

## Editorial

 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)-2017:  
 la visión desde alat


## Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)-2017: The alat perspective

 Maria Montes de Oca<sup>a,\*</sup> y Rogelio Pérez-Padilla<sup>b</sup>
<sup>a</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Caracas, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

<sup>b</sup> Instituto de Enfermedades Respiratorias (INER), Ciudad de México, México

## Introducción

La Iniciativa Global sobre la Enfermedad Pulmonar Obstruc-tiva (GOLD) fue constituida en 1991 y desde entonces elabora regularmente recomendaciones para el diagnóstico, abordaje y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Anualmente realiza una revisión de las evidencias sobre la enfermedad representando esto un esfuerzo invaluable para la comunidad respiratoria<sup>1</sup>. Como consecuencia de este trabajo la iniciativa GOLD ha logrado una extensa aceptación y posicionarse como uno de los principales referentes de la EPOC mundial. Sin temor a equivocarnos, consideramos que esta iniciativa ha tenido un amplio impacto e influencia en la práctica clínica, y sobre las instituciones responsables de desarrollar políticas de salud. También es importante reconocer el impacto que ha tenido sobre la conciencia pública de la EPOC.

La última actualización GOLD-2017 representa una revisión mayor y ha introducido una serie de cambios que reflejan las nuevas evidencias sobre el origen o desarrollo de la EPOC, el papel de la espirometría en el manejo de la enfermedad, una redefinición de la clasificación clínica en grupos «ABCD» con el objetivo de lograr un enfoque más personalizado del tratamiento, así como estrategias para la escalada y desescalada de la farmacoterapia<sup>1</sup>.

## Origen de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La versión GOLD-2017 revisa e incorpora nuevas evidencias sobre la fisiopatología de la EPOC, en particular sobre la interacción de los factores del huésped y las exposiciones ambientales<sup>1</sup>. El reconocimiento de las anomalías genéticas, del desarrollo pulmonar anormal y del envejecimiento acelerado en el desarrollo de la EPOC, hasta ahora subestimados, representa un avance en la comprensión del origen de la enfermedad. Por ejemplo, aproximadamente el 50% de los pacientes desarrollan la EPOC

debido a una pérdida acelerada de la función pulmonar (FEV<sub>1</sub>) en el tiempo, la clásica hipótesis de Fletcher y Peto, mientras que el otro 50% sería secundario a un desarrollo pulmonar anormal<sup>2</sup>.

## Cambios en la estratificación y clasificación

La estratificación de la EPOC en la versión GOLD-2007 se basó exclusivamente en la gravedad de la obstrucción del flujo de aire<sup>3</sup>. Esta clasificación ha mostrado una gran relevancia clínica, ya que impacta de manera demostrable en la mortalidad, el número de exacerbaciones y de hospitalizaciones<sup>4-6</sup>. La versión GOLD-2013 en un intento de darle mayor integración a la clasificación, asocia a la obstrucción, la presencia de síntomas respiratorios (escala mMRC o cuestionario CAT), la frecuencia de exacerbaciones y/o hospitalizaciones por exacerbación<sup>7</sup>. Sin embargo, la implementación de la clasificación «ABCD» en la práctica clínica ha tenido dificultades y no ha mostrado ser mejor que la clasificación espirométrica en la predicción de mortalidad u otros desenlaces importantes de la EPOC<sup>8-10</sup>. Adicionalmente, la evidencia para basar la terapéutica con esta clasificación ha sido limitada.

La nueva versión GOLD-2017 recomienda una clasificación que combina componentes de las propuestas previas GOLD-2007 (gravedad de la obstrucción; grados 1-4) y GOLD-2013 (grupos «ABCD» basados en síntomas y exacerbaciones) generando 16 categorías diferentes<sup>1</sup>. En principio la combinación de los componentes hace a esta propuesta más compleja, difícil de usar e incrementa el riesgo de confusión al aplicarla.

Es importante reconocer que con la incorporación de la clasificación espirométrica se espera un incremento del valor pronóstico respecto a la versión GOLD-2013. Sin embargo, la versión 2017 propone otra categorización para el tratamiento farmacológico con una herramienta «ABCD» modificada, basada solo en síntomas y exacerbaciones, aduciendo que el FEV<sub>1</sub> es un descriptor imperfecto de la actividad de la enfermedad en pacientes individuales, algo que nadie podrá cuestionar<sup>1</sup>. Sin embargo está demostrado que a mayor obstrucción del flujo de aire, existe mayor tendencia a presentar síntomas y exacerbaciones, por no ser la obstrucción y los síntomas variables independientes. Quizá el cuestionamiento más

\* Autor para correspondencia.

 Correo electrónico: [montesdeoca.maria@gmail.com](mailto:montesdeoca.maria@gmail.com) (M. Montes de Oca).

relevante sobre la nueva clasificación «ABCD», que sin duda comenzara a implementarse ampliamente dado el prestigio del grupo GOLD, es que carece de una validación previa para su objetivo (dirigir la terapia farmacológica), por lo que es probable que la misma resulte al final de poca utilidad. Tampoco existen evidencias sobre su valor pronóstico y es dudoso que sea mejor que la clasificación espirométrica.

### Recomendaciones terapéuticas

La versión GOLD-2017 propone un algoritmo para el tratamiento farmacológico de la EPOC con una nueva herramienta «ABCD», el llamado abordaje «libre del FEV<sub>1</sub>»<sup>2</sup>. Este intenta lograr un enfoque más personalizado, con estrategias para la escalada y desescalada de la farmacoterapia. Sin embargo, varios posibles errores se pueden generar con esta estrategia que desestima la gravedad de la obstrucción del flujo de aire. Por un lado se pueden presentar pacientes con obstrucción grave y pocos síntomas (GOLD 3-4 A) a quienes se les podría recomendar al inicio solo un broncodilatador de acción corta a demanda. También se podrían sobre-tratar pacientes de los grupos C y D con obstrucción leve (p. ej., GOLD 1 D) utilizando medicamentos de alto coste para la mayoría de los países de América Latina. En la actualidad, no se dispone de ningún biomarcador que permita el diagnóstico preciso de exacerbación. El diagnóstico es fundamentalmente clínico basado en el cambio agudo de los síntomas respiratorios que podrían ser causados por infecciones como la neumonía u otros problemas como reflujo gastroesofágico o fallo cardíaco. Esto puede llevar a categorizar de forma errada a pacientes en los grupos C o D y prescribir inadecuadamente fármacos de alto coste. También es oportuno destacar la posición de la versión GOLD-2017 limitando el uso de glucocorticoides inhalados en estos pacientes (grupos C y D) por el elevado riesgo de neumonía.

Por otra parte, la clasificación GOLD con el uso de la relación FEV<sub>1</sub>/FVC < 0,7 post-broncodilatador para definir obstrucción tiene el riesgo de sobre-diagnosticar la EPOC particularmente en ancianos e inducir la prescripción de broncodilatadores de alto coste a personas sin la enfermedad, beneficiando solo a la industria farmacéutica. Es cierto que el médico debe contar con amplia información sobre los factores de riesgo y otros elementos clínicos, así como poder

solicitar pruebas adicionales y hacer seguimiento del paciente. Sin embargo, la iniciativa GOLD no reconoce la incertidumbre diagnóstica ni recomienda observación o repetición de pruebas en grupos limítrofes, como sucede por ejemplo en la hipertensión<sup>1</sup>.

El uso de una nueva clasificación trae inevitablemente costes que afectan sobre todo a los países con menos recursos, de manera que sería más deseable proponer una clasificación para uso global con documentadas evidencias científicas de su relevancia ya sea desde el punto de vista pronóstico o terapéutico.

### Bibliografía

1. From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Disponible en: <http://goldcopd.org>
2. Lange P, Celli B, Agustí A, Boje Jensen G, Divo M, Faner R, et al. Lung-function trajectories leading to chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2015;373:111-22.
3. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176:532-55.
4. Marin JM, Alfageme I, Almagro P, Casanova C, Esteban C, Soler-Cataluña JJ, et al. Multicomponent indices to predict survival in COPD: The COCOMICS study. *Eur Respir J*. 2013;42:323-32.
5. Johannessen A, Nilsen RM, Storebø M, Gulsvik A, Eagan T, Bakke P. Comparison of 2011 and 2007 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease guidelines for predicting mortality and hospitalization. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188:51-9.
6. Faganello MM, Tanni SE, Sanchez FF, Pelegrino NR, Lucheta PA, Godoy I. BODE index and GOLD staging as predictors of 1-year exacerbation risk in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med Sci*. 2010;339:10-4.
7. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187:347-65.
8. Soriano JB, Lamprecht B, Ramírez AS, Martínez-Cambor P, Kaiser B, Alfageme I, et al. Mortality prediction in chronic obstructive pulmonary disease comparing the GOLD 2007 and 2011 staging systems: A pooled analysis of individual patient data. *Lancet Respir Med*. 2015;3:443-50.
9. Goossens LM, Leimer I, Metzdorf N, Becker K, Rutten-van Mölken MP. Does the 2013 GOLD classification improve the ability to predict lung function decline, exacerbations and mortality: A post-hoc analysis of the 4-year UPLIFT trial. *BMC Pulm Med*. 2014;14:163.
10. Kim J, Yoon HI, Oh YM, Lim SY, Lee JH, Kim TH, et al. Lung function decline rates according to GOLD group in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:1819-27.