

Tabla 1 (continuación)

Análisis		
Manejo de cuestionarios incompletos	Manejo de cuestionarios con marcas de tiempo atípicas	Correcciones estadísticas
		Especifique si se analizaron todos los cuestionarios o sólo los que estaban completos en su totalidad. Para usuarios que no avanzaron por todo el cuestionario y se terminaron precozmente, señale si se incluyeron también en el análisis
		Algunos investigadores miden el tiempo que las personas necesitan para completar un cuestionario y excluyen cuestionarios que se enviaron en un período de tiempo muy corto. Si usa esta técnica, especifique el margen de tiempo para el punto de corte de cuales se aceptaban como válidos y como se determina ese punto de corte.
		Señale si se han utilizado herramientas estadísticas para ajustar la no representatividad de la muestra (por ejemplo peso de ítems o <i>propensity scores</i>). Señale cuales.

CEIC: Comité Ético de Investigación Clínica; IP: Internet Protocol.

^a Fuente: Adaptado de Eysenbach G4.

El checklist CHERRIES en castellano

Para aclarar la terminología en relación con la *tasa de respuesta*, los editores de *Journal of Medical Internet Research* proponen usar otros términos menos ambiguos: la *tasa de visualizaciones*, la *tasa de participación* y la *tasa de completado* como las 3 medidas a calcular a la hora de informar sobre el grado de participación en un cuestionario. Terminológicamente, en castellano *tasa* requeriría la existencia del tiempo en el denominador, pero a veces se acepta la traducción para determinadas situaciones, como por ejemplo la *tasa de desempleo*, donde realmente se habla de proporciones sin la existencia del tiempo en el denominador. En la [tabla 1](#) recogemos los principales términos y elementos de la directriz.

Bibliografía

1. Kellerman SE, Herold J. Physician response to surveys. A review of the literature. *Am J Prev Med*. 2001;20:61–7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00258-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00258-0).
2. VanGeest JB, Johnson TP, Welch VL. Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: A systematic review. *Eval Heal Prof*. 2007;30:303–21, <http://dx.doi.org/10.1177/0163278707307899>.
3. Ritter P, Lorig K, Laurent D, Matthews K. Internet versus mailed questionnaires: A randomized comparison. *J Med Internet Res*. 2004;6:1–10, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6.4.e39>.

4. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6:1–6, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>.
5. Rosenbaum PR, Rubin DB. The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. *Biometrika*. 1983;70:41, <http://dx.doi.org/10.2307/2335942>.

Juan A. López-Rodríguez^{a,b,c,d,e}^a Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia Asistencial de Atención Primaria Madrid, SERMAS, Comunidad de Madrid, Madrid, España^b Centro de Salud General Ricardos, Madrid, España^c Fundación para la Innovación e Investigación Biomédica de Atención Primaria, Madrid, España^d Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey

Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

^e Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) ISCIII, EspañaCorreo electrónico: Juanantonio.lopez@salud.madrid.org<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.005>
0212-6567/© 2019 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Prevalencia y características de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en no fumadores



Prevalence and characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers

Sr. Editor:

Agradecemos el interés mostrado por nuestro trabajo¹ y por los comentarios recibidos, pero nos gustaría hacer alguna consideración al respecto:

En España existe un registro de pacientes con déficit de alfa-1 antitripsina (AAT) desde 1993 dentro del área IRTS, y posteriormente área EPOC de la SEPAR (www.redaat.es), que incluye aproximadamente 400 pacientes con déficit grave², que son los que tienen clínica y que consiste, principalmente, en la aparición de disnea de esfuerzo, tos, expectoración y agudizaciones³. Basándonos en los datos del REDAAT, el perfil medio de los casos detectados de déficit de AAT en España es de un varón, en la edad media de la vida, con una función pulmonar muy alterada, que se manifiesta principalmente por disnea de esfuerzo², siendo estos resultados similares a los de otros registros europeos^{4,5}. Sin embargo, en nuestro estudio¹ se ha hallado que son

las mujeres quienes tienen más EPOC sin antecedente de tabaquismo, que aparece en edades más avanzadas, y no en la edad media de la vida, con una función pulmonar poco alterada y, además, con una disnea leve o nula. En este sentido, las características de los pacientes de nuestro estudio no convergen con las típicas de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con déficit de AAT. Además, teniendo en cuenta la escasa prevalencia en España, en caso de que existieran pacientes afectados en nuestro estudio, estos serían muy escasos. Además, hay que recordar que ya en 1963 Laurell y Erikson descubrieron la asociación entre la carencia de AAT y el enfisema⁶. El índice de masa corporal medio de los pacientes de nuestro estudio fue de 29,5 kg/m² (DE=8,5) que están en el límite de la obesidad más propia de la bronquitis crónica que del enfisema.

No obstante, estamos de acuerdo con las recomendaciones de la SEPAR⁷ y de la OMS⁸ en determinar al menos una vez en la vida los niveles de AAT en el paciente diagnosticado de EPOC, porque existe un tratamiento específico que disminuye la mortalidad en este subgrupo de pacientes.

Financiación

Los autores declaran que para la realización del trabajo no se ha obtenido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal JR, Ortega M, Barbé F, Castañ MT, et al. Prevalence and characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2018; <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.012>.
2. Lara B. COPD and alpha-1-antitrypsin deficiency [Article in Spanish]. *Arch Bronconeumol*. 2010;46 Suppl 4:S2-8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0300-2896\(10\)70026-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0300-2896(10)70026-0).
3. Lee P, Gildea TR, Stoller JK. Emphysema in nonsmokers: Alpha 1-antitrypsin deficiency and other causes. *Cleve Clin J Med*. 2002;69:928-9, 933, 936 passim.
4. Lara B, de la Roza C, Vilà S, Vidal R, Miravittles M. Development and results of the Spanish registry of patients with alpha-1-antitrypsin deficiency. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2007;2:393-8.
5. Stockley RA, Luisetti M, Miravittles M, Piitulainen E, Fernandez P, Alpha One International Registry (AIR) group. Ongoing research in Europe: Alpha One International Registry (AIR) objectives and development. *Eur Respir J*. 2007;29:582-6, <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00053606>.
6. Laurell CB, Eriksson S. The electrophoretic α 1-globulin pattern of serum in 1-antitrypsin deficiency. 1963. *COPD*. 2013;10 Suppl. 1:S3-8, <http://dx.doi.org/10.3109/15412555.2013.771956>.
7. Casas F, Blanco I, Martínez MT, Bustamante A, Miravittles M, Cadenas S, et al. Indications for active case searches and intravenous alpha-1 antitrypsin treatment for patients with alpha-1 antitrypsin deficiency chronic pulmonary obstructive disease: An update. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:185-92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.05.008>.
8. Alpha 1-antitrypsin deficiency: Memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ*. 1997;75:397-415.

Josep Montserrat-Capdevila^{a,b,c,d,*}, Pere Godoy^{b,c,d,e}, Josep Ramon Marsal^f, Marta Ortega^{g,h}, Ferran Barbé^{i,j,k}, Maria Teresa Castañ^{b,l}, María Asunción Seminario^j, Jesús Pujol^{b,m} y Miquel Alseda^{b,c,d}

^a Consultorio Local de Bellvís, ABS Pla d'Urgell, Atención Primaria, Institut Català de la Salut, Bellvís, Lleida, España

^b Institut de Recerca Biomèdica (IRB) de Lleida, Lleida, España

^c Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut, Lleida, España

^d Facultat de Medicina, Universitat de Lleida, Lleida, España

^e CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

^f Unitat d'Epidemiologia del Servei de Cardiologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^g Unitat de Suport a la Recerca Lleida, Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España

^h Centre d'Atenció Primària Capped, Direcció d'Atenció Primària (DAP) Lleida, Institut Català de la Salut (ICS), Lleida, España

ⁱ Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

^j Grupo de Patología Respiratoria, Institut de Recerca Biomèdica (IRB) de Lleida, Lleida, España

^k Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España

^l ABS Eixample, Atención Primaria, Institut Català de la Salut, Lleida, España

^m ABS Balaguer, Atención Primaria, Institut Català de la Salut, Balaguer, Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmontser@alumni.unav.es (J. Montserrat-Capdevila).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.04.002>
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).