

Hay que medir algo más que el VEF₁ en la EPOC?

Para nosotros los neumólogos ha sido difícil la tarea de difundir el conocimiento sobre la importancia de hacerles pruebas de función pulmonar a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sin embargo, cuando se logra una mayor aceptación por parte de los médicos a los estudios funcionales para el diagnóstico, nos enfrentamos a la realidad que estas pruebas son insuficientes en el seguimiento y como predictores de pronóstico.

Son muchos los estudios que pretenden buscar indicadores de desenlace en la EPOC, sin embargo, no han sido prácticos y la no aplicación logró que no fueran difundidos y por tanto se han generado varias tendencias para definir severidad en la EPOC.

Definitivamente no es el valor de volumen espiratorio forzado (VEF₁), el que determina el riesgo de exacerbación o de mortalidad, sin embargo, es el que con frecuencia tenemos a mano y tomamos decisiones basados en este número.

En 2004 el doctor Bartolomé Celli propone un sistema de graduación muy superior a la sola medición del VEF₁, como predictor de mortalidad que se ha denominado BODE que son las siglas en inglés de (Body Mass Index, Obstruction, Dyspnea, Exercise Capacity Index) (1). Es un índice sencillo, práctico, pero en principio de poca utilidad si lo que pretendía era solamente predecir mortalidad. Pero con la validación del mismo, y con los reportes posteriores dándole un valor agregado al seguimiento y la evaluación de la respuesta terapéutica, se hace necesario que hagamos de éste un indicador más utilizado por los neumólogos.

Sin que fuera este el objetivo principal, para cuando esta publicación este en poder de los lectores, gracias a los comités del EPOC y función pulmonar de la asociación de neumología y cirugía del tórax (ASONEUMOCITO), un grupo de neumólogos se encargará de entrenarse y posteriormente difundir sus conocimientos sobre el test de marcha o caminata de seis minutos, una nueva herramienta en el laboratorio pulmonar, que permite evaluar la repercusión sistémica de la enfermedad respiratoria y que siendo una prueba

sencilla de realizar, es la variable más complicada de medir en el índice BODE. No ha sido la intención de la asociación, reitero, difundir ni promocionar la realización del índice BODE, pero personalmente propongo a los interesados familiarizarnos con su realización, y aplicarlo como medida de seguimiento en las intervenciones terapéuticas de los pacientes con la EPOC. Esta propuesta surge primero por la sencillez del índice y segundo por los resultados encontrados en el estudio también realizado por Celli (2), en el que se demuestra la modificación del BODE cuando se hace intervención con rehabilitación pulmonar, y que comparado con los pacientes no intervenidos el pronóstico se modificó.

Utilidad similar fue encontrada en el estudio de Kian-Chung Ong, et al (3) donde evaluando la EPOC más como una enfermedad sistémica el BODE fue útil para predecir con más precisión que el VEF₁ la necesidad de hospitalización teniendo más poder como indicador de predicción del desenlace cuando se comparó con la clasificación de severidad del GOLD. Además demostró ser de gran utilidad en la medición del impacto de las exacerbaciones agudas en EPOC (4).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Celli B, Cote C, Marin J, Casanova C, Montes de Oca M, 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.
- 2- Cote C, Celli B. Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD. *Eur Respir J*. 2005; 26: 630-636.
- 3- Chung Ong K, Earnest A, Jin Lu S. A Multidimensional Grading System (BODE Index) as Predictor of Hospitalization for COPD. *Chest* 2005;128;3810-3816.
- 4- Cote C, Celli B. Effect of exacerbations of COPD on the multidimensional body mass index (B), airflow obstruction (O), dyspnea (D) and exercise capacity (E), BODE index. *Chest* 2004; 126: 840S

Gustavo Adolfo Hincapié Díaz, MD.

Editor