

Editorial

¿Qué hay de nuevo en la GOLD 2017?

What's New in GOLD 2017?

 Patricia Sobradillo Ecenarro^{a,*} y Ciro Casanova Macario^b
^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Araba, Vitoria, España

^b Servicio de Neumología-Unidad de Investigación, Hospital Universitario N.S. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España


Cada 5 años la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) realiza una revisión mayor de su estrategia global para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la EPOC. En su última revisión de 2011 introdujo la evaluación multidimensional «ABCD» que supuso un enfoque más completo de la enfermedad, pues no se limitaba al grado de obstrucción al flujo aéreo medido por la espirometría, sino que incorporaba el impacto de los síntomas y recalca la importancia de la prevención de las exacerbaciones. Recientemente se ha publicado la última actualización de dicha estrategia¹ que incorpora importantes cambios respecto a documentos previos, enfocados hacia un nuevo concepto de EPOC.

Cabe mencionar el nombramiento del Dr. Álgar Agustí, Director del Instituto Clínic Respiratorio del Hospital Clínic de Barcelona y miembro SEPAR, como Presidente de la Junta Directiva de GOLD desde septiembre de este año.

Este artículo tiene como objetivo mostrar, de manera estructurada, los cambios más significativos de esta nueva revisión GOLD 2017.

1. Definición y visión general. Se presenta una nueva definición de la enfermedad que resalta la importancia de los síntomas y el hecho de que la afectación del territorio alveolar puede no coexistir con la afectación de la vía aérea. Asimismo, se ha eliminado «respuesta inflamatoria» de la definición, si bien se desarrolla como un factor implicado en la fisiopatología de la enfermedad. Se incluye en este capítulo nueva información sobre la fisiopatología y la historia natural de la enfermedad. Las alteraciones del desarrollo pulmonar ya habían sido descritas en ediciones previas, aunque en esta revisión se extienden y se describen diferentes trayectorias de la función pulmonar, expresada por el FEV₁, que llevan al desarrollo de la enfermedad². Se citan además de la exposición a tóxicos inhalados, distintos factores del sujeto que predisponen al desarrollo de la enfermedad, como son las anomalías genéticas, o el desarrollo anormal pulmonar (durante la gestación o infancia) y se acepta la posibilidad de que un paciente pueda tener EPOC, sin tener una pérdida acelerada de la función pulmonar.

2. Diagnóstico y evaluación inicial. En la versión actual se mantiene el esquema «ABCD» pero se ha separado la evaluación espirométrica del mismo. Ahora se propone que los grupos ABCD se deriven exclusivamente de los síntomas del paciente y su historial de exacerbaciones. Se han mantenido los mismos puntos de corte para mMRC y CAT, a pesar de que distintas publicaciones han mostrado que no existe buena concordancia entre CAT \geq 10 y mMRC \geq 2 para valorar el impacto clínico así como para predecir exacerbaciones, depresión y mortalidad^{3,4}. Este planteamiento pretende evitar el desequilibrio entre el FEV₁ y las exacerbaciones como ocurría previamente mientras mantiene la consistencia con versiones previas del documento y la simplicidad que precisa el clínico en su práctica diaria. Establecen que la espirometría sigue desempeñando un papel importante en el diagnóstico y el pronóstico y para algunas consideraciones terapéuticas, por ejemplo en los casos en los que exista discrepancia entre la espirometría y el nivel de síntomas, para considerar diagnósticos alternativos o para la indicación de tratamientos no farmacológicos como son los procedimientos intervencionistas. Finalmente, este nuevo abordaje probablemente supondrá una menor proporción de pacientes en los grupos C y D y su capacidad para predecir mortalidad y otros resultados deberá ser validada.

3. Evidencia para la prevención y tratamiento. Se proporciona una reevaluación completa y actualizada de las diversas terapias farmacológicas y sus combinaciones para tratar la enfermedad estable y prevenir futuras exacerbaciones. Se presentan secciones ampliadas para el abordaje del enfisema, la rehabilitación respiratoria, la oxigenoterapia crónica domiciliaria, la ventilación mecánica no invasiva en la enfermedad estable, las estrategias de autogestión y los cuidados paliativos y de final de vida. Se ha agregado la evaluación regular de la técnica de inhalación, la cual debe ser comprobada en todos los pacientes e incluso se subraya que esta debe ser confirmada junto con la adherencia terapéutica antes de concluir que un medicamento no es efectivo.

4. Abordaje de la EPOC estable. Se presentan distintas recomendaciones tanto para el tratamiento farmacológico como para el no farmacológico de la EPOC, siempre con el objetivo de buscar un tratamiento más personalizado y dirigido principalmente al control de síntomas y a la prevención de exacerbaciones.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: psobradillo@separ.es (P. Sobradillo Ecenarro).

Con relación al tratamiento farmacológico, al igual que en la actualización anterior, se centra en los grupos del esquema «ABCD», pero en esta ocasión se presenta de una manera dinámica, pues contempla el escalonamiento y desescalonamiento en función de la respuesta al tratamiento. Así, se recomienda una pauta inicial que se irá modificando en función de la persistencia de síntomas o de exacerbaciones o la mejoría de los mismos.

En los grupos no agudizadores (A y B) no encontramos grandes diferencias respecto al documento previo. No obstante, a la vista de los estudios realizados según la clasificación de la GOLD 2011, se enfatiza el hecho de que los pacientes de la categoría B tienen una mayor tasa de comorbilidades que pueden impactar en su sintomatología y su pronóstico, y esto debería tenerse en cuenta en su evaluación⁵. En los grupos C y D es donde encontramos mayores diferencias, pues se recomienda el tratamiento con broncodilatadores para la prevención de agudizaciones, en monoterapia con anticolinérgicos y en el caso del C y la combinación de beta2-adrenérgicos y anticolinérgicos en el caso del D. Es precisamente el grupo D en el que se presenta el abordaje más complicado y en el que se abren más posibilidades. Así, se plantea la posibilidad de guiar el tratamiento en función de un parámetro analítico (iniciar tratamiento con LABA-ICS en pacientes con eosinofilia periférica). En aquellos en triple terapia que siguen presentando exacerbaciones podría considerarse el uso de roflumilast o azitromicina.

Atendiendo al tratamiento no farmacológico, las recomendaciones se presentan de manera más estructurada con algoritmos y tablas más fáciles de entender. Se ha realizado una ampliación en el contenido de los programas de autocuidado, estrategias de manejo de la disnea, conservación de la energía y manejo del estrés en los pacientes más sintomáticos, de la ventilación no invasiva (presentando un mayor volumen de evidencia científica), en los cuidados paliativos y sobre todo en la reducción de volumen, endoscópica y quirúrgica, en pacientes con enfisema homogéneo o heterogéneo e hiperinsuflación, ofreciendo un nuevo y excelente algoritmo dentro del manejo de la EPOC avanzada.

5. Abordaje de las exacerbaciones. Se revisan exhaustivamente las exacerbaciones (definición, diagnóstico y tratamiento). Como novedad se presentan los criterios detallados para el alta hospitalaria y el seguimiento, y se incluye un abordaje integrado de este periodo. Se pretende de esta manera reducir al máximo el riesgo de reingreso en el primer mes tras el alta.

6. EPOC y comorbilidades. De manera más extensa que en ediciones anteriores se repasan las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, la ansiedad y la depresión, el cáncer de pulmón, las infecciones y el síndrome metabólico y la diabetes; su prevalencia y su manejo, tanto el de las comorbilidades en pacientes con EPOC como el de la EPOC en pacientes con comorbilidades. Como novedad recalca la necesidad de simplificar el tratamiento de pacientes con multimorbilidad y minimizar la polimedización de estos pacientes.

En conclusión, esta nueva revisión de la estrategia GOLD incorpora importantes cambios conceptuales en la EPOC, expande áreas no bien desarrolladas previamente e intenta mejorar el esquema multidimensional ABCD para un abordaje diagnóstico y terapéutico más sencillo. Este esquema deberá ser validado y todavía deja abiertos interrogantes por la falta de evidencia científica y la continuidad de un eje horizontal de síntomas no bien balanceado en los puntos de corte de las herramientas que se utilizan. Además, esta revisión incorpora nuevos algoritmos y tablas con niveles de evidencia que facilitan su entendimiento y mejoran los documentos anteriores. Este nuevo enfoque clínico busca poder ser aplicado en cualquier entorno clínico y en cualquier parte del mundo e intenta trasladar el tratamiento de la EPOC hacia una versión más individualizada que se adapte más estrechamente a las necesidades de los pacientes.

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., Vestbo J. Lung-function trajectories leading to chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2015;373:111-22, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1411532>.
3. Karloh M, Mayer AF, Maurici R, Pizzichini MMM, Jones PW, Pizzichini E. The COPD assessment test: What do we know so far? A systematic review and meta-analysis about clinical outcomes prediction and classification of patients into gold stages. *Chest*. 2016;149:413-25.
4. Casanova C, Marin JM, Martinez-Gonzalez C, Lucas-Ramos P, de Mir-Viladrich I, Cosio B, et al. Differential effect of mMRC dyspnea, CAT and CCQ for symptom evaluation within the new GOLD staging and mortality in COPD. *Chest*. 2015;01-34, <http://dx.doi.org/10.1007/s00246-002-9361-x>.
5. Agustí A, Edwards LD, Celli B, MacNee W, Calverley PMA, Müllerova H, et al. Characteristics, stability and outcomes of the 2011 GOLD COPD groups in the ECLIPSE cohort. *Eur Respir J*. 2013;42:636.