



Novedades en la práctica clínica: lo último en **Neumología**

Rodolfo Álvarez-Sala Walther
Servicio de Neumología
Hospital Universitario La Paz Madrid

Novedades en la práctica clínica: lo último en Neumología

- Comentar algunos artículos relevantes
- Estrategia nacional EPOC

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

OBJETIVO

Efecto en la calidad de vida al final de la vida en pacientes ambulatorios con reciente diagnóstico de cáncer de pulmón no célula pequeña con metástasis, tras comenzar tratamiento paliativo de forma **precoz**

Pronóstico: 1 año

Pacientes randomizados a:

- 1.- Tratamiento paliativo + tratamiento oncológico
- 2.- Tratamiento oncológico

Objetivo principal: Cambio en la calidad de vida tras 12 semanas

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

RESULTADOS

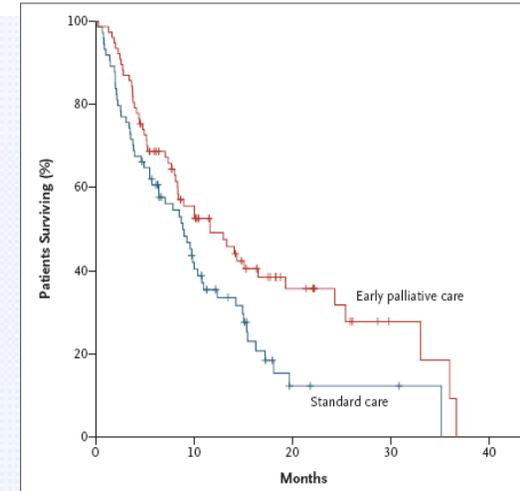
151 pacientes: completaron 107

Pacientes tratamiento paliativo precoz tuvieron:

- Mejor calidad de vida
- Menos síntomas depresivos
- La supervivencia media fue mayor (11,6 frente a 8,9 meses)
- Menor consumo recurso sanitarios

CONCLUSIONES

En los pacientes con cáncer de pulmón no célula pequeña un tratamiento paliativo precoz conlleva mejoras en la calidad de vida y ánimo en comparación con tratamiento estándar



Does Asbestos Exposure Cause Airway Obstruction, in the Absence of Confirmed Asbestosis?

Jacques Ameille¹, Marc Letourneux², Christophe Paris³, Patrick Brochard⁴, Audrey Stoufflet³, Evelyne Schorle⁵, Antoine Gislard⁶, François Laurent⁷, Françoise Conso⁸, and Jean-Claude Pairon⁹

OBJETIVO

¿Exposición laboral al asbesto es causa de obstrucción bronquial?

MÉTODO

Evaluar función pulmonar en relación a exposición acumulativa al asbesto en cohorte de trabajadores jubilados voluntarios (3.600)

FEV1/FVC, FEV1 y FEF₂₅₋₇₅

Sexo, tabaco, IMC

Does Asbestos Exposure Cause Airway Obstruction, in the Absence of Confirmed Asbestosis?

Jacques Ameille¹, Marc Letourneux², Christophe Paris³, Patrick Brochard⁴, Audrey Stoufflet³, Evelyne Schorle⁵, Antoine Gislard⁶, François Laurent⁷, Françoise Conso⁸, and Jean-Claude Pairon⁹

MÉTODO

Cinco grupos según grado de exposición asbesto

Edad media 63,2 años

75% fumadores

LIMITACIONES

Población voluntaria

Jubilados

CONCLUSIONES

Los resultados no confirman una relación causal entre exposición al asbesto y obstrucción bronquial

Roflumilast in moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease treated with longacting bronchodilators: two randomised clinical trials.

Lancet 2009:374:695-703

- 2 ensayos: multicéntricos, randomizados, doble ciego, intención de tratar
- EPOC moderado/grave
- Pacientes ambulantes <40 años
- 1) Roflumilast (500 mg/día, vía oral) o placebo+ salmeterol
- 2) Roflumilast (500 mg/día, vía oral) o placebo+ tiotropio
- 24 semanas
- Objetivo principal: aumento de FEV1 prebroncodilatador

Roflumilast in moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease treated with longacting bronchodilators: two randomised clinical trials.

Lancet 2009:374:695-703

Roflumilast

- Nuevo antiinflamatorio
- Inhibidor selectivo de isoenzima fosfodiesterasa 4
- Inhibe quimiotaxis y activación de leucocitos
- Impide liberación interleucinas
- Efecto antirremodelado actuando sobre fibroblastos, músculo liso...
- Disminuye número leucocitos en esputo
- Mejora la función pulmonar
- Disminuye exacerbaciones en EPOC muy grave

Roflumilast in moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease treated with longacting bronchodilators: two randomised clinical trials.

Lancet 2009:374:695-703

- 1) Ensayo (Roflumilast/placebo+salmeterol)
466 enfermos con roflumilast - 467 placebo
- 2) Ensayo (Roflumilast/placebo+tiotropio)
371 con roflumilast - 372 placebo

Roflumilast in moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease treated with longacting bronchodilators: two randomised clinical trials.

LANCET 2009;374:695-703

RESULTADOS

	M2-127			M2-128		
	Salmeterol+ roflumilast	Salmeterol+ placebo	Salmeterol+roflumilast vs salmeterol+placebo	Tiotropium+ roflumilast	Tiotropium+ placebo	Tiotropium+roflumilast vs tiotropium+placebo
Lung function*						
Change in prebronchodilator FEV ₁ (mL)	39 (9); n=456	-10 (9); n=463	Difference 49 (27 to 71); p<0.0001	65 (12); n=365	-16 (12); n=364	Difference 80 (51 to 110); p<0.0001
Change in postbronchodilator FEV ₁ (mL)	68 (9); n=452	8 (9); n=460	Difference 60 (38 to 82); p<0.0001	74 (12); n=364	-7 (11); n=363	Difference 81 (51 to 110); p<0.0001
Change in prebronchodilator FVC (mL)	32 (15); n=456	-14 (14); n=463	Difference 47 (10 to 84); p=0.0128	54 (20); n=365	-41 (19); n=364	Difference 95 (47 to 143); p=0.0001
Change in postbronchodilator FVC (mL)	67 (15); n=452	10 (15); n=460	Difference 58 (20 to 95); p=0.0028	27 (23); n=364	-74 (22); n=363	Difference 101 (45 to 156); p=0.0004
Exacerbations†						
Mild, moderate, or severe (mean rate, per patient per year [95% CI])	1.9 (1.5 to 2.5); n=131	2.4 (1.9 to 3.1); n=159	RR 0.79 (0.58 to 1.08); p=0.1408	1.8 (1.3 to 2.5); n=82	2.2 (1.7 to 2.9); n=112	RR 0.84 (0.57 to 1.23); p=0.3573
Median time to first exacerbation (moderate or severe; days [IQR])	83.0 (41.0 to 102.0)	71.0 (33.0 to 109.0)	HR 0.6 (0.4 to 0.9); p=0.0067	80.5 (49.0 to 124.0)	74.5 (35.0 to 123.0)	HR 0.8 (0.5 to 1.1); p=0.1959
Median time to first exacerbation (mild, moderate, or severe events; days [IQR])	53.0 (10.0 to 85.0)	47.0 (17.0 to 96.0)	HR 0.9 (0.7 to 1.1); p=0.2707	50.0 (15.0 to 98.0)	37.0 (13.0 to 88.0)	HR 0.7 (0.5 to 1.0); p=0.0264
Proportion of patients with an exacerbation (moderate or severe)	51 (11%)	83 (18%)	RiR 0.60 (0.43 to 0.82); p=0.0015	42 (11%)	58 (16%)	RiR 0.73 (0.51 to 1.05); p=0.0867
Proportion of patients with an exacerbation (mild, moderate, or severe)	131 (28%)	159 (34%)	RiR 0.82 (0.68 to 0.99); p=0.0419	82 (22%)	112 (30%)	RiR 0.75 (0.59 to 0.95); p=0.0169
Further prespecified secondary analyses						
TDI focal score*	1.2 (0.1); n=454	1.1 (0.1); n=460	Difference 0.1 (-0.2 to 0.4); p=0.4654	1.4 (0.1); n=364	0.9 (0.1); n=364	Difference 0.4 (0.1 to 0.7); p=0.0032
Change in SOBQ*	-0.6 (0.7); n=454	-1.1 (0.7); n=461	Difference 0.5 (-1.2 to 2.2); p=0.5457	-3.4 (0.7); n=359	-0.7 (0.7); n=359	Difference -2.6 (-4.5 to -0.8); p=0.0051
Change from baseline in rescue medication (puffs per day)*	-0.01 (0.08); n=437	0.08 (0.08); n=442	Difference -0.09 (-0.28 to 0.11); p=0.3689	-1.56 (0.11); n=364	-1.05 (0.11); n=365	Difference -0.51 (-0.80 to -0.23); p=0.0004
Data are mean (SE), difference (95% CI), or point estimate (95% CI), unless otherwise indicated. n=number of patients with data available (or, for exacerbations, number of patients with at least one exacerbation). FEV ₁ =forced expiratory volume in 1 s. FVC=forced vital capacity. RR=rate ratio. HR=hazard ratio. RiR=risk ratio. TDI=transition dyspnoea index. SOBQ=Shortness of Breath Questionnaire. *Least squares mean (SE). †Estimated exacerbation rates were based on a Poisson regression model, HRs were based on a Cox proportional hazards model, RiRs were based on a log binomial regression model. Models included the treatment, age, sex, smoking status, country pool, and baseline postbronchodilator FEV ₁ (only for the Poisson regression model).						

Table 2: Effect of treatment on primary and secondary functional and clinical outcomes in salmeterol plus roflumilast (M2-127) and tiotropium plus roflumilast (M2-128) trials

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

- Ministerio de Sanidad y Política Social
- Comité técnico: sociedades científicas, asociaciones pacientes
- Comité institucional: 17 comunidades autónomas

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

EPOC: limitación crónica al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a reacción inflamatoria anómala, debida principalmente a humo de tabaco

Cambios patológicos en pulmón

Asociación: manifestaciones extrapulmonares, comorbilidad

Diagnóstico: $FEV1/FVC < 0,7$ postbroncodilatador

Principal factor de riesgo: tabaco

Prevalencia tabaquismo en España: 26,4%

(Encuesta nacional de salud 2006)

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

- OMS: 270 millones personas tienen EPOC
- 2005: 3 millones murieron por EPOC
- 2030: cuarta causa de muerte en el mundo (OMS)
- 2.000 madrileños fallecen al año por EPOC
- 6,5% de las altas hospitalarias
- 0,2% del PIB (3.000 millones €/año)

(Arch Bronconeumol 2008;44:271-81)

- Hospitalización
- Medicación (oxigenoterapia)

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

- Estudio IBERPOC: prevalencia: 9,1% adultos 40-69 años (Chest 2000;118:981-9)
- Estudio EPI-SCAN: prevalencia: 10,2% adultos 40-80 años (Thorax 2009;64:863-8)

78% no están diagnosticados (IBERPOC, 1997)

73% no están diagnosticados (EPI-SCAN 2007)

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

- 1.- Prevención y detección precoz
- 2.- Atención al paciente crónico
- 3.- Atención al paciente con exacerbación
- 4.- Cuidados paliativos
- 5.- Formación profesional
- 6.- Investigación

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

1.- Prevención y detección precoz

Prevención: incidir sobre el tabaquismo

- Edad media inicio tabaquismo: 14,2 años
- Prevención en adolescentes y jóvenes
- Escuelas, lugar de trabajo, sitios públicos
- Tratamientos a los que lo soliciten

Detección precoz

- Publicidad a población general
- Espirometrías en Atención Primaria
- Tratamientos precoces
- Vacunas

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

2.- Atención al paciente crónico

Valoración componente perceptivo de los pacientes

- Cuestionarios calidad de vida
- Estado anímico
- Ejercicio físico
- Impacto social y familiar

Valoración componente extrapulmonar

- Pérdida peso
- Disminución masa muscular
- Osteoporosis

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

2.- Atención al paciente crónico

- Estado nutricional
- Valoración de comorbilidad
 - Cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes
 - Enfoque integral
- Registro exacerbaciones
 - Condicionan el pronóstico
- Escalas multidimensionales
 - Índice BODE: predice mortalidad

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

2.- Atención al paciente crónico

Objetivos

- Reducir morbimortalidad de la EPOC
- Mejorar la calidad de vida
- Cuidados de Enfermería
- Abandono de tabaquismo
- Programas de oxigenoterapia domiciliaria
- Rehabilitación respiratoria

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

3.- Atención al paciente con exacerbación

- 60% del coste de la EPOC
- Empeora la calidad de vida de los enfermos
- Ensombrece el pronóstico

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

3.- Atención al paciente con exacerbación

Objetivos

- Elaboración de vías clínicas, protocolos
- Áreas específicas en los hospitales para su tratamiento
 - Ventilación mecánica no invasora
 - Monitores
 - Personal entrenado
- Continuidad asistencial en Primaria
- Hospitalización a domicilio

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

4.- Cuidados paliativos

- Etapa muy avanzada y terminal
- Alivio de síntomas
- Soporte emocional
- Planificación continuidad
- Formación personal sanitario
- Apoyo psicológico y sociofamiliar
- Ayuda a los cuidadores

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

5.- Formación de profesionales

- Plan de formación continuada para médicos y Enfermería
 - Detección precoz
 - Estilo vida saludable
 - Educación a pacientes y familiares
 - Educación técnicas de inhalación
 - Tratamiento tabaquismo
 - Cuidados paliativos

Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009

6.- Investigación

- Carlos III: 47 proyectos: 2.379.153 € (2006-08)
- Plan de formación continuada para médicos y Enfermería

Objetivos

- Promover redes investigación
- Asociación con Primaria

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

II Congreso Ibérico de Medicina Interna

OVIEDO

17-20 Noviembre 2010

**Auditorio-Palacio de Congresos
"Príncipe Felipe"**

**VII Congreso de la Sociedad
Asturiana de Medicina Interna**