



Editorial

El porqué de la GesEPOC en nuestro entorno

The Rationale for GesEPOC in Our Environment

Aurelio Arnedillo Muñoz

UGC de Neumología, Alergia y Cirugía Torácica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España



La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las patologías más relevantes dentro de la Neumología, no solo por su elevada prevalencia e infradiagnóstico¹, asignatura todavía pendiente para los neumólogos, sino también por su gran impacto en la calidad de vida y morbilidad, sobre todo durante las agudizaciones². En los últimos 6 años, tras la aparición del documento de la Global Obstructive Lung Disease (GOLD) en 2011, los criterios utilizados para decidir el tratamiento de los pacientes han evolucionado con celeridad. Tras un largo periodo de escasos cambios, GOLD introducía la valoración de la disnea y calidad de vida, así como el riesgo de agudizaciones, medido por la función pulmonar y el número de agudizaciones moderadas-graves en el año previo³, para valorar el tratamiento de los pacientes.

Este periodo de estancamiento probablemente estuviera favorecido por la escasa oferta farmacológica disponible hasta entonces, pero tras la aparición en los últimos años de nuevas moléculas broncodilatadoras, y sobre todo sus asociaciones, y de los estudios publicados, fundamentalmente orientados al papel de la doble broncodilatación⁴ y su comparación con la asociación de broncodilatadores betaagonistas de larga duración con corticoides inhalados (LABA + CI)^{5,6}, ha cambiado todo el panorama terapéutico en el que estábamos anclados desde hacía años.

Otro factor que ha contribuido de manera determinante a esta rápida evolución, así como al posicionamiento de estas moléculas, es la introducción de los fenotipos en la EPOC⁷ y, en este sentido, la Neumología española ha sido pionera gracias a la aparición en 2012 de la Guía española de la EPOC (GesEPOC)⁸, que incorporaba en los esquemas terapéuticos los fenotipos clínicos, aspecto que ha sido decisivo y que posteriormente se ha extendido a otras guías extranjeras.

Con la aparición de GesEPOC, se introducen no solo los fenotipos clínicos, sino que se completa la valoración de la gravedad, basándose en escalas multidimensionales (BODE o BODEx), con lo cual el tratamiento de la EPOC se orientaba hacia una mayor personalización del mismo, si bien tenía como inconveniente un aumento de la complejidad en su manejo.

Un reflejo de la complejidad que supone aplicar estas escalas multidimensionales para valorar la gravedad de la enfermedad es

evidente si analizamos los resultados del estudio EPOCONSUL⁹, que llevó a cabo una auditoría clínica sobre más de 4.500 pacientes con EPOC ambulatorios y que fue realizada por neumólogos españoles. En esta auditoría sobre casi 18.000 registros, solo el 12,4% de los encuestados utilizaba el BODE y el 6,2% el BODEx para determinar la severidad de los pacientes con EPOC, frente al 81,3% que seguía usando el FEV₁, como se había venido haciendo antes de GesEPOC y de la GOLD del 2011.

Con respecto a los fenotipos, surgieron también algunas críticas, con algunos criterios que se requerían para la clasificación de los mismos. Un ejemplo lo tenemos con el fenotipo mixto o actual ACO (asthma COPD overlap), que precisaba en ocasiones recurrir a la eosinofilia en el esputo para llegar a su diagnóstico, técnica que no está disponible en la mayoría de los centros, a pesar de ser uno de los criterios más consistentemente demostrados en la literatura¹⁰. La dificultad que en ocasiones podía conllevar el clasificar a los pacientes según su fenotipo también queda patente en el estudio EPOCONSUL, donde algo menos de la mitad de los pacientes consiguió ser clasificada por fenotipos⁹.

Aunque el objetivo de la guía GesEPOC es la atención más eficiente de los pacientes con EPOC en nuestro medio, no existe información objetiva de cuál ha sido el impacto real de la misma, por lo que en un futuro sería conveniente desarrollar herramientas destinadas específicamente a evaluar este aspecto, sobre todo teniendo en cuenta las dificultades que hemos comentado en su implementación.

En este número, se publica la nueva guía GesEPOC¹¹, que viene renovada y con cambios sustanciales. Uno de ellos es la simplificación para diagnosticar el fenotipo ACO, con criterios fáciles de aplicar y basados en la evidencia científica actual, ya que solo hacen falta la historia clínica, la espirometría con una prueba broncodilatadora y la eosinofilia en sangre periférica¹², lo cual facilita mucho la clasificación del paciente, sobre todo en el ámbito de Atención Primaria.

Otro aspecto novedoso es la estratificación del riesgo de los pacientes, abandonando la compleja clasificación en 5 estadios de gravedad basada en escalas multidimensionales, por otra más fácil, que diferencia a pacientes de «bajo riesgo», los actuales no agudizadores de GOLD 2017¹³ con un grado de disnea 2 o menor de Medical Research Council modificada (mMRC) y con FEV₁ mayor del 50%, y los de «alto riesgo», que serían los agudizadores

Correo electrónico: aure152@separ.es

frecuentes de GOLD 2017 o que presentan FEV₁ menor del 50%, o disnea de grado 3 o mayor de mMRC. Esta clasificación simplifica la valoración del riesgo y las opciones de tratamiento, ya que los pacientes con bajo riesgo no precisarían tratamiento antiinflamatorio y solo se tratarían con broncodilatadores, mientras que en los pacientes de alto riesgo se hace necesario identificar el fenotipo, ya que en ellos el tratamiento se valorará en función de si son no agudizadores, ACO, agudizadores con enfisema o agudizadores con bronquitis crónica.

Estas son solo algunas de las novedades que nos proporciona la nueva GesEPOC, que habrá que ir analizando en profundidad tras su publicación.

Sin duda, la guía GesEPOC ha supuesto, desde su publicación, un antes y un después en el manejo de la EPOC en nuestro país, con una repercusión muy influyente fuera de nuestras fronteras. El manejo terapéutico, tanto farmacológico como no farmacológico de la EPOC, que ha evolucionado muy rápidamente en los últimos años, hacía necesaria una actualización de la guía GesEPOC, que también ha evolucionado adaptándose a las nuevas evidencias y aprendiendo de las críticas recibidas. Sin duda, la nueva GesEPOC dará lugar a debate y discusiones, con opiniones que enriquecerán nuestra percepción de la enfermedad y que servirán para poder seguir avanzando y poder dar a nuestros pacientes una atención cada vez más personalizada, que es a lo que tenderemos en un futuro¹⁴, y de mayor calidad.

Bibliografía

- Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Taulería E, Sánchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: Impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax*. 2009;64:863–8.
- Arnedillo A. Impacto de las agudizaciones e ingresos en la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2010;46 Supl. 8:8–14.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011. [consultado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>
- Di Marco F, Santus P, Scichilone N, Solidoro P, Contoli M, Braido F, et al. Symptom variability and control in COPD: Advantages of dual bronchodilation therapy. *Respir Med*. 2017;125:49–56.
- Horita N, Goto A, Shibata Y, Ota E, Nakashima K, Nagai K, et al. Long-acting muscarinic antagonist (LAMA) plus long-acting beta-agonist (LABA) versus LABA plus inhaled corticosteroid (ICS) for stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. Art. No.: CD012066.
- Wedzicha JA, Banerji D, Chapman KR, Vestbo J, Roche N, Ayers RT, FLAME Investigators. Indacaterol-glycopyrronium versus salmeterol-fluticasone for COPD. *N Engl J Med*. 2016;374:2222–34.
- Miravittles M, Calle M, Soler-Cataluña JJ. Fenotipos clínicos en la EPOC. Identificación, definición e implicaciones para las guías de tratamiento. *Arch Bronconeumol*. 2012;48:86–98.
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)–Guía española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol*. 2012;48 Supl 1:2–58.
- Calle M, Alcázar B, Soriano JB, Soler-Cataluña JJ, Rodríguez JM, Fuentes M. Clinical audit of COPD in outpatient respiratory clinics in Spain: The EPOCONSUL study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:417–26.
- Siva R, Green RH, Brightling CE, Shelley M, Hargadon B, McKenna S, et al. Eosinophilic airway inflammation and exacerbations of COPD: A randomised controlled trial. *Eur Respir J*. 2007;29:906–13.
- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. *Arch Bronconeumol*. 2017;53:324–35.
- Pascoe S, Locantore N, Dransfield MT, Barnes NC, Pavord ID. Blood eosinophil counts, exacerbations, and response to the addition of inhaled fluticasone furoate to vilanterol in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A secondary analysis of data from two parallel randomised controlled trials. *Lancet Respir Med*. 2015;3:435–42.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. [consultado 30 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>
- Agustí A. The path to personalised medicine in COPD. *Thorax*. 2014;69:857–64.