones.
- Práctica diaria situaciones que llevan a discusión del manejo en la vida real. Por este motivo, buscamos datos acerca del manejo de la EPOC en nuestro medio.
- **Objetivo:** Describir los conocimientos, preferencias y/o posibilidades de manejo de la EPOC en la práctica habitual de los médicos Neumólogos de la Región Noroeste de la República Argentina (NOA).

Material y Métodos

- Estudio mediante cuestionario diseñado por un grupo de **14 neumólogos** con experiencia en manejo de pacientes EPOC **NOA: Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca y La Rioja.**
- Entre **3 abril hasta el 24 de mayo 2024**, se distribuyó por email y grupos de WhatsApp.
- **Formato *Google Forms***, autoadministrado y *on line* por Neumonólogos en actividad del ámbito público y privado NOA.
- **Basado “Consenso Delphi de neumólogos argentinos sobre manejo pacientes con EPOC en la vida real” (3)**, el cual se referenció en la encuesta del Consenso español del Grupo Forum (4).
- **Dominios : control , adherencia al tratamiento, rasgos tratables, dispositivos inhalatorios y accesibilidad al seguimiento/tratamiento.**
- A diferencia de las herramientas de los trabajos mencionados no se empleó **metodología Dephi**, **se utilizó cuestionario.**
- Respuestas **3 opciones: acuerdo, desacuerdo o neutro.**
- **Análisis se realizó con el programa Stata 16.1 (StataCorp, Texas, USA). Los resultados se presentan como frecuencias absolutas y porcentajes. Para comparar grupos se utilizó prueba de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher. Se consideró significativa una $p < 0.05$.**

Resultados

Se analizaron los datos de 83 (92%) cuestionarios completados por médicos neumonólogos del NOA.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Características	Neumonólogos (n=83)
Sector de trabajo	
Público	7 (8.43%)
Privado	27 (32.53%)
Ambos	49 (59.04%)
Sexo	
Masculino	33 (39.76%)
Femenino	50 (60.24%)
Años en la especialidad	
Menos de 10	11 (13.25%)
Más de 10	72 (86.75%)

Importante porque la mayoría de los que respondieron tienen años de experiencia

Los resultados se presentan como n (%)

Control

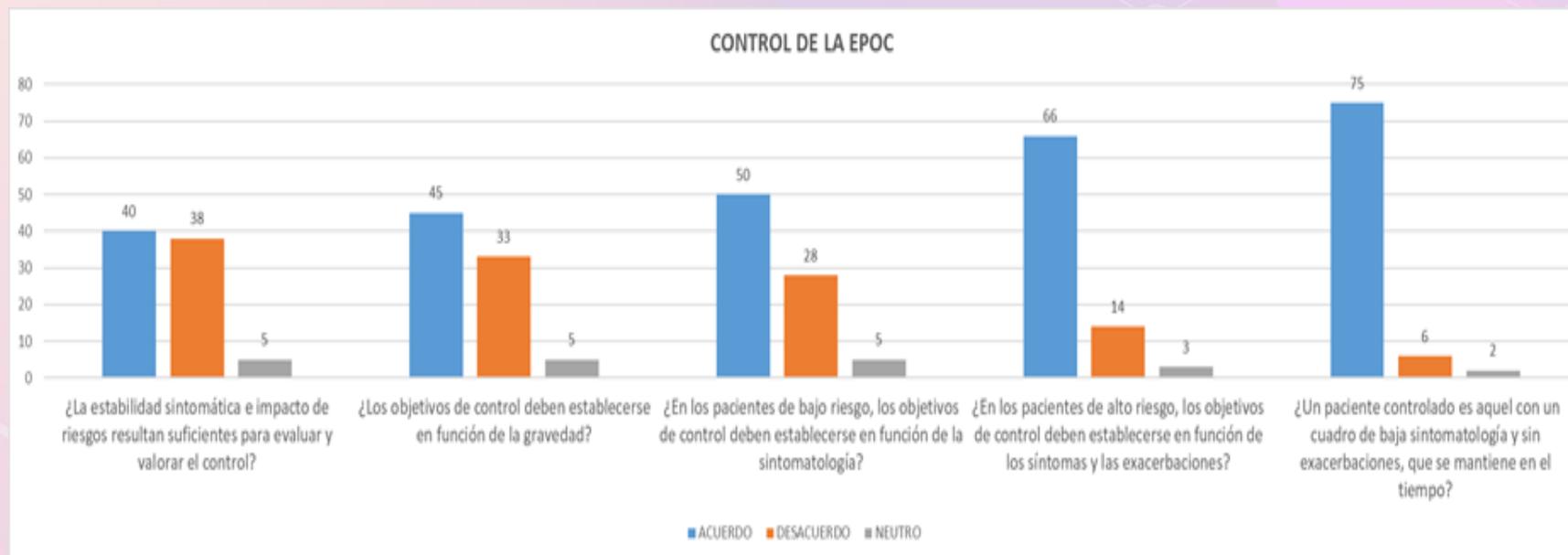


	Acuerdo	Desacuerdo	Neutro
1) ¿La estabilidad sintomática e impacto de los riesgos a futuro resultan suficientes para evaluar y valorar el control de la EPOC?	40 (48.19)	38 (45.78)	5 (6.02)
2) ¿Los objetivos de control deben establecerse en función de la gravedad?	45(54.2%)	33 (39.8%)	5 (6%)
3) ¿En los pacientes de bajo riesgo, los objetivos de control deben establecerse en función de la sintomatología?	50 (60.71%)	28(33.7)	5(6%)
4) ¿En los pacientes de alto riesgo, los objetivos de control deben establecerse en función de los síntomas y las exacerbaciones?	66 (79.5%)	14(16.5%)	3(3.6%)
5) ¿Un paciente con EPOC controlado es aquel con un cuadro de baja sintomatología y sin exacerbaciones, que se mantiene en el tiempo?	75(90.4%)	6(7.2%)	2 (2.4%)
6) ¿Un paciente con EPOC se considera controlado en el tiempo cuando presenta estabilidad durante 3 meses?	15(18.1%)	59(71%)	9(10.8%)
7)¿Un paciente con EPOC se considera controlado en el tiempo cuando presenta estabilidad durante 1 año?	73(88%)	5(6%)	5(6%)
8)¿La pérdida de función pulmonar debería ser un criterio de mal control de la EPOC?	63(76%)	12 (14.5%)	5(9,6%)
9) ¿El tabaquismo activo debería ser un factor relacionado con el mal control EPOC?	80(96.4%)	3 (3.6%)	
10)¿Los objetivos de control de la EPOC deben definirse en base a la situación del paciente en el momento de iniciar o modificar un plan terapéutico?	80(96.4%)	2(2.4%)	1(1.2%)
11)¿Los criterios a considerar para el ajuste terapéutico deben incluir la adherencia?	83(100%)		
12) ¿Criterios a considerar para el ajuste del tratamiento deben incluir comorbilidades?	81(97.6%)	2(2.4%)	
13)¿Los criterios a considerar para el ajuste del tratamiento deben incluir el riesgo CV?	78(94%)	4(4.8%)	1 (1.2%)
14)¿Criterios a considerar para ajuste del tratamiento deben incluir la actividad física?	71(85.5%)	3(3.6%)	9(10.8%)
15)¿Criterios para ajuste del trato deben incluir las preferencias del paciente?	60(72.3%)	15(18.1%)	8(9.6%)



Control :

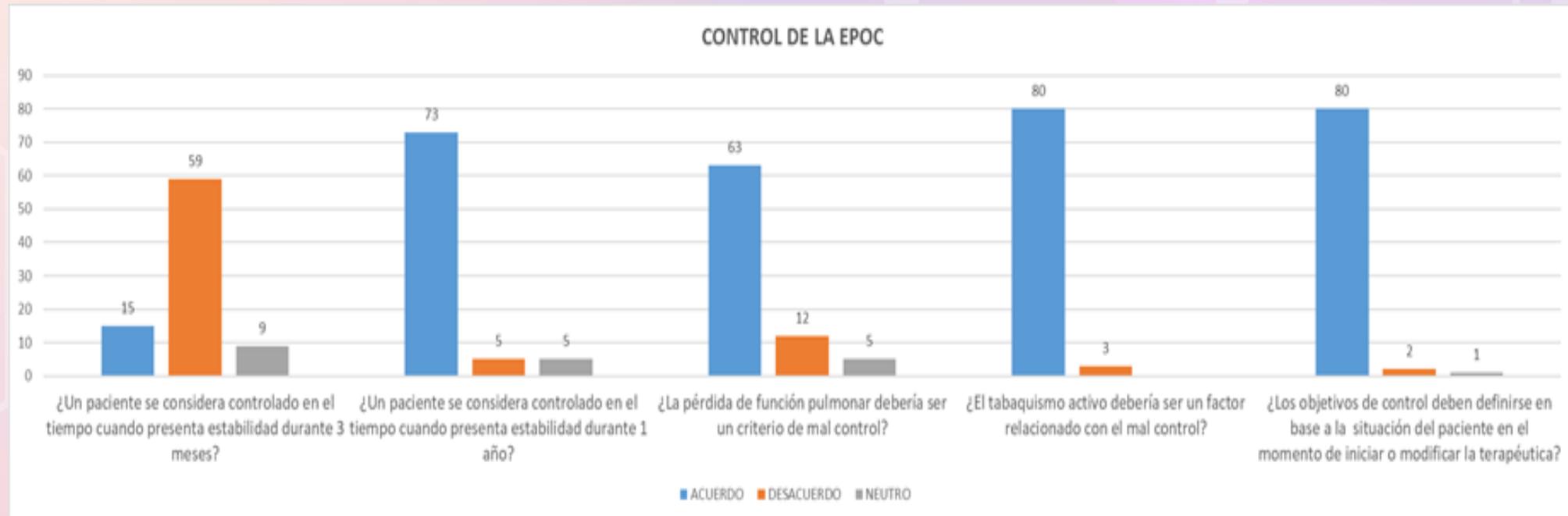
15 preguntas , los especialistas estuvieron de acuerdo en un mayor porcentaje (14 preguntas: 93.33%), aunque en algunas el desacuerdo presentó valores importantes.



La **estabilidad sintomática e impacto de riesgo son suficientes para evaluar control**, los **objetivos** deben establecerse en función a la **gravedad** y en pacientes de **bajo riesgo los objetivos deben establecerse** en función a la **sintomatología** presentaron porcentajes de **desacuerdo** del 46%,39 % y 34 %, respectivamente.

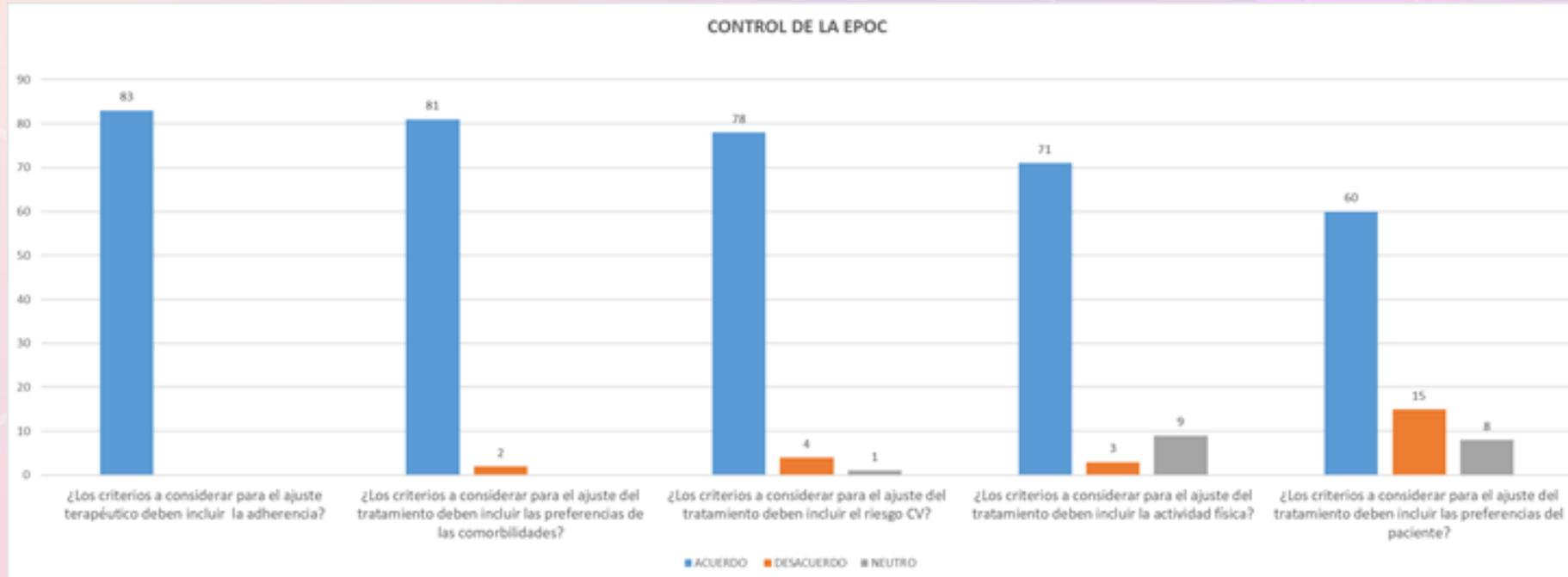


Control :



Acuerdos: 88% (73) consideraba controlado en el tiempo en presencia **estabilidad 1 año. Acordaron criterios MAL CONTROL : pérdida de función pulmonar 76% (63) y tabaquismo activo 96.4% (80). 96.4% (80)** acordaron **objetivos de control deben definirse** en la situación del paciente en el momento iniciar o modificar terapéutica.

Control

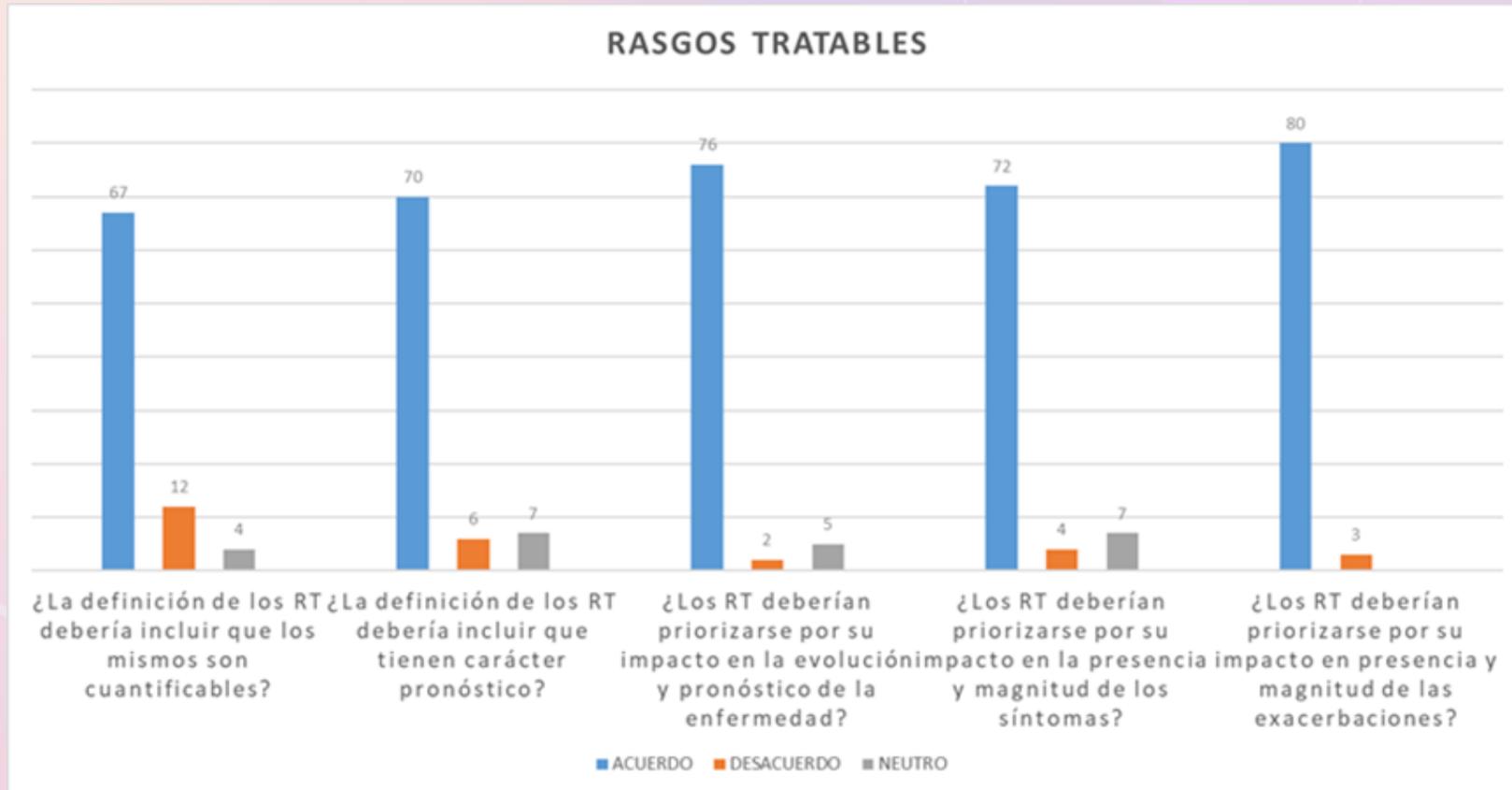


Estuvieron acuerdo sobre el Ajuste terapéutico considerar: adherencia 100% (83), 97.6% (81) comorbilidades, 97.6% (81) riesgo CV, 85.5% (71) actividad física y 72.3% (60) preferencias del paciente.

Rasgos Tratables (R.T.)

	Acuerdo	Desacuerdo	Neutro
1) ¿Definición R.T. en la EPOC debería incluir que son cuantificables?	67(81%)	12(14.5%)	4(5%)
2)¿Definición R.T. en la EPOC debería incluir que tienen carácter pronóstico?	70(84%)	6(7.2%)	7(8.4%)
3)¿Los RT deberían priorizarse por su impacto en la evolución y pronóstico ?	76(92%)	2(2%)	5(6%)
4 ¿Los RT de la EPOC deberían priorizarse por su impacto en la presencia y magnitud de los síntomas?	72(86.7 %)	4(4.8%)	7(8.4%)
5) ¿Los RT de la EPOC deberían priorizarse por su impacto en presencia y magnitud de las exacerbaciones?	80 (96%)	3 (4%)	

Rasgos Tratables (R.T.) En 5 preguntas predominó acuerdo

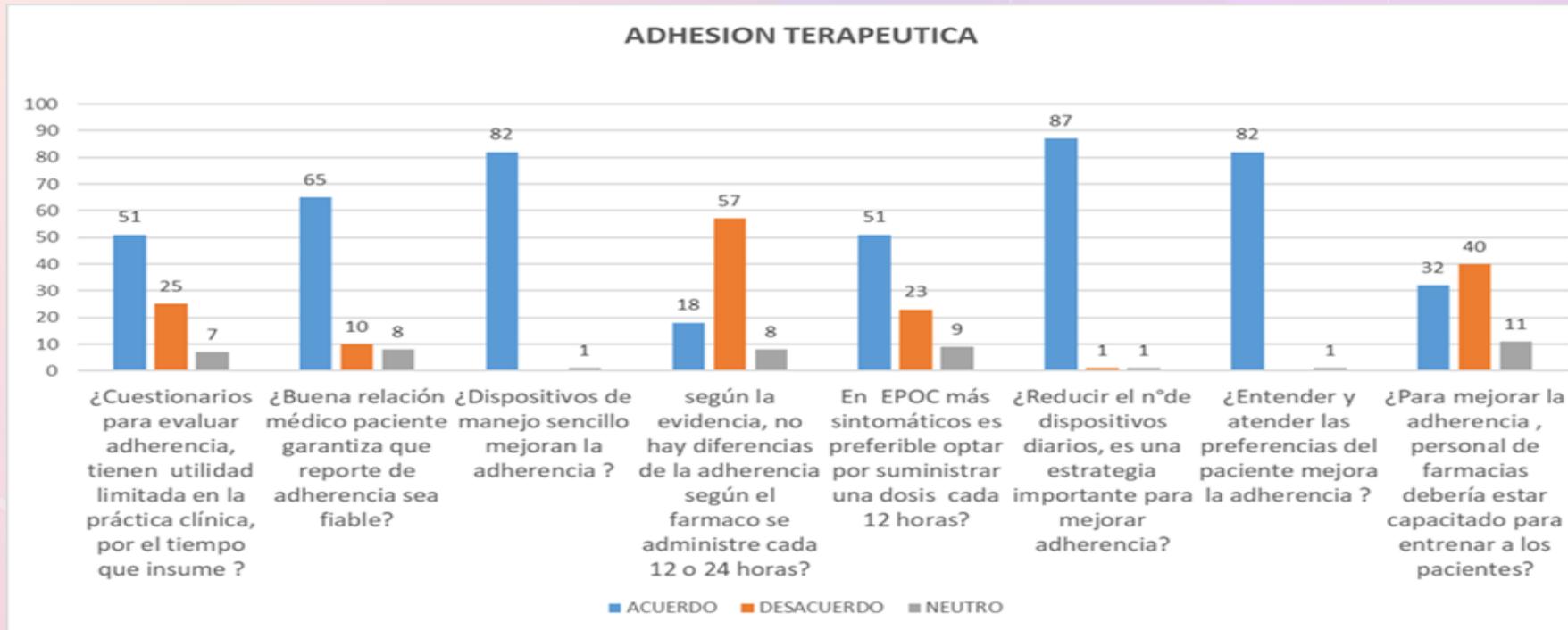


Definición de R.T. 81% acordó que debería incluir que son cuantificables y 84% tienen carácter pronóstico. acordó que **deberían priorizarse por su impacto** en evolución y pronóstico 92%(76), síntomas 72(86.7%) y **presencia y magnitud de las exacerbaciones. 96.4% (80)**

Adhesión Terapéutica

	Acuerdo	Desacuerdo	Neutro
1) ¿Cuestionarios para evaluar adherencia , tienen utilidad limitada práctica clínica diaria, por el tiempo que insume su realización?	51 (61.4%)	25(30.1%)	7(8.4%)
2)¿Buena relación médico paciente garantiza que su reporte de buena adherencia sea fiable?	65(78.3%)	10(12%)	8(9.6%)
3)¿Dispositivos de manejo sencillo mejoran la adherencia ?	82(98.8%)		1(1.2%)
4)¿Según la evidencia existente, no hay diferencias relevantes respecto a la adherencia según el fármaco cada 12 o 24 horas?	18(21.7%)	57(68.7%)	8 (9.6%)
5) En los pacientes con EPOC más sintomáticos es preferible optar por una pauta de suministro de la dosis del fármaco cada 12 horas?	51 (61.4%)	23 (27.7%)	9 (10.8%)
6)¿Reducir el número de dispositivos de inhalación para uso diario por parte de un paciente, es una estrategia importante para mejorar su adherencia al tratamiento?	87 (97.6%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)
7)¿Entender y atender las preferencias del paciente mejora la adherencia al tratamiento?	82(98.8%)		1 (1.2%)
8) ¿Para mejorar la adherencia , el personal de las farmacias debería estar capacitado para entrenar a pacientes para usar dispositivos ?	32 (38.6%)	40 (48.2%)	11 (13.3%)

Adhesión terapéutica: 6 de 8 preguntas predomino acuerdo

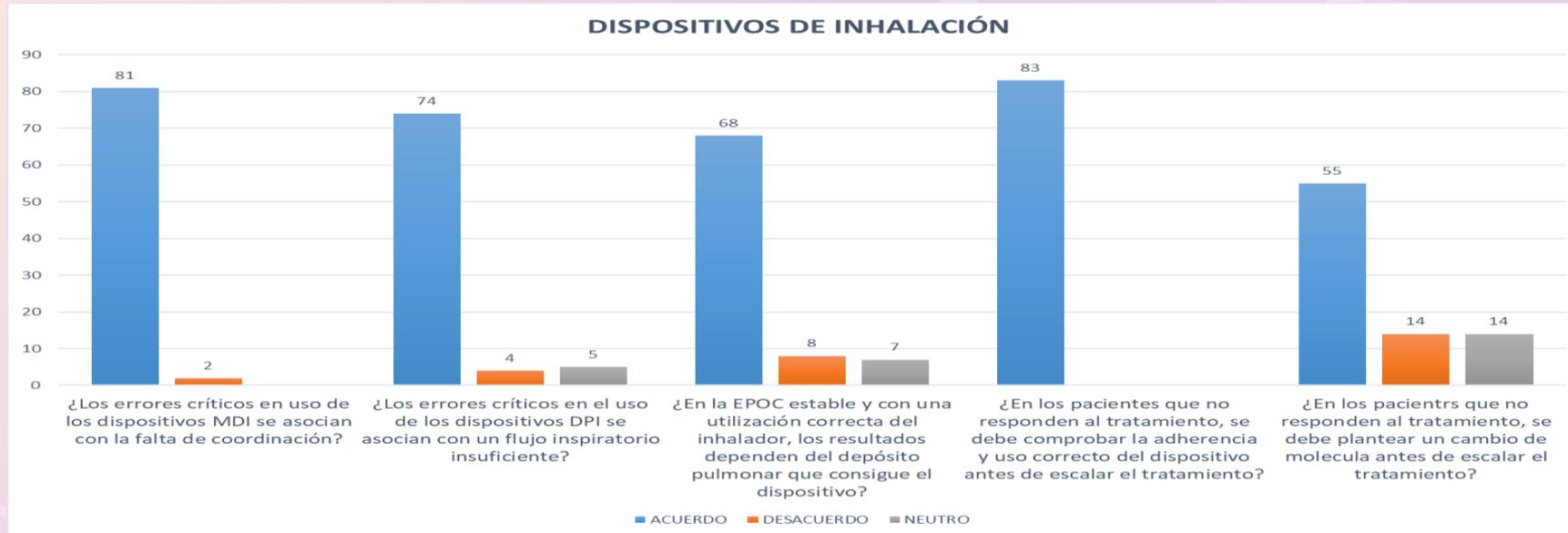


69% **desacuerdo** con que no hay diferencias de adherencia según se administra cada 12 o 24 horas y 48% **desacuerdo** con que, para mejorar la adherencia, el personal de farmacias debería estar capacitado para entrenar pacientes.
Estrategias para mejorar adherencia: 99% acordó con usar dispositivos de manejo sencillo, 98% con reducir número de dispositivos y 99% con entender/ atender las preferencias del paciente.

Dispositivos de inhalación

	Acuerdo	Desacuerdo	Neutro
1) ¿Principales errores críticos uso dispositivos MDI se asocian a falta de coordinación ?	81(97.6%)	2 (2.4%)	
2)¿Principales errores críticos uso de dispositivos de DPI se asocian con un flujo inspiratorio insuficiente?	74(89.2%)	4(4.8%)	5(6%)
3)¿ EPOC estable y con utilización correcta del inhalador, los resultados dependen del depósito pulmonar que consigue el dispositivo?	68 (81.9%)	8 (9.6%)	7 (8.4%)
4) ¿ EPOC que no responden tto, se debe comprobar adherencia y uso correcto del dispositivo antes de escalar el tratamiento?	83 (100%)		
5)¿ EPOC que no responden al tratamiento, se debe plantear un cambio de molécula antes de escalar el tratamiento?	55 (66.3%)	14 (16.9%)	14 (16.9%)
6) ¿La edad del paciente es un criterio relevante en la elección del dispositivo de inhalación?	68 (81.9%)	10 (12%)	5(6%)
7)¿El flujo inspiratorio es un criterio relevante en la elección del dispositivo inhalatorio?	76 (91.6%)	3 (3.6%)	4 (4.8 %)
8)¿Elección dispositivo considerar la preferencia del paciente?	57(68.7%)	11(13.3%)	15(18.1%)
9)¿El médico debe ser el encargado de la educación inicial sobre el uso de los dispositivos inhalatorios y del contralor de su cumplimiento?	75(90.4%)	4 (4.8%)	4 (4.8%)
10) ¿La enfermería u otros agentes de salud deberían encargarse de la educación inicial sobre el uso de los dispositivos y cumplimiento?	34(41%)	26(31.3%)	23(27.7%)

Dispositivos de inhalación: 10 preguntas predominaron acuerdo



El 100% acordó que a pacientes que no responden siempre comprobar la adherencia y uso correcto del dispositivo. Respecto a errores en uso dispositivos MDI y DPI, el 97.6% acordó que se asocian con falta de coordinación y 89.2%, con flujo inspiratorio insuficiente respectivamente.

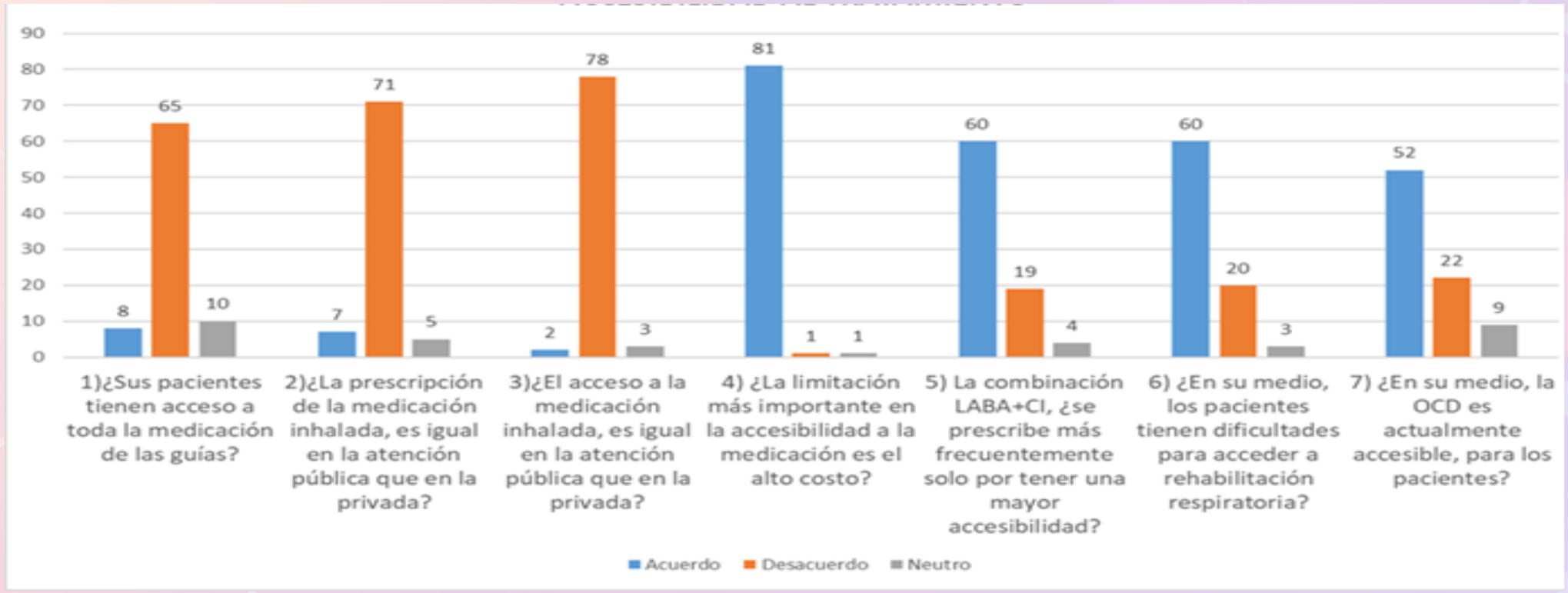


Criterios para elección dispositivo: edad, flujo inspiratorio y preferencia del paciente fueron considerados relevantes: 81.9%, 91.6% y 68.7%, respectivamente..

Accesibilidad al tratamiento

	Acuerdo	Desacuerdo	Neutro
1)¿Sus pacientes tienen acceso a toda la medicación de las guías?	8 (9.6%)	65 (78.3%)	10 (12%)
2)¿La prescripción de la medicación inhalada para el tratamiento de la EPOC, es igual en la atención pública que en la atención privada?	7 (8.4%)	71(85.5%)	5(6%)
3)¿El acceso a la medicación inhalada para el tratamiento de la EPOC, es igual en la atención pública que en la atención privada?	2(2.4%)	78 (94%)	3 (3.6%)
4)¿La limitación más importante en la accesibilidad a la medicación inhalada para el tratamiento de la EPOC, es el alto costo?	81 (97.6%)	1(1.2%)	1(1.2%)
5)En su medio de atención, la combinación LABA+CI, ¿se prescribe más frecuentemente para el tratamiento de la EPOC, que otras combinaciones inhalatorias solo por tener una mayor accesibilidad?	60(72.3%)	19(22.9%)	4(4.8%)
6)¿En su medio de atención, los pacientes con EPOC tienen dificultades para acceder a un programa de rehabilitación respiratoria?	60(72.3%)	20(24.1%)	3(3.6%)
7) ¿En su medio de atención, la oxigenoterapia crónica domiciliar es actualmente un tratamiento accesible, para los pacientes con EPOC que la necesitan?	52 (62.7%)	22 (26.5%)	9(10.8%)

Accesibilidad : 4 de 7 preguntas hubo más frecuentemente acuerdo (57%).



78% desacuerdo que sus pacientes tienen acceso a toda la medicación de las guías. Respecto a si es igual en la atención pública que privada hubo desacuerdo: 85% con prescripción de medicación inhalada y 94% con acceso a medicación. **98 % acordó con la limitación más importante fue alto costo del tratamiento; 72 % LABA+CI se prescribe más por su mayor accesibilidad, 72% pacientes tienen dificultades para acceder a programas RR y 63% OCD es accesible.**

Comparación Grupos: se analizaron los diferentes dominios según variables considerando ámbito laboral público, privado o ambos . Encontrándose solamente diferencias significativas en ambos en accesibilidad.

En cuanto que : Prescripción y acceso de la medicación inhalada era igual en la atención pública que en privada hubo **DESACUERDO** 87% (49) / 96.% (54) vs. 81.48% (22)/ 88.89% (24), respectivamente con p significativa.

Diferencias significativas en ACUERDO respecto Dificultades acceder a programas Rehabilitación Respiratoria público 78.57% (44) vs. privado 59.26% (16) y Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria era terapia accesible: público 58.93% (33) vs. 70% (19) privado.

CONCLUSIONES

- **CONTROL DE LA EPOC:** Se destacan la unanimidad sobre la adherencia como criterio para ajuste terapéutico, además considerar comorbilidades, riesgo cardiovascular, actividad física y preferencias del paciente. Los objetivos de control deben definirse en base a la situación del paciente al momento de iniciar o modificar tratamiento y el tabaquismo por la mayoría se relacionó con falta de control del EPOC.
- **RASGOS TRATABLES:** hubo un franco porcentaje de acuerdo en las preguntas, destacándose importancia de priorizar los mismos por su impacto en evolución y pronóstico de enfermedad y en las exacerbaciones.
- **ADHESIÓN TERAPÉUTICA:** 4 hubo un amplio porcentaje de acuerdo, confirmando limitada utilidad de cuestionarios, q la buena relación médico paciente, dispositivos de manejo sencillo, reducir el número de dispositivos uso diario, considerar preferencias del paciente, garantizará la buena adherencia.
- **DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN:** acuerdo de 100% afirmando, comprobar adherencia y uso correcto del dispositivo, ante la falta de respuesta y antes de escalar el tratamiento. Los principales errores en uso de los dispositivos son falta de coordinación y flujo inspiratorio insuficiente .

CONCLUSIONES

- **ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO:** Entre los acuerdos se destacó que el alto costo es la limitación más importante en la accesibilidad al tratamiento. La mayor parte opinó que LABA+CI, se prescribe más frecuentemente por mayor accesibilidad. Además existen dificultades para acceder programas de RR y OCD es actualmente un tratamiento accesible.
- **COMPARACION GRUPOS:** En base a los datos obtenidos y análisis realizado, en el manejo de los pacientes con EPOC por los neumonólogos del NOA, se observó que en la mayoría de los dominios no había diferencia en ámbito público ni privado. Excepto accesibilidad al tratamiento.
- Además, destacamos la importancia de este trabajo con la participación de la mayoría de los neumonólogos de la región donde se mostraría la realidad los conocimientos y las dificultades en la vida real para manejar pacientes con EPOC y serviría de herramienta para futuros desafíos.

Muchas gracias

AAMR REGION NOA



Bibliografía

- 1- The Global Strategy for Diagnosis Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease (update 2024)
- 2- Echazarreta A. L, et al. Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 6 aglomerados urbanos de Argentina: el estudio EPOC.AR / Arch Bronconeumol. 2018;54(5):260–269
- 3- Penizzotto M, López A, Wustten C.S, et al. Consenso Delphi de neumólogos argentinos sobre el manejo de los pacientes con EPOC en la vida real Open Respiratory Archives 6 (2024) 100302
- 4- López-Campos JL, Calle Rubio M, Izquierdo Alonso JL, et al., Forum COPD Working Group Consensus on the Diagnosis, Treatment and Follow-Up of COPD. Arch Bronconeumol.2021;57:596–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2020.12.037>.