



NOVEDADES GOLD (Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD) 2023

*NEWS GOLD (Global strategy for prevention,
diagnosis and management of COPD) 2023*

Mónica Raquel Sánchez Jaén: Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre (León).

Delio Vázquez Mallada: Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre (León).

Clara Gran Tijada: Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Nájera (La Rioja).

Zaira Correcher Salvador: Médica de Familia. Centro de Salud Vall d'Alba, Castellón.

José Tomás Gómez Sáenz

Correspondencia: jtgomez@riojasalud.es

RESUMEN

Recientemente se ha publicado la actualización del nuevo documento de La Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD). Esta actualización ha puesto enfoque en una nueva definición de la EPOC, resaltando los diferentes factores causales y de riesgo que conlleva el desarrollo de esta enfermedad, no solo del tabaco; destaca la importancia del tratamiento del paciente exacerbador, lo que ha dado lugar a una nueva clasificación en la que los grupos C y D pasan a agruparse en uno solo: el grupo E. Dentro del diagnóstico, recalcan la gran cantidad de información que nos da la tomografía computarizada (TC), tanto en diagnóstico como en enfoque de tratamiento. En la terapia inhalada de la EPOC cobra mayor importancia la terapia combinada y la triple terapia, enfocada a pacientes con grave exacerbación y a los pacientes con recuento de eosinófilos en sangre mayor de 300 cel/ μ l.

Palabras clave: GOLD, EPOC, neumología.



ABSTRACT

The update of the new document of the Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) has recently been published. This update has focused on a new definition of COPD, highlighting the different causal and risk factors involved in the development of this disease, not only tobacco; highlights the importance of treating the exacerbating patient, which has led to a new classification, in which groups C and D are grouped into one: group E. Within the diagnosis, they emphasize the large amount of information that computed tomography (CT) gives us, both in diagnosis and treatment approach. In inhaled therapy for COPD, combined therapy and triple therapy become more important, focused on patients with severe exacerbation and patients with eosinophil blood counts greater than 300 cells/ μ l.

Keywords: GOLD, EPOC, neumology

INTRODUCCIÓN

Se ha publicado recientemente la actualización del documento de La Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD), formada por expertos del mundo con el fin de mejorar la prevención y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Este nuevo informe consta de 267 referencias nuevas sobre esta enfermedad¹.

La EPOC se considera una de las tres principales causas de muerte en todo el mundo, lo que implica un desafío importante de salud a nivel mundial. Por ello, es importante el control y tratamiento adecuado de la enfermedad.

En cada capítulo se han realizado una serie de modificaciones que expondremos a continuación en este artículo.

- **OBJETIVOS:** Dar a conocer las novedades de la nueva GOLD 2023.
- **MÉTODOS:** Revisión bibliográfica del nuevo documento GOLD.

CONCLUSIONES

En este nuevo documento de la GOLD, dentro del capítulo 1 se propone una nueva definición de la EPOC: "La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una afectación caracterizada por síntomas respiratorios crónicos (disnea, tos, producción de esputo), debido a anomalías de las vías respiratorias (bronquitis, bronquiolitis) o alvéolos (enfisema) que causan una obstrucción persistente, a menudo progresiva del flujo aéreo".

La EPOC es la consecuencia de la interacción entre los genes (G) y las exposiciones ambientales (E de environment) a lo largo del tiempo (T) sobre el individuo (GETómica) que puedan alterar los pulmones o su normal desarrollo.

La espirometría sigue siendo el método diagnóstico confirmatorio con un FEV₁/CVF inferior a 0,7 post broncodilatación.

El factor de riesgo genético (COPD-G) más relevante, aunque poco frecuente, para la EPOC identificado hasta la fecha, son las mutaciones en el gen SERPINA1 que conducen a la deficiencia de α -1 antitripsina. También se han asociado otras variantes genéticas a una menor función pulmonar y al riesgo de EPOC, pero el tamaño de su efecto individual es pequeño. Otros etiotipos descritos son EPOC-asma (COPD-A), EPOC debida a infecciones (COPD-I) y EPOC de causa desconocida (COPD-U).

La constatación de que otros factores ambientales además del tabaquismo pueden contribuir a la EPOC, de que puede comenzar en una etapa temprana de la vida y afectar a individuos jóvenes, y de que existen condiciones precursoras (Pre-COPD, PRISm), abre nuevas ventanas de oportunidad para su prevención, diagnóstico precoz e intervención terapéutica rápida y adecuada.

En este capítulo destaca una nueva clasificación de la EPOC para incluir esos tipos que no están relacionados con la exposición al tabaco (Tabla 1).

Resaltan la importancia de un **diagnóstico temprano** de la enfermedad, recalcando que hay pacientes con síntomas (alteraciones de la vía aérea o de la función pulmonar), que poseen una espirometría con patrón normal (FEV₁/CVF superior a 0,7), que



Tabla 1. Etiotipos EPOC

Clasificación	Descripción
Determinantes genéticos.	Déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT). Otras variantes genéticas.
EPOC debido a desarrollo anormal del pulmón.	Eventos de la vida temprana, incluyendo nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, entre otros.
EPOC debido a factores ambientales: • Fumador de cigarrillos. • Biomasa o contaminación ambiental.	Exposición al tabaco, incluido en útero o tabaquismo pasivo. • Vapeadores. • Cannabis. Exposición a contaminación del hogar, aire ambiente, incendios forestales o contaminación laboral.
EPOC por infecciones.	Infecciones de la infancia, tuberculosis o virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) asociadas.
EPOC y asma.	Particularmente en jóvenes asmáticos.
EPOC por causas desconocidas.	

Fuente: Vogelmeier C., Agusti AG, Vestbo J., Hurd SS., Jones PW., Anzueto A., et al. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF COPD (2023 Report).

no llegan a ser diagnosticados de EPOC, pero que tienen alta probabilidad de serlo (Pre-EPOC).

En el capítulo 2, dentro del diagnóstico se debe considerar paciente EPOC a cualquier paciente con clínica sugestiva (disnea, tos crónica o esputo), antecedentes de infecciones respiratorias del tracto inferior recurrentes o antecedentes de exposición a factores de riesgo con espirometría post broncodilatadora FEV₁/CVF inferior a 0,7, requisito para el diagnóstico.

Una vez diagnosticado, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos: gravedad de la limitación del flujo de aire (grados GOLD, sin cambios), magnitud de los síntomas actuales (escala de disnea modificada del Consejo de Investigación Médica (mMRC) y la prueba de evaluación de la EPOC (CAT)), antecedentes de exacerbaciones moderadas y graves y comorbilidades asociadas.

En este nuevo documento GOLD se le da mayor relevancia a las exacerbaciones: los grupos A y B no cambian, pero los C y D se fusionan en uno grupo, el E.

Dentro de la utilización de las pruebas de imagen, se hace hincapié en la utilidad de la **tomografía computarizada (TC)** para obtener información sobre las alteraciones estructurales y fisiopatológicas que nos aportarán información sobre los fenotipos y la gravedad de la enfermedad. Para los pacientes

EPOC con exacerbaciones persistentes, síntomas desproporcionados a las pruebas de función pulmonar, FEV₁ inferior al 45 % predicho con hiperinflación significativa, o para aquellos que cumplen con los criterios para la detección del cáncer de pulmón se deben considerar las imágenes de TC de tórax.

Continuando con el documento, en el capítulo 3, dentro de la terapia farmacológica para la fase estable de la enfermedad, cobra importancia la terapia combinada de broncodilatadores (LAMA+LABA) sobre la monoterapia, con lo que se mejora la función pulmonar. La triple terapia (LABA+LAMA+ICS), muestra una mejora clínica y funcional de la enfermedad en pacientes sintomáticos con exacerbaciones frecuentes o graves con respecto a las otras líneas de tratamiento.

Resalta la utilidad de la **tele-rehabilitación pulmonar**, sobre todo tras la pandemia que hemos sufrido durante estos años atrás.

Como ya hemos comentado, la EPOC se asocia con cambios estructurales del parénquima respiratorio, según los cuales hay pacientes que se pueden beneficiar de cirugía o intervenciones a partir de broncoscopia: en bronquíticos crónicos es útil la crioterapia y en exacerbaciones es útil la denervación pulmonar dirigida, entre otras.

En el penúltimo capítulo (capítulo 4) sobre el manejo de la EPOC estable, se comenta la importancia de **elegir el inhalador de manera individual**



Figura 1. Herramienta de clasificación ABE



Fuente: Vogelmeier C., Agusti, AG., Vestbo J., Hurd SS., Jones PW., Anzueto A., et al. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF COPD (2023 Report).

según las características y comorbilidades del paciente, así como explicar y revisar el proceso del uso del inhalador indicado en cada caso (educación de autogestión).

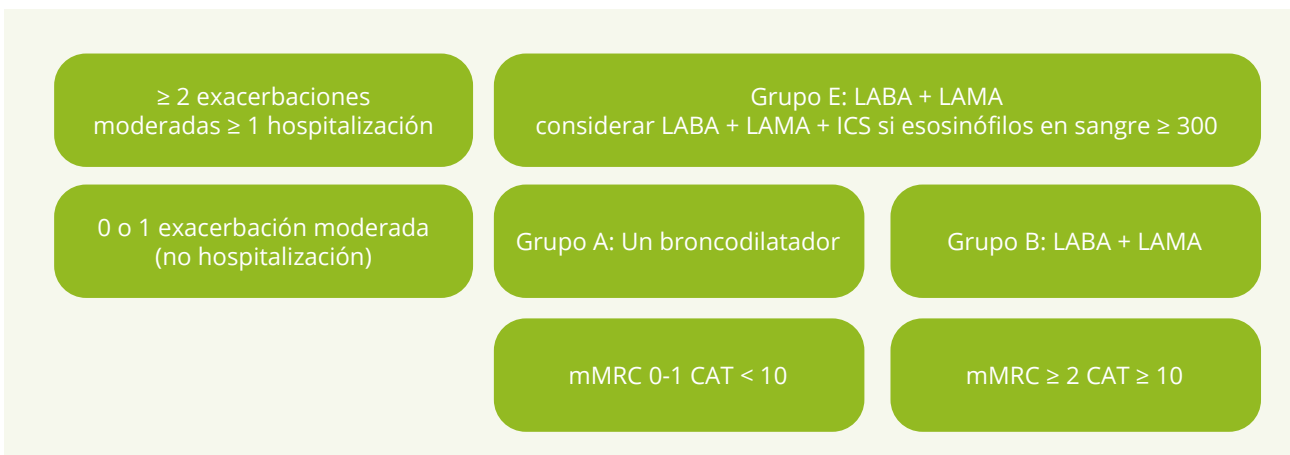
En cuanto al uso de broncodilatadores de acción prolongada, al iniciar el tratamiento se prefiere la combinación de un antagonista muscarínico de acción prolongada y un agonista β₂ de acción prolongada. En pacientes con disnea persistente en

tratamiento con un único broncodilatador de acción prolongada, se debe escalar a dos.

Si existe indicación para un ICS, la combinación LABA + LAMA + ICS ha demostrado ser superior a LABA + ICS y, por lo tanto, es la opción preferida.

- Grupo A: puede usarse un broncodilatador de acción corta o larga, pero es preferible de acción prolongada.

Figura 2. Tratamiento farmacológico inicial



Fuente: Vogelmeier C., Agusti, AG., Vestbo J., Hurd SS., Jones PW., Anzueto A., et al. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF COPD (2023 Report).

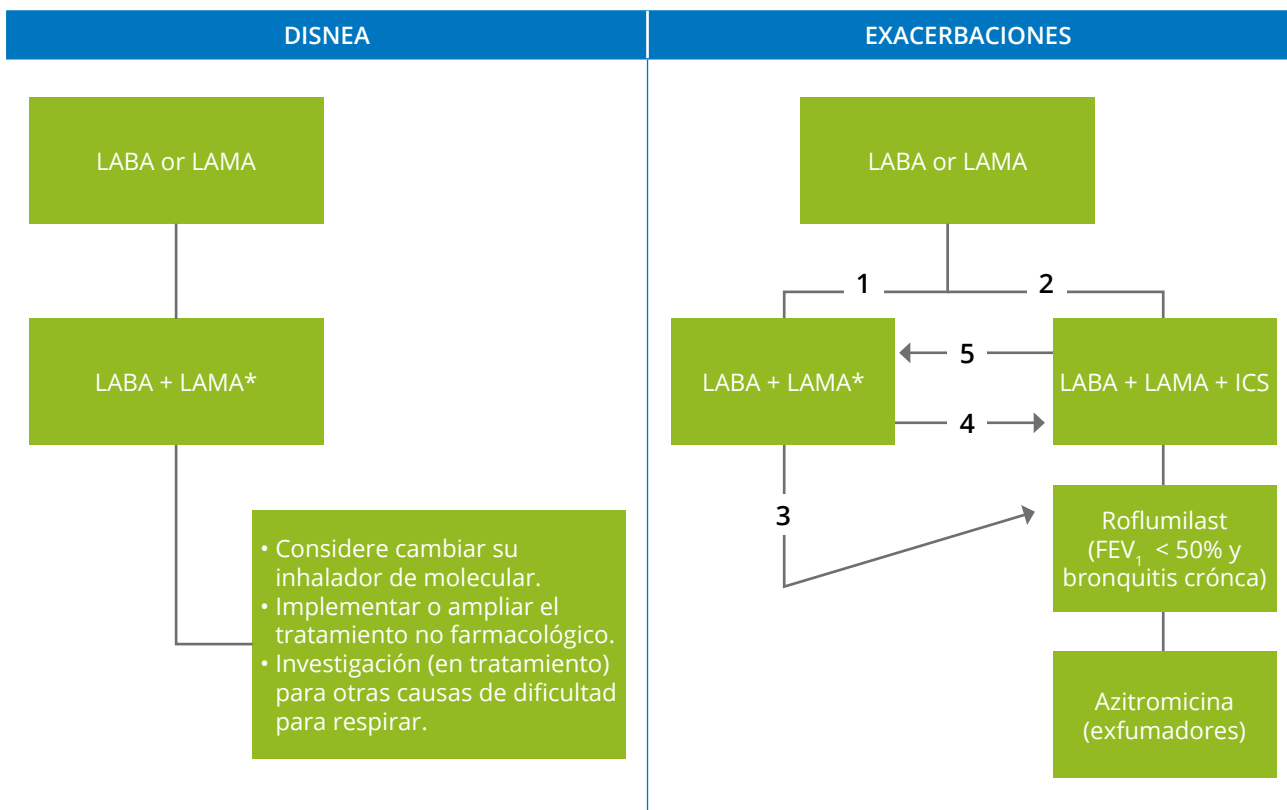


- **Grupo B:** iniciar combinación LABA+LAMA. Si la combinación no se considera apropiada no hay evidencia para recomendar una clase de broncodilatadores de acción prolongada sobre otra (LABA o LAMA).
- **Grupo E:** iniciar combinación LABA+LAMA es la opción preferida. LABA+LAMA+ICS en el grupo E si hay eosinófilos en sangre superior o igual a 300 células/ μ L (recomendación práctica).

Si los pacientes con EPOC tienen **asma concomitante**, deben ser tratados como pacientes con asma, siendo ICS obligatorios.

Otro de los algoritmos a destacar es el de vigilancia del tratamiento farmacológico de seguimiento, independientemente del grupo GOLD asignado al inicio del tratamiento. Según predomine la disnea o exacerbaciones, se elegirá una vía u otra.

Figura 3. Tratamiento farmacológico de seguimiento



1., 2. Eosinófilos inferiores a 300/ μ L. Eosinófilos superiores o iguales a 300/ μ L.

3. Eosinófilos inferiores a 100/ μ L.

4. Eosinófilos superiores o iguales a 100/ μ L.

5. Considerar desescalar los ICS en presencia de neumonías o efectos adversos. La desescalada en pacientes con eosinófilos superior a 300/ μ L presenta el riesgo de incrementar las agudizaciones.

En todos los casos es preferible usar un único dispositivo.

Fuente: Vogelmeier C., Agusti AG., Vestbo J., Hurd SS., Jones PW., Anzueto A., et al. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF COPD (2023 Report).



En la Tabla 2 se resumen las sugerencias para la elección de un inhalador.

Tabla 2. Elección del inhalador

- Creencias de los pacientes, satisfacción con los dispositivos actuales y previos.
- El número de dispositivos debe minimizarse, idealmente en un único dispositivo.
- No se deben realizar modificaciones de dispositivos en ausencia de justificación clínica ni sin información, educación y seguimiento.
- La estrategia más adecuada en la elección de un dispositivo es la decisión compartida con los pacientes.
- La destreza, fuerza y nivel cognitivo del paciente pueden determinar la elección del dispositivo.
- Siempre debe valorarse la habilidad del paciente para realizar las maniobras:
 - Los dispositivos de polvo seco solo son apropiados si el paciente es capaz de realizar una inspiración profunda y con fuerza que debe comprobarse visualmente.
 - Los dispositivos pMDI y, en menor extensión, los de nube requieren coordinación entre la activación del dispositivo y la inhalación. Los pacientes necesitan realizar una inspiración lenta y profunda. En caso de dudas sobre ello, añadir una cámara espaciadora.
 - Para los pacientes en los que se valore la imposibilidad de realizar una maniobra correcta con cualquiera de los dispositivos se debe valorar un nebulizador.
 - Debe valorarse el tamaño, portabilidad y coste de los dispositivos.
 - Los dispositivos inteligentes pueden ser útiles en casos de duda sobre adherencia al tratamiento.
 - Los facultativos deberían prescribir dispositivos que sean capaces de explicar su funcionamiento.

Fuente: Vogelmeier C., Agusti AG, Vestbo J., Hurd SS., Jones PW., Anzueto A., et al. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF COPD (2023 Report).

Por último, el capítulo 5 se centra en las **exacerbaciones**. Las define como eventos caracterizados por un aumento de la disnea o la tos y el esputo, que empeora en menos de 14 días; pueden ir acompañadas de taquipnea o taquicardia y a menudo se asocia con un aumento de la inflamación local y sistémica. Es importante hacer un correcto diagnóstico diferencial con patologías que debutan con síntomas similares, como pueden ser: neumonía, insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar...

En el momento actual, las exacerbaciones se clasifican en:

- Leves (tratadas solo con broncodilatadores de acción corta, SABD).
- Moderadas (tratadas con SABD y corticosteroides orales ± antibióticos).

- Graves (el paciente requiere hospitalización o visita a la sala de emergencias). Las exacerbaciones graves también pueden ser asociadas con insuficiencia respiratoria aguda.

Se recomiendan los beta₂ agonistas inhalados de acción corta, con o sin anticolinérgicos de acción corta, como broncodilatadores iniciales para tratar una exacerbación.

La terapia de mantenimiento con broncodilatadores de acción prolongada debe iniciarse lo antes posible. En pacientes con exacerbaciones frecuentes y niveles elevados de eosinófilos en sangre, se debe considerar la adición de corticosteroides inhalados al régimen de doble broncodilatador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vogelmeier C., Agusti AG, Vestbo J., Hurd SS., Jones PW., Anzueto A., et al. GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF COPD (2023 Report). Disponible en: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2022/12/GOLD-2023-ver-1.1-2Dec2022_WMV.pdf