Índice BODE, ¿podemos clasificar mejor la EPOC desde atención primaria?

Presentado en el VII Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha. Primer premio en el apartado de póster.

Palabras clave: BODE. EPOC. Clasificación.

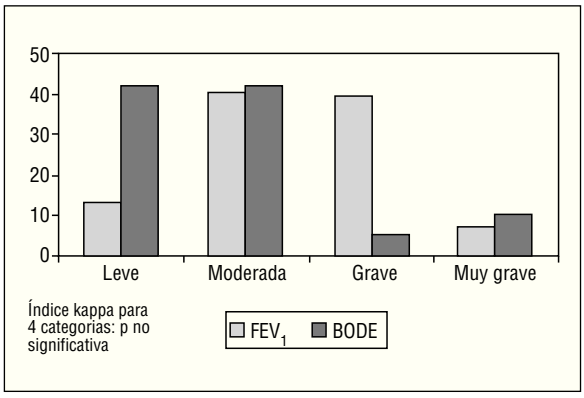

FIGURA 1. Comparación de la clasificación de FEV_1 e índice BODE.

Objetivo. Comparar el índice BODE, analizando sus componentes, como método de clasificación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) frente al patrón de referencia utilizado hasta ahora, el porcentaje FEV_1/teórico.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo.

Emplazamiento. Centro Docente de Atención Primaria Cuenca I.

Participantes. Pacientes diagnosticados espirométricamente de EPOC[1].

Los criterios de exclusión son: *a)* cualquier enfermedad con expectativa de vida menor de 3 años; *b)* infarto agudo de miocardio (IAM) en los 4 meses previos o angina inestable; *c)* insuficiencia cardíaca en grado III-IV de la New York Heart Association, y *d)* asma e incapacidad de realizar el test de la caminata.

Mediciones principales. Las variables incluidas son: edad, sexo, peso, talla, hábito tabáquico actual o previo, paquetes/año y la medicación que tomaban para su EPOC. Se les administraba una escala de disnea (MMRC)[2]. Por último se les realizó el test de la marcha (6MWT)[3]. Se clasificó a los pacientes en 4 grados de intensidad, tanto por la clasificación de la FEV_1 (fig. 1) como por el índice BODE ya validado anteriormente[4].

Resultados. Se realizó un análisis estadístico de todas las variables. La concordancia entre variables se estudia con el índice *kappa* (κ) para 4 categorías. Se analizó a un total de 261 pacientes. Cumplieron los criterios de inclusión 127 pacientes, de los cuales aceptaron colaborar 108 (tasa de respuesta del 88,2%). La distribución por sexos fue de 98 varones (90,7%). Según el FEV_1, el 46,8% de los pacientes fue clasificado como graves o muy grave, y según el BODE, lo fue el 16,2%. La clasificación por estratos según los criterios FEV_1 e índice BODE se recogen en la figura 1, en la que se observa una concordancia escasa-moderada. La capacidad de discriminación de las variables asociadas refleja un alto poder en las variables FEV_1, MMRC o 6MWT, lo que ratifica su posible redundancia. El índice de masa corporal (IMC) aporta un poder discriminatorio nulo.

Discusión y conclusiones. Hemos comprobado que el FEV_1 no se correlaciona bien con factores subjetivos y de calidad de vida[5] (disnea, 6MWT, IMC). La clasificación de EPOC por FEV_1 no parece ser concordante con la clasificación por método BODE, sobre todo en pacientes con EPOC leve y grave.

En conclusión, el índice BODE es un índice multidimensional que refleja mejor la realidad de la EPOC. El método BODE nos permite clasificar mejor la EPOC desde atención primaria, usando parámetros clásicos como test de calidad de vida y de esfuerzo que nos van a permitir valorar la evolución de la enfermedad.

Alicia Panadero Sánchez[a,c], Eneida del Olmo Carrillo[b], José Alejandro López Fraile[a] y Fernando Madero López[a,c]

[a]Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca I. Cuenca. España.
[b]Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca III. Cuenca. España.
[c]Centro de Estudios Sociosanitarios UCLM. Cuenca. España.

1. GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. (NIH Publication n.º 2071) Bethesda: National Institutes of Health; 2003.
2. Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Toru O, Izumi TA. A comparison of the level of dyspnea vs disease severity in indicating the health-related quality of life of patients with COPD. Chest. 1999;116:1632-7
3. ATS statement. Guidelines for the six-minute walk test. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166:111-7.
4. Celli BR, Cote CJ, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendes R, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004;350:1005-12.
5. Marín Trigo JM. ¿Cómo evaluar la gravedad real de la EPOC? Arch Bronconeumol. 2002;38:253-5.
6. Celli BR. Predicting mortality in chronic obstructive pulmonary disease: chasing the «holy grail». Am J Respir Crit Care Med. 2006;173:1298-9.