

qué punto esta enfermedad en sus estadios iniciales no es víctima del «*disease mongering*» (promoción de la enfermedad), ampliando los límites de la enfermedad tratable para ampliar los mercados que producen y aplican tratamientos?

Lo que evidenciamos es una morbilidad registrada inferior a la prevalencia encontrada y puede deberse al punto de corte ya comentado, pero también a una importante variabilidad interprofesional. Nuestra morbilidad registrada es del 1,2% (rango: 0,5-3,9%). Esta variabilidad puede responder a diferente morbilidad por cupo, uso del registro, pero también por diferencias en la práctica médica profesional, que debe ser analizada y corregida.

El abandono tabáquico se relaciona con estrategias legislativas (precios, espacios), educativas y sanitarias. Se define el tabaquismo como un indicador de «morbilidad evitable imputable a la atención primaria»⁶. Este importante descenso podría deberse a las medidas restrictivas, pero estas han sido las mismas para varones y mujeres y esto nos lleva a pensar en otra variable ¿Hacemos el mismo esfuerzo para detectar el tabaquismo y promover su abstinencia cuando se trata de mujeres fumadoras? Sabemos que su dependencia es mayor y su motivación menor³, pero ¿estamos interviniendo igual?

Consideramos que debemos seguir previniendo el tabaquismo, que ineludiblemente debemos incluir la perspectiva de género, y que debemos también orientar nuestros esfuerzos no solo en «culpabilizarnos» por un defecto de diagnóstico, cuya necesidad puede ser cuánto menos cuestionada y reajustada, sino a medir el impacto real que como médicos de familia y como atención primaria estamos consiguiendo en nuestras diferentes zonas básicas de salud, hecho evidenciado y evidenciable. Afortunadamente.

Bibliografía

1. Bruscas Alijarde MJ, Naberan Toña K, Lambán Sánchez MT, Bello Dronda S. Estudio ARAPOC: prevalencia de síntomas respiratorios y enfermedad obstructiva crónica en población general. *Aten Primaria*. 2015;47:336-43.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011/2012 (ENSE 2011/2012) [consultado 12 Jun 2015]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>.
3. Casado Vicente V, Álvarez Hodel AE, Benítez Bartolomé S, Marcos Sánchez B, Navarro Contreras SM, Spaans Fernández N. en nombre del grupo de investigación ParquEPOC ¿Los estudios de prevalencia de zona básica de salud tienen sentido en medicina familiar y comunitaria? A propósito de un caso: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Aten Primaria*. 2015;47:581-8.
4. Celli BR, Halbert RJ. Point: Should we abandon FEV₁/FVC<0.70 to detect airway obstruction? No. *Chest*. 2010;138:1037-40.
5. Enright P, Brusasco V. Counterpoint: Should we abandon FEV₁/FVC<0.70 to detect airway obstruction? Yes. *Chest*. 2010;138:1040-2.
6. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001. p. 313-50.

Verónica Casado Vicente*, Natalia Spaans Fernández y Sofía Benítez Bartolomé

Grupo de investigación ParquEPOC, Centro de Salud Universitario Parquesol, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: veronica.casado@telefonica.net (V. Casado Vicente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.07.007>

Respuesta de los autores



Author's reply

Sr. Editor:

Hemos leído con interés los comentarios sobre nuestro trabajo y le agradecemos la posibilidad que nos ofrece de completarlos.

Compartimos con el equipo de investigadores del estudio ParquEPOC¹ la preocupación por la alta prevalencia de la EPOC, aunque, como ellos también explican en su trabajo, la prevalencia de esta enfermedad es muy variable según las zonas, lo que se ha comprobado en estudios tanto internacionales como nacionales². Eso no quita utilidad a estos trabajos, que nos ayudan a conocer la situación de nuestros centros de salud y plantear mejoras en aras a disminuir la repercusión negativa de esta enfermedad sobre la población. No presentamos los resultados por equipos porque participando 19 Zonas Básicas de Salud, con una media de 60 pacientes cada una, las conclusiones parciales tienen un interés más local.

Por otra parte, en estos estudios transversales vemos reflejados los efectos acumulados del tabaquismo; aunque

se esté observando en España una reducción del mismo, la repercusión sobre la prevalencia global puede hacerse esperar unos años. De hecho, en el estudio ARAPOC se constata una disminución de la prevalencia en fumadores, mientras que aumenta en los exfumadores si lo comparamos con los estudios IBERPOC y EPISCAN^{3,4}. Creemos, también, en la relevancia que puede tener en un futuro el aumento del tabaquismo en la mujer con respecto al varón, por lo que nos parecen muy acertados los comentarios realizados al respecto. Coincidimos también plenamente con la preocupación por el infradiagnóstico y, aún teniendo en cuenta que en los pacientes mayores puede existir un sobrediagnóstico, optamos por usar el punto de corte espirométrico FEV₁/CVF menor del 70% ya que es el empleado por los principales estudios, y favorece así la comparación entre ellos.

Nos parece interesante traer aquí a colación un artículo en el que se comparaba la prevalencia de EPOC en el estudio IBERPOC de 1997 para una población de 40-69 años, comparada con la población del estudio EPISCAN en la misma franja de edad, 10 años después. Si se empleaban los mismos criterios diagnósticos (en ese caso, los de la European Respiratory Society), la prevalencia disminuiría del 9,1 al 4,5% en esos 10 años⁵.

Por todo ello, nos queremos mostrar cautelosos, pero optimistas. En los últimos años se está haciendo un esfuerzo importante para disminuir el consumo de tabaco en nuestra sociedad, y mejorar en el conocimiento y tratamiento de la EPOC. El camino tiene sus obstáculos, pero indudablemente estamos avanzando.

Bibliografía

1. Casado Vicente V, Álvarez Hodel AE, Benítez Bartolomé S, Marcos Sánchez B, Navarro Contreras SM, Spaans Fernández N. ¿Los estudios de prevalencia de zona básica de salud tienen sentido en medicina familiar y comunitaria? A propósito de un caso: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Aten Primaria*. 2015;47:581–8.
2. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM, et al. Global burden of COPD: Systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2006;28:523–32.
3. Sobradillo-Peña VS, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest*. 2000;118:981–9.
4. Ancochea J, Badiola C, Durán-Tauleria E, García-Río F, Miravittles M, Muñoz L, et al. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:41–7.
5. Soriano JB, Ancochea J, Miravittles, García-Río F, Durán E, Muñoz L, et al. Recent trends in COPD prevalence in Spain: A repeated cross-sectorial survey 1997-2007. *Eur Respir J*. 2010;36:758–65.

M. José Bruscas Alijarde*, Karlos Naberañ Toña,
M. Teresa Lambán Sánchez
y Salvador Bello Dronda

Centro de Salud Torre Ramona, Zaragoza, Spain

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jomimajo@ono.com

(M.J. Bruscas Alijarde).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.003>