



Editorial

¿Qué ha supuesto la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) y cómo puede mejorar?



What was the impact of the Spanish COPD guidelines (GesEPOC) and how can they be improved?

Marc Miravittles ^{a,b}^a Servicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España^b CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), España

Antes de que continuar leyendo, es obligado advertir al lector que el autor de este editorial tiene un evidente conflicto intelectual con su contenido, ya que ha colaborado de forma intensa en la elaboración de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC)¹. Por este motivo, es muy probable que los juicios que siguen estén sesgados por una visión condicionada por el proceso de elaboración de la guía. De todos modos, esta visión no impide ver, escuchar y valorar las opiniones sinceras y no siempre favorables de muchos compañeros. Si tras esta introducción no he conseguido desanimar al lector, espero que el tiempo dedicado a esta lectura le compense.

GesEPOC no nació contra nadie, sino que seguía la línea que parecía trazada por un artículo muy relevante publicado en 2010². Es cierto que GesEPOC pretendía innovar basándose en el concepto ampliamente aceptado de que había que ir más allá del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁), y que se debían identificar tipos (fenotipos) de pacientes que compartieran características y respuestas al tratamiento³. Innovar siempre es un riesgo, pero pensamos que se había acumulado suficiente evidencia para poder lanzar una propuesta de este tipo. La iniciativa Global Obstructive Lung Disease (GOLD), prácticamente de forma simultánea, también lanzó su propuesta de superar el FEV₁, pero de manera distinta⁴. La coincidencia de estos distintos caminos para abordar una misma realidad ha generado un importante debate y, sinceramente, creo que ha beneficiado a la EPOC en general aún a riesgo de aumentar la confusión. No cabe duda de que el documento GOLD es de referencia a nivel mundial, pero no hay unanimidad en su aceptación⁵. GesEPOC es o debería ser la guía de referencia en España, pero también es cierto que su aceptación no es unánime en nuestro país.

¿Qué ha supuesto la publicación de GesEPOC? Podríamos enumerar una serie de aspectos: a) reconocer y difundir la complejidad de la EPOC. No hay una EPOC, sino varias y es obligación del

clínico reconocer estos distintos perfiles o fenotipos; b) impulsar una evaluación multidimensional de la gravedad con las escalas BODE/BODEx; c) difundir el fenotipo mixto EPOC-asma (más conocido ahora como asthma-COPD overlap syndrome [ACOS]); d) ha sido pionera en la inclusión de conceptos que son de gran actualidad como la retirada de corticosteroides inhalados, el tratamiento a largo plazo con antibióticos o el tratamiento de la EPOC al final de la vida; e) ha estimulado la colaboración entre todos los profesionales dedicados a la atención a los pacientes con EPOC al implicar a 10 sociedades científicas; f) ha colaborado en el aumento considerable de la atención prestada hacia la EPOC a todos los niveles. Es innumerable la cantidad de noticias, cursos de formación, conferencias, artículos y debates surgidos a raíz de la publicación de la guía; f) ha contribuido a la difusión de la imagen de SEPAR y de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. GesEPOC va ligada a SEPAR y tanto en España como, sobre todo, fuera de nuestras fronteras, GesEPOC ha contribuido a dar una imagen de SEPAR como sociedad innovadora y en primera línea científica. Todo el mundo de la EPOC conoce la Guía Española y prueba de ello es que ha servido de inspiración para otras guías clínicas nacionales como las de la República Checa⁶ o Finlandia⁷, que han adoptado abiertamente parte de sus postulados. También cabe destacar la aportación al factor de impacto y al prestigio de nuestra revista, ya que la publicación de GesEPOC fue, con diferencia, el artículo más citado del año en que apareció.

Pero no se puede ignorar que hay aspectos a mejorar, a continuación algunos de ellos, sin pretender ser exhaustivo y desde una óptica personal: a) mejor definición del fenotipo agudizador con enfisema. Inicialmente se consideró como un fenotipo «por exclusión» para identificar a un paciente con EPOC, agudizador frecuente, no ACOS y sin bronquitis crónica³. Sería difícil encontrar algún paciente con estas características que no presentara alguna lesión de enfisema y, por ese motivo, se le denominó agudizador con enfisema. No obstante, se debe reconocer que el diagnóstico de enfisema tiene implicaciones y existen técnicas que lo permiten, por lo que se deben recomendar para obtener el diagnóstico; b) mejor definición del ACOS. Con los criterios de la guía, tan solo

Correo electrónico: mmiravittles@vhebron.net

un 5% de los pacientes con EPOC por tabaco fueron diagnosticados de ACOS⁸. Este es un punto no exclusivo de GesEPOC, ya que el reciente documento GINA-GOLD tampoco ofrece una definición precisa⁹. Es un tema sobre el que se está trabajando intensamente, y seguro que en un futuro cercano se alcanzarán resultados aplicables a la práctica clínica¹⁰; c) simplificar la clasificación de gravedad. La inclusión de las escalas BODE/BODEx, y la valoración alternativa de gravedad han demostrado añadir complejidad a la evaluación de los pacientes. Es posible que en lugar de 5 niveles de gravedad se deba definir un tratamiento inicial por fenotipo y ajustarlo según un concepto distinto como puede ser el de control de la enfermedad¹¹, y d) mejorar su diseminación e implantación. También este aspecto es común a todas las normativas y no existen soluciones de aplicación universal.

Es difícil hacer predicciones, pero estoy de acuerdo con Agustí¹² en que el futuro tratamiento de la EPOC vendrá dirigido por una serie de «factores tratables» que se agruparán de forma diferente en cada paciente y que llevarán a una aproximación mucho más personalizada. Se trataría de sistematizar lo que de hecho hacemos los clínicos en nuestra práctica diaria; recoger a través de nuestros sentidos toda una serie de datos e informaciones e integrarlos con nuestro conocimiento y experiencia hasta obtener como resultado el mejor tratamiento para cada paciente. Hasta que dispongamos de una guía o ayuda de este tipo, la aproximación al tratamiento ofrecida por GesEPOC representa un paso adelante en la dirección hacia un tratamiento más individualizado de la EPOC.

Agradecimientos

Quería agradecer a los 153 profesionales que de una manera u otra participaron e hicieron posible que GesEPOC saliera adelante.

Bibliografía

1. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish Guideline for COPD (GesEPOC). Update 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50 Suppl 1:S1-16.
2. Han MK, Agusti A, Calverley PM, Celli BR, Criner G, Curtis JL, et al. Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes: The future of COPD. Am J Respir Crit Care Med. 2010;182:598-604.
3. Miravittles M, Calle M, Soler-Cataluña JJ. Clinical phenotypes of COPD. Identification, definition and implications for guidelines. Arch Bronconeumol. 2012;48:86-98.
4. Vestbo J, Hurd SS, Agusti 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.
5. Zysman M, Patout M, Miravittles M, van der Molen T, Lokke A, Hausen T, et al. COPD and perception of the new GOLD document in Europe. Workshop from the Société de pneumologie de langue française (SPLF). Rev Mal Respir. 2014;31:499-510 [Article in French].
6. Koblizek V, Chlumsky J, Zindr V, Neumannova K, Zatloukal J, Zak J, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Official diagnosis and treatment guidelines of the Czech Pneumological and Phthysiological Society: A novel phenotypic approach to COPD with patient oriented care. Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2013;157:189-201.
7. Kankaanranta H, Harju T, Kilpeläinen M, Mazur W, Lehto JT, Katajisto M, et al. Diagnosis and pharmacotherapy of stable chronic obstructive pulmonary disease: The Finnish Guidelines. Guidelines of the Finnish Medical Society Duodecim and the Finnish respiratory Society. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2015;116:291-307.
8. Golpe R, Sanjuán López P, Cano Jiménez E, Castro-Añón O, Pérez de Llano LA. Distribution of clinical phenotypes in patients with chronic obstructive pulmonary disease caused by biomass and tobacco smoke. Arch Bronconeumol. 2014;50:318-24.
9. GINA-GOLD Diagnosis of disease of chronic airflow limitation: Asthma, COPD and asthma-COPD overlap syndrome (ACOS) [consultado 5 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.goldcopd.org/asthma-copd-overlap.html>
10. Barrecheguren M, Esquinas C, Miravittles M. The asthma COPD overlap syndrome (ACOS). Opportunities and challenges. Curr Opin Pulm Med. 2015;21:74-9.
11. Soler-Cataluña JJ, Alcazar B, Miravittles M. The concept of control of COPD in clinical practice. Int J Chron Obst Pulm Dis. 2015;10:1-9.
12. Agustí A. The path to personalised medicine in COPD. Thorax. 2014;69:857-64.