



Editorial

GesEPOC 2021 y GOLD 2021. ¿Más cerca o más lejos?

GesEPOC 2021 and GOLD 2021. Closer Together or Further Apart?



Con motivo de la reciente publicación de la nueva actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC 2021)¹, surge de nuevo la pregunta sobre la necesidad de elaborar una guía nacional si existe un documento global como el de la Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD)². La respuesta es muy sencilla, ya que el propio documento GOLD indica que es una estrategia global y que se debe adaptar a las necesidades y características de cada país o región. Esa es la intención de GesEPOC y, en realidad, la mayoría de sus postulados coinciden o derivan claramente de los expuestos en GOLD.

De hecho, la definición de la enfermedad y la mayoría de las recomendaciones de tratamiento son básicamente idénticas, como no podría ser de otro modo, ya que parten de la evaluación de las mismas evidencias. Incluso GesEPOC plantea los mismos puntos de corte en la concentración de eosinófilos en sangre para recomendar el uso de corticosteroides inhalados (CI). Tal vez las 2 diferencias dignas de mención serían la persistencia de GOLD en no hacer ninguna recomendación específica del uso de los mucolíticos/antioxidantes en la EPOC², en contraste no solo con GesEPOC¹, sino también con la normativa de la European Respiratory Society/American Thoracic Society³ y del American College of Chest Physicians y la Canadian Thoracic Society⁴, todas las cuales, tras una evaluación de la evidencia, recomiendan el uso de mucolíticos/antioxidantes para la prevención de las agudizaciones de la EPOC. En segundo lugar, GOLD recomienda el uso de CI en pacientes con al menos una agudización moderada al año a pesar de un tratamiento broncodilatador adecuado y concentraciones de eosinófilos en sangre entre 100 y 300 células/ μl , mientras que GesEPOC es más restrictiva y recomienda que en estos pacientes se tenga en cuenta la frecuencia y etiología de las agudizaciones, el tabaquismo activo y los antecedentes o factores de riesgo de neumonía antes de prescribir un CI.

Pero las diferencias más relevantes entre ambos documentos las encontramos en la forma de clasificar a los pacientes para iniciar un tratamiento y para su seguimiento. GesEPOC recomienda una clasificación en 2 niveles de riesgo de acuerdo con 3 variables: nivel de disnea, agudizaciones en el año previo y función pulmonar; los pacientes de alto riesgo se clasifican, a su vez, en 3 fenotipos: no agudizador, agudizador eosinofílico y agudizador no eosinofílico. En cambio, GOLD clasifica a los pacientes en 4 categorías, A-D, según la frecuencia de agudizaciones y el nivel de síntomas. Si prescindieramos de la función pulmonar, el paciente de bajo riesgo en GesEPOC sería el equivalente al GOLD A, y el de

alto riesgo no agudizador sería el GOLD B. De todas formas, pensamos que la función pulmonar es importante ya que, por ejemplo, la actitud puede no ser la misma ante un paciente GOLD B con una mMRC de 3 o un CAT de 25 si su FEV₁ (%) es del 30 o del 65%; en el primer caso está clara la necesidad de una máxima broncodilatación, pero en el segundo es posible que los síntomas no sean solo de causa respiratoria y que otros factores como la comorbilidad deban ser investigados y tratados. Esta y otras consideraciones han llevado a incluir el FEV₁ en la decisión del tratamiento^{5,6}. En cuanto a los pacientes de alto riesgo agudizadores, GesEPOC los clasifica en eosinofílicos y no eosinofílicos y recomienda una sola alternativa de tratamiento para cada uno: LABA/CI o LABA/LAMA, respectivamente. GOLD, sin embargo, clasifica a los agudizadores en C o D según el nivel de síntomas, con lo que el grupo más frecuente, el D, no tiene un tratamiento específico, sino que recomienda de primera elección LAMA, LABA/LAMA o LABA/CI. Dicho de otro modo, clasificar a un paciente como D no se asocia a ningún tratamiento concreto, sino que requiere una subclasificación para definir la opción más adecuada. En el mismo cuadro de tratamiento GOLD D se indican con asteriscos las diversas opciones, LABA/LAMA en pacientes muy sintomáticos y LABA/CI en los que tienen más de 300 eosinófilos/ μl , dejando LAMA de primera opción para el resto. Del mismo modo que en GOLD D hay 3 opciones de tratamiento inicial, también en 3 de las categorías iniciales de GOLD, la B, la C y la D, un LAMA aparece como primera opción de tratamiento; de hecho, podrían ser las 4, ya que para la categoría A se recomienda «un broncodilatador» que podría ser también un LAMA. Llevando el razonamiento al extremo podríamos decir que no hace falta clasificar al paciente de inicio en A-D, ya que con un LAMA se cumple con las recomendaciones de tratamiento en cualquier circunstancia. La clasificación de GesEPOC 2021 ha cambiado para evitar precisamente esta falta de especificidad; en la edición anterior se clasificaba a los agudizadores en enfisema y bronquitis crónica, pero el tratamiento inhalado inicial era el mismo⁷; por este motivo se ha sustituido esta clasificación por los 2 grupos de agudizadores: eosinofílicos y no eosinofílicos, porque esa característica es la que marcará un tratamiento diferencial, con o sin la adición de CI.

Para el tratamiento de continuación, GOLD no considera más la clasificación A-D y recomienda diversas opciones dependiendo de si el problema fundamental es la disnea o las agudizaciones. También recomienda revisar y ajustar el tratamiento en cada visita de seguimiento. GesEPOC mantiene la misma clasificación que para

el tratamiento inicial y aconseja para cada tipo de paciente un segundo escalón de tratamiento. Solamente en pacientes que persisten con problemas a pesar de optimizar el tratamiento inhalado recomienda la evaluación de rasgos tratables y un tratamiento de segunda línea o no inhalado. Además, GesEPOC 2021 recomienda por primera vez el uso de la herramienta de control de la EPOC para evaluar el posible escalado o desescalado del tratamiento^{8,9}.

En realidad, se trata de 2 enfoques diferentes de organizar las recomendaciones de tratamiento, 2 caminos para llegar al mismo lugar. Siguiendo al pie de la letra las recomendaciones de ambos documentos, llegaremos en la gran mayoría de las ocasiones, si no siempre, al mismo tratamiento; lo que cambia es el camino seguido hasta llegar a la recomendación. Las guías deberían esforzarse por alcanzar un equilibrio entre la máxima claridad y el rigor en las recomendaciones, evitando siempre en lo posible la ambigüedad. En resumen, el tratamiento de la EPOC se podría resumir en 3 principios: 1) optimizar la broncodilatación para paliar los síntomas y reducir el riesgo de agudizaciones; 2) añadir CI si a pesar de la broncodilatación siguen existiendo agudizaciones y el paciente es de perfil eosinofílico, y 3) si a pesar de un tratamiento inhalado óptimo persisten los síntomas o las agudizaciones, evaluar los rasgos tratables y la necesidad de tratamientos de segunda línea. Las guías deben transmitir el mensaje de la forma más clara e inequívoca posible, sin añadir complejidad innecesaria. Solo los usuarios finales de la guía podrán decir si los documentos existentes han conseguido contribuir a mejorar el tratamiento de la EPOC en esta nueva década¹⁰.

Conflicto de intereses

Marc Miravittles es coordinador de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) y ha recibido honorarios como ponente de AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Cipla, Menarini, Rovi, Bial, Sandoz, Zambon, CSL Behring, Grifols y Novartis; honorarios de consultoría de AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Ferrer, GlaxoSmithKline, Bial, Gebro Pharma, CSL Behring, Laboratorios Esteve, Ferrer,

Mereo Biopharma, Verona Pharma, Spin Therapeutics, pH Pharma, Novartis, Sanofi y Grifols; y ayudas para la investigación de Grifols.

Bibliografía

1. Miravittles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez JT, Trigueros JA, et al. Spanish COPD guidelines (GesEPOC) 2021: Updated pharmacological treatment of stable COPD. *Arch Bronconeumol.* 2022;58:69–81.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2021 Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD. GOLD; 2021 [consultado 6 Abr 2021]. Disponible en: <https://goldcopd.org/2021-gold-reports/>.
3. Wedzicha J, Calverley P, Albert R, Anzueto A, Criner G, Hurst J, et al. Prevention of COPD exacerbations: An European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *Eur Respir J.* 2017;50, 1602265.
4. Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, Ouellette DR, Goodridge D, Hernandez P, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. *Chest.* 2015;147:894–942.
5. Cabrera López C, Casanova Macario C, Marín Trigo JM, de-Torres JP, Sicilia Torres R, González JM, et al. Prognostic validation using GesEPOC 2017 severity criteria. *Arch Bronconeumol.* 2019;55:409–13.
6. Golpe R, Suárez-Valor M, Veiga-Teijeiro I, Veres-Racamonge A, Pérez-de-Llano LA. Should lung function be included in the risk stratification of chronic obstructive pulmonary disease proposed by GesEPOC? *Arch Bronconeumol.* 2019;55:436–7.
7. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish guidelines for management of chronic obstructive pulmonary disease (GesEPOC) 2017. Pharmacological treatment of stable phase. *Arch Bronconeumol.* 2017;53:324–35.
8. Soler-Cataluña JJ, Alcázar B, Miravittles M. Clinical control in COPD: A new therapeutic objective? *Arch Bronconeumol.* 2020;56:68–9.
9. Miravittles M, Sliwinski P, Rhee CK, Costello RW, Carter V, Tan JHY, et al. Changes in control status of COPD over time and their consequences: A prospective international study. *Arch Bronconeumol.* 2021;57:122–9.
10. Ancochea J, Soriano JB. COPD in Spain at the start of a new decade. *Arch Bronconeumol.* 2021;57:1–2.

Marc Miravittles

Servicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Barcelona, España
Correo electrónico: marcm@separ.es