



REVISTA DE
PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



EDITORIAL

Nuevas guías en la EPOC 2012

New guidelines in COPD 2012

José Javier Jareño-Esteban^a y José Ignacio de Granda-Orive^b

^aServicio de Neumología, Hospital Central de Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

^bUnidad de Neumología, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una entidad responsable de una elevada morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la EPOC es la cuarta causa de muerte, pero se situará en tercer lugar en el año 2020, solo superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En Europa, nuestro país ocupa la octava posición en mortalidad por EPOC entre 19 países europeos estudiados. La prevalencia de la EPOC en España, a través de los estudios IBERPOC y EPI-SCAN se sitúa en el 9,1-10,2% de la población adulta, afectando por razón de género al (14,3% V, 3,9% M)¹⁻⁴. En Iberoamérica los estudios epidemiológicos en la EPOC, también la sitúan como una enfermedad muy prevalente⁵.

Siendo la EPOC una entidad tan prevalente, es normal que existan en la literatura científica un gran número de guías de práctica clínica, que periódicamente actualizan los avances y progresos en esta enfermedad. Entre otras podemos citar, la guía ERS/ATS, GOLD, IPCRG (Guía Internacional de Atención Primaria), SEPAR-ALAT, UK-NICE británica, Guía canadiense de la EPOC, etc. Desde finales de 2011, disponemos de una nueva guía GOLD 2011 y en este año 2012, verá la luz la Nueva Guía Española de la EPOC (GesEPOC).

Guía GOLD 2011

La iniciativa global para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, más conocida como GOLD, comenzó su primera publicación en 2001, desde entonces y de forma periódica

ha ido actualizando sus contenidos, siendo en la actualidad una guía de referencia mundial para los neumólogos.

La nueva guía GOLD nos define la EPOC como una enfermedad prevenible y tratable, que se caracteriza por una limitación al flujo aéreo persistente, generalmente progresiva y asociada a una reacción inflamatoria exagerada de las vías aéreas y del parénquima pulmonar frente a partículas o gases nocivos. Las exacerbaciones y comorbilidades que presenta cada paciente influyen en la gravedad de la enfermedad⁶.

Entre los diferentes agentes etiológicos que se relacionan con la enfermedad, se encuentra el tabaquismo, añadiéndose en la nueva guía GOLD la contaminación ambiental externa, la ocupación doméstica relacionada con inhalación de humo procedente de la combustión de biomasa y exposición al polvo y sustancias químicas ocupacionales (vapores, irritantes y humos)⁶.

Entre las principales novedades introducidas, destaca una nueva propuesta de evaluación de los síntomas del paciente a través de cuestionarios validados, recomendando la escala de disnea del *Medical Research Council Británica* modificado (mMRC) o el cuestionario CAT (*COPD Assessment Test*). Se destaca la necesidad de evaluar en el historial del paciente el riesgo de exacerbaciones, al igual que el de las comorbilidades asociadas.

Se mantiene la clasificación GOLD que se fundamenta en cuatro estadios de severidad, ya conocidos y basados en la determinación del VEF1 posbroncodilatador.

En la nueva GOLD, los autores nos proponen una evaluación más global y combinada de los pacientes a través de la

evaluación de los síntomas (mMRC y CAT); junto al de la limitación al flujo aéreo (GOLD) y el historial de exacerbaciones (≥ 2 /año). Todo ello permite establecer cuatro grupos de pacientes: paciente A, GOLD 1-2 con bajo riesgo de exacerbaciones y poco sintomático; paciente B, GOLD 1-2 sintomático y bajo riesgo de exacerbaciones; paciente C, poco sintomático y alto riesgo de exacerbaciones y finalmente; paciente D, más sintomático y alto riesgo de exacerbaciones. Los expertos nos comentan, que este nuevo abordaje permite un mejor tratamiento de la enfermedad, mediante la combinación de diversos parámetros de evaluación. Esta nueva evaluación aunque más global, sin embargo añade una mayor complejidad y dificultad en el manejo habitual del día a día del paciente con EPOC⁶.

En el abordaje de la EPOC en fase estable, se recomienda la evaluación individualizada del paciente y de los futuros riesgos: reducción de síntomas y mejora del estado de salud y la tolerancia al esfuerzo. Otros objetivos a destacar son la reducción de las exacerbaciones, actuando sobre la progresión y reducción de la mortalidad.

La Guía GOLD mantiene las recomendaciones generales a realizar en todos los pacientes: abandono del tabaco a través del consejo médico, y del tratamiento sustitutivo de la nicotina, practica de actividad física, la rehabilitación y la vacunación antigripal y antineumocócica.

En el tratamiento farmacológico los broncodilatadores de acción prolongada (B2 de acción larga y anticolinérgicos de larga duración) son preferibles a los de acción corta en el control de los síntomas, recomendando su asociación cuando los síntomas no se controlan con un solo fármaco. Las teofilinas se posicionan como una opción alternativa a los broncodilatadores inhalados en casos de no disponer de esta opción terapéutica. Respecto a los corticoides inhalados se recomienda su uso en pacientes con GOLD 3-4, dado que mejoran los síntomas, la función pulmonar, calidad de vida y reducen la frecuencia de las exacerbaciones. Sin embargo no se recomiendan su uso como monoterapia y pueden asociarse a un incremento del riesgo de neumonías.

Las terapias combinadas con corticoides inhalados y B2 de acción prolongada son preferibles y más efectivas que el tratamiento con estos agentes por separado en la mejora de la función pulmonar, el estado de salud en la reducción de las exacerbaciones en pacientes con EPOC moderado-grave.

Los inhibidores de la fosfodiesterasa IV (Roflumilast, etc.) se recomiendan en pacientes con estadio GOLD 3 y 4, historial de bronquitis crónica y exacerbaciones frecuentes. Roflumilast reduce las exacerbaciones en pacientes tratados con corticoides orales y broncodilatadores de acción prolongada⁶.

GesEPOC - guía española de la EPOC

Desde 2009 disponemos en nuestro país de una estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud (SNS). Así mismo, se creó la necesidad de impulsar el desarrollo de una nueva guía interdisciplinar de tratamiento de la EPOC, en la que participaran todas las sociedades, asociaciones, etc, integrantes en la estrategia EPOC. SEPAR tomó la iniciativa de convocar a las diversas sociedades científicas para la elaboración de la futura Guía Española de la EPOC (GesEPOC) (www.gesepoc.com)⁷.

Actualmente GesEPOC tiene tres áreas de actuación:

- 1) Área científico-médica. Encargada de elaborar una nueva normativa dirigida al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- 2) Área de pacientes, encargada de recoger las opiniones, inquietudes, necesidades de los pacientes con EPOC.
- 3) Área de difusión y comunicación. Encargada de difundir y comunicar la realidad de la enfermedad en los pacientes con EPOC^{8,9}.

La propuesta y contenido de esta futura normativa (algoritmos, tablas, etc), sobre la valoración de la gravedad y tratamiento de GesEPOC, fue presentada durante el 44 Congreso Nacional SEPAR (Oviedo 2011) y posteriormente ha sido presentada en foros y simposio científicos nacionales, y evaluada a través del Observatorio EPOC, constituido por más de cien neumólogos y médicos de otras especialidades (atención primaria, medicina interna, urgencias, etc), habiendo recibido aportaciones, sugerencias, comentarios, etc, que ha contribuido a su enriquecimiento y redacción final.

Entre los avances científicos recogidos en la futura guía GESEPOC, que la individualiza y diferencia de la GOLD 2012, se encuentra la aproximación al paciente con EPOC a través del reconocimiento de la heterogeneidad fenotípica (fenotipos), considerándolas como formas clínicas que diferencian a los pacientes con EPOC⁸⁻¹⁰.

Actualmente la definición de fenotipo está basada en un consenso de expertos, entendiéndose por: "Aquellos atributos de la enfermedad que solos o combinados describen las diferencias entre individuos con EPOC en relación a parámetros que tienen significado clínico (síntomas, agudizaciones, respuesta al tratamiento, velocidad de progresión de la enfermedad, o muerte)"¹¹⁻¹³.

El concepto novedoso de "fenotipo en la EPOC" es el permitir clasificar a los pacientes en subgrupos con valor pronóstico, posibilitando terapias más específicas e individualizadas. Aun habiéndose identificado un número importante de rasgos fenotípicos en la EPOC, posiblemente y por su trascendencia clínica GesEPOC, incluya en su futura normativa cuatro fenotipos, por su repercusión clínica, pronóstica y terapéutica:

- 1) No agudizador con enfisema y bronquitis crónica.
- 2) Mixto EPOC-asma.
- 3) Agudizador con enfisema.
- 4) Agudizador con bronquitis crónica^{8,14,15}.

De todos los fenotipos presentados posiblemente el fenotipo exacerbador o agudizador es el que posee mayor trascendencia y repercusión clínica y caracteriza a pacientes con presencia de dos o más exacerbaciones al año, peor calidad de vida relacionada con la salud, mayor progresión de la enfermedad y mayor mortalidad^{8,14,15}. Existen por supuesto otros fenotipos en la EPOC, pero presentan una menor prevalencia clínica entre los que se encuentran: enfisema por déficit de alfa 1-antitripsina; fenotipo sistémico con comorbilidad; fenotipo declinador rápido en la función pulmonar; fenotipo con hipertensión pulmonar; fenotipo overlap EPOC-SAS, etc. Posiblemente algunos de estos fenotipos serán reconocidos en un futuro no muy lejano¹⁶.

La valoración de la severidad de la EPOC va a ser realizada, no solo a través de la espirometría y medición del VEF1, la EPOC es una enfermedad muy heterogénea, que precisa de una valoración más global de la sintomatología, de la repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud y su limitación en el ejercicio, presencia de comorbilidades y de agudizaciones. GesEPOC contempla una valoración más global, con incorporación de índices multidimensionales con capacidad pronóstica (BODE/DODEx), aplicables de forma sencilla desde atención primaria, con valoración especial de las exacerbaciones. En el medio especializado y en casos más severos de la enfermedad se debe valorar el esfuerzo y aplicación del índice BODE^{16,17}.

Una de las características fundamentales de reconocer la heterogeneidad fenotípica en la EPOC (GesEPOC), es la posibilidad de establecer un tratamiento más personalizado e individualizado a cada uno de los fenotipos. Así en el fenotipo enfisema-hiperinsuflador se potenciará el tratamiento con (broncodilatadores, rehabilitación, oxigenoterapia y en casos especiales, la cirugía de reducción de volumen y el trasplante pulmonar). El fenotipo mixto EPOC-asma se beneficiará de los (broncodilatadores y corticoides inhalados, etc). El fenotipo exacerbador con (broncodilatadores, corticoides inhalados, roflumilast, antibioterapia, etc.)^{16,17}.

Los neumólogos y otras profesionales involucrados en el control de la EPOC apreciarán un cambio significativo en el abordaje y tratamiento de esta enfermedad, se va abandonar la terapia escalonada por una estrategia más personalizada e individualizada, dependiendo de la heterogeneidad fenotípica en la EPOC.

GesEPOC, como futura guía en nuestro país en la EPOC, con repercusión e influencia en otros países y continentes (Iberoamérica, etc), ha recogido el reto de elaborar una nueva normativa que sea atractiva, innovadora, con diferencias respecto a las ya conocidas, que permita a los neumólogos y otras especialidades afines en el tratamiento de esta enfermedad disponer de un documento de referencia en el abordaje global de la EPOC.

Una versión provisional no definitiva de la futura Guía GesEPOC está publicada en versión *on line* en Arch Bronconeumol 2012¹⁷.

Bibliografía

1. Soriano J, Miravittles M. Datos epidemiológicos de EPOC en España. Arch Bronconeumol. 2007;43 (Supl 1):2-9.
2. Sobradillo P, Miravittles M, Jimenez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF. Estudio Epidemiológico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en España (IBERPOC): prevalencia de síntomas respiratorios crónicos y limitación del flujo aéreo. Arch Bronconeumol. 1999;35:159-66.
3. Miravittles M, Sobradillo V, Villasante C, Masa JF, Jiménez C. Estudio Epidemiológico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en España (IBERPOC): reclutamiento y trabajo de campo. Arch Bronconeumol. 1999;35:152-8.
4. Ancochea J, Badiola C, Durán-Tauleria E, García Río F, Miravittles M, Muñoz L, et al. Estudio EPISCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de la EPOC en personas de 40-80 años en España. Arch Bronconeumol. 2009;45:41-7
5. Menezes AMB, Pérez Padilla R, Jardim JRB, Muiño A, López MV, Valdivia G, et al. Chronic Obstructive Pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): A prevalence study. Lancet. 2005;366:1875-81.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2011. www.goldcopd.org
7. Ministerio de Sanidad Política Social. Plan de calidad para el SNS. Estrategia en EPOC del SNS. Sanidad 2009. Ministerio de Sanidad Política Social. Consultada 6 de junio de 2012. Disponible en : <http://www.msc.es>.
8. Grupo de trabajo GESEPOC. Hacia un nuevo enfoque en el tratamiento de la EPOC. La Guía Española de la EPOC (GESEPOC). Arch Bronconeumol. 2011; 47:379-81.
9. Miravittles M, Molina J. GESEPOC. La nueva guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. PubEPOC. 2012;2: 3-5.
10. Peces-Barba G, Barberá JA, Agusti A, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL, et al. Guía clínica SEPAR – Alarde diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Arch Bronconeumol. 2008;44:271-81.
11. SEPAR-SemFYC. Atención integral al paciente con EPOC. Semfyc ediciones; 2010
12. Ham 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.
13. García-Aymerich J, Agusti A, Barbera JA, et al. La heterogeneidad fenotípica de la EPOC. Grupo de Trabajo sobre la Caracterización Fenotípica de la EPOC (PAC-COPD). Arch bronconeumol. 2009;45(3):129-38.
14. Soler-Cataluña JJ, Martínez García MA, Román Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2005;60:925-31.
15. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Mullerova H, Tal-Siner R, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2010;363: 1128-38.
16. Agusti A, Calverley PM, Celli B, Coxson HO, Edwards LD, Lomas DA, et al. On behalf of the Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints (ECLIPSE) investigators. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. Respir Res 2010;11(1):122.
17. Miravittles M, Soler Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.04.001>