



CARTA CIENTÍFICA

GesEPOC 2021 y GOLD 2021. «*Le Mieux est l'Ennemi du Bien*»



GesEPOC 2021 and GOLD 2021. *Perfect is the enemy of good*

Estimado Director:

De nuevo, tras la reciente publicación de la actualización 2021 de la Guía española para el tratamiento farmacológico de la EPOC estable (GesEPOC 2021)¹, la comunidad científica se dirige rápidamente a compararla con las recomendaciones descritas en la última actualización de la Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD)². Al hacer una analogía a nivel terapéutico se detecta que, mientras que en la propuesta del tratamiento inicial de los pacientes con EPOC de la GesEPOC 2021 se tienen en consideración la obstrucción al flujo aéreo (OFA) cuantificada por el porcentaje de FEV1 posbroncodilatación, la disnea clasificada según la escala modificada de la Medical Research Council (mMRC), el historial de agudizaciones (AEPOC) en el año previo y el recuento de eosinófilos en sangre periférica medido en fase estable, en la GOLD las decisiones para el tratamiento inicial de la EPOC se fundamentan en las escalas COPD Assessment Test (CAT) o la mMRC y en el historial de exacerbaciones en el año previo.

Sobre el papel, y como ya se ha comentado³, las 2 estrategias terapéuticas son semejantes y se basan en 3 consideraciones: optimizar al máximo la broncodilatación, añadir corticoides inhalados si el paciente tiene perfil eosinofílico o si sigue exacerbando, y plantear fármacos de segunda línea además de evaluar los rasgos tratables si el paciente no mejora, bien sea por persistencia de síntomas o por las agudizaciones.

Sin embargo, esta simplificación teórica no parece serlo tanto cuando se lleva a la vida real. Para analizarlo, hemos realizado la combinatoria de las diferentes potenciales variables que podrían llegar a influir en la elección de la terapia inhalada inicial de un paciente con EPOC en la práctica clínica habitual, empleando las clasificaciones GesEPOC 2021 y GOLD 2021. Así, y utilizando como escala de medida de disnea la propuesta por la GesEPOC 2021 (mMRC), observamos que se obtendrían hasta 16 supuestos clínicos diferentes (tabla 1).

Bien es cierto que, si seguimos la evaluación de variables propuesta por la GesEPOC, no se contemplaría la medición de eosinófilos en los pacientes de bajo riesgo, no así el resto de las variables clínicas, permaneciendo en este caso un total de 12 supuestos distintos.

Se debe destacar no ya el significativo número de potenciales supuestos clínico-terapéuticos, sino el plasmar cómo en función de qué documento utilizemos para elegir el tratamiento inicial de los pacientes con EPOC podríamos obtener diferentes opciones farmacológicas para cada supuesto caso. Nuevamente nos encontramos con una falacia del nirvana o de la solución perfecta, un error lógico de comparar cosas reales con alternativas idealizadas. El intentar afinar al máximo y proponer toda una variedad de opciones y alternativas terapéuticas puede llegar a complicar el mensaje del tratamiento de la enfermedad, fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria, que es donde se maneja el gran volumen de estos pacientes.

Es posible que si pensáramos más como médicos que como neumólogos, pudiéramos entender de mejor forma la frase de Voltaire «*Le mieux est l'ennemi du bien*», lo mejor es enemigo de lo bueno.

Tabla 1
Supuestos clínicos en la estratificación inicial de la EPOC según la guía GOLD 2021 y GesEPOC 2021 y tratamiento inhalado recomendado

AEPOC	mMRC	FEV1(%)	Eosinófilos (cél./mm ³)	N	GOLD	Tratamiento GOLD	GesEPOC	Tratamiento GesEPOC
≥ 2 moderadas al año o 1 con ingreso	≥ 2	< 50	≥ 300	1	D	Considerar LABA/CI. LAMA o considerar LABA/LAMA si disnea grave	Alto riesgo agudizador eosinofílico	LABA/CI
			< 300	2	D	LAMA. Considerar LABA/LAMA si disnea grave	Alto riesgo agudizador no eosinofílico	LABA/LAMA Considerar LABA/CI en casos particulares ³
		≥ 50	≥ 300	3	D	Considerar LABA/CI. LAMA o considerar LABA/LAMA si disnea grave	Alto riesgo agudizador eosinofílico	LABA/CI
			< 300	4	D	LAMA Considerar LABA/LAMA si disnea grave	Alto riesgo agudizador no eosinofílico	LABA/LAMA Considerar LABA/CI en casos particulares ³
	0-1	< 50	≥ 300	5	C	LAMA	Alto riesgo agudizador eosinofílico	LABA/CI
			< 300	6	C	LAMA	Alto riesgo agudizador no eosinofílico	LABA/LAMA Considerar LABA/CI en casos particulares ³
			≥ 50	7	C	LAMA	Alto riesgo agudizador eosinofílico	LABA/CI
			< 300	8	C	LAMA	Alto riesgo agudizador no eosinofílico	LABA/LAMA Considerar LABA/CI en casos particulares ³
0-1 al año sin ingreso	≥ 2	< 50	≥ 300	9	B	Un BDLD (LAMA o LABA) Considerar LABA/LAMA si disnea grave	Alto riesgo no agudizador	LABA/LAMA
			< 300	10	B	Un BDLD (LAMA o LABA) Considerar LABA/LAMA si disnea grave	Alto riesgo no agudizador	LABA/LAMA
		≥ 50	≥ 300	11	B	Un BDLD (LAMA o LABA) Considerar LABA/LAMA si disnea grave	Alto riesgo no agudizador	LABA/LAMA
			< 300	12	B	Un BDLD (LAMA o LABA) Considerar LABA/LAMA si disnea grave	Alto riesgo no agudizador	LABA/LAMA
	0-1	< 50	≥ 300	13	A	Un BDLD o BDCD (BDLD preferible salvo disnea solo ocasional)	Alto riesgo no agudizador	LABA/LAMA o LAMA
			< 300	14	A	Un BDLD o BDCD (BDLD preferible salvo disnea solo ocasional)	Alto riesgo no agudizador	LABA/LAMA o LAMA
		≥ 50	≥ 300	15	A	Un BDLD o BDCD (BDLD preferible salvo disnea solo ocasional)	Bajo riesgo	Se sugiere LAMA. Podrían considerarse BDCD si OFA leve y escasos síntomas o intermitentes
			< 300	16	A	Un BDLD o BDCD (BDLD preferible salvo disnea solo ocasional)	Bajo riesgo	Se sugiere LAMA. Podrían considerarse BDCD si OFA leve y escasos síntomas o intermitentes

BDCD: broncodilatadores de corta duración; BDLD: broncodilatadores de larga duración; CI: corticoides inhalados; LABA: beta-2 adrenérgico de larga duración; LAMA: antimuscarínico de larga duración.

³ Considerar LABA/CI si agudizaciones frecuentes, antecedentes de respuesta a corticoides sistémicos durante las agudizaciones, no hay antecedentes de neumonía y si cifra de eosinófilos cercana a 300.

Conflicto de intereses

Todos los autores toman responsabilidad en los contenidos del manuscrito, satisfacen los requerimientos de la autoría y declaran no tener conflicto de intereses ni fuente de financiación relacionada con la realización de este manuscrito.

Bibliografía

- 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 2021 17:S0300-2896(21)00103-4.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2021 Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. GOLD; 2021 [consultado 2 May 2021]. Disponible en: <https://goldcopd.org/2021-gold-reports/>.

- Miravittles M. GesEPOC 2021 and GOLD 2021. Closer Together or Further Apart? Arch Bronconeumol. 2021;20:S0300-2896(21)00130-7.

Santiago de Jorge Dominguez-Pazos y Pedro J. Marcos*

Servicio de Neumología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, Universidade da Coruña (UDC), A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.jorge.marcos.rodriquez@sergas.es (P.J. Marcos).