

Carta al Editor

¿Debemos superar el «terraplanismo» en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

Should we overcome «flat earth» in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease?

Estimado Director:

En pleno siglo XXI, algunos sujetos afirman que la tierra es plana y que una representación tridimensional del mundo carece de sentido, indiferentes al hecho de que ningún barco ha caído por un abismo al llegar al inevitable fin de los océanos. Sugerimos que los esquemas terapéuticos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) adolecen de una visión «terraplanista». Estos esquemas tienen el objetivo de mejorar la sintomatología y disminuir el riesgo futuro (exacerbaciones/mortalidad). Para ello estratifican a los pacientes en categorías de riesgo que han demostrado capacidad para predecir este riesgo futuro, empleando el historial de exacerbaciones, la sintomatología y el grado de obstrucción al flujo aéreo. El documento GOLD ha abandonado esta última dimensión en su esquema para decidir el tratamiento inicial¹, al contrario que la guía española de la EPOC (GesEPOC) que lo mantiene². La decisión de GesEPOC parece acertada, puesto que un menor FEV₁ parece asociarse a un mayor riesgo de eventos adversos futuros, de forma independiente a otras variables³. Versiones previas del documento GOLD incorporaban este elemento a la toma de decisiones, pero de forma dicotómica, planteando una visión «bidimensional». GOLD₂₀₁₇ clasificaba al paciente en los grupos «C» o «D» bien por tener exacerbaciones o por un bajo FEV₁, sin diferenciar a

aquellos sujetos que presentaban ambos factores. La versión 2021 de GesEPOC sigue un planteamiento similar y los pacientes son clasificados de forma dicotómica en alto y bajo riesgo (¿bidimensional?) basándose en la presencia o no de cualquiera de las variables de riesgo, independientemente del número de ellas que coincidan en el sujeto². Recientemente, nuestro grupo propuso una modificación del esquema de GOLD₂₀₁₇ (GOLD_{3D}) en la cual se plantea considerar de forma independiente los distintos elementos (disnea, exacerbación y función pulmonar). Dicha modificación, ofrece un punto de vista «tridimensional» al desarrollar una tercera dimensión que se representa con la figura de un cubo (fig. 1)⁴. Encontramos que esta clasificación predice de forma más precisa el riesgo de eventos adversos futuros que las versiones previas y actual de GOLD⁴. De forma análoga, un estudio encontró que el riesgo de mortalidad de los pacientes con EPOC aumentaba a medida que se sumaban los factores de riesgo considerados por GesEPOC. El analizar el número de estos factores que coincidían en cada paciente incrementaba la capacidad de predicción de mortalidad respecto a la clasificación dicotómica bajo/alto riesgo⁵. Por ello, el realizar una estratificación adicional en los pacientes de alto riesgo considerando este hecho podría ser una incorporación útil en la personalización del tratamiento de la EPOC, lo que podría suponer una modificación de los esquemas terapéuticos actuales (p. ej., algunos pacientes podrían beneficiarse de un tratamiento inicial con triple terapia inhalada). Este mismo planteamiento podría hacerse para una eventual versión 3D del esquema GOLD.

Quizás debemos, pues, abandonar el «terraplanismo» en el tratamiento de la EPOC y añadir una «tercera dimensión» al mismo. Esta hipótesis debe considerarse con prudencia: debería demostrarse el impacto clínico de un esquema terapéutico basado en este

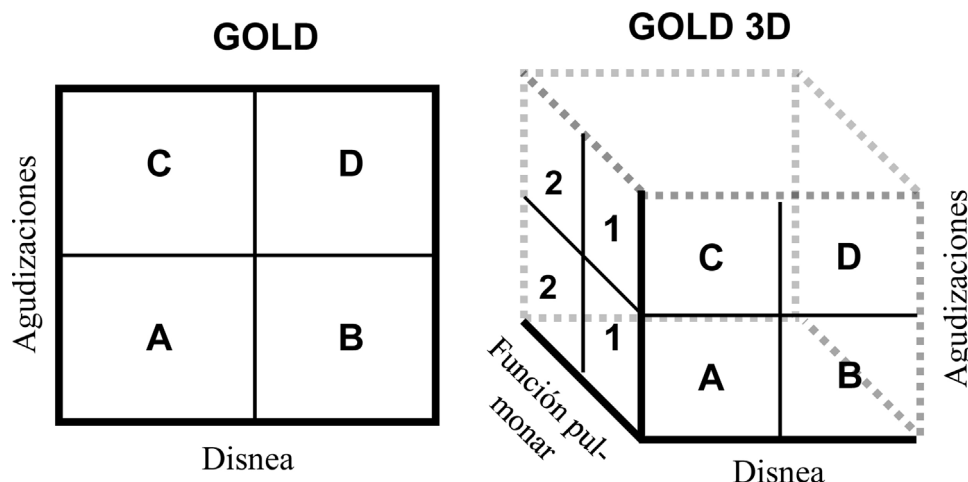


Figura 1. Esquema actual de GOLD y nueva propuesta GOLD_{3D}.

concepto, y éste es por el momento un objetivo que está más allá del horizonte. Debemos navegar por este océano con audacia, pero sin perder de vista la advertencia de los mapas antiguos sobre los territorios inexplorados: *Hic sunt dracones*.

Financiación

Los autores no han recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2022 report [consultado 16 Dic 2021] Disponible en: <https://goldcopd.org/2021-gold-reports/>.
2. Miravittles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez JT, Trigueros JA, Cosío BG, et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021: Updated Pharmacological treatment of stable COPD. Arch Bronconeumol. 2022;58:69–81.
3. Golpe R, Suárez-Valor M, Veiga-Teijeiro I, Veres-Racamonde A, Pérez de Llano LA. Should Lung Function Be Included in the Risk Stratification of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Proposed by GesEPOC? Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2019;55:436–7.
4. Golpe R, Figueira-Gonçalves JM, Amado CA, Martín-Audera P, Esteban C, García-Talavera I, et al. A new, three-dimensional approach to the GOLD COPD assessment tool. Respir Med Res. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.resmer.2021.100879>.
5. Golpe R, Suárez-Valor M, Castro-Añón O, Pérez-de-Llano LA. Risk Stratification in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Can the Spanish Guidelines be Improved? Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2019;55:436–7.

Juan Marco Figueira Gonçalves^{a,b,*} y Rafael Golpe^{c,d}

^a Servicio de Neumología y Cirugía Torácica, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias, Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^c Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

^d Grupo C039 Biodiscovery HULA-USC, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmarcofigueira@gmail.com (J.M. Figueira Gonçalves).