

## Diagnóstico precoz de la EPOC

Este Desktop helper revisa la evidencia sobre los beneficios de la detección y el diagnóstico precoz de la EPOC y proporciona a los profesionales sanitarios herramientas para lograrlo en los pacientes bajo su cuidado.

### ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ?

La EPOC es una enfermedad frecuente en todo el mundo, con una morbilidad y mortalidad considerables.<sup>1</sup> El infradiagnóstico de la EPOC es un problema persistente en todo el mundo y sigue siendo una de las principales razones del infratratamiento de la enfermedad, a pesar de la disponibilidad de intervenciones no farmacológicas y farmacológicas eficaces.<sup>2</sup> Se calcula que la prevalencia mundial de la EPOC es del 10,3%.<sup>2</sup> Las tasas de infradiagnóstico en los países de ingresos bajos y medios pueden ser especialmente elevadas, y algunas estimaciones sugieren tasas de infradiagnóstico superiores al 90%.<sup>3</sup>

La EPOC sintomática no diagnosticada se asocia a un mayor riesgo de exacerbaciones, neumonía, un marcado impacto negativo en la calidad de vida (CdV) e incluso la muerte prematura.<sup>1,4-6</sup> El diagnóstico de EPOC suele producirse cuando ya se ha perdido una parte significativa de la función pulmonar. En el momento en que las personas buscan ayuda

para sus síntomas, su FEV<sub>1</sub> ha descendido a menudo a ~50% de lo previsto, un nivel en el que el estado de salud se reduce sustancialmente. Además, otras consecuencias de la EPOC, como la disnea, la depresión y la ansiedad, suelen hacer que las personas sean menos activas y menos capaces de hacer frente a la enfermedad.<sup>1</sup> Las razones por las que se retrasa el diagnóstico de la EPOC son numerosas y complejas, e incluyen factores personales, del personal sanitario y del sistema que impiden la notificación, el reconocimiento o la identificación de síntomas sugestivos de EPOC, o la disponibilidad de la espirometría, esencial para diagnosticar la EPOC (véase la Guía rápida de espirometría del IPCRG en: <https://www.ipcr.org/DTH14>).<sup>2</sup> Algunos profesionales y el público en general han considerado que la EPOC es una enfermedad autoinfligida si la persona ha fumado tabaco, lo que ha dado lugar a estigmatización, autoinculpación y retrasos en la búsqueda de atención sanitaria. Esto subestima el hecho de que el consumo de tabaco es una dependencia crónica que suele comenzar en la infancia y que, a

menudo, está infradiagnosticada e infratratada. Además, la evidencia científica reciente ha demostrado que existen muchos factores genéticos y ambientales asociados a una función pulmonar reducida, que varían, se acumulan e interactúan a lo largo del tiempo, incluso antes del nacimiento.<sup>2,7</sup>

### ¿PUEDE SER ÚTIL UNA INTERVENCIÓN PRECOZ?

Una intervención precoz en la EPOC sintomática puede mejorar la calidad de vida (CdV).<sup>1</sup> La evidencia indica que un diagnóstico precoz acompañado de una intervención temprana retrasa el deterioro de la función pulmonar, reduce la carga sintomática y mejora la CdV.<sup>2</sup> Para reducir el riesgo de exacerbaciones causadas por infecciones respiratorias, asegúrese de que sus pacientes se vacunen (gripe, COVID-19, neumococo y Tdp [tos ferina]).<sup>2</sup> Aunque todavía no se ha incluido en las directrices, la evidencia sugiere que la vacuna contra el VRS en pacientes de alto riesgo como los que padecen EPOC probablemente sea beneficioso. El tratamiento de la

Figura 1: Obstáculos al diagnóstico precoz de la EPOC y estrategias para superarlos.

#### Barreras

#### Estrategias prácticas



- No reconocer la EPOC debido a su evolución lenta y progresiva.
- Tendencia a achacar la disnea a la edad y a la falta de actividad, asumiendo que la tos es normal ("tos de fumador").
- Tendencia a no quejarse de la enfermedad ("el silencio de las personas con EPOC").
- Poco énfasis en los síntomas, lo que puede hacer que los profesionales sanitarios sean menos propensos a sospechar la EPOC en una fase temprana y a ser menos agresivos con el tratamiento.
- Reticencia de los fumadores a consultar sobre la disnea por miedo a ser estigmatizados por fumar.

- Educación del paciente
- Educación y participación de familiares y cuidadores
- Búsqueda proactiva de casos de personas con síntomas sugestivos de EPOC



- No considerar las infecciones bronquiales repetidas como un signo precoz de EPOC
- No considerar la EPOC en no fumadores
- Centrarse sólo en las comorbilidades (los pacientes con EPOC suelen tener múltiples comorbilidades que pueden ser más acuciantes y más claras de diagnosticar)
- No tener en cuenta la EPOC en las mujeres debido a prejuicios sexistas (se asume que las mujeres padecen asma).
- No investigar antes la EPOC porque dejar de fumar es la principal intervención para todos los fumadores, independientemente del estado de la EPOC.
- A menudo no se ofrecen o no se dispone de servicios y apoyo para la dependencia del tabaco.

- Educación del profesional sanitario
- Mayor vigilancia de los síntomas sugestivos de EPOC (especialmente en pacientes mayores de riesgo)



- Realización inconsistente de la espirometría y falta de formación en espirometría en atención primaria
- La controversia sobre la espirometría en atención primaria para la detección precoz desanima a algunos profesionales.
- Falta de financiación/reembolso de la espirometría en atención primaria
- Falta de disponibilidad de la espirometría
- Retrasos en la recepción de los informes de espirometría cuando se realiza fuera de la consulta.

- Profesionales con especial interés
- Microspirómetros para descartar EPOC
- Formación en espirometría
- Estrategias de financiación a nivel local



- Falta de tiempo en el ámbito de la atención primaria que afectan negativamente a la capacidad de los profesionales para gestionar al paciente de forma proactiva
- Las epidemias respiratorias (p. ej., COVID-19) crean obstáculos importantes para la evaluación de los pacientes y el retraso o el cese de servicios de diagnóstico.

- Desarrollo de directrices locales claras sobre cómo proceder en consultas saturadas durante epidemias respiratorias.

dependencia del tabaco y el apoyo a las personas para que dejen de fumar son eficaces para ralentizar el ritmo de deterioro de la función pulmonar,<sup>8</sup> y cuanto antes deje de fumar una persona, mayor será el impacto.<sup>9</sup> Entre los factores que pueden promover el éxito de los intentos de dejar de fumar se incluyen proporcionar a la persona un diagnóstico firme<sup>10</sup> y una valoración exhaustiva de la enfermedad y de la edad pulmonar de la persona.<sup>11</sup> Para saber más sobre el tratamiento de la dependencia del tabaco, consulte el documento del IPCRG Desktop Helper helping people quit tobacco (Disponible en: <https://www.ipcr.org/desktophelpers/desktop-helper-no-4-helping-patients-quit-tobacco-3rd-edition>) y <https://www.ipcr.org/themes/tobacco-dependence>. En las poblaciones en las que la contaminación del aire interior y exterior son también factores de riesgo primarios de EPOC, es importante estar atentos a los síntomas sugestivos de EPOC, independientemente de los antecedentes de dependencia del tabaco o del sexo (la presentación de la enfermedad puede ser diferente en mujeres que en hombres; véase el Desktop Hepler del IPCRG sobre la mejora de la atención a las mujeres con EPOC en <https://www.ipcr.org/DTH8>).

La intervención farmacológica precoz también es muy importante para el tratamiento de la EPOC (véase la Rueda de la EPOC del IPCRG en <https://www.ipcr.org/copdwheel> para saber más sobre el tratamiento personalizado en las personas con EPOC). Se recomienda el tratamiento con broncodilatadores de acción prolongada para los pacientes con disnea predominante.<sup>2</sup> En caso de que no se disponga de estos fármacos, los antagonistas muscarínicos de acción corta (SAMA) o los agonistas beta de acción corta (SABA) podrían ser la primera opción.<sup>2,12</sup> En las personas con una función pulmonar relativamente conservada en reposo, la limitación del flujo aéreo durante el ejercicio se asocia a una disfunción extensa de las vías respiratorias pequeñas,<sup>13</sup> lo que sugiere un posible beneficio también para esta población.<sup>14</sup> En los últimos años, las recomendaciones se han orientado hacia el uso de la doble broncodilatación como tratamiento inicial para las personas sintomáticas.<sup>1,15</sup> Sin embargo, es necesario estudiar con más detenimiento hasta qué punto este enfoque puede ser adecuado para la enfermedad más leve y temprana. Para los pacientes con exacerbaciones frecuentes, hay que tener en cuenta los niveles de eosinófilos en sangre: unos antecedentes de 1 exacerbación moderada al año y unos eosinófilos en sangre  $\geq 100$  a  $<300$   $\mu\text{L}$  sugieren la adición de corticoides inhalados (CI) a los broncodilatadores de acción prolongada; unos antecedentes de hospitalizaciones por exacerbaciones de la EPOC o  $\geq 2$  exacerbaciones moderadas al año y unos eosinófilos en sangre  $\geq 300$  células/ $\mu\text{L}$  favorecen claramente la adición de CI a los broncodilatadores de acción prolongada.<sup>2</sup> En ambas opciones, los CI se consideran sólo como un complemento del tratamiento broncodilatador de acción prolongada. Si los pacientes con EPOC tienen asma concomitante, deben recibir el mismo tratamiento que los pacientes con asma. Un diagnóstico precoz ofrece una

**Tabla 1: Ejemplos de herramientas para identificar a las personas con síntomas sugestivos de EPOC en los centros de atención primaria a las que se debería considerar la realización de una espirometría**

Herramienta	Comentarios	Dirección web
Prueba de salud pulmonar de Canadá <sup>26</sup>	Sencillo y rápido de administrar; no validado. 5 preguntas	<a href="https://www.lungsask.ca/media/16">https://www.lungsask.ca/media/16</a>
COPD Population Screener (COPD-PS) <sup>27</sup>	Reconocida y validada internacionalmente. Sencillo y rápido de administrar, 5 preguntas + edad.	<a href="https://www.copdfoundation.org/Screeners.aspx">https://www.copdfoundation.org/Screeners.aspx</a>
Evaluación de la EPOC en Atención Primaria para identificar el riesgo de enfermedades respiratorias no diagnosticadas (CAPTURE) <sup>28</sup>	Validado e incluye la medición del FEM. Buena capacidad discriminatoria en entornos de PIBM. <sup>28</sup> Baja sensibilidad para detectar EPOC clínicamente significativa en una población de atención primaria estadounidense. <sup>29</sup>	<a href="https://www.researchgate.net/publication/325741206">https://www.researchgate.net/publication/325741206</a>
EPOC en PIBM (COLA) <sup>30</sup>	Validado y con buena capacidad discriminatoria en entornos de PIBM; <sup>28</sup> puede utilizarse junto con el PEF <sup>31</sup>	<a href="https://www.dovepress.com/a-novel-case-finding-instrument-for-chronic-obstructive-pulmonary-dise-peer-reviewed-fulltext-article-COPD">https://www.dovepress.com/a-novel-case-finding-instrument-for-chronic-obstructive-pulmonary-dise-peer-reviewed-fulltext-article-COPD</a>

PIBM: países de ingresos bajos y medios; FEM: flujo espiratorio máximo.

oportunidad importante para minimizar los efectos acumulativos de las exacerbaciones, entre los que se incluyen la pérdida de la función pulmonar, las exacerbaciones recurrentes, la disminución de la calidad de vida, las complicaciones cardiovasculares y los efectos del uso de corticoides sistémicos. El tratamiento de la EPOC es polifacético y requiere una estrecha colaboración y comunicación entre la persona con EPOC, su familia/cuidadores y sus profesionales sanitarios. Además de un diagnóstico precoz, para mejorar los resultados se requiere que las personas con EPOC y sus familiares/cuidadores comprendan su enfermedad y puedan participar en las decisiones compartidas sobre los objetivos del tratamiento. Discutir cinco cuestiones básicas sobre la EPOC ayudará en este proceso: ¿Cómo se llama? ¿Por qué la tengo? ¿Qué pasará después? ¿Qué podemos hacer al respecto? ¿Cómo afectan mis decisiones a mi futuro? (consulte la Rueda de la EPOC del IPCRG en <https://www.ipcr.org/copdwheel>). Fomente la autogestión asistida proporcionando a sus pacientes y a sus familiares/cuidadores una formación adecuada y la oportunidad de hablar sobre las medidas prácticas que pueden tomar para controlar su enfermedad, como el control de la disnea y la reducción del sedentarismo.<sup>16</sup> Para más información, consulte el documento del IPCRG Desktop Helper on integrating a supportive and palliative approach from diagnosis to end of life for people with COPD (Disponible en: <https://www.ipcr.org/DTH3>) y la revista del IPCRG COPD Magazine (Disponible en: <https://www.ipcr.org/resources/search-resources/copd-magazine-breathe-well-move-more-live-better-pdf-edition> y <https://www.ipcr.org/DTH10>).

## ¿CUÁLES SON LOS OBSTÁCULOS PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ?

La evidencia que respalda los beneficios de un diagnóstico y una intervención

tempranos en las personas con EPOC está bien establecida.<sup>17</sup> Sin embargo, existen muchos obstáculos para lograr un diagnóstico temprano (Figura 1). Si reconocemos estos obstáculos, podremos dar los primeros pasos para superarlos.

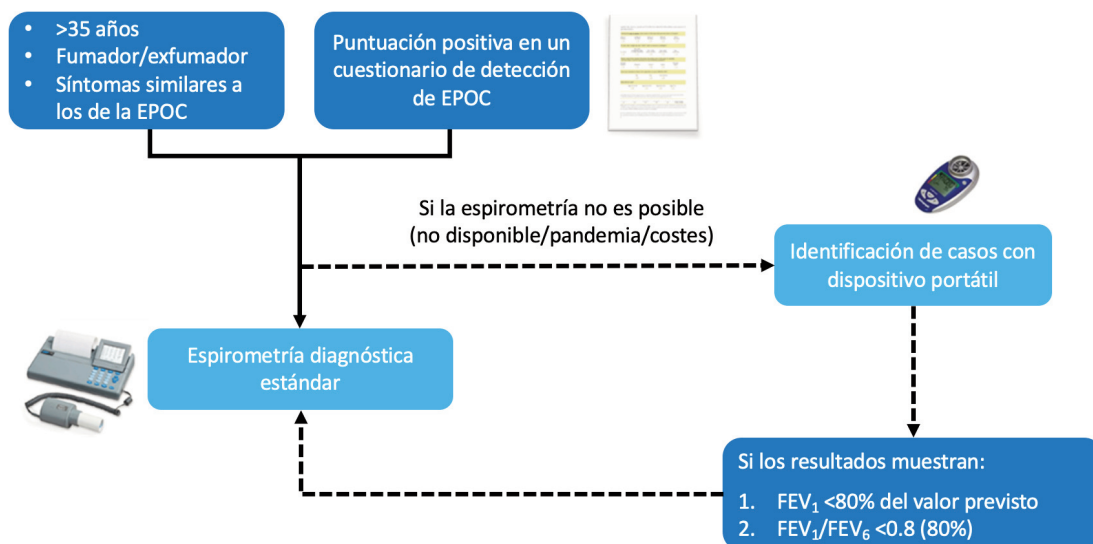
## ¿CÓMO LOGRAR UN DIAGNÓSTICO PRECOZ?

Hay una serie de estrategias que pueden utilizarse para fomentar un diagnóstico más temprano. Las últimas investigaciones señalan que se debe hacer hincapié en la necesidad de que en las historias clínicas de los pacientes con sospecha de EPOC se investiguen los acontecimientos vitales tempranos y que la espirometría se utilice mucho más como marcador de salud global. Promover una mejor comprensión y concienciación entre los profesionales sanitarios y las personas de la comunidad acerca de una enfermedad cada vez más importante es la piedra angular para lograr un cambio global de actitud.

La espirometría es obligatoria para el diagnóstico de la EPOC (véase la guía rápida del IPCRG sobre espirometría en: <https://www.ipcr.org/DTH14>).<sup>2</sup> Sin embargo, identificar a las personas a las que debe realizarse una espirometría es un reto. Es posible que las personas no consulten por los síntomas de EPOC, que no los perciban como un problema y/o que se sientan avergonzadas por consultar por ellos, dado el estigma frecuentemente asociado a la dependencia del tabaco.<sup>18,19</sup> Esté atento a la EPOC en las personas que presenten síntomas respiratorios sugestivos, especialmente en aquellas con antecedentes de tabaquismo en el pasado o en la actualidad, así como en aquellas con exposición a la contaminación del aire interior (cocina/calefacción con combustibles sólidos) y exterior, incluida la exposición ocupacional.

Se han desarrollado herramientas clínicas centradas en preguntas clave para personas con síntomas sugestivos de EPOC (Tabla 1). Estudios recientes sugieren que ►

Figura 2: Algoritmo para la identificación y diagnóstico de personas con EPOC sintomática.



estas herramientas se utilizan más adecuadamente en combinación con medidas objetivas de la obstrucción del flujo aéreo (FEM o espirometría).<sup>20-22</sup> Un resultado negativo hace menos probable el diagnóstico de EPOC.

Utilizados en combinación con una revisión exhaustiva de la historia clínica en busca de pruebas compatibles con exacerbaciones previas de EPOC (que a veces pueden pasarse por alto con facilidad)<sup>23</sup>, pueden ayudar a determinar si está indicada una espirometría diagnóstica. A nivel de población, la distribución de cuestionarios a través de los medios de comunicación (tanto tradicionales como digitales) puede animar a las personas a autoexaminarse para detectar síntomas. Si se justifica, las personas pueden acudir a su médico de familia para una evaluación más exhaustiva.

El IPCRG recomienda que todas las personas  $\geq 35$  años con antecedentes de tabaquismo sean evaluadas por su riesgo de desarrollar EPOC (Figura 2). El uso de microespirometría cuando no se dispone de espirometría diagnóstica ha demostrado ser útil para descartar la EPOC en personas con alta sospecha de EPOC según criterios de detección de casos,<sup>24</sup> pero no es diagnóstica por sí misma. Un microespirometro es un dispositivo portátil barato (menos de 100 euros) que utiliza el cociente  $FEV_1/FEV_6$  para identificar a las personas con una función pulmonar reducida para una posterior evaluación de la EPOC; un valor  $< 0,8$  justifica la derivación para una espirometría diagnóstica.<sup>25</sup> La prueba es rápida de completar y no requiere broncodilatación.

Tenga en cuenta la posibilidad de pasar por alto casos de EPOC cuando evalúe a personas jóvenes. La evidencia de obstrucción en estos individuos puede deberse a exposiciones significativas en la infancia (p. ej. combustibles 2biomasa) o por un déficit de  $\alpha 1$ -antitripsina. La sospecha de la EPOC puede conducir a un diagnóstico para estas personas, dados los beneficios potencialmente significativos de las intervenciones tempranas, la identificación de los miembros de la familia en situación de riesgo, el asesoramiento genético y la instauración de una farmacoterapia más temprana. Identifique a las personas con síntomas sugestivos de EPOC y riesgo de desarrollar EPOC relacionado con la exposición, pero sin evidencia de obstrucción del flujo aéreo, para su futura monitorización y seguimiento.

## RESUMEN

El diagnóstico precoz de las personas con EPOC permite el inicio temprano de intervenciones eficaces y el tratamiento de la enfermedad para minimizar el daño en las personas con riesgo de exposición (humo de tabaco, contaminación del aire interior y exterior) y síntomas de EPOC y ofrecer una espirometría diagnóstica (véase la guía rápida de espirometría del IPCRG Desktop Helper; disponible en <https://www.ipcrg.org/DTH14>) cuando esté disponible. Un diagnóstico precoz permitirá iniciar antes las intervenciones para prevenir las exacerbaciones, preservar la función pulmonar, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad.

## Referencias

- Miravittles M, et al. Thorax 2009;64:863-8.
- Estrategia Mundial para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la EPOC, Iniciativa Mundial para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD) 2023. Disponible en <http://www.goldcopd.org>.
- Lamprecht B, et al. Chest 2015;148:971-85.
- Colak Y, et al. Lancet Respir Med 2017;5:426-34.
- Koch M, et al. BMC Public Health 2019;19:1727.
- Alhabeeb FF, et al. Respir Med 2022;200:106917.
- Vila M, et al. Med Clin (Barc) 2022;159:33-9.
- Scanlon PD, et al. Am J Respir Crit Care Med 2000;161(2Pt1):381-90.
- Bednarek M, et al. Thorax 2006;61:869.
- Parkes G, et al. Br Med J 2008;336:598-600.
- van Schayck OCP, et al. npj Prim Care Respir Med 2017;27:38.
- Johansson G, et al. Prim Care Respir J 2008;17:169-75.
- Ofir D, et al. Am J Respir Crit Care Med 2008;177:622-9.
- Lacasse Y, et al. Cochrane Database Syst Rev 2006:CD003793.
- Soler-Cataluna JJ, et al. Thorax 2005;60:925-31.
- Tashkin DP, et al. N Engl J Med 2008;359:1543-54.
- Kaplan A. Can Fam Physician 2009;55:58-9.
- Habraken JM, et al. Br J Gen Pract 2008;58:844-9.
- Chapman KR, et al. Chest 2001;119:1691-5.
- Martins S, et al. Eur Respir J 2021;58:PA3639.
- Pan Z, et al. BMJ Open 2021;11:e051811.
- Siddharthan T, et al. JAMA 2022;327:151-60.
- Lee TA, et al. Chest 2006;129:1509-15.
- Yarnall KS, et al. Prev Chron Dis 2009;6:A59.
- Pinto L, Banka R. Eur Respir J 2017;50:PA397.
- O'Donnell D, et al. Can Respir J 2008;15(Suppl A):1A-8A.
- Gu Y, et al. Ann Med 2021;53:1198--206.
- Martínez FJ, et al. Am J Respir Crit Care Med 2017;195:748-56.
- Martínez FJ, et al. JAMA 2022;329:490-501.
- Siddharthan T, et al. JAMA 2022;327:151-60.
- Siddharthan T, et al. Int J Chron Obstruct Pulm Dis 2020;15:2769-77.



IPCRG Desktop Helpers son hojas informativas de fácil manejo desarrolladas por el IPCRG, en colaboración con médicos, pacientes y educadores clínicos:

- Proporcionan orientación práctica y apoyo a los médicos que trabajan en atención primaria sobre diferentes aspectos del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades respiratorias.
- Se basan en la evidencia y ofrecen enlaces a otros recursos.



[www.ipcr.org/desktophelpers](http://www.ipcr.org/desktophelpers)

**IPCRG** No. 12 March 2022  
**DESKTOP HELPER**

**COPD and Mental Health: Holistic and Practical Guidance for Primary Care**

This desktop helper aims to raise awareness of the challenge of identifying and managing mental health problems in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and to direct primary care professionals (PCPs) to assessment tools as well as non-pharmacological and pharmacological interventions.

**INTRODUCTION**  
Mental health problems, including anxiety and depression, are common among people with COPD and substantially impact their quality of life (QoL). In addition, tobacco smoking is prevalent, tobacco dependence is an additional factor that can significantly impact on QoL of people with COPD. However, PCPs often have low confidence to treat these problems due to the complex inter-relationships between them and symptoms such as breathlessness, which hinders engagement and treatment planning with COPD.

**DESKTOP HELPER** No. 5 May 2016

**BEATHING** Thinking about dying  
Anxiety, distress  
Feeling of panic

**IPCRG** No. 9. Maio 2018  
**GUIA PRÁTICO**  
Cuidados personalizados: Adultos com asma

**Que são cuidados personalizados?**  
Os cuidados personalizados querem o doente a desenvolver o conhecimento, as capacidades e a confiança necessárias para tratar a sua doença de modo eficaz e a tomar decisões informadas sobre os seus próprios cuidados de saúde. Identificam-se que é mais importante para cada pessoa e garantir que os cuidados que recebem são apropriados em função das suas necessidades individuais. São frequentemente designados como cuidados centrados no doente ou cuidados centrados no paciente. Realizam-se em função de um interesse crescente no papel do médico de família e no aumento da participação dos doentes em decisões sobre os seus cuidados de saúde. Entende-se assim que os cuidados personalizados, também incluem o doente participante, o plano de cuidados personalizado e o apoio aos auto-cuidados.

**Como personalizar a consulta da pessoa com asma crónica?**  
**O diagnóstico**  
A história clínica e a ausculta e a spirometria é diagnóstico a múltipla importância e tem um grande impacto na forma como o doente se sente enquanto respira. Para obter o diagnóstico, é necessário o consentimento do doente. Por exemplo, os doentes que não sabem o diagnóstico têm uma menor probabilidade de serem não-aderentes. Para muitos doentes, o diagnóstico é um processo que ocorre durante vários consultórios, em vez de ser apenas uma vez, e que pode ser um diálogo contínuo entre o médico e o doente.

**PERGUNTE**  
• Por que não está aqui hoje?  
• Tem dores de que lado?  
• Já estava lá há algum tempo? O que está a fazer para melhorar?  
• Como se sente se não for diagnosticado com asma?

**ACONSELHE**  
• Com o tratamento adequado, a maioria das pessoas consegue controlar a sua asma e viver bem.  
• O diagnóstico é fundamentalmente entender o doente, reconhecer e validar as suas preocupações e o seu desejo de tomar decisões.  
• Os benefícios de um diagnóstico eficaz, mesmo que seja por diagnóstico por exclusão, incluem: reduzir o risco de exacerbações, melhorar a qualidade de vida e melhorar a adesão ao tratamento.

**ATUE**  
• Faça um teste de função pulmonar em 2 a 3 dias após o início dos sintomas.  
• Explique o que é a asma.  
• Informe o doente sobre o diagnóstico e o plano de cuidados.  
• Não deixe o doente sem acompanhamento.

**Como tá hoje?**

**IPCRG** No. 8 January 2018  
**DESKTOP HELPER**

**Improving care for women with COPD: guidance for primary care**

The scope of global primary care includes not only disease management, but also prevention and early risk identification, finding those people in the community who need special attention, diagnosis, treatment and management. One such challenge is to identify early, diagnose, and treat women with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The main challenges of COPD in women and the reasons that they need special attention, are depicted in Figure 1.

**Figure 1 The impact of COPD in women.**  
Based on: Han CL (2012) *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37, 1-10. doi:10.1111/j.1365-2796.2011.02400.x

and may need special social support. Women experience more symptoms (especially breathlessness), have a more impaired quality of life and suffer from more exacerbations than men.<sup>14</sup> This means that not only women benefit from clear monitoring of their exacerbation risk, symptoms and quality of life. Primary care physicians need to be aware of these issues, and to be able to offer support and management to women with COPD.

**DESKTOP HELPER** No. 7 July 2017

**Reabilitação pulmonar na comunidade**

Um Guia de Referência: O que é essencial saber sobre a reabilitação pulmonar para melhorar a saúde e a fazer mais

**SEU PAPEL NA OTIMIZAÇÃO DO USO DE BP**  
A reabilitação pulmonar é um programa estruturado de intervenção que visa melhorar a capacidade funcional, a qualidade de vida e a adesão ao tratamento em pessoas com DPOC. O papel do profissional de saúde primária é fundamental para a identificação, avaliação e encaminhamento dos pacientes para este programa.

**IPCRG** No. 10 December 2019  
**DESKTOP HELPER**

**Predicting diagnosis in primary care patients suspected of obstructive**

**USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN INHALADA EN PACIENTES EPOC CON COMORBIDAD MÚLTIPLE: GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA**

Este guía describe los desafíos relacionados con el tratamiento farmacológico del paciente con EPOC y múltiples comorbidades, ofreciendo recomendaciones de uso racional de medicamentos.

**INTRODUCCIÓN**  
El paciente con EPOC y múltiples comorbidades requiere un enfoque terapéutico personalizado que considere tanto la enfermedad pulmonar como las comorbidades. El uso racional de la medicación inhalada es fundamental para optimizar los resultados clínicos y minimizar los efectos adversos.

**MANTENIBILIDAD Y EPOC**  
El paciente con EPOC y múltiples comorbidades requiere un enfoque terapéutico personalizado que considere tanto la enfermedad pulmonar como las comorbidades. El uso racional de la medicación inhalada es fundamental para optimizar los resultados clínicos y minimizar los efectos adversos.

**MANEJO DEL PACIENTE EPOC CON COMORBIDAD**  
El paciente con EPOC y múltiples comorbidades requiere un enfoque terapéutico personalizado que considere tanto la enfermedad pulmonar como las comorbidades. El uso racional de la medicación inhalada es fundamental para optimizar los resultados clínicos y minimizar los efectos adversos.

**IPCRG** No. 11 January 2021 First edition  
**DESKTOP HELPER**

**Remote respiratory consultations**

**Remote respiratory consultations**  
Remote respiratory consultations have become a familiar sight in our region. The only method of contact for those with an acute respiratory illness during the COVID-19 pandemic, and for those with chronic respiratory conditions, has been remote consultations. Our experience and that of others have shown that remote consultations can be a valuable tool for managing respiratory illness, but they also have limitations. This desktop helper provides a practical guide to remote respiratory consultations, covering the benefits and risks, and offering advice on how to make the most of this service.

**WHAT WHERE WHEN?**  
Remote respiratory consultations are best used for acute respiratory illness, when the patient is unable to attend a face-to-face consultation, and when the patient has a clear respiratory illness. They are not suitable for chronic respiratory conditions, or for patients with complex respiratory illness.

**Use case scenarios:**  
• A patient with a cough and sputum, who is unable to attend a face-to-face consultation.  
• A patient with a respiratory infection, who is unable to attend a face-to-face consultation.  
• A patient with a respiratory infection, who is unable to attend a face-to-face consultation.

**Telephone triage?**  
This can be used to identify which patients need face-to-face contact. However, this should not be used to replace face-to-face consultations.

**IPCRG** No. 11 January 2021 First edition  
**DESKTOP HELPER**

**Remote respiratory consultations**

**Remote respiratory consultations**  
Remote respiratory consultations have become a familiar sight in our region. The only method of contact for those with an acute respiratory illness during the COVID-19 pandemic, and for those with chronic respiratory conditions, has been remote consultations. Our experience and that of others have shown that remote consultations can be a valuable tool for managing respiratory illness, but they also have limitations. This desktop helper provides a practical guide to remote respiratory consultations, covering the benefits and risks, and offering advice on how to make the most of this service.

**WHAT WHERE WHEN?**  
Remote respiratory consultations are best used for acute respiratory illness, when the patient is unable to attend a face-to-face consultation, and when the patient has a clear respiratory illness. They are not suitable for chronic respiratory conditions, or for patients with complex respiratory illness.

**Use case scenarios:**  
• A patient with a cough and sputum, who is unable to attend a face-to-face consultation.  
• A patient with a respiratory infection, who is unable to attend a face-to-face consultation.  
• A patient with a respiratory infection, who is unable to attend a face-to-face consultation.