

CARTA AL DIRECTOR

EPOC, ¿cuál es el mejor tratamiento?



COPD, what is the best treatment?

Sr. Director:

Las exacerbaciones tienen un impacto negativo en la morbilidad y mortalidad de los pacientes con EPOC, y de ahí los esfuerzos para el control de síntomas y para prevenir las exacerbaciones. La base actual del tratamiento de la EPOC estable son los broncodilatadores de acción larga, anticolinérgicos o *long acting muscarinic antagonist* (LAMA), beta2-agonistas o *long acting beta2 agonist* (LABA) y los corticoides inhalados (CI); en monoterapia o en combinación^{1,2}. En las guías de práctica clínica se proponen distintos algoritmos de tratamiento teniendo en cuenta el efecto de grupo de dichos fármacos, no haciendo distinción entre los distintos fármacos del grupo. Con el fin de conocer cuáles son los fármacos que aportan un mayor control de la enfermedad se realizó una búsqueda en Medline (Pubmed) para analizar los estudios comparativos de terapia inhaladora en pacientes con EPOC utilizando las palabras clave «Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbation and chronic treatment», limitándola a los últimos 5 años y seleccionando los artículos más relevantes como referencias bibliográficas.

El último hallazgo más relevante ha sido un mayor control de la enfermedad con la combinación fija de LABA/LAMA frente a LAMA/CI en pacientes no exacerbados, demostrado en la reciente revisión de la Cochrane³ y en la línea de las recomendaciones de la guía GOLD¹.

Se analizaron los estudios que comparasen combinaciones de principios activos del mismo grupo, con el fin de conocer si dentro de dicho grupo hubiese una combinación superior al resto para el control de síntomas. Respecto a las distintas combinaciones de LABA/CI, observamos que no existe una combinación mejor que otra⁴⁻⁸, si bien un estudio reciente realizado en la población italiana revela que la combinación de budesonida/formoterol ofreció un mejor control que fluticasona/salmeterol⁹. En relación con la terapia LAMA, no se encontraron diferencias entre los dispositivos de inhalación con bromuro de tiotropio^{10,11}, y el bromuro de glicopirronio puede ser considerado más coste-efectivo que el bromuro de tiotropio¹². En la relación con estudios que comparen LABA y LAMA entre ellos, el bromuro de tiotropio ofreció un mejor control que el salmeterol¹³, y el indacaterol fue más eficaz

que el bromuro de tiotropio^{14,15}. Respecto a las presentaciones de LAMA+LABA, la revisión de la Cochrane muestra que la combinación indacaterol/glicopirronio ofrecía mejores resultados que umeclidinio/vilanterol en la prevención de exacerbaciones y mejora de calidad de vida³. En otro estudio umeclidinio/vilanterol demostró mayor mejoría en la función pulmonar que tiotropio/olodaterol¹⁶.

Las guías de práctica clínica hablan en general de grupos farmacológicos y no de principios activos. Centrándonos en los principios activos, están apareciendo estudios que comparan fármacos y combinaciones dentro del mismo grupo con el fin de tratar de demostrar superioridad, si bien estos estudios comparativos son todavía escasos. En el momento actual la elección del tratamiento de la EPOC, tras la categorización del paciente, ha de ser pactada ofreciendo las distintas alternativas y dispositivos, eligiendo el que mejor se adapte a sus necesidades.

Bibliografía

1. Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [homepage on the Internet] Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD [updated 2017] [consultado 26 Jun] Disponible en: <http://www.goldcopd.org/>
2. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC) Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50 Supl 1:S1–16.
3. Horita N, Goto A, Shibata Y, Ota E, Nakashima K, Nagai K, et al. Long-acting muscarinic antagonist (LAMA) plus long-acting beta-agonist (LABA) versus LABA plus inhaled corticosteroid (ICS) for stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012066.pub2>. Art. No.: CD012066.
4. Yip E, Karimi S, Pien LT. Evaluation of a Therapeutic Interchange from Fluticasone/Salmeterol to Mometasone/Formoterol in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J Manag Care Spec Pharm. 2016;22:316–23.
5. Kern DM, Davis J, Williams SA, Tunceli O, Wu B, Hollis S, et al. Comparative effectiveness of budesonide/formoterol combination and fluticasone/salmeterol combination among chronic obstructive pulmonary disease patients new to controller treatment: A US administrative claims database study. Respir Res. 2015;23:16–52.
6. Postma DS, Roche N, Colice G, Israel E, Martin RJ, van Aalderen WM, et al. Comparing the effectiveness of small-particle versus large-particle inhaled corticosteroid in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014;17:1163–86.

7. Ohar JA, Crater GD, Emmett A, Ferro TJ, Morris AN, Raphiou I, et al. Fluticasone propionate/salmeterol 250/50 µg versus salmeterol 50 µg after chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Respir Res.* 2014;15:105.
8. Larsson K, Janson C, Lisspers K, Jørgensen L, Stratelis G, Telg G, et al. Combination of budesonide/formoterol more effective than fluticasone/salmeterol in preventing exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease: The PATHOS study. *J Intern Med.* 2013;273:584–94.
9. Perrone V, Sangiorgi D, Buda S, Degli Esposti L. Comparative analysis of budesonide/formoterol and fluticasone/salmeterol combinations in COPD patients: Findings from a real-world analysis in an Italian setting. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2016;11:2749–55, eCollection 2016.
10. Wise R, Calverley PM, Dahl R, Dusser D, Metzdorf N, Müller A, et al. Safety and efficacy of tiotropium Respimat versus HandiHaler in patients naive to treatment with inhaled anticholinergics: A post hoc analysis of the TIOSPIR trial. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2015;25:15067.
11. Mathioudakis AG, Chatzimavridou-Grigoriadou V, Evangelopoulou E, Mathioudakis GA, Siafakas NM. Comparative mortality risk of tiotropium administered via handihaler or respimat in COPD patients: Are they equivalent? *Pulm Pharmacol Ther.* 2014;28:91–7.
12. Costa-Scharplatz M, Ställberg B, Goyal P, Asukai Y, Gruenberger JB, Price D, et al. Cost-Effectiveness of Glycopyrronium Bromide Compared with Tiotropium in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Sweden. *Appl Health Econ Health Policy.* 2015;13:637–45.
13. Vogelmeier CF, Asijee GM, Kupas K, Beeh KM. Tiotropium and Salmeterol in COPD Patients at Risk of Exacerbations: A Post Hoc Analysis from POET-COPD®. *Adv Ther.* 2015;32:537–47.
14. Decramer ML, Chapman KR, Dahl R, Frith P, Devouassoux G, Fritscher C, et al. Once-daily indacaterol versus tiotropium for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease (INVIGORATE): A randomised, blinded, parallel-group study. *Lancet Respir Med.* 2013;1:524–33.
15. Price D, Asukai Y, Ananthapavan J, Malcolm B, Radwan A, Keyzor I. A UK-based cost-utility analysis of indacaterol, a once-daily maintenance bronchodilator for patients with COPD, using real world evidence on resource use. *Appl Health Econ Health Policy.* 2013;11:259–74.
16. Feldman GJ, Sousa AR, Lipson DA, Tombs L, Barnes N, Riley JH, et al. Comparative Efficacy of Once-Daily Umeclidinium/Vilanterol and Tiotropium/Olodaterol Therapy in Symptomatic Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Study. *Adv Ther.* 2017;34:2518–33, <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-017-0626-4>

A.L. Aguilar-Shea

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Puerta de Madrid, Atención Primaria de Madrid, Alcalá de Henares, Madrid, España

Correo electrónico: antonio.aguilar@salud.madrid.org