

JOSÉ MANUEL HELGUERA QUEVEDO, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CS BAJO ASÓN.  
(Nº COLEGIADO: 393905254)

## “CON ELLIPTA NOS ACERCAMOS A LO QUE SE ESPERA DE UN INHALADOR PARA FOMENTAR LA PERSISTENCIA DE LOS TRATAMIENTOS”

**La prevalencia de la EPOC ha aumentado en nuestro país. Por ello, contar con inhaladores como Ellipta, que ayudan a tener una correcta adherencia, es clave para pacientes y médicos.**

**E**n contra de la percepción general, la prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) está creciendo en nuestro país, especialmente entre las mujeres. De hecho, así lo demuestran los resultados preliminares del estudio EPI-SCAN II, con datos de 2017, que estiman que la prevalencia entre la población mayor de 40 años es del 11,8%. En 2007, en el estudio EPI-SCAN I, la cifra fue del 10,2%. *“La previsión es que la prevalencia de la enfermedad siga creciendo, por la persistencia del consumo de tabaco y el envejecimiento poblacional”*, detalla **José Manuel Helguera Quevedo**, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y médico en el Centro Sanitario Bajo Asón (Cantabria), quien, asimismo, recalca que *“los factores como la polución ambiental se han implicado también en este incremento”*.

Pero más que la incidencia, preocupa, y mucho, el infradiagnóstico de la enfermedad. Según el estudio IBERPOC, realizado en España en 1997, era del 78%; en EPI-SCAN I descendió al 73%, y en EPI-SCAN II ha vuelto a repuntar hasta el 74,7%. Para José Manuel Helguera estas cifras plantean *“un reto preocupante a nuestro sistema sanitario y un desafío a los clínicos, en un contexto de sobrecarga y dificultad para trabajar adecuadamente crecientes”*. No obstante, recuerda el doctor que, según datos presentados por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), el gasto de la EPOC supone un 2% del total del gasto sanitario nacional, unos 3.700 euros por paciente y año, atribuible en un 50% a gastos de hospitalización, *“nuestro gran reto actual”*. Además, motiva el 10%



de las consultas de Atención Primaria y el 35% en Neumología. En cuanto a las cifras de mortalidad, también son alarmantes: en 2016, según el INE, fallecieron 14.017 españoles por EPOC, siendo ya la cuarta causa de muerte, *“además de intervenir de forma decisiva en la primera (mortalidad cardiovascular) y la segunda (cáncer, sobre todo de pulmón)”*.

### Adherencia

A ello se le une *“una baja adherencia a todos los dispositivos de inhalación”*. En España<sup>1</sup>, la falta de adherencia al tratamiento varía entre el 29,8% en las pautas de 1 inhalación/24 hrs y el 46,9% en la de 1 inhalación/12 hrs. Asimismo, *“se ha demostrado la relación de escasa adherencia al tratamiento inhalado con: peor control, aumento de exacerbaciones, ingresos, mortalidad y costes”*.

Comenta, asimismo, que la técnica de inhalación debe ser explicada de forma individualizada a cada paciente, adaptando a cada dispositivo a su capacidad de inhalación (voluntaria o no),

coordinación de disparo/inhalación, y capacidad de realizar un flujo inhalatorio suficiente<sup>3</sup>. “Si la molécula no llega a su receptor, no conseguiremos efectividad en práctica clínica diaria. Además, debemos asegurar la adherencia y persistencia del tratamiento por parte del paciente, y esto nos obliga a tomar muy en cuenta sus preferencias y pactar los tratamientos con él”, detalla José Manuel Helguera.

### El inhalador ideal

Mantener el tratamiento a largo plazo es un reto en terapia inhalada, por lo que contar con el inhalador adecuado es indispensable. Así, “el inhalador ideal es el que cumple con los siguientes requisitos<sup>5</sup>: liberación de la dosis de forma precisa y constante; no requerir elevado flujo inspiratorio; fácil de enseñar, aprender y usar; ser utilizable con un gran rango de moléculas; contador de dosis preciso; percepción y comprobación de la dosis inhalada; resistente, portátil, libre de cfc y atractivo a la vista”, argumenta José Manuel Helguera, quien asegura que “todas ellas son características atribuibles al inhalador Ellipta, por lo que nos acercamos a lo que se espera de un inhalador para fomentar la persistencia de los tratamientos<sup>6</sup>”.

Además de las características anteriores, Ellipta, que está indicado en cualquier paciente que precise terapia inhalada, siempre y cuando pueda realizar una inspiración voluntaria y comprenda las instrucciones de funcionamiento, aporta otras ventajas. Es el

caso, por ejemplo, de la disposición de la medicación en alveolos de aluminio aislados de la atmósfera exterior, de la humedad y de la radiación solar, “que se exponen únicamente cuando se abre la tapa protectora y se va a realizar la inhalación”. Asimismo, las dos tiras de alveolos separadas “aportan una gran flexibilidad a la hora de vehiculizar fármacos con distintas características organolépticas”. Por otra parte, Ellipta también imposibilita la sobredosificación, ya que, como explica José Manuel Helguera, “solo se expone un alveolo en cada apertura de la tapa, que queda inutilizado cuando se cierra esta”. A la vez, también ofrece una gran ventana de contador de dosis, “muy apreciada por los pacientes con dificultades de visión”, pues cambia de color cuando se llega a las 10 últimas dosis, y nuevamente cuando se ha acabado.

Otra de las ventajas que refiere el doctor es la falta de preparación previa, lo que reduce la posibilidad de error. “Además, su contenido

*Las dos tiras de alveolos separadas  
“aportan una gran flexibilidad  
a la hora de vehiculizar fármacos  
con distintas características  
organolépticas”*



▼ **ROLUFTA®**  
Ellipta  
umeclidinio

**REVINTY®**  
Ellipta  
furoato de fluticasona / vilanterol

▼ **LAVENTAIR®**  
Ellipta  
umeclidinio / vilanterol

## Elige tratamiento sin cambiar de dispositivo



(▼) Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.



no precisa ser agitado, y no requiere coordinación del disparo y la inhalación, al no precisarse este”, añade José Manuel Helguera.

### Evidencias

La evidencia de Ellipta también está más que probada con una serie de estudios. Uno de los principales estudios que comparan inhaladores entre sí demuestra<sup>7</sup> la bajísima tasa de errores críticos que los pacientes cometen al utilizarlo. “Así, el porcentaje de error frente a *accuhaler* es del 4%, frente al 13% de este, o del 6% frente al 25% de MDI, o finalmente del 5% frente al 33% de *turbuhaler*”. Además, “*Ellipta* se trata de uno de los dispositivos de inhalación con menor resistencia intrínseca a esta, consiguiendo la desagregación de las partículas y una correcta inhalación a flujos medios-bajos<sup>8</sup>, que son los ideales para maximizar el depósito pulmonar<sup>9</sup>”.

Por otra parte, José Manuel Helguera también menciona algunos estudios realizados en el ámbito de la Atención Primaria. Uno de ellos demostró que “*Ellipta* mejora un 25% el control del asma en los pacientes frente al resto de inhaladores utilizados en práctica clínica diaria, compartiendo los mismos grupos terapéuticos. Sabemos que precisamente el control del asma es el principal objetivo del tratamiento para lograr la mayor eficiencia y prevenir el riesgo futuro de la enfermedad<sup>10</sup>”.

En otro estudio destacable<sup>11</sup>, un 27% de pacientes mejoraron su calidad de vida frente a grupos terapéuticos similares en otros dispositivos de inhalación. “Además, se considera por los pacientes como muy fácil de utilizar<sup>12</sup>, y con él se minimiza el porcentaje de errores<sup>13</sup>”, asegura, y concluye que otro estudio llevado a cabo en nuestro país<sup>14</sup> “demuestra que la adherencia al tratamiento es superior en los dispositivos que permiten una administración al día frente a los de dos o más”. +

### Errores más frecuentes

José Manuel Helguera explica los errores más frecuentes tanto en el uso de los inhaladores MDI (dispositivos en aerosol presurizado) como los DPI (dispositivos con polvo seco).

En los MDI, los errores más frecuentes son:

- No realizar preparación previa
- No realizar la espiración previa
- No agitar el dispositivo
- No comenzar inhalación inmediatamente antes del disparo
- Detener inhalación al disparar (por efecto freón-frío)
- No realizar la apnea post inspiratoria
- Olvidar agitar antes de cada nueva inhalación

En el caso de los DPI, son:

- No comprobar indicador de dosis restantes
- No cargar la dosis
- No realizar espiración previa
- Mal emplazamiento de la boquilla
- Inspiración insuficiente
- No realizar la apnea postinspiratoria

### BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez de Llano L. Assessing adherence to inhaled medication in asthma: Impact of once-daily versus twice-daily dosing frequency. *The ATAUD study. J Ashtma* 2018 Sep (55);9:933-8
2. Plaza V. Update on questionnaires for assessing adherence to inhaler devices in respiratory patients. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2017. Vol 17
3. Plaza V, Giner J et al. GEMA Inhaladores. *Terapia inhalada: fundamentos, dispositivos y aplicaciones prácticas*. Luzán 5 Health Consulting; 2018
4. Price D, et al. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2014;24:14009
5. Plaza V, Giner J et al. GEMA Inhaladores. *Terapia inhalada: fundamentos, dispositivos y aplicaciones prácticas*. Luzán 5 Health Consulting; 2018
6. Svedater H, Jacques L, Goldfrad C, et al. Ease of use of the ELLIPTA dry powder inhaler: data from three randomised controlled trials in patients with asthma. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2014;24:14019
7. Van der Palen J, Thomas M, Chrystyn H, Sharma RJ, Van der Valk P, Goosens M et al. A randomised open-label cross-over study of inhaler errors, preference and time to achieve correct inhaler use in patients with COPD or asthma: comparison of Ellipta® with other inhaler devices. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2016; 26: 10679
8. Sanders MJ. Guiding Inspiratory Flow: Development of the In-Check DIAL G16, a Tool for Improving Inhaler Technique. *Pulm Med*. 2017;2017:1495867. doi: 10.1155/2017/1495867. Epub 2017 Nov 16. PMID: 29348936; PMCID: PMC5733915)
9. Giner J, Basualdo L, Casan P et al. Normativas SEPAR: Utilización de fármacos inhalados. *Arch Bronconeumol* 2000;36:34-43
10. Woodcock A, Vestbo J, Bakerly ND, et al. Effectiveness of fluticasone furoate plus vilanterol on asthma control in clinical practice: an open label, parallel group, randomised controlled trial. *Lancet*. 2017;390:2247–2255
11. Svedater H, Jones R, Bosanquet N, et al. Patient-reported outcomes with initiation of fluticasone furoate/vilanterol versus continuing usual care in the Asthma Salford Lung Study. *Respir Med* 2018; 141:198–206
12. Svedater H, Jacques L, Goldfrad C, et al. Ease of use of the ELLIPTA dry powder inhaler: data from three randomised controlled trials in patients with asthma. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2014;24:14019
13. Van der Palen J, Thomas M, Chrystyn H, et al. A randomised open-label cross-over study of inhaler errors, preference and time to achieve correct inhaler use in patients with COPD or asthma: comparison of ELLIPTA with other inhaler devices. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2016;26:16079
14. De Llano LP, Sanmartín AP, González-Barcala FJ et al. Assessing adherence to inhaled medication in asthma: impact of once-daily versus twice-daily dosing frequency. *The ATAUD study. J Ashtma*.2018;55(9):933-93