

Editorial

Diferencias entre GesEPOC y GOLD en el año 2017



Differences between GesEPOC and GOLD in 2017

Juan P. de-Torres^{a,*} y Jose M. Marin^b^a Servicio de Neumología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España^b Servicio de Neumología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

En el año 2012¹ se publicaba la primera versión de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) y en 2014 su actualización. Se proponía por primera vez en la literatura médica internacional un abordaje diferente de la enfermedad basado en la clasificación por fenotipos clínicos que guiara a su vez el tratamiento. Esta propuesta de guía de práctica clínica estratifica la gravedad de la enfermedad utilizando una visión multidimensional de la misma considerando la intensidad de los síntomas, el riesgo de exacerbaciones, la afectación de la función pulmonar y la utilización de índices multidimensionales como el BODE o el BODEx.

Anteriormente, en 2011 se había publicado la actualización de la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)² con sus nuevas recomendaciones terapéuticas. Esta versión supuso un cambio sustancial en el abordaje de la enfermedad. Se pasaba de un manejo de la enfermedad centrado únicamente en el FEV₁, a un enfoque multidimensional basado en el grado de obstrucción bronquial, los síntomas y el riesgo de exacerbaciones. Se aceptaba con ello el cambio «filosófico» propuesto por el grupo BODE que pretendía abandonar el nihilismo sobre la EPOC: los enfermos son algo más que un «FEV₁ irreversible y en deterioro temporal». Otros aspectos como el grado de disnea, la capacidad de ejercicio o el estado nutricional, determinan el pronóstico y pueden ser modificados con tratamiento^{3,4}. Este 2017 se publican las nuevas actualizaciones de ambos documentos (GesEPOC y GOLD), que de alguna manera consideran esta visión multidimensional de la enfermedad. En este breve editorial pretendemos dar nuestra visión sobre las diferencias entre estas guías que resumimos en la [tabla 1](#).

La GesEPOC es una guía de práctica clínica promovida por sociedades científicas (principalmente SEPAR), mientras que la GOLD es el resultado del trabajo de expertos independientes. Se tratan de diferentes tipos de documentos; GesEPOC es una guía de práctica clínica que combina las recomendaciones basadas en la metodología Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) con la opinión de expertos en aquellos aspectos en que la metodología GRADE no es aplicable y la GOLD es un

documento estratégico basado en la opinión de expertos tras una revisión sistemática de la literatura.

No existen diferencias fundamentales en el concepto del diagnóstico aunque sí en los puntos de corte para recomendar la realización de espirometría en exfumadores o fumadores activos: 10 paquetes/año en la GesEPOC y 20 paquetes/año en la GOLD.

Luego del diagnóstico, el abordaje es totalmente diferente en ambos documentos, aunque basado en un concepto similar, la multidimensionalidad de la enfermedad. La GesEPOC utiliza las 3 dimensiones para determinar el riesgo: función pulmonar, síntomas y exacerbaciones en el año anterior. El concepto «riesgo» hace referencia a la probabilidad de exacerbaciones futuras, progresión de la enfermedad, complicaciones, consumo de recursos sanitarios y muerte. Se categoriza el riesgo en bajo o alto. La GOLD utiliza ahora la definición clásica de los grados de obstrucción solo con fines pronósticos e incluye la valoración ahora solo bidimensional (síntomas e historia de exacerbaciones) para guiar el tratamiento. Ambos documentos utilizan similares puntos de corte para exacerbaciones, pero la GesEPOC basa la clasificación de los síntomas en la escala de la MRC mientras que la GOLD conserva aún también el COPD Assessment Test (CAT).

La actualización de la GesEPOC deja ahora la determinación del fenotipo clínico solo para los pacientes de alto riesgo⁵. De esta manera se simplifica la valoración de los pacientes, basando el tratamiento de los pacientes de riesgo bajo en la broncodilatación y proponiendo un abordaje más personalizado del tratamiento en aquellos de riesgo alto. La nueva actualización de las recomendaciones de la GOLD⁶, ha quitado el término «inflamación» de su definición y con ello reduce el protagonismo a los corticoides inhalados (CI) para concedérselo a los broncodilatadores. Mantiene su tradicional clasificación de grados de gravedad solo con fines pronósticos, pero no para guiar el tratamiento.

La diferencia fundamental entre ambos documentos continúa siendo el tratamiento farmacológico que paradójicamente está basado en la misma evidencia. La GesEPOC ha simplificado el tratamiento con la estratificación en riesgos. El esquema terapéutico ha dado protagonismo a los LAMA y a la doble broncodilatación en los pacientes de riesgo bajo y en los de riesgo alto se dan más protagonismo a la doble broncodilatación restringiendo los CI de primera elección solo para el fenotipo mixto y de segunda elección tras la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpdetorres@unav.es (J.P. de-Torres).

Tabla 1
Características diferenciales entre GesEPOC y GOLD en el año 2017

Característica	GesEPOC 2017	GOLD 2017
Promotor Definición	Sociedades científicas Síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, causada principalmente por el tabaco	Iniciativa privada Síntomas persistentes y limitación del flujo aéreo causada por una exposición significativa a partículas o gases nocivos
Espirometría Estratificación de riesgo	Historia de > 10 paquetes/año FEV ₁ posbroncodilatador Síntomas (disnea por MRC) Exacerbaciones el año anterior	Historia de > 20 paquetes/año Síntomas (MRC o CAT) Exacerbaciones el año anterior (grupos A, B, C y D)
Riesgo alto	FEV ₁ < 50% previsto, o MRC > 2, o ≥ 2 agudizaciones o un ingreso el año anterior	≥ 2 agudizaciones o un ingreso el año anterior (grupos C y D)
Fenotipos Tratamiento farmacológico inicial	Para pacientes de riesgo alto Riesgo bajo: LAMA Riesgo alto: LABA-LABA (Si ACOS: LABA-CI)	No fenotipos Grupo A: «un broncodilatador» Grupo B: LABA o LAMA Grupo C: LAMA Grupo D: LAMA + LABA o LAMA + CI

ACOS: síndrome de solapamiento de EPOC y asma; CAT: escala del «COPD Assessment Test»; CI: corticoide inhalado; FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo en la espirometría obtenida tras broncodilatador; LABA: broncodilatador beta-adrenérgico de larga duración; LAMA: broncodilatador antimuscarínico de larga duración; MRC: escala de disnea del Medical Research Council.

doble broncodilatación en el resto de agudizadores frecuentes. La GOLD basa sus recomendaciones terapéuticas en 2 dimensiones: los síntomas y la historia previa de exacerbaciones. El papel principal del tratamiento corresponde a los broncodilatadores, ya sea LABA o LABA pero fundamentalmente la combinación LABA + LAMA, restringiendo los CI para los «agudizadores» del grupo C o D siempre en combinación de LABA o LAMA.

A pesar de las dificultades de encontrar una definición sólida del fenotipo mixto, este es reconocido (y se realizan recomendaciones de tratamiento) en la GesEPOC, pero solo es mencionado tangencialmente por la GOLD.

En resumen, parece que (aunque apoyados en la misma evidencia) el abordaje de la enfermedad propuesto por el grupo de la GesEPOC es novedoso y diferente, siguiendo a aquella famosa frase de que «Spain is different». A pesar de que necesitamos evidencia sólida que soporte esta nueva actualización de la guía, no cabe duda que la misma es novedosa, cuestionadora y generadora de discusiones constructivas en diferentes foros.

Bibliografía

- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC): Pharmacological treatment of stable COPD. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery [Article in English, Spanish]. Arch Bronconeumol. 2012;48:247–57.
- Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med. 2013;187:347–65.
- Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004;350:1005–12.
- Marin JM, Cote C, Casanova C, Pinto-Plata V, Montes de Oca M, Divo MJ, et al., en representación del Grupo BODE. Simplifying the guidelines: The 10 COPD commandments [Article in English, Spanish]. Arch Bronconeumol. 2016;52:179–80.
- 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.
- Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Global Strategy for the Diagnosis Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report GOLD Executive Summary [Article in English, Spanish]. Arch Bronconeumol. 2017;53:128–49.