

15 de noviembre, Día Mundial de la EPOC

Actualizadas estas recomendaciones impulsadas por SEPAR junto a once sociedades científicas

La guía GesEPOC abre el camino a la medicina personalizada en EPOC, al incluir una nueva evaluación de los pacientes por riesgo y fenotipos

- La última versión simplifica la estratificación del riesgo a solo dos niveles, bajo y alto, respecto a la anterior, que recomendaba cinco estadios de gravedad
- Es diferente a otras guías, porque fue la primera en incorporar los cuatro perfiles de pacientes o fenotipos, con un pronóstico común y una respuesta similar a los tratamientos disponibles, que se ha mantenido en esta segunda versión
- Destaca que el tratamiento contra el tabaquismo es la medida terapéutica más eficaz y en la EPOC y debe estar incluida en los protocolos asistenciales del manejo de esta patología respiratoria
- Se estima que los fumadores tienen entre 9 y 10 veces más riesgo de desarrollar EPOC, pero en España solo se les diagnostica esta dolencia a la mitad, ya que su infradiagnóstico es muy alto

1

6 de noviembre de 2017.- La nueva actualización de la *Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017* abre el camino hacia la aplicación de la medicina personalizada en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), al incluir una nueva evaluación de los pacientes por solo dos niveles de riesgo, bajo y alto, así como cuatro subgrupos de perfiles de pacientes (o fenotipos clínicos). Esta novedosa clasificación de los pacientes ayuda a decidir el tratamiento óptimo en función de cada perfil clínico, según esta guía, que se ha editado en Archivos de Bronconeumología, la publicación científica oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). En su versión actualizada, la guía de 2017 incorpora otra importante novedad: la nueva estatificación del riesgo de los pacientes en solo dos estadios, alto o bajo. Esta estatificación sustituye a la clasificación anterior de la gravedad de la EPOC, basada en cinco estadios según las escalas multidimensionales BODE y BODEx que había incluido la versión anterior de GesEPOC, de 2012, y que no se había logrado generalizar en la práctica clínica, al ser más compleja.

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916

La primera versión de la guía data de 2012 y fue impulsada por la SEPAR, y elaborada conjuntamente con once sociedades científicas y del Foro Español de Pacientes. La nueva versión de 2017 ha contado además con la colaboración del Centro Cochrane Iberoamericano, que ha prestado su soporte metodológico para realizar una revisión sistemática de la literatura médica y una evaluación de la evidencia científica disponible, sobre la que se han basado las recomendaciones para la práctica clínica.

“El manejo terapéutico, tanto farmacológico, como no farmacológico de la EPOC, ha evolucionado muy rápidamente en los últimos años, lo que hacía necesaria una actualización de la guía GesEPOC. Esta guía clínica también ha evolucionado adaptándose a las nuevas evidencias y aprendiendo de las críticas recibidas”, explica el Dr. Marc Miravittles, neumólogo coordinador de la Guía GesEPOC. El Dr. Miravittles pertenece al Servicio de Neumología del Hospital Universitario Vall d’Hebron de Barcelona y además es miembro del Comité Técnico de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud, SNS-SEPAR.

“GesEPOC es diferente respecto al resto de guías clínicas porque fue la primera en plantear el tratamiento de la EPOC basado en los fenotipos clínicos, en su primera edición en 2012. Este ha sido un enfoque novedoso que luego han seguido las guías de otros países y que ha consistido en definir distintos perfiles de pacientes, que tienen un pronóstico común y una respuesta similar frente a los tratamientos disponibles hoy, con el que hemos abierto el camino a la aplicación de la medicina personalizada en la EPOC”, destaca el Dr. Miravittles.

2

Niveles de riesgo

En la GesEPOC de 2017, los pacientes **de riesgo bajo** son los clasificados como no agudizadores, con un grado de disnea 2 o menor de la *Medical Research Council* modificada (mMRC) y con una obstrucción al flujo aéreo leve o moderada ($FEV1 > 50\%$), mientras los **de riesgo alto** son los agudizadores frecuentes, o que tienen una obstrucción grave ($FEV1 < 50\%$) o un grado de disnea 3 o mayor de la escala mMRC.

Según esta guía, antes de decidir el tratamiento de la EPOC se debe realizar una valoración del riesgo de los pacientes y determinar su fenotipo clínico en aquellos de alto riesgo. De esta manera, se simplifica la actuación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes de bajo riesgo, mientras que los pacientes de alto riesgo requieren de una mayor precisión diagnóstica y un plan terapéutico y de seguimiento más intensivo.

Fenotipos clínicos

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916

La nueva guía GesEPOC, de 2017, mantiene también los cuatro fenotipos clínicos que la han hecho singular y que permiten establecer subgrupos de pacientes con el mismo pronóstico y con una respuesta similar a los tratamientos disponibles.

Los cuatro fenotipos son los siguientes: **no agudizador**, es decir, aquel que presenta como máximo un episodio de agudización ambulatoria al año; **mixto EPOC-asma o ACO** (*asthma COPD overlap*), esto es, pacientes que tienen características de ambas enfermedades; **agudizador**, un perfil de paciente con dos o más agudizaciones moderadas a lo largo del año, o una agudización grave al año, que precisa de hospitalización, y, dentro del cual, cabe distinguir entre **agudizador con enfisema** o **agudizador con bronquitis crónica**. El **agudizador con enfisema** corresponde al paciente con enfisema con un diagnóstico clínico, radiológico y funcional, sin apenas tos ni expectoración, pero con disnea y hábito enfisematoso, mientras que el **agudizador con bronquitis crónica** es aquel que tiene tos con expectoración durante al menos tres meses al año dos años consecutivos.

Retos terapéuticos: El tabaquismo

“La lucha contra la EPOC comprende dos grandes retos, de presente y de futuro, que debemos abordar: el combate contra el tabaquismo y la búsqueda de un tratamiento etiológico”, afirma el Dr. Miravittles. Respecto al primero, la guía es clara: “El tratamiento del tabaquismo es la medida terapéutica más eficaz y coste-efectiva en la EPOC y debe estar integrada en los protocolos asistenciales de manejo de la enfermedad”.

Los datos de tabaquismo dan pleno sentido a esta recomendación, puesto que se sabe que el riesgo de desarrollar la EPOC es de 9 a 10 veces superior entre los fumadores, aunque solo la mitad son diagnosticados de esta enfermedad a lo largo de la vida. De hecho, el infradiagnóstico de la EPOC es muy importante. El estudio EPI-SCAN, de 2007, ya encontró que un 73% de los hombres y mujeres de 40 a 80 años en España con criterios diagnósticos de EPOC no habrían sido diagnosticados de esta enfermedad. Este infradiagnóstico se caracteriza por una gran variabilidad geográfica y es mayor en mujeres.

Respecto al segundo reto, de futuro, “actualmente, existen tratamientos sintomáticos muy útiles para mejorar los síntomas, reducir las agudizaciones, mejorar la capacidad de ejercicio o la calidad de vida de los pacientes, pero no tratamientos etiológicos, capaces de atacar el origen de los mecanismos que conducen al desarrollo de la enfermedad. En la actualidad, ya se está investigando en diferentes estrategias y fármacos, pero aún no han proporcionado los resultados esperados”, precisa el Dr. Miravittles.

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916