

EDITORIALES

La evaluación de la EPOC en atención primaria:
nuevos datos apoyan el uso del índice DOSE

Véase el artículo relacionado de Rolink y cols.
en *Prim Care Respir J* 2013; 22(2) pp 169

Josefin Sundh¹, Scott Montgomery²,
Björn Ställberg³, Karin Lisspers⁴

- ¹ Médico especialista de Neumología, Departamento de Medicina Respiratoria, Hospital Universitario y Facultad de Salud y Ciencias Médicas Örebro, Universidad de Örebro, Örebro, Suecia
- ² Catedrático de Epidemiología Clínica, Departamento de Medicina Respiratoria, Hospital Universitario y Facultad de Salud y Ciencias Médicas Örebro, Universidad de Örebro, Örebro, Suecia; y Unidad de Epidemiología Clínica, Departamento de Medicina, Hospital Universitario Karolinska, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia
- ³ Profesor Asociado y médico general, Departamento de Salud Pública y Ciencias de Atención al Paciente, Medicina de Familia y Medicina Preventiva, Universidad de Uppsala, Uppsala, Suecia
- ⁴ Investigador Asociado y médico general, Departamento de Salud Pública y Ciencias de Atención al Paciente, Medicina de Familia y Medicina Preventiva, Universidad de Uppsala, Uppsala, Suecia

* Correspondencia: Dr Josefin Sundh, Department of Respiratory Medicine, Örebro University Hospital, School of Health and Medical Science, Örebro University, 701 85 Örebro, Suecia. Tel.: +46196025597, +46702349517, Fax: +46196021865.
Correo electrónico: josefin.sundh@orebroll.se

Modificaciones recientes de las recomendaciones GOLD recalcan la importancia de evaluar los síntomas o el estado de salud, además de la función respiratoria y la frecuencia de las exacerbaciones, para obtener una visión más completa de los pacientes con EPOC.¹ Existe, sin embargo, un reto difícil para encontrar una forma cómoda de evaluar la EPOC en atención primaria, donde se trata a la mayoría de los pacientes con EPOC. De hecho, se ha debatido la utilidad de las nuevas categorías de las recomendaciones GOLD en atención primaria.²

El artículo de Rolink y cols.³ en este número del *PCRJ* demuestra que el índice DOSE, descrito recientemente, predice el cambio del estado de salud medido con el cuestionario clínico sobre la EPOC (Clinical COPD Questionnaire, CCQ). Este resultado aumenta la posible utilidad del índice DOSE, que ya ha demostrado su utilidad clínica.

La escala MRC es un instrumento reconocido para calcular el importante síntoma de la disnea debida a la actividad física en los

pacientes con EPOC. En un estudio de 2002, la escala MRC demostró ser un factor predictivo de la mortalidad más eficaz que la función pulmonar en pacientes con EPOC.⁴ Sin embargo, la complejidad multisistémica de la EPOC ha dado lugar a la necesidad de instrumentos más completos que puedan tener en cuenta varios aspectos de la enfermedad. El término estado de salud abarca no sólo los síntomas, sino la influencia más amplia de la enfermedad en las actividades de la vida diaria y el bienestar.⁵ El cuestionario respiratorio de St George (SGRQ), un instrumento específico de la enfermedad desarrollado originalmente para evaluar el estado de salud,⁶ se utiliza a menudo en ensayos clínicos como método de referencia para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las enfermedades respiratorias. La CVRS refleja la repercusión de una enfermedad en el bienestar de un paciente, por lo que los términos CVRS y estado de salud están muy relacionados y a menudo se emplean como sinónimos.

Sin embargo, el SGRQ es un instrumento exhaustivo que requiere mucho tiempo, por lo que resulta incómodo utilizarlo en la práctica clínica. Más recientemente, se han desarrollado instrumentos más cortos. En 2005, se introdujo el CCQ como un instrumento adecuado para la determinación del estado de salud; incluye diez apartados sobre síntomas, disfunción emocional y limitaciones de la actividad física.⁷ Se correlaciona bien con el SGRQ, con el Cuestionario de enfermedades respiratorias crónicas (*Chronic Respiratory Questionnaire*, CRQ) y con el instrumento genérico Cuestionario abreviado 36 (*Short Form-36*, SF-36),^{7,8} y es práctico para utilizarlo en atención primaria.⁹ En 2009, se creó la Prueba de evaluación de la EPOC (*COPD Assessment Test*, CAT), que contiene ocho preguntas sobre los síntomas, las actividades y otras influencias de la EPOC en el estado de salud.¹⁰ En la actualización más reciente de las recomendaciones GOLD, se aconseja el uso de las escalas CAT y CCQ para la evaluación clínica del estado de salud en los pacientes con EPOC.¹

En atención primaria existe una clara necesidad de instrumentos sencillos que puedan presentar la máxima información clínicamente importante sobre la enfermedad del modo más eficiente posible. Jones y cols. elaboraron el índice DOSE (Disnea, Obstrucción, Tabaquismo y Exacerbación) con la intención de combinar información relevante para el tratamiento clínico y la evaluación de la gravedad de la enfermedad.¹¹ Otros instrumentos multidimensionales, como el índice BODE (IMC, Obstrucción, Disnea y Capacidad de ejercicio)¹² y el índice ADO (Edad, Disnea y Obstrucción),¹³ también tienen la ventaja de reflejar varios

aspectos de la EPOC. Sin embargo, el índice BODE incluye la prueba de la distancia caminada en seis minutos para determinar la capacidad de ejercicio, por lo que no resulta práctico utilizarlo en atención primaria. El índice DOSE incluye información clínicamente relevante y fácil de obtener, y lo que es más importante, varios de sus componentes mensurables se pueden modificar mediante intervenciones, lo cual supone una ventaja en comparación con el índice ADO.

El índice DOSE había demostrado con anterioridad que predice el riesgo de exacerbaciones, ingresos hospitalarios, insuficiencia respiratoria y mortalidad.^{11,14,15} Rolink y cols. han demostrado ahora que el índice DOSE también es capaz de predecir los cambios del estado de salud, determinado mediante el CCQ.³ En una población de 209 pacientes, el 54% de ellos atendidos en atención primaria, una puntuación ≥ 4 en el índice DOSE fue un factor predictivo estadísticamente significativo de un empeoramiento clínicamente significativo de la puntuación CCQ durante un período de seguimiento de dos años. La estratificación en función del nivel de atención reveló que el instrumento era predictivo sobre todo entre los pacientes de atención primaria. Esta asociación no se ha demostrado previamente en un estudio prospectivo. Curiosamente, una comparación con el FEV₁, expresado como % del valor teórico, indicó que el componente de la función respiratoria por sí solo no se asociaba de manera significativa a cambios en el CCQ ni a la derivación a atención secundaria. El estudio está bien diseñado y sus puntos fuertes son la inclusión de datos de la función pulmonar de todos los pacientes -algo que no siempre es posible en la investigación clínica de la EPOC- y el uso de modelos estadísticos que examinan el grado de variación durante el seguimiento teniendo en cuenta los valores basales.

Estos resultados subrayan la utilidad clínica del índice DOSE en atención primaria. Estamos totalmente de acuerdo con las observaciones de los autores sobre la importancia de que las futuras investigaciones se centren en la prevención del deterioro del estado de salud en las personas de alto riesgo.

La evaluación de la EPOC debe incluir medidas de importancia clínica que puedan modificarse con intervenciones y también información sobre el riesgo de deterioro futuro de la salud y de mortalidad. Este estudio de Rolink y cols.³ añade pruebas importantes de que el índice DOSE predice el cambio del estado de salud. El índice DOSE parece combinar todos los aspectos necesarios y además es cómodo de administrar. Su uso en el tratamiento clínico de los pacientes con EPOC es muy atractivo, sobre todo en atención primaria.

Conflictos de intereses Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en relación con este artículo. BS es Director Adjunto del PCRI, pero no intervino en la revisión editorial ni en la decisión de publicar este artículo. JS, SM y KL no tienen ningún conflicto de intereses en relación con este artículo.

Artículo encargado; no revisado externamente por expertos; aceptado el 7 de mayo de 2013; publicado en Internet el 24 de mayo de 2013
© 2013 Primary Care Respiratory Society UK. Reservados todos los derechos
<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00050>
Prim Care Respir J 2013; **22**(2): 142-143

Bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD 2001 [updated 2013; cited 2013 25th March]; Available from: <http://www.goldcopd.com>.
2. Jones R, Price D, Chavannes N, et al. GOLD COPD categories are not fit for purpose in primary care. *Lancet Respir Med* 2013;**1**(1):e17.
3. Rolink M, van Dijk W, van den Haak-Rongen S, Pieters W, Schermer T, van den Bemt L. Using the DOSE index to predict changes in health status of patients with COPD: a prospective cohort study. *Prim Care Respir J* 2013;**22**(2):169-74. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2013.00033>
4. Nishimura K, Izumi T, Tsukino M, Oga T. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. *Chest* 2002;**121**(5):1434-40. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.121.5.1434>
5. Curtis JR, Martin DP, Martin TR. Patient-assessed health outcomes in chronic lung disease: what are they, how do they help us, and where do we go from here? *Am J Respir Crit Care Med* 1997;**156**(4 Pt 1):1032-9. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.156.4.97-02011>
6. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *Am Rev Respir Dis* 1992;**145**(6):1321-7. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm/145.6.1321>
7. van der Molen T, Willemse BW, Schokker S, ten Hacken NH, Postma DS, Juniper EF. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2003;**1**:13. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-1-13>
8. Reda AA, Kotz D, Kocks JW, Wesseling G, van Schayck CP. Reliability and validity of the clinical COPD questionnaire and chronic respiratory questionnaire. *Respir Med* 2010;**104**(11):1675-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2010.04.023>
9. Kocks JW, Asijee GM, Tsiligianni IG, Kerstjens HA, van der Molen T. Functional status measurement in COPD: a review of available methods and their feasibility in primary care. *Prim Care Respir J* 2011;**20**(3):269-75. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2011.00031>
10. Jones PW, Harding G, Berry P, et al. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009;**34**(3):648-54. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00102509>
11. Jones RC, Donaldson GC, Chavannes NH, et al. Derivation and validation of a composite index of severity in chronic obstructive pulmonary disease: the DOSE Index. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;**180**(12):1189-95. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200902-0271OC>
12. Celli BR, Cote CG, Marin JM, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004;**350**(10):1005-12. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa021322>
13. Puhan MA, Garcia-Aymerich J, Frey M, et al. Expansion of the prognostic assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: the updated BODE index and the ADO index. *Lancet* 2009;**374**(9691):704-11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61301-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61301-5)
14. Oga T, Tsukino M, Hajiro T, Ikeda A, Nishimura K. Predictive properties of different multidimensional staging systems in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2011;**6**:521-6. <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S24420>
15. Sundh J, Janson C, Lisspers K, Stallberg B, Montgomery S. The Dyspnoea, Obstruction, Smoking, Exacerbation (DOSE) index is predictive of mortality in COPD. *Prim Care Respir J* 2012;**21**(3):295-301. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00054>