



NUEVO ÍNDICE FUNCIONAL EN EPOC 2015

AUTORES: Mario Ruiz Núñez (1), Roberto Garrastazu López (2), Sandra Arenal Barquín (3), Jose Manuel Helguera Quevedo (4), Cristina Bonnardeaux Chardburn (5), Carlos León Rodríguez (3)
1- Médico de familia. SUAP Miera; 2- Médico de familia. SUAP GAMA . 3- Médico de Familia. SUAP Suances. 4- Médico de familia. SUAP Bajo Asón. 5- Médico de familia. SUAP Mataporquera

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las agudizaciones moderadas y graves, así como el estadio GOLD en base al FEV1, se han identificado de forma consistente en la literatura como los principales factores asociados con el riesgo de agudizaciones al año siguiente. El presente estudio muestra los resultados de un índice de gravedad funcional (IGF) propio basado en estos tres indicadores, en la cohorte EPOC-Cantabria, obtenida a partir de datos poblacionales mediante un muestreo aleatorio simple.

MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo. A partir de la base de datos poblacional OMI-AP, se identificaron 900 pacientes con EPOC confirmado a 01/01/2012. Las agudizaciones (moderadas y graves), así como la mortalidad por todas las causas durante el año 2012 fueron tratadas como variables dependientes. Como variable independiente se creó un IGF propio en escala cuantitativa discreta (rango 0-6) que se categorizó ordinalmente en leve/moderado/severo/muy severo. La categoría de menor gravedad fue tratada como categoría de referencia, obteniéndose Odds Ratios ajustadas (ORa) por edad y sexo, junto con sus Intervalos de Confianza al 95% (IC95%).

CONCLUSIONES

- Al introducir las tres variables clínicas juntas (agudizaciones totales, ingresos por EPOC y FEV1) en un Índice Funcional (IF), se ha obtenido un aumento de la capacidad predictiva tanto para la predicción del riesgo de agudizaciones al año siguiente, como para ingresos por EPOC y mortalidad por todas las causas.
- La incorporación de las principales comorbilidades a este índice (Insuficiencia Cardíaca y diabetes), fue útil para aumentar la capacidad predictiva de ingreso y especialmente mortalidad, pero no para aumentar la capacidad predictiva para el riesgo de cualquier tipo de agudización.

RESULTADOS

En cuanto al riesgo de tener al menos dos agudizaciones al año siguiente (fenotipo exacerbador frecuente), la capacidad predictiva del IF propio, fue superior a cualquiera de las variables individuales, incluida las agudizaciones el año previo. ORa IGF-categoría moderado 2,57; ORa IF-categoría severo 5,20; ORa IF- categoría muy severo 12,80.

En cuanto al riesgo de tener al menos un ingreso al año siguiente, la capacidad predictiva del índice funcional propio basado en estas tres variables, fue asimismo superior, con un patrón dosis respuesta (p tendencia lineal) significativo. Ver tabla 1.

En cuanto al riesgo de mortalidad, las categorías del índice funcional también discriminaron el riesgo, con un patrón dosis-respuesta estadísticamente significativo. Ver tabla 2.

Al introducir la insuficiencia cardíaca y la diabetes en el índice funcional, la capacidad predictiva tanto para ingresos (ORa IF + comorbilidades - muy severo = 40,55), como para mortalidad por todas las causas (ORa = 20,05) fue muy superior a la del índice funcional sin ellas. Ver tablas 1 y 2.

Tabla 1. Odds Ratios ajustadas en función del índice gravedad funcional (IGF) para el riesgo de "ser exacerbador frecuente" y de ingreso por EPOC al año siguiente (2012).

	EI		EF			Ninguno		>=1 ingreso		
	N=568	N=332	ORa ^a	(CI	95%)	N=752	N=148	ORa ^a	(CI	95%)
Gravedad Funcional (Continua 0-6)	--	--	1,66	1,47	1,88	--	--	1,73	1,50	2,00
LEVE (REF)	146	35	1	--	--	168	13	1	--	--
MODERADA(1)	211	136	2,57	1,66	3,97	299	48	1,96	1,02	3,75
SEVERA(2)	69	94	5,20	3,16	8,55	112	51	5,32	2,72	10,38
MUY SEVERA(3)	7	25	12,80	5,06	32,37	12	20	18,18	7,11	46,48
<i>p tendencia lineal</i>			<0,001					<0,001		
Gravedad Funcional+Comorbilidad (Continua 0-8)	--	--	1,55	1,40	1,73	--	--	1,75	1,54	2,00
LEVE (REF)	94	21	1	--	--	111	4	1	--	--
MODERADA(1)	228	100	1,73	1,01	2,97	293	35	2,91	1,00	8,43
SEVERA(2)	104	148	5,47	3,15	9,48	177	75	9,68	3,40	27,55
MUY SEVERA(3)	7	21	12,19	4,33	34,35	10	18	40,55	11,09	148,31
<i>p tendencia lineal</i>			<0,001					<0,001		

EI=Exacerbador infrecuente (≤1 exacerbaciones en el 2012), EF=Exacerbador frecuente (≥2 exacerbaciones en el 2012)

^a ORa = Odds Ratio ajustada por sexo, edad y estatus de fumador

Tabla 2. Odds Ratios ajustadas en función del índice gravedad funcional (IGF) para el riesgo de "mortalidad por todas las causas" al año siguiente (2012).

	Vivos		Fallecidos		
	N=831	N=69	ORa ^a	(CI	95%)
Gravedad Funcional (Continua 0-6)			1,49	1,22	1,81
LEVE (REF)	176	5	1	--	--
MODERADA(1)	323	24	2,21	0,81	6,03
SEVERA(2)	141	22	4,01	1,43	11,24
MUY SEVERA(3)	26	6	7,17	1,95	26,39
<i>p tendencia lineal</i>			<0,001		
Gravedad Funcional+Comorbilidad (Continua 0-8)			1,56	1,31	1,86
LEVE (REF)	114	1	1	--	--
MODERADA(1)	314	14	4,23	0,54	33,04
SEVERA(2)	216	36	14,24	1,89	107,34
MUY SEVERA(3)	22	6	20,05	2,16	186,36
<i>p tendencia lineal</i>			<0,001		

^a ORa = Odds Ratio ajustada por sexo, edad y estatus de fumador

BIBLIOGRAFÍA

- Celli BR, Cote CG, Marín JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, 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.
- Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Sánchez L, Perpiña M, Román P. Severe exacerbations and BODE index: two independent risk factors for death in male COPD patients. Respir Med. 2009;103:692-9.
- GESEPOC. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012;48(Supl 1):2-58.