

## Editorial

### Diferencias entre GesEPOC y GOLD

### The differences between GesEPOC and GOLD

José Luis Izquierdo Alonso

Hospital Universitario, Universidad de Alcalá de Henares, Guadalajara, España



Cuando una sociedad científica promueve una guía clínica (GC), el objetivo debe ser reducir la variabilidad clínica, mejorar el cuidado del paciente y abordar, con la mejor evidencia científica disponible, los aspectos más relevantes de la enfermedad. Por este motivo el éxito de una GC no depende solo del nivel de evidencia, del número de expertos o del grado de consenso que pueda haber entre ellos, sino de que realmente pueda implementarse en la práctica médica y de que impacte favorablemente en aspectos relevantes de la salud de una población<sup>1</sup>.

El propio título de este editorial pone en evidencia un grave problema de partida. La existencia de 2 guías, con abordajes diferentes, produce confusión en el clínico, genera un problema de credibilidad ante las autoridades sanitarias y dificulta cualquier actividad docente, ya sea pregrado o posgrado<sup>2</sup>. En este entorno, ¿cuáles son los aspectos más relevantes de GesEPOC y GOLD que deben revalorarse?

#### El concepto: tipo de paciente/tipo de recomendación

Es bien conocido que existen diferentes perfiles de pacientes con EPOC. Ignorar esta heterogeneidad es una grave limitación de GOLD. Al final, GOLD es un texto de 111 páginas que enfoca el manejo de la EPOC como si todos los pacientes fueran iguales, si los ajustamos por FEV1, síntomas o número de exacerbaciones. No es suficiente que GOLD se defina como una recomendación y no como una GC. Evidentemente una recomendación implica un menor grado de exigencia y deja más abierto el desarrollo posterior de planes locales de implementación, pero es difícil que puedan aplicarse correctamente unas recomendaciones que no tienen en cuenta las características clínicas más relevantes de la enfermedad.

Los conceptos que ha introducido GesEPOC son interesantes e intuitivamente muy acordes con la experiencia clínica, pero una cosa es un artículo de opinión o una revisión de la literatura y otra cosa es una GC. El abordaje por fenotipos es útil, pero tal como está planteado en GesEPOC, sin criterios bien definidos para su clasificación, puede generar confusión. Este problema también se traslada a las exacerbaciones, donde el tipo de exacerbación, y no solo el

número, es clave en la prevención y en el tratamiento<sup>3</sup>. GesEPOC ha ayudado a avanzar en este campo, pero no debemos olvidar que nace como guía de alta evidencia científica, con metodología GRADE, y no como recomendaciones como sucede con GOLD. Esto implica una mayor contundencia de los mensajes y, por lo tanto, es exigible un mayor nivel de evidencia. Si el concepto de fenotipos se introduce en una GC deben delimitarse claramente sus límites, reconocerse la ausencia de evidencia científica sólida y debe analizarse como puede influir en su adecuada implementación.

#### El proceso diagnóstico

Las GC deben servir para dar respuesta a los problemas de la vida real, por lo que el primer paso es identificar cuáles son estos problemas. Con las elevadas tasas de infra y sobrediagnóstico, es necesario analizar por qué este problema se repite a lo largo de los años a pesar de la aparición de sucesivas GC.

Una vez establecido el diagnóstico, la valoración del paciente con el esquema de 4 categorías de GOLD, o la valoración de la gravedad con los criterios de GesEPOC, son claramente divergentes y muy mejorables en ambos casos. Partiendo de que la valoración con el esquema GOLD es de dudosa utilidad clínica, ya que se basa en puntos de corte confusos (CAT, MRC, CCQ), carentes de evidencia científica (FEV1 del 50%), o de escaso valor para tomar decisiones clínicas (valor numérico de las exacerbaciones), el planteamiento de GesEPOC debe ser simplificado y mejorado ya que las GC no van dirigidas a expertos. Los expertos no necesitan GC.

En las GC actuales se insiste, a veces de forma machacona, en el uso de la metodología GRADE. Si partimos del concepto de que una GC debe ser implementada en un mundo real donde vamos a tratar, no a la EPOC, sino al paciente con EPOC, es necesario que esta GC sirva de plataforma para elaborar estrategias eficientes, que identifiquen las acciones necesarias para alcanzar nuestro objetivo, y que eliminen al mismo tiempo aquello con menor valor añadido. Esta es la base del éxito de ciertos modelos industriales, trasladados posteriormente al ámbito sanitario (Lean Healthcare)<sup>4</sup>. En un modelo sanitario eminentemente público como el español, las GC deben sentar las bases de un manejo por niveles asistenciales, con áreas de trabajo que deben girar alrededor del médico de referencia (habitualmente el neumólogo)

Correo electrónico: [jlizquierdo@sescam.org](mailto:jlizquierdo@sescam.org)

de una área sanitaria. GOLD, al ser unas recomendaciones globales a nivel mundial no aborda este problema. Aunque GesEPOC incluye a varias sociedades científicas, tampoco sienta adecuadamente las bases para la posterior creación de planes concretos de actuación por niveles, que posiblemente serán la medida más importante para corregir las ineficiencias actuales en el manejo de la EPOC.

### Tratamiento

Aunque la extensión de GesEPOC, con 56 páginas, es notablemente inferior a GOLD, aún parece excesiva para una GC. Posiblemente por este motivo y por las implicaciones de todo tipo que tiene el tratamiento, este apartado es el que suele atraer mayor atención. Excluyendo a los pacientes con características mixtas con el asma, ambas GC plantean una estrategia inicial que muy pocos van a cuestionar: abandono del tabaquismo, vacunación, actividad física y tratamiento broncodilatador. A partir de este punto, ni GOLD ni GesEPOC son capaces de dar una respuesta

precisa a la complejidad individual del paciente con EPOC. Por este motivo, aunque GesEPOC parte con la ventaja de un abordaje más personalizado, debe ser consciente de las limitaciones científicas actuales, asumir que solo puede establecer recomendaciones genéricas y valorar si estas recomendaciones deberían realizarse sobre la presencia de características tratables y no sobre unos fenotipos que no somos capaces de definir con precisión.

### Bibliografía

1. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*. 2014;13:g3725.
2. Miravittles M, Vogelmeier C, Roche N, Halpin D, Cardoso J, Chuhain AG, et al. A review of national guidelines for management of COPD in Europe. *Eur Respir J*. 2016;47:625–37.
3. Bafadhel M, McKenna S, Terry S, Mistry V, Reid C, Haldar P, et al. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Identification of biological clusters and their biomarkers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184:662–71.
4. Ohno T. *The Toyota Production System: Beyond Large Scale Production*. Portland, Oregon: Productivity Press; 1988.