Open Respiratory Archives 6 (2024) 100302

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR

Open Respiratory Archives

www.elsevier.es/ora

Original

Consenso Delphi de neumólogos argentinos sobre el manejo de los pacientes con EPOC en la vida real

Miguel Penizzotto[a,*], Ana López[b], Carlos S. Wustten[c], Vanesa Abratte[b] y Sergio Arias[d]

[a] Servicio de Neumonología, Sanatorio San Roque, Curuzú Cuatiá, Corrientes, Argentina
[b] Servicio de Neumonología. Hospital Privado, Córdoba, Argentina
[c] Servicio de Neumonología, Hospital Gral. San Martín. Paraná, Ente Ríos, Argentina
[d] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni, Santa Fe, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 13 de noviembre de 2023
Aceptado el 28 de enero de 2024
On-line el 8 febrero 2024

Palabras clave:
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Consenso
Neumólogos
Vida real

RESUMEN

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la tercera causa de muerte a nivel global y en Argentina tiene una prevalencia de 14,5%, pero se desconoce el manejo de los pacientes en la vida real. Los objetivos del trabajo fueron: a) conocer las opiniones de los neumólogos de Argentina que manejan pacientes con EPOC en la práctica diaria. b) Comparar nuestros hallazgos con los especialistas de España y c) considerar nuestros resultados para planificar futuras directrices en el manejo de la EPOC en nuestro país.
Material y métodos: Participaron de un consenso Delphi 89 neumólogos de Argentina, expertos en EPOC, quienes respondieron una encuesta con cinco dominios: a) adhesión al tratamiento, b) control de la EPOC, c) rasgos tratables, d) dispositivos de inhalación y e) accesibilidad a los recursos terapéuticos.
Resultados: Tras dos rondas, se alcanzó el consenso en 77,6% del total de las afirmaciones y discriminando por dominio los resultados fueron: adhesión al tratamiento: 5/9 (55,5%). Control de la EPOC: 10/14 (71,4%). Rasgos tratables: 6/6 (100%). Dispositivos de inhalación: 10/14 (71,4%) y accesibilidad al tratamiento: 6/6 (100%). En la mayoría de las afirmaciones los resultados fueron similares a los obtenidos por los neumólogos españoles.
Conclusiones: Los neumólogos argentinos manejamos a los pacientes con EPOC de manera similar y con mínimas diferencias con nuestros colegas españoles. Se evidenció que, en la práctica diaria, existen factores que impactan negativamente en el acceso a los tratamientos indicados. Nuestro trabajo podría servir como punto de partida para mejorar esta situación.

© 2024 Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Delphi Consensus of Argentine Pulmonologists on the Management of Patients with COPD in Real Life

Keywords:
Chronic obstructive pulmonary disease
Consensus
Pulmonologists
Real life

ABSTRACT

Introduction: COPD is the third cause of death globally and in Argentina COPD has a prevalence of 14.5%, but the management of patients in real life is unknown. The objectives of this work were: a) To know the opinions of pulmonologists in Argentina who manage patients with COPD in different aspects of daily practice. b) Compare our findings with specialists from Spain and c) Consider our results to plan future directives in the management of COPD in our country.
Material and methods: 89 pulmonologists from Argentina, experts in COPD, participated in a Delphi consensus, who responded to a survey with five domains. a) Adherence to treatment, b) Control of COPD, c) Treatable features, d) Inhalation devices and e) Accessibility to therapeutic resources.
Results: After two rounds of questions, total consensus was achieved in 77.6% of the statements and discriminating by domain: Treatment adherence: 5/9 (55.5%). COPD control: 10/14 (71.4%). Treatable traits: 6/6 (100%). Inhalation devices: 10/14 (71.4%) and Accessibility to treatment: 6/6 (100%). In most of the affirmations, the results were similar to those obtained by Spanish pulmonologists.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: penitato@curuzu.net (M. Penizzotto).

https://doi.org/10.1016/j.opresp.2024.100302
2659-6636/© 2024 Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Conclusions: Pulmonologists from Argentina manage COPD patients in a similar way and with minimal differences with our Spanish colleagues. It became evident that, in daily practice, there are factors that negatively impact access to the indicated treatments. Our work could serve as a starting point to improve this situation.

© 2024 Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es definida como una condición pulmonar heterogénea caracterizada por síntomas crónicos (disnea, tos, producción esputo, exacerbaciones), debido a anormalidades en la vía aérea (bronquitis, bronquiolitis) y/o alveolar (enfisema), que causa obstrucción del flujo aéreo persistente y a menudo progresiva[1]. Es la tercera causa de muerte en el mundo siendo, además, una enfermedad con elevada prevalencia. En la Argentina, el estudio EPOC.AR arrojó una prevalencia de 14,5%[2], además una alta tasa de subdiagnóstico y de diagnóstico erróneo.

El manejo de los pacientes con EPOC incluye diversos aspectos a tener en cuenta y, si bien hay múltiples consensos, guías y recomendaciones, en la práctica diaria, nos enfrentamos con situaciones que generan controversias. En Argentina, la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR) agrupa a la mayoría de los neumólogos del país expertos en EPOC quienes utilizan diversas guías internacionales, como la *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), Guía Española de la EPOC (GesEPOC) y la Guía de EPOC de la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT)[1,3,4]. También el Ministerio de Salud Pública de la Nación puso a disposición una guía en el año 2016[5], pero no tenemos datos acerca del manejo de los pacientes en la vida real.

Un grupo de neumólogos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), con experiencia en EPOC, generó el Consenso sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología identificado como Grupo de trabajo EPOC Forum[6]. Tomando en cuenta este consenso y los puntos que se abordaron, consideramos que sería de utilidad replicar el mismo trabajo en nuestro país, para conocer el manejo de la EPOC en la Argentina por parte de especialistas en Medicina Respiratoria, con experiencia en esa patología, a fin de evaluar la actitud de los mismos en áreas de incertidumbre en el manejo de la patología con vistas de disminuir la variabilidad de la práctica clínica. Se implemento un consenso Delphi siendo los objetivos fundamentales: a) conocer las opiniones de los neumólogos de Argentina que manejan pacientes con EPOC en diferentes aspectos de la práctica diaria. b) Comparar nuestros hallazgos con los de los especialistas de España y c) considerar nuestros resultados para planificar futuras directrices en el manejo de la EPOC en Argentina.

Material y métodos

Este es un estudio de consenso basado en la metodología Delphi. Para el diseño del estudio se tomó como referencia la encuesta del Consenso español del Grupo Forum[6]. Como primer paso nos comunicamos con los autores españoles dieron su conformidad para la replicación del Consenso en la Argentina. El comité coordinador fue integrado con cuatro neumólogos expertos en EPOC miembros de la Sección de Clínica y Crítica de la AAMR quienes de encargaron de la formulación de la encuesta. Se coincidió en mantener los cuatro dominios abordados en el trabajo español que incluyó: a) adhesión al tratamiento, b) control de la EPOC, c) rasgos tratables y d) dispositivos de inhalación· pero se estimó imprescindible incorporar un quinto dominio, al que se denominó «Accesibilidad a los recursos terapéuticos», considerando las dificultades que se presentan en este sentido en nuestro país en este sentido.

La encuesta fue enviada a los coordinadores de las secciones de la AAMR: (Neumonología Clínica y Crítica, Inmunología y Enfermedades Obstructivas, y Tabaquismo y Epidemiología), quienes intervinieron en el diseño final de la encuesta. El proyecto, con los cinco dominios y 49 afirmaciones, fue aprobado por las autoridades correspondientes de la AAMR. Se cursaron 105 invitaciones a médicos con vasta y reconocida experiencia en pacientes con EPOC. Respondieron 94 neumólogos y 89 completaron adecuadamente la encuesta.

La primera ronda se realizó durante el mes de febrero de 2023 y la segunda ronda durante el mes de marzo del mismo año en la que solo se incluyeron las afirmaciones no consensuadas. Los participantes respondieron las dos rondas, utilizando una plataforma interactiva específicamente diseñada.

Para conocer las opiniones de los expertos neumólogos, como técnica de investigación, se utilizó la metodología Delphi y como herramienta de medición se empleó la escala de Liker. En ambas rondas, se pidió a los participantes que calificaran cada enunciado con esta escala de nueve puntos para evaluar su acuerdo o desacuerdo (1 = totalmente en desacuerdo; 9 = totalmente de acuerdo). Se consideró una afirmación consensuada cuando dos tercios de los encuestados coincidieron en la puntuación ya sea en el desacuerdo (1- 2 -3), acuerdo (7-8-9) y neutro (4-5-6). Cuando no se logró el consenso en ninguna de estas tres posibilidades, se estableció falta de consenso.

Debido a que se trata de una encuesta médica, no intervencionista, basada en un proceso Delphi de recopilación de opiniones de expertos, sin participación del paciente, no se obtuvo aprobación ética.

Resultados

Tras dos rondas consecutivas, se alcanzó el consenso en 38 aseveraciones (77,6%), 36 en el acuerdo (73,5%) y en dos coincidieron en desacuerdo (4,1%). No se logró consenso en 11 aseveraciones (tabla 1), (fig. 1).

1) Adhesión al tratamiento

En cinco de las nueve aseveraciones (55,5%) se alcanzó un consenso en el acuerdo, siendo este el dominio donde menos acuerdos se lograron.

Los panelistas estuvieron de acuerdo en la utilidad limitada de los cuestionarios, también que se puede aumentar la adhesión a través del retiro de la medicación en las de farmacias sin receta; al igual que usando dispositivos de manejo más sencillo, reduciendo el número de inhaladores en el mismo paciente y atendiendo sus preferencias.

Si bien en algunas aseveraciones se alcanzó fácilmente la mayoría, no se logró consenso en que un clima de confianza entre médico y paciente no garantiza que el reporte de la adhesión terapéutica sea fiable; y tampoco en que las farmacias participen en programas de entrenamiento sobre el uso de dispositivos. Además, no hubo consenso acerca de la evidencia existente sobre si la frecuencia

Tabla 1
Resultados obtenidos por el panel de expertos tras dos rondas de consulta

AFRIMACIÓN	n	Mediana	Desacuerdo (%)	Neutro (%)	Acuerdo (%)
ADHESIÓN TERAPÉUTICA					
Los cuestionarios tienen una utilidad limitada en la práctica clínica por el tiempo de consulta que requieren para su realización.	89	7	15,7	16,9	**67,4**
Un clima de confianza entre médico y paciente no garantiza que el reporte de la adhesión terapéutica por el paciente sea fiable	89	6	37,1	15,7	47,2
La medida de la adhesión a través de la retirada de la medicación de las de farmacia sin necesidad de receta mensual es útil, a pesar de que esto no confirma la toma del medicamento.	89	8	7,9	18,0	**74,2**
Las farmacias deberían participar en los programas de entrenamiento en el uso de los dispositivos del paciente con EPOC para mejorar la adhesión.	89	7	30,3	11,2	58,4
Los dispositivos de manejo más sencillo mejoran la adhesión.	89	9	1,1	10,1	**88,8**
Según la evidencia existente, no hay diferencias relevantes en cuanto a la adhesión, si el fármaco se administra cada 12 o 24 horas.	89	3	51,7	14,6	33,7
En los pacientes con EPOC más sintomáticos es preferible una pauta de dosis cada 12 horas.	89	7	20,2	21,3	58,4
Reducir el número de inhaladores en el mismo paciente es importante para mejorar la adhesión.	89	9	3,4	5,6	**91,0**
Atender las preferencias del paciente mejora la adhesión terapéutica.	89	9	1,1	5,6	**93,3**
CONTROL DE LA EPOC					
El impacto y la estabilidad de la enfermedad resultan suficientes para valorar el control de la EPOC.	89	5	30,3	29,2	40,4
Los objetivos de control de la EPOC deben establecerse en función de la gravedad	89	7	21,3	14,6	64,0
En los pacientes de bajo riesgo, los objetivos de control de la EPOC deben establecerse en función de la sintomatología.	89	8	14,6	10,1	**75,3**
En los pacientes de alto riesgo, los objetivos de control de la EPOC deben establecerse en función de los síntomas y las exacerbaciones.	89	8	3,4	9,0	**87,6**
Los objetivos de control de la EPOC deben definirse en base en la situación del paciente en el momento de establecer un nuevo plan terapéutico.	89	8	4,5	15,7	**79,8**
Un paciente con EPOC controlado es aquel con un cuadro de baja sintomatología y sin exacerbaciones, que se mantiene en el tiempo.	89	9	1,1	9,0	**89,9**
Un paciente con EPOC de bajo riesgo se considera controlado cuando presenta estabilidad durante un año.	89	7	10,1	23,3	**66,6**
Un paciente con EPOC de alto riesgo se considera controlado cuando presenta estabilidad durante un periodo de tres meses.	89	6	33,7	25,8	40,4
La pérdida de función pulmonar debería ser un criterio de mal control de la EPOC.	89	8	12,4	16,9	**70,8**
El tabaquismo activo debería ser un factor relacionado con el mal control de la EPOC.	89	9	0,0	2,2	**97,8**
Los criterios a considerar para el ajuste del tratamiento deben incluir la adhesión terapéutica.	89	9	0,0	1,1	**98,9**
Los criterios a considerar para el ajuste del tratamiento deben incluir la actividad física del paciente.	89	9	1,1	9,0	**89,9**
Los criterios a considerar para el ajuste del tratamiento deben incluir las comorbilidades.	89	9	1,1	5,6	**93,3**
Los criterios a considerar para el ajuste del tratamiento deben incluir las preferencias del paciente.	89	9	1,1	9,0	**89,9**
RASGOS TRATABLES					
La definición de los rasgos tratables de la EPOC debería incluir que son características individuales de cada paciente.	89	8	3,4	10,1	**86,5**
La definición de los rasgos tratables de la EPOC debería incluir que son cuantificables.	89	8	2,2	20,2	**77,5**
La definición de los rasgos tratables de la EPOC debería incluir que tienen carácter pronóstico.	89	8	4,5	15,7	**79,8**
Los rasgos tratables de la EPOC deberían priorizarse por su impacto en el pronóstico de la enfermedad	89	8	2,2	14,6	**83,1**
Los rasgos tratables de la EPOC deberían priorizarse por su impacto en la sintomatología.	89	8	1,1	9,0	**89,9**
Los rasgos tratables de la EPOC deberían priorizarse por su impacto en las exacerbaciones.	89	8	1,1	12,4	**86,5**
DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN					
En la EPOC estable y con una utilización correcta del inhalador, los resultados del tratamiento dependen del depósito pulmonar que consigue el dispositivo.	89	8	6,7	21,3	**71,9**
En la EPOC estable y con una utilización correcta del inhalador, no existen diferencias en los resultados del tratamiento, según el tipo de dispositivo utilizado.	89	8	11,2	11,2	**77,5**
Los principales errores críticos en el uso de los dispositivos de inhalación MDI se asocian con la coordinación entre pulsación e inspiración.	89	9	1,1	2,2	**96,6**
Los principales errores críticos en el uso de los dispositivos de inhalación DPI se asocian con un insuficiente flujo inspiratorio.	89	8	2,2	11,2	**86,5**
Durante las exacerbaciones graves de la EPOC, es preferible el uso de nebulizadores.	89	5	46,1	21,3	32,6
En las exacerbaciones de la EPOC, independientemente de su gravedad, no hay diferencias en los resultados obtenidos con los nebulizadores y con los inhaladores con cámara.	89	5	43,8	12,4	43,8
Debe evitarse el uso de inhaladores DPI en las exacerbaciones debido al flujo inspiratorio insuficiente que presentan muchos pacientes.	89	7	15,7	20,2	64,0
En los pacientes con EPOC que no responden al tratamiento, se debe plantear un cambio de molécula antes de escalar el tratamiento.	89	5	15,7	20,2	64,0
En los pacientes con EPOC que no responden al tratamiento, se debe comprobar siempre el uso correcto del dispositivo antes de escalar el tratamiento.	89	9	0,0	0,0	**100,0**
La edad del paciente es un criterio relevante en la elección del dispositivo de inhalación.	89	8	9,0	15,7	**75,3**
El flujo inspiratorio es un criterio relevante en la elección del dispositivo de inhalación.	89	9	2,2	9,0	**88,8**
En la elección del dispositivo de inhalación siempre hay que tener en cuenta la preferencia del paciente.	89	8	3,4	6,7	**89,9**
El médico debe ser el encargado de la educación sobre el uso de los dispositivos de inhalación.	89	8	3,4	16,9	**79,8**
La enfermería u otros agentes de salud deberían encargarse de la educación sobre el uso de los dispositivos de inhalación.	89	8	4,5	21,3	**74,2**

Tabla 1
(*continuación*)

AFRIMACIÓN	n	Mediana	Desacuerdo (%)	Neutro (%)	Acuerdo (%)
ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO					
Los pacientes EPOC tienen acceso a toda la medicación que recomiendan las guías	89	2	**79,8**	13,5	6,7
El acceso a la medicación inhalada es igual en la atención pública que en la medicina privada	89	1	**92,1**	6,7	1,1
La limitación más importante en la accesibilidad a la medicación inhalada es el alto costo.	89	9	1,1	5,6	**93,3**
La combinación CI/LABA se usa más frecuentemente por mayor accesibilidad que otras formulaciones inhalatorias.	89	7	6,7	15,7	**77,5**
Los pacientes EPOC tienen dificultades para acceder a la rehabilitación respiratoria	89	9	2,2	5,6	**92,1**
La oxigenoterapia domiciliaria es actualmente un tratamiento accesible.	89	7	10,1	22,5	**67,4**

En las cifras en negritas hubo consenso.

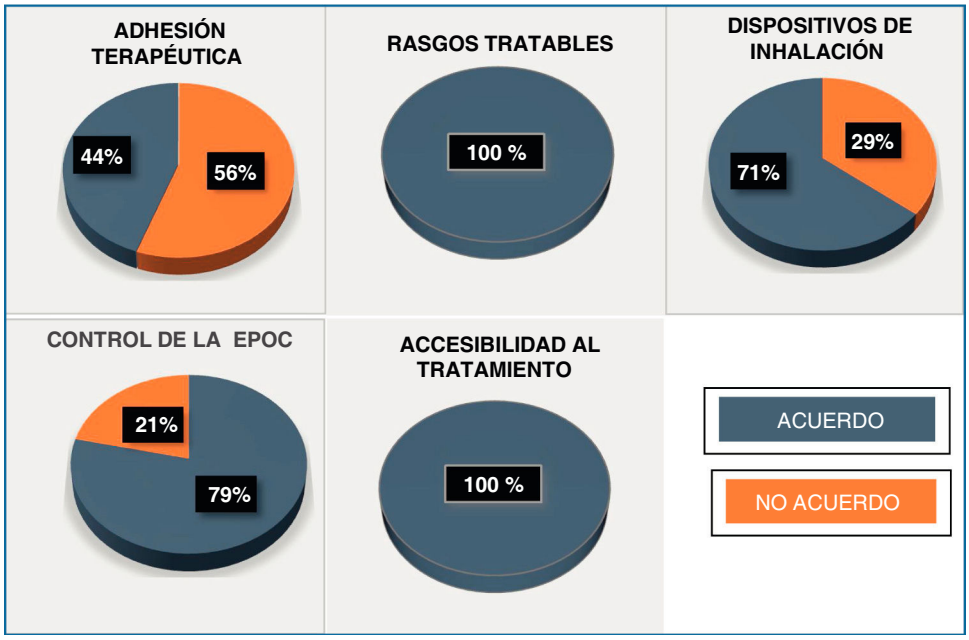

Figura 1. Porcentajes de acuerdo en los distintos dominios.

de la dosis cada 12 o 24 horas impactaba en la adhesión terapéutica y tampoco se logró acuerdo en que la dosis cada 12 horas sea preferible en los pacientes con EPOC más sintomáticos.

2) Control de la EPOC

Se logró consenso en el acuerdo en 10 de las 14 afirmaciones (71,4%). En los pacientes de bajo riesgo, los objetivos de control de la EPOC deben establecerse en función de la sintomatología, y en los de alto riesgo los objetivos deben establecerse en función de los síntomas y las exacerbaciones. También hubo acuerdo, en que, para establecer un nuevo plan terapéutico, se debe considerar la situación del paciente en ese momento. El panel acordó que un paciente controlado es aquel con un cuadro de baja sintomatología y sin exacerbaciones, que se mantiene en el tiempo. En los pacientes EPOC de bajo riesgo se considera que están controlados cuando se mantienen estables durante un año. Los especialistas además estuvieron de acuerdo en que la pérdida de la función pulmonar debería ser un criterio de mal control y que el tabaquismo activo debería ser un factor relacionado con el mal control de la EPOC. Asimismo, consensuaron positivamente que los puntos a considerar para el ajuste del tratamiento deben incluir la adhesión terapéutica, la actividad física, las comorbilidades y las preferencias del paciente.

No se logró consenso en la aseveración acerca de que el impacto y la estabilidad de la enfermedad resultan suficientes para valorar el control de la EPOC y en que los objetivos de control deben establecerse en función de la gravedad. Tampoco hubo consenso en que los pacientes de alto riesgo se consideran controlados cuando presentan estabilidad durante un periodo de tres meses.

3) Rasgos tratables

En este dominio hubo consenso en el acuerdo en las seis afirmaciones incluidas. Se coincidió en que la definición debe incluir: las características individuales del paciente, que deben ser cuantificables y que deben tener un carácter pronóstico. Asimismo, hubo acuerdo en que los rasgos tratables deberían priorizarse por su impacto en el pronóstico, en la sintomatología y en las exacerbaciones de los pacientes con EPOC.

4) Dispositivos de inhalación

En este dominio hubo consenso en el acuerdo en 10 de las 14 aseveraciones (71,4%). Los panelistas acordaron que, con una utilización correcta del inhalador, los resultados del tratamiento dependen del depósito pulmonar que se consigue con el dispositivo y que no existen diferencias según el tipo de inhalador. También hubo acuerdo en que los principales errores en los dispositivos inhaladores de dosis medida (MDI) se asocian con la coordinación, y en los dispositivos inhalatorios de polvo seco (DPI) con el insuficiente flujo inspiratorio. Por otra parte, también se acordó que en los pacientes con EPOC que no responden al tratamiento, se debería comprobar siempre el uso correcto del dispositivo antes de escalar el tratamiento. Además, hubo acuerdo en que se deben conside-

rar en la elección de dispositivos, otros criterios relevantes como la edad, el flujo inspiratorio y las preferencias del paciente. También se coincidió que el médico, los enfermeros y/u otros agentes de salud deberían encargarse de la educación sobre el uso de los dispositivos de inhalación.

No hubo consenso en la preferencia acerca del uso del nebulizador en las exacerbaciones graves. Tampoco se logró consenso en la aseveración que, en los pacientes con EPOC, independientemente de su gravedad, no hay diferencias en los resultados obtenidos con los nebulizadores y con los inhaladores con cámara. Asimismo, no se consensuó en que debe evitarse el uso de inhaladores DPI en las exacerbaciones debido al flujo inspiratorio insuficiente que presentan muchos pacientes en esas circunstancias. Por último, no hubo acuerdo en la afirmación que, en los pacientes con EPOC que no responden al tratamiento, se deba cambiar de molécula antes de escalar en el tratamiento.

1) Accesibilidad al tratamiento

Se logró consenso en las seis aseveraciones (100%). Los encuestados consensuaron en el desacuerdo que los pacientes con EPOC tienen acceso a toda la medicación que recomiendan las guías y que el acceso a la medicación inhalada es igual en la atención pública que en la medicina privada. Por otra parte, hubo acuerdo en que la limitación más importante a la medicación inhalada es el alto costo y que la combinación corticoide inhalado/beta agonista de acción prolongada (CI/LABA) se usa más frecuentemente, por una mayor accesibilidad que otras formulaciones inhalatorias. Por último, el panel estuvo de acuerdo en que ła rehabilitación respiratoria en estos pacientes no es accesible en nuestro país; en cambio, sí lo es, la oxigenoterapia domiciliaria.

Discusión

Las guías, habitualmente utilizadas en el manejo de los pacientes con EPOC, tratan de aportar un enfoque unificado y son sumamente útiles, pero posiblemente no se puedan trasladar todas las recomendaciones a la práctica clínica diaria**.** Analizando los resultados de este trabajo, se pueden identificar áreas de incertidumbre entre los especialistas de Argentina, sin embargo, se constatan múltiples puntos de acuerdo.

El primer dominio analizado fue el de adhesión terapéutica, la cual es definida como la responsabilidad que tiene un paciente en el cuidado de su salud, cumpliendo las indicaciones y recomendaciones, incluido el tratamiento farmacológico[7]. Resulta lógico, en un contexto de poco tiempo de consulta, que los cuestionarios de adherencia tengan un limitado uso y así lo expresaron tanto los neumólogos de Argentina y España. También coincidimos en que la confianza entre médico y paciente es importante, aunque por sí sola no garantiza el cumplimiento del tratamiento. Nos sorprendió que se opinara a favor de que el retiro de la medicación sin receta, en farmacia mejoraría la evaluación de la adhesión, ya que es una práctica no empleada comúnmente en Argentina. A diferencia de los colegas españoles, no consensuamos en que las farmacias deberían participar en los programas de entrenamiento en el uso de los dispositivos ya que en nuestro país el personal de farmacia, en general, no está habituado a dicha tarea. Coincidimos en ambos países, que los dispositivos de manejo más sencillo mejoran la adherencia dado que requieren menos pasos, menor coordinación y menos flujo inspiratorio, que permiten una realización más correcta y eficaz[8,9]. Diferimos con los neumólogos de España en que estos prefieren regímenes cada 12 horas en los pacientes más sintomáticos[10]. Estuvimos de acuerdo acerca de que la elección del dispositivo preferido por el paciente y que el disminuir el número de dispositivos mejora la adherencia, coincidente con estudios que mostraron ventajas de la triple terapia en un solo dispositivo frente a varios[11,12].

El control clínico de la EPOC puede ser definido como una condición de bajo impacto clínico mantenido durante un largo tiempo[3–13]. Después de la terapia inicial, los pacientes deben ser reevaluados para luego ajustar el tratamiento, si fuera necesario. En las guías GOLD se sigue recomendando el seguimiento con base en la intensidad de la disnea y a las exacerbaciones[1]. En las guías GesEPOC el paciente clasificado como no controlado tiene un mayor riesgo de agudización tanto a corto plazo, hasta seis meses, como a largo plazo, sumado a mayor riesgo de deterioro en la calidad de vida. Luego de un análisis detallado de las posibles causas de esta falta de control, puede ser necesario un incremento en la intensidad del tratamiento[3–14]. Si bien coincidimos en que los objetivos de control deben establecerse en función de los síntomas y las exacerbaciones tal como recomienda una reciente publicación[15] y que, cuando un paciente de bajo riesgo se encuentra estable un año está controlado, no hubo coincidencia con los neumólogos de SEPAR que consideran que un paciente con EPOC de alto riesgo se cataloga controlado cuando presenta estabilidad durante un periodo de tres meses, concepto coincidente con las últimas propuestas de Soler, Cataluña sobre el control de la EPOC[16,17]. Se coincidió que los objetivos de control de la EPOC deben establecerse en función de la gravedad y también hubo acuerdo en ambos países en tener en cuenta la función pulmonar, el cese del tabaco, la adhesión a la terapéutica, la actividad física, las comorbilidades y las preferencias del paciente en el control de la patología.

En el dominio de rasgos tratables[1,3,18] hubo acuerdo en todas las afirmaciones entre los expertos de ambos países, lo cual indica uniformidad en el enfoque, pese a las diferencias en los sistemas de salud. Estimamos que esta coincidencia está basada en los aportes de lo publicado y la experiencia de cada uno de los neumólogos en su práctica diaria. Es de notar que el mayor acuerdo se logró en la afirmación que los rasgos tratables deberían priorizarse por su impacto en la sintomatología.

Es indiscutible que la terapia inhalatoria es la vía preferida y piedra angular del tratamiento en la EPOC; tampoco se cuestiona que los resultados clínicos son similares con los inhaladores portátiles MDI, DPI y nebulizadores, siempre que sean correctamente usados en el paciente seleccionado[1,3,19]. Los encuestados de ambos países coincidieron en aseverar que los principales errores críticos con los dispositivos MDI se deben a incoordinación entre el disparo con la inhalación y a un pico de flujo inspiratorio máximo subóptimo[20]. Sin embargo, hay discrepancias en el rol de la terapia nebulizada durante una exacerbación de EPOC, lo cual se vio en las opiniones de los encuestados de ambos países. Hay publicaciones a favor, puesto que no se requiere coordinación y se necesita un esfuerzo inhalatorio mínimo en comparación con los MDI y los DPI[21], pero también en otras no se encuentran diferencias[22]. Sí, hubo acuerdo en aseverar que deben evitarse los inhaladores DPI en las exacerbaciones, debido al flujo inspiratorio insuficiente. En consonancia con lo publicado por GOLD, los encuestados de ambos países coincidieron en plantear un cambio de molécula en pacientes que no responden al tratamiento y que, previamente a escalar el tratamiento, se debe comprobar el uso correcto del dispositivo. Hubo coincidencia entre encuestados argentinos y españoles en acordar que la enfermería u otros agentes de salud podrían contribuir en la educación sobre el uso de los dispositivos inhalatorios, si bien en la vida real, en Argentina, no hay participación de esos agentes sanitarios. Los especialistas argentinos discreparon con los españoles al opinar que el médico es quien se encarga de instruir en la técnica inhalatoria, que podría ser atribuido a diferencias entre los sistemas de salud de ambos países.

Considerando que en Argentina existen factores que influyen en el manejo de los pacientes con EPOC, y que no fueron evaluados en el consenso español, se adicionó un quinto dominio de disponibi-

lidad de recursos terapéuticos. Si bien en nuestro país se dispone de la mayoría de los medicamentos que recomiendan las guías, los neumólogos argentinos coincidieron que el acceso no es el mismo en instituciones públicas que en las privadas, siendo el alto costo la limitación más importante. El uso más frecuente de la combinación CI/LABA se debe a la mayor accesibilidad, sumado a la ausencia de LAMA y de la combinación LABA/LAMA en el plan médico obligatorio de los financiadores de salud. Algo similar ocurre con la rehabilitación respiratoria que tiene un acceso restringido, pese a existir especialistas y servicios reconocidos, pero esta práctica en nuestro país tiene muy baja cobertura de los seguros de salud y aranceles reducidos. Con relación a la provisión de oxígeno domiciliario hubo amplio acuerdo en la accesibilidad en sus diferentes formas, estimamos que esto se debe a la buena cobertura que existe en el ámbito privado como público.

El estudio tiene limitaciones. Una, es que fue efectuado con base en otro trabajo ya realizado. Además, si bien los neumólogos que participaron se dedican a EPOC, solo representan menos de una décima parte de los especialistas de Argentina y el resto también atiende pacientes con esta patología. No obstante, observamos como fortaleza, que respondieron la mayoría de los expertos que ejercen actividad académica sobre la enfermedad.

Conclusiones

Este consenso evidenció que los neumólogos de Argentina manejamos los pacientes con EPOC de manera similar, encontrándose un acuerdo total o muy cercano a la totalidad en todos los dominios, excepto en el de adherencia terapéutica.

Comparando resultados entre los neumólogos de España y Argentina se detectó una tendencia a la coincidencia en todos los dominios, aunque se observaron discordancias especialmente con relación a los dispositivos de inhalación, probablemente, debido a los diferentes sistemas sanitarios.

En nuestro país la accesibilidad a los tratamientos indicados por las guías es muy limitada, siendo la combinación LABA/CI la más utilizada debido a la falta de disponibilidad de otras formulaciones inhaladas. La misma limitación existe con la rehabilitación respiratoria.

Finalmente, entendemos que este consenso pone en evidencia una fuerte dificultad de los pacientes con EPOC de la Argentina a acceder a los tratamientos indicados por los neumólogos y que podría servir de herramienta para abrir la discusión, a fin de optimizar el manejo de esta prevalente patología.

Contribuciones de los autores

Los autores han contribuido por igual a la elaboración de este artículo.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Miguel Penizzotto. Speaker: laboratorios AstraZeneca – Elea - Cassasco y Knight. Invitaciones a reuniones científicas: laboratorios GSK - Boehringer Ingelheim – Lab. Bagó y Raffo. Ana López. Speaker: laboratorios AstraZeneca - Boheringer Ingelheim – Novartis - Elea y GSK. Invitaciones a reuniones científicas: laboratorios GSK - Boehringer Ingelheim - AstraZeneca y Elea. Carlos Sebastián Wustten. Speaker: laboratorios AstraZeneca – GSK y Sanofi. Invitaciones a reuniones científicas: laboratorios GSK - Boehringer Ingelheim - AstraZeneca y Elea. Vanesa Abrate. Speaker: Laboratorio GSK. Invitaciones a reuniones científicas: laboratorios GSK - Boehringer Ingelheim y AstraZeneca. Sergio Arias. No presenta conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. José Luis López-Campos y al grupo de SEPAR autores del «Consenso sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EPOC: Grupo de trabajo EPOC Forum» que nos permitieron tomar este trabajo para realizar nuestro consenso. A todos los neumólogos de Argentina que participaron del trabajo. A la AAMR que nos brindó su apoyo. A la web master Muriel Cabrera que se encargó de todo lo relacionado con la encuesta.

Bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. [consultado 19 May 2023). Disponible en: https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/2022
2. Echazarreta A, Arias S, Del Olmo R, Giugno ER, Colodenco FD, Arce SC, et al. Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 6 aglomerados urbanos de Argentina: el estudio EPOC.AR. Arch Bronconeumol. 2018;54:260–9, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2017.09.018.
3. Miravitlles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez J-T, Trigueros JA, et al. Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2022;58:69–81, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.005.
4. Montes de Oca M, López Varela M, Acuña A, Schiavi E, Casas A, et al. Guía de práctica Clínica Latinoamericana de EPOC. Asociación Latinoamericana de Tórax, ALAT. [consultado 15 Ene 2023. Disponible en: https://alatorax.org/es/guias/guia-de-practica-clinica-latinoamericana-de-epoc-basada-en-evidencia
5. Guía de práctica clínica sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). [consultado 3 Feb 2023]. https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-epoc
6. López-Campos JL, Calle Rubio M, Izquierdo Alonso JL, Fernández-Villar A, Abascal-Bolado B, Alcázar B, 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.
7. Alfonso LM. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cub Salud Pública. 2004;30:350.
8. Sivori M, Balanzat A, Barimboim E, Casas JP, Nannini L, Stok A., et al. Inhaloterapia: recomendaciones para Argentina 2021. Medicina. 2021;81 Suppl 2:1–32.
9. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018;59:163–72.
10. Roche N, Chavannes NH, Miravitlles M. COPD symptoms in the morning: impact, evaluation and management. Respir Res. 2013;14:1–8, http://dx.doi.org/10.1186/1465-9921-14-112.
11. Alcázar-Navarrete B, Jamart L, Sánchez-Covisa J, Juárez M, Graefenhain R, Sicras-Mainar A. Clinical Characteristics Treatment Persistence, and Outcomes Among Patients With COPD Treated With Single or Multiple-Inhaler Triple Therapy: A Retrospective Analysis in Spain. Chest. 2022;162(5):1017–29, http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2022.06.033.
12. Halpin D, Worsley S, Afisi S, Beeh K-M, Midwinter D, Kocks JWH, et al. INTREPID: single- versus multipleinhaler triple therapy for COPD in usual clinical practice. ERJ Open Res. 2021;7:00950–2020, http://dx.doi.org/10.1183/23120541.00950-2020.
13. Soler-Cataluña J, Alcázar-Navarrete B, Miravitlles M. The concept of control in COPD: a new proposal for optimising therapy. Eur Respir J. 2014;44(4):1072–5, http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00064414.
14. Miravitlles M, Sliwinski P, Rhee CK, Costello RW, Carter V, Tan J, et al. Evaluation of criteria for clinical control in a prospective, international, multicenter study of patients with COPD. Respir Med. 2018;136:8–14, http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2018.01.019.
15. Miravitlles M, Sliwinski P, Rhee C, Costello RW, Carter V, Tan JHY, et al. Respiratory Effectiveness Group (REG); following investigators participated in the study Changes in Control Status of COPD Over Time and Their Consequences: A Prospective International Study. Arch Bronconeumol. 2021;57:122–9, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2020.06.003.
16. Soler-Cataluña J, Marzo M, Catalán P, Miralles C, Alcazar B, Miravitlles M. Validation of clinical control in COPD as a new tool for optimizing treatment. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018;13:3719–31, http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S178149.
17. Soler-Cataluña J, Alcázar B, Miravitlles M. Clinical Control in COPD: A New Therapeutic Objective? Arch Bronconeumol. 2020;56:68–9, http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2019.06.004.

18. Agustí A, Rapsomaniki E, Beasley R, Hughes R, Müllerová H, Papi A, et al. Treatable traits in the NOVELTY study. Respirology. 2022;27:929–40, http://dx.doi.org/10.1111/resp.14406.
19. Dhand R, Dolovich M, Chipps B, Myers TR, Restrepo R, Farrar JR. The role of nebulized therapy in the management of COPD: evidence and recommendations. COPD. 2012;9(1):58–72, http://dx.doi.org/10.3109/15412555.2011.630047.
20. Barjaktarevic I, Milstone A. Nebulized Therapies in COPD: Past Present, and the Future. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016;11:25665–32596.
21. Barjaktarevic I, Milstone A. Nebulized Therapies in COPD: Past Present, and the Future. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2020;12(15):1665–77, http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S252435.
22. Van Geffen W, Douma W, Slebos D, Kerstjens H. Broncodilatadores administrados por nebulizador versus pMDI con espaciador o DPI para las exacerbaciones de la EPOC. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(8):D011826, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011826.pub2.