



Editorial

Cuestionarios en la valoración multidimensional de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: dos caras de la misma moneda



Questionnaires in Multidimensional Assessment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Two Sides of the Same Coin

José Luis López Campos^{a,b,*} y Carmen Calero^{a,b}

^a Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/Universidad de Sevilla, Sevilla, España
^b CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

En las últimas décadas, el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ha ido virando desde esquemas sencillos unidimensionales hasta estrategias más complejas basándose en aproximaciones multidimensionales o en fenotipos. En la última actualización de la estrategia GOLD¹ se recomienda realizar una valoración de la situación del paciente mediante el uso de 3 cuestionarios: el *COPD Assessment Test* (CAT)², la escala de disnea modificada del *Medical Research Council* (MRC)³ y el *Clinical COPD Questionnaire* (CCQ)⁴. La designación de estos 3 cuestionarios diferentes para evaluar el impacto de la enfermedad en los pacientes en la estrategia GOLD ha suscitado una controversia interesante en la evaluación multidimensional de la enfermedad.

Con objeto de comprobar la equivalencia de los cuestionarios, diversos autores han realizado estudios observacionales donde se describe una realidad previamente intuida por el clínico: que estos cuestionarios, aun siendo válidos de manera aislada en la evaluación del impacto de la enfermedad, tienen resultados no superponibles entre sí. En este sentido, algunos trabajos han mostrado esta falta de concordancia entre CAT y MRC⁵, al igual que se ha observado para la relación de la MRC con el cuestionario respiratorio de St George⁶. Esta diferencia disminuye al cambiar el punto de corte para el cuestionario MRC en la clasificación GOLD. De esta manera, Jones et al.⁷ sugieren que una separación de los pacientes que no tienen disnea (grado 0 de la MRC) frente a los que sí la tienen hace que los pacientes se distribuyan en tipos GOLD en porcentajes muy parecidos a cuando se emplea el CAT con sus actuales puntos de corte.

La idea que subyace en estos estudios es que si en una cohorte de pacientes los porcentajes de clasificación empleando ambas escalas coinciden, entonces podrían emplearse indistintamente uno u

otro para la categorización de los pacientes con EPOC. Sin embargo, como Jones et al.⁷ reconocen, esta concordancia de distribución de tipos GOLD no implica que necesariamente sean exactamente los mismos pacientes los que coinciden en la puntuación de los cuestionarios empleando estos nuevos puntos de corte. En este punto, es necesario que tengamos en cuenta que los resultados de un estudio epidemiológico con frecuencia no pueden ser aplicados a un paciente concreto. Este fenómeno ha sido bien descrito en la literatura y se denomina falacia ecológica⁸. Aplicándolo a nuestro caso, este fenómeno implica que, aunque en una cohorte de pacientes los puntos de corte puedan coincidir en porcentajes, cuando pasamos al caso clínico concreto pueden detectarse diferencias notables según el cuestionario que se use. Por este motivo, sería necesario disponer de otros estudios con otro diseño metodológico o bien con otro tipo de análisis que nos permitan evaluar el uso de los distintos cuestionarios y sus puntos de corte a nivel de pacientes concretos, no en cohortes de pacientes.

En el presente número de *Archivos de Bronconeumología*, Rieger-Reyes et al.⁹ presentan los resultados de un estudio observacional realizado en 283 sujetos con EPOC en el que evalúan los resultados de los cuestionarios CAT y MRC, aplicados el mismo día y por el mismo entrevistador a cada paciente, con objeto de analizar su potencial equivalencia a la hora de evaluar a un paciente con EPOC. Este trabajo tiene una aproximación analítica interesante, puesto que hace una evaluación de los resultados basándose en pacientes. De esta manera, los autores observan que el 72,8% de los pacientes estudiados coincidían en el tipo GOLD tanto si se evaluaba por MRC como por CAT (75% para los tipos A y B y 70,2% para los tipos C y D). Un siguiente paso que los autores podrían dar sería analizar las características de estos casos en los que sí coincidían los cuestionarios, por si pudieran identificar algún tipo de paciente concreto en el que la utilización de una u otra escala en la valoración multidimensional tuviera una menor relevancia.

En el momento actual estamos ante el nacimiento de una medicina centrada en el paciente que en los próximos años probablemente dará lugar al nacimiento de la medicina personalizada en la EPOC¹⁰. Iniciativas de valoración multidimensional como

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.09.014>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lcampos@separ.es (J.L. López Campos).

la de la estrategia GOLD y otras similares constituyen el primer paso de un largo camino que debemos comenzar a recorrer y en el que iremos aprendiendo a cada paso que demos. Entre tanto, deberemos emplear estrategias diagnósticas que nos permitan adaptarnos al paciente, a su variabilidad en la percepción de los síntomas y la variable manifestación clínica de la enfermedad. En este contexto es posible que no necesitemos un mayor número de cuestionarios, sino más bien tener claro cómo utilizarlos en pacientes concretos. Rememorando una cita atribuida al poeta, clérigo y decano de la catedral de San Patricio en Dublín, Jonathan Swift (1667-1745), autor de la obra literaria *Los Viajes de Gulliver*, «tenemos bastante religión como para odiarnos, pero no suficiente como para amarnos». Cuanto mejor sepamos captar la variabilidad compleja de la EPOC en pacientes concretos, seremos más capaces de aportar soluciones terapéuticas más personalizadas, en la medida que el avance de la ciencia y la tecnología nos lo vaya permitiendo.

Bibliografía

1. Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187:347–65.
2. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD assessment test. *Eur Respir J*. 2009;34:648–54.
3. Fletcher CM. The clinical diagnosis of pulmonary emphysema: An experimental study. *Proc R Soc Med*. 1952;45:577–84.
4. 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.
5. Kim S, Oh J, Kim YI, Ban HJ, Kwon YS, Oh IJ, et al. Differences in classification of COPD group using COPD assessment test (CAT) or modified Medical Research Council (mMRC) dyspnea scores: A cross-sectional analyses. *BMC Pulm Med*. 2013;13:35.
6. Han MK, Muellerova H, Curran-Everett D, Dransfield MT, Washko GR, Regan EA, et al. GOLD 2011 disease severity classification in COPDGene: A prospective cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2013;1:43–50.
7. Jones PW, Adamek L, Nadeau G, Banik N. Comparisons of health status scores with MRC grades in COPD: Implications for the GOLD 2011 classification. *Eur Respir J*. 2013;42:647–54.
8. Idrovo AJ. Three criteria for ecological fallacy. *Environ Health Perspect*. 2011;119:A332.
9. Rieger-Reyes C, García-Tirado FJ, Rubio-Galán FJ, Marín-Trigo JM. Clasificación de la gravedad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la nueva guía Iniciativa Global para la Enfermedad Obstructiva Crónica 2011: COPD Assessment Test versus modified Medical Research Council. *Arch Bronconeumol*. 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.09.014>.
10. Agusti A, Sobradillo P, Celli B. Addressing the complexity of chronic obstructive pulmonary disease: From phenotypes and biomarkers to scale-free networks, systems biology, and P4 medicine. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183:1129–37.