

## Editorial

## Cambios mayores en la Guía española de la EPOC (GesEPOC) 2017: cruzando puentes



### Major Changes in the Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2017: Crossing Bridges

 José Luis Lopez-Campos<sup>a,b,\*</sup>, Eduardo Marquez-Martín<sup>a</sup> y Francisco Ortega-Ruiz<sup>a,b</sup>
<sup>a</sup> Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío, Universidad de Sevilla, Sevilla, España  
<sup>b</sup> CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

El mayor conocimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) adquirido en las últimas décadas ha permitido establecer estrategias de tratamiento más centradas en el paciente. En sus últimas versiones, el documento de la Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD) ha virado hacia una valoración más multidimensional. En España, la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) ha avanzado en esta evaluación mediante los fenotipos clínicos. Aunque ambas estrategias tienen ventajas e inconvenientes<sup>1</sup>, juntas constituyen un ejemplo del avance en la categorización de los pacientes como iniciativa encaminada a la personalización del tratamiento.

Este año se ha publicado la nueva versión del documento GOLD 2017 con importantes novedades en diversos aspectos de la enfermedad<sup>2</sup>. Ahora, en el presente número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, se presenta un resumen ejecutivo con las principales recomendaciones del tratamiento farmacológico de la EPOC estable de GesEPOC 2017<sup>3</sup>. Esta nueva versión de la guía proporciona un enfoque que tiene diversos aspectos que constituyen una aproximación al documento GOLD, pero manteniendo su filosofía propia, con algunos puntos de diferencia.

En el apartado de diagnóstico, GesEPOC 2017 establece una nueva categorización de los pacientes, en la que se sustituye el término de gravedad, medido por BODE-BODEx, por el de alto o bajo riesgo, de manera análoga a GOLD, pero con 2 notables diferencias. En primer lugar, la selección de un distinto punto de corte para la disnea medida por la escala mMRC que GesEPOC establece en más de 2 puntos para los pacientes sin tratamiento. Es probable que este nuevo punto de corte tenga un menor grado de acuerdo con el CAT<sup>4</sup>, pero se ha propuesto como punto de corte para identificar a un paciente con alto impacto de su enfermedad<sup>5</sup>. En segundo lugar, GesEPOC conserva la función pulmonar como una variable a tener en cuenta para esta categorización de riesgo. Esta diferencia con GOLD 2017 pone de manifiesto el debate sobre el papel de la espirometría en el seguimiento de los pacientes. En este debate, si bien es cierto que algunos pacientes mantienen una

función pulmonar estable en el tiempo, en los que la repetición de la espirometría podría aportar escasa información pronóstica nueva en el seguimiento, en pacientes con un deterioro progresivo de la función pulmonar sí tendría un valor añadido. Por tanto, entendemos que la importancia de la valoración funcional periódica podría individualizarse.

Otro cambio relevante desde el punto de vista diagnóstico en GesEPOC es la consideración del solapamiento entre EPOC y asma. En esta nueva versión, GesEPOC adopta la terminología GOLD de ACO (Asthma and COPD Overlap). Sin embargo, los criterios diagnósticos han cambiado considerablemente en relación con la anterior versión de GesEPOC y se basan en el consenso de la SEPAR realizado entre las áreas de asma y de EPOC<sup>6</sup>. Se abandonan, por tanto, los criterios mayores y menores que se proponían en la anterior versión, probablemente tras los resultados de estudios observacionales sobre los mismos<sup>7</sup>. Hasta la fecha actual, GOLD 2017 aún no ha publicado el anexo que refieren en su texto sobre el ACO, por lo que no sabemos si cambiará su aproximación diagnóstica.

Desde el punto de vista terapéutico, GesEPOC propone un tratamiento escalonado aumentado de manera progresiva según el grado de riesgo y el fenotipo clínico. Si adoptamos el mismo tipo de gráfico del documento GOLD, la estrategia de tratamiento de GesEPOC quedaría reflejada en la [figura 1](#). En este punto, es necesario hacer 2 comentarios. En primer lugar, sobre el impacto de la doble broncodilatación a largo plazo. GesEPOC 2017, al igual que GOLD 2017, propone comenzar con un broncodilatador de acción prolongada en pacientes de bajo impacto de la enfermedad para escalar a 2 broncodilatadores posteriormente. Esta aproximación tiene sentido clínico y, por el momento, es la aproximación más lógica. Sin embargo, es necesario recordar que es al comienzo de la enfermedad cuando se tiene una oportunidad de modificar el declive del FEV<sub>1</sub><sup>8</sup>, lo que establece una ventana de oportunidad para poder reducir la progresión funcional de la enfermedad. Por tanto, si se confirmara que 2 broncodilatadores pudieran reducir el declive del FEV<sub>1</sub>, entonces el planteamiento debería ser inverso y tendría más sentido administrar 2 broncodilatadores al comienzo de la enfermedad.

En segundo lugar, los actuales documentos asumen que las 2 indicaciones para el uso de corticoides inhalados son los pacientes

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lopezcampos@separ.es](mailto:lopezcampos@separ.es) (J.L. Lopez-Campos).

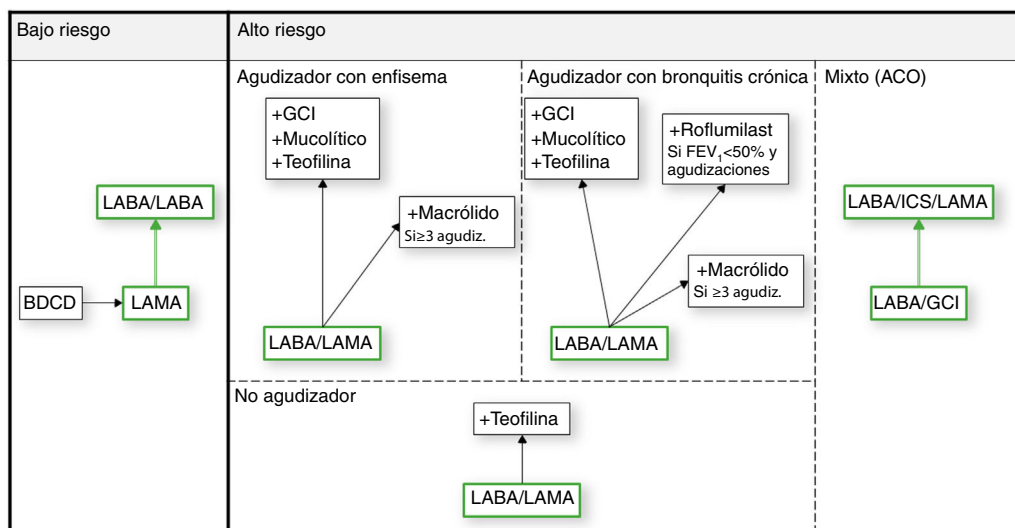


Figura 1. Estrategia de tratamiento de GesEPOC.

con agudizaciones frecuentes a pesar de tratamiento broncodilatador y el ACO. Estas 2 indicaciones precisan 2 comentarios. Por un lado, el denominado agudizador persistente<sup>9</sup>, aquel que continúa teniendo agudizaciones a pesar de recibir tratamiento inhalado correcto, no siempre necesita corticoides inhalados. En este sentido, se han identificado diversas comorbilidades que pueden influir en la frecuencia de las agudizaciones y cuyo tratamiento no son los corticoides inhalados. GesEPOC 2017 establece el uso de corticoides inhalados al mismo nivel que otros tratamientos preventivos, como una opción más. Por tanto, antes de debatir sobre la mejor manera de escalar a triple terapia<sup>10</sup> deberíamos hacer un estudio sobre los desencadenantes de estas agudizaciones para poder decidir el mejor tratamiento preventivo. Por otro lado, necesitamos identificar un marcador para el ACO. GesEPOC 2017 plantea una propuesta basada en el diagnóstico concomitante de asma, el test de broncorreversibilidad y los eosinófilos en sangre. El debate de estos criterios excede los objetivos de este editorial y, con el estado de conocimiento actual, es probable que ésta sea una buena propuesta. No obstante, es necesario mencionar que, aunque existe una correlación entre estas medidas y los marcadores de respuesta a corticoides inhalados, en un paciente concreto no existe un buen grado de acuerdo entre criterios asociados a respuesta a corticoides inhalados<sup>7</sup>. Por tanto, es necesario identificar potenciales marcadores de respuestas a estos fármacos que nos permitan en el futuro tomar decisiones a nivel de paciente.

Finalmente, existen otros temas de actual controversia en la EPOC que deberán ser abordados en el futuro y que incluyen el tratamiento del paciente poco sintomático, la categorización de los pacientes con síntomas sin obstrucción espirométrica, o la valoración de las comorbilidades en el tratamiento, entre otros. Rememorando el éxito de la banda de rock and roll Status Quo, «Cross that bridge», de su álbum de estudio *Ain't Complaining*, de 1988, tendremos que cruzar este puente cuando lleguemos a él,

cuando el avance de la ciencia nos lo permita. Entre tanto, el nuevo documento GesEPOC 2017 muestra una aproximación al tratamiento personalizado de la EPOC, basado en la evidencia y avalado por un comité multidisciplinar de expertos que muestra la mejor evidencia disponible a día de hoy.

## Bibliografía

- Lopez-Campos JL, Bustamante V, Munoz X, Barreiro E. Moving towards patient-centered medicine for COPD management: multidimensional approaches versus phenotype-based medicine – a critical view. *COPD*. 2014;11:591–602.
- Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez 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. *Arch Bronconeumol*. 2017;53:128–49.
- 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.
- Jones PW, Adamek L, Nadeau G, Banik N. Comparisons of health status scores with MRC grades in COPD: Implications for the GOLD 2011 classification. *Eur Respir J*. 2013;42:647–54.
- Soler-Cataluña JJ, Alcazar-Navarrete B, Miravittles M. The concept of control of COPD in clinical practice. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:1397–405.
- Miravittles M, Alvarez-Gutierrez F, Calle M, Casanova C, Cosío BG, López-Viña A, et al. Algorithm for identification of ACO: Consensus between the Spanish COPD (GesEPOC) and asthma (GEMA) guidelines. *Eur Respir J*. 2017. En prensa.
- Cosío BG, Soriano JB, Lopez-Campos JL, Calle-Rubio M, Soler-Cataluña JJ, de-Torres JP, et al. Defining the asthma-COPD overlap syndrome in a COPD cohort. *Chest*. 2016;149:45–52.
- Tashkin DP, Celli BR, Decramer M, Lystig T, Liu D, Kesten S. Efficacy of tiotropium in COPD patients with FEV<sub>1</sub> >= 60% participating in the UPLIFT(R) trial. *COPD*. 2012;9:289–96.
- Lopez-Campos JL, Calero-Acuna C, Marquez-Martin E. Frequent or persistent exacerbations: Identifying the real problem. *Arch Bronconeumol*. 2016;52:577–8.
- Lopez-Campos JL, Marquez-Martin E, Ortega-Ruiz F. Triple therapy vs. triple therapy in COPD. *Arch Bronconeumol*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2017.01.020>.