

'Archivos de Bronconeumología' publica la actualización de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC)

La nueva GesEPOC revisa la clasificación de la EPOC de alto riesgo, con la eosinofilia como marcador

- GesEPOC clasifica a los pacientes como de bajo riesgo, si mantienen un bajo nivel de síntomas, una función pulmonar conservada y escasas agudizaciones, y de alto riesgo cuando no se cumple alguna de las condiciones anteriores.
- Modifica la clasificación de los fenotipos de alto riesgo, que ahora se dividen en pacientes sin agudizaciones y con agudizaciones que, a su vez, pueden ser de tipo eosinofílico y no eosinofílico, según la concentración de eosinófilos en sangre.
- Considera que se debe utilizar la eosinofilia como marcador del tratamiento farmacológico y que también se deben tener en cuenta rasgos tratables como las bronquiectasias, la infección bronquial crónica, el enfisema grave o la hipoxemia.
- El 11% de la población padece EPOC, su infradiagnóstico es del 75% y su detección precoz ha bajado por el menor acceso a la atención primaria durante la pandemia.

21 de abril de 2022- La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) anuncia que la Guía Española de la EPOC (GesEPOC) se ha actualizado e incluye como principal novedad una nueva clasificación de los fenotipos de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de alto riesgo, dentro de la cual se incorpora la eosinofilia -tener un alto número de unas células, llamadas eosinófilos, en sangre- como un marcador para decidir el tratamiento farmacológico óptimo. Además, tiene en cuenta los rasgos tratables de los pacientes de alto riesgo en la toma de decisiones terapéuticas. La nueva actualización de la guía y, en particular, del artículo *Guía para el tratamiento farmacológico de la EPOC estable* se ha publicado en [Archivos de Bronconeumología](#), la revista científica de SEPAR.

Gabinete de comunicación SEPAR
Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

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

GesEPOC se publicó por primera vez en 2012 y se actualizó por última vez en 2017, siempre incorporando las nuevas evidencias científicas que han ido surgiendo en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Este año 2022 se publica la guía completa GesEPOC 2021 desglosada en cuatro artículos: la Guía para el tratamiento farmacológico de la EPOC estable, para el tratamiento no farmacológico; comorbilidades, automanejo y cuidados paliativos; y diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización.

En el primer capítulo publicado en *Archivos de Bronconeumología*, Guía para el tratamiento farmacológico de la EPOC estable, cuyo primer firmante es el Dr. Marc Miravittles, miembro de SEPAR, se aborda el tratamiento farmacológico de la fase estable de la EPOC. Para ello, propone una evaluación del paciente en cuatro pasos: primero, el diagnóstico de la EPOC y medidas generales; segundo, la estratificación del riesgo; tercero, la selección del tratamiento inhalado según los síntomas y el fenotipo clínico; y cuarto, la identificación y el abordaje de los rasgos tratables.

Las **principales novedades** que aporta GesEPOC 2021, respecto al tratamiento de la EPOC en su fase estable, son la **clasificación de riesgo de la EPOC**, que está tomada de la versión anterior, pero que incorpora modificaciones, y la **clasificación de los fenotipos**, que también se ha modificado. Los **pacientes de bajo riesgo** no se clasifican en distintos fenotipos, pero sí los pacientes de alto riesgo, en los que es preciso ajustar muy bien esta clasificación para poder decidir el tratamiento óptimo en cada caso. Los pacientes de bajo riesgo se pueden tratar con una terapia sencilla, broncodilatadores, y con ella suelen conseguir un buen control de la enfermedad. Y los **pacientes de alto riesgo** son aquellos que necesitan una terapia de mayor intensidad y que tienen más riesgo de sufrir complicaciones.

En la edición anterior de la guía, los fenotipos de alto riesgo de EPOC eran enfisema, bronquitis crónica y solapamiento del asma con la EPOC (ACO), pero ahora se han modificado porque, en la práctica clínica, el enfisema y la bronquitis crónica no difieren en cuanto al tratamiento de primera línea, mientras que el ACO desaparece de la guía y el asma pasa a considerarse como una comorbilidad más de la EPOC, al igual que la apnea del sueño y la EPOC, las bronquiectasias y la EPOC o cualquier otra comorbilidad.

Gabinete de comunicación SEPAR
Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

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

Ahora, **en la nueva guía el alto riesgo se divide en dos tipos: en pacientes que no sufren exacerbaciones o agudizaciones**, pero que son de alto riesgo por su función pulmonar o por sus síntomas y **en pacientes que sí tienen agudizaciones, dentro de los cuales se dividen dos tipos**, eosinofílicos y no eosinofílicos, dependiendo de la concentración de eosinófilos en sangre.

“GesEPOC es la primera guía que, desde su nacimiento, apostó por una clasificación de la EPOC en diferentes fenotipos, con la finalidad de administrar el tratamiento más adecuado para cada paciente, en vez de un único tratamiento para todos ellos. Por tanto, la elección de un tratamiento u otro se basa en las características clínicas del paciente, es decir, en su fenotipo y su gravedad”, explica el Dr. Miravittles.

“Desde la primera edición, de 2012, han transcurrido diez años en los que se han observado cambios en los fenotipos y, de ahí, que se haya efectuado esta revisión de la clasificación de los fenotipos de la EPOC, que ahora se dividen en dos grandes tipos, los que no presentan agudizaciones y que, por tanto, se tratan con broncodilatadores de larga duración; y los que sufren agudizaciones, que a su vez pueden ser de perfil eosinofílico y sin eosinofilia. Los pacientes con agudizaciones y eosinofílicos reciben broncodilatadores de larga duración y corticoides inhalados, mientras que los pacientes con agudizaciones y sin eosinofilia solo reciben inicialmente broncodilatadores de larga duración”, precisa el Dr. Miravittles respecto al tratamiento.

Junto a la clasificación en fenotipos de los pacientes más graves, **la guía GesEPOC también especifica que se deben identificar los rasgos tratables**. Así, en el caso de los pacientes que tienen déficit de alfa-1-antitripsina se administra un tratamiento específico, al igual que sucede con los que presentan bronquiectasias, una infección bronquial crónica, un enfisema grave o hipoxemia.

Los cambios introducidos en la guía responden a la nueva evidencia científica acumulada durante estos años. “Las guías nos guían, pero no pueden cubrir todos los aspectos de la práctica clínica. Afortunadamente cada vez reunimos más evidencia a respecto al tratamiento de la EPOC y podemos acercarnos más a las recomendaciones de la

Gabinete de comunicación SEPAR
Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

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

guía a la realidad asistencial, con lo que lograremos una mayor implantación”, destaca el Dr. Miravittles.

Diagnóstico de la EPOC: situación actual

La EPOC afecta al 11% de la población mayor de 40 años en España. Un dato aún más preocupante que su alta prevalencia es que se ha calculado que su infradiagnóstico es del 75%. “Se diagnostica a pocos pacientes y se diagnostica tarde. A veces, se confunde con el asma, pero, fundamentalmente, lo que ocurre es que se sospecha muy tarde y la espirometría se utiliza poco. Los síntomas de la EPOC se atribuyen, a menudo, al cansancio propio de la edad y no se realizan las pruebas adecuadas para diagnosticarla”, expone el Dr. Miravittles.

Otro factor que influye en el infradiagnóstico de la EPOC es la dificultad observada en los últimos años, y agudizada con la pandemia, para acceder a la atención primaria (AP). “Este menor acceso a la AP para evitar los contagios de Covid-19 ha implicado que se hagan menos espirometrías, lo que está siendo perjudicial para el diagnóstico precoz de la EPOC”, informa el Dr. Miravittles.

Precisamente, para ayudar a la AP, “esta nueva GesEPOC ha adoptado una herramienta de control, para dar una pista a los médicos, sobre todo a aquellos no especializados en la EPOC, para que puedan conocer la evolución de sus pacientes y decidir aumentar o reducir la intensidad del tratamiento”, apostilla el Dr. Miravittles.