

procesos de incapacidad temporal en mujeres embarazadas y las situaciones de riesgo durante el embarazo, en el que pudieran participar médicos del trabajo de servicios de prevención y médicos especialistas de medicina familiar y comunitaria de centros de salud, en orden a determinar el uso adecuado de ambas prestaciones.

Bibliografía

1. Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia [consultado 30 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=ec1334affafef110VgnVCM1000000705350aRCRD&vgnextchannel=75164a7f8a651110VgnVCM1000000dc0ca8c0RCRD&tab=tabConsultaCompleta>
2. Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia [consultado 22 Jul 2014]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1992L0085:20070627:ES:PDF>
3. LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras

[consultado 20 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/11/06/pdfs/A38934-38942.pdf>

4. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo. Madrid, 2011 [consultado 20 Jul 2014]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Noticias/Noticias.INSHT/2011/ficheros/2011_11_23_DIR_MATER.pdf
5. Rodríguez Ortiz de Salazar B, Martínez Herrera JA, Álvarez Collado L, Silva Mato A. Prestación por riesgos laborales durante el embarazo en Madrid 2000-2004. *Med Segur Trab.* 2006;2: 15-28.

Joaquín Andani Cervera^{a,c,*}, Ivanka Torres Segura^a,
María Teresa Fuente Goig^a y David Hervás Marín^b

^a Servicio de Prevención, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^b Unidad de Bioestadística, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España

^c Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andani_joa@gva.es (J. Andani Cervera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.011>

Detección de pacientes en riesgo de malnutrición en atención primaria. ¿Podemos mejorar?



Detecting patients at risk of malnutrition. Can we improve?

Sr. Editor:

El estado nutricional sigue siendo infravalorado a pesar de sus repercusiones en la evolución clínica de los pacientes y en los costes sanitarios^{1,2}. Según la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), se ha estimado en 170 billones de euros al año el coste sanitario derivado de la atención a los pacientes desnutridos, cuando con tan solo un 3% de esa cantidad podrían cubrirse los soportes necesarios para atender a estos pacientes y revertir su situación nutricional³. Aunque la malnutrición en atención primaria ha sido menos estudiada, y disponemos de pocos datos, respecto a la malnutrición hospitalaria, no por ello es de menor relevancia, pues se estima una prevalencia del 10% de enfermos desnutridos, aumentando hasta el 60-85% en casos de personas institucionalizadas, lo que conlleva a importantes consecuencias tanto a nivel sanitario como social y económico⁴.

La valoración nutricional debería ser universal, precoz, sencilla de aplicar, y adaptada a las diversas circunstancias clínicas de los pacientes; para ello se recomiendan métodos de *screening* rápidos y fáciles de usar⁵.

Dado que no existe un parámetro específico que nos ayude a diagnosticar la desnutrición, para el *screening* nutricional se han ido desarrollando a lo largo de las últimas décadas varios métodos clínicos y/o automatizados validados, siendo los de uso más habitual el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutritional Risk Screening (NRS-2002), Mini Nutritional Assessment (MNA), la valoración subjetiva global (VSG), control nutricional (CONUT) y otros métodos para enfermedades específicas como Oncology Screening Tool (OST).

El CONUT es un método de *screening* informático, útil para la prevención, detección precoz y seguimiento de la desnutrición clínica; automáticamente determina la situación nutricional, teniendo en cuenta la información del laboratorio: albúmina, colesterol total y determinación del número de linfocitos¹.

El cribado nutricional CONUT permite en la actualidad, valorar a diario, de manera automática, la situación nutricional de la totalidad de los pacientes ingresados a los que se practica análisis de rutina. Estudios recientes han señalado que el CONUT es una herramienta eficaz para la detección precoz y el control continuo de la desnutrición hospitalaria, con las características adecuadas a las funciones de cribado². Con este objetivo ya en algunos hospitales de la Comunidad de Madrid se está utilizando el método de *screening* nutricional CONUT.

La unificación de aplicaciones de historia clínica electrónica y protocolos clínicos entre los niveles asistenciales, posibilita la utilización del CONUT como herramienta de cribado, siendo una prestación del laboratorio del hospital a sus centros de salud de referencia. Máxime cuando tras el alta hospitalaria, y una vez detectado y valorado el riesgo,

la continuidad del tratamiento de los pacientes tiene lugar en la atención primaria.

Por todo ello, y teniendo en cuenta el escaso tiempo por paciente en las consultas de atención primaria, planteamos la ventaja de la realización del *screening* nutricional mediante el método CONUT, frente a otros protocolos de cribado mediante cuestionarios.

Disponer de un sistema eficaz y práctico para la valoración nutricional nos permitiría no solo realizar en la práctica diaria habitual valoraciones para identificar a pacientes de riesgo⁶, sino también, desarrollar estudios de investigación con el fin de profundizar en este importante problema socio-sanitario y mejorar su abordaje terapéutico, así como generar alertas en los pacientes con riesgo de malnutrición.

La detección precoz del riesgo nutricional y el correcto diagnóstico nutricional, debe ser una de las prioridades de nuestra labor asistencial y debe ir seguida de un plan de tratamiento nutricional acorde con las circunstancias de cada paciente, máxime cuando es posible realizarse desde el primer nivel asistencial al disponer de herramientas eficientes para ello.

Bibliografía

1. Proyecto para la prevención, detección precoz y control de la desnutrición (Proyecto CONUT). Ulibarri JI. En: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. El libro blanco de la desnutrición clínica en España: Acción Médica 2004. p. 89-101.
2. Ulibarri JI, González-Madroño A, de Villar NGP, González P, González B, Mancha A, et al. CONUT: una herramienta para controlar el estado nutricional. Primera validación en una población hospitalaria. *Nutr Hosp.* 2005;20:38-45.
3. Ljungqvist O, Man Fd. Under nutrition: A major health problem in Europe. *Nutr Hosp.* 2009;24:369-70.
4. Rodríguez-Martín A, Novalbos-Ruiz JP, Jiménez-Rodríguez A, Baglietto Ramos M, Romero-Sánchez JM. Red de malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED). *Nutr Hosp.* 2010;25 Supl 3: S67-79.
5. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Resolución ResAP. Sobre alimentación y atención nutricional en hospitales; 2003. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>
6. Fukushima K, Ueno Y, Kawagishi N, Kondo Y, Inoue J, Kakazu E, et al. The nutritional index "CONUT" is useful for predicting long-term prognosis of patients with end-stage liver diseases. *Tohoku J Exp Med.* 2011;224:215-9.

Marbella Piñera^{a,e,*}, Belén de Llama^{b,e},
María Teresa Jubete^{c,e} y Francisco Arrieta Blanco^{d,e}

^a CS Benita Ávila, Madrid, España

^b CS Entrevías, Madrid, España

^c CS Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid, España

^d Endocrinología y Nutrición, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^e En representación del grupo de Nutrición de SoMaMFyC

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marbellaptames1@yahoo.com
(M. Piñera)..

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.013>

Medicina familiar y comunitaria y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica



Family and community medicine and chronic obstructive pulmonary disease

Sr. Editor:

Con relación al Estudio ARAPOC: prevalencia de síntomas respiratorios y enfermedad obstructiva crónica en población general¹ publicado recientemente en su revista, deseamos realizar algunas consideraciones. La prevalencia de las enfermedades puede variar si sus factores contribuyentes se modifican en espacio y tiempo. Nos llama poderosamente la atención que no se haya alcanzado ningún descenso en la prevalencia de EPOC en el ámbito estudiado, a pesar de los importantes esfuerzos realizados desde los centros de salud y del importante descenso del tabaquismo (en España el 32,09% en 1993, al 23,95% en 2012, específicamente en varones 44 a 27,9%, con estabilidad en mujeres 20,8-20,2%)². Además, contando con un estudio tan amplio, es curioso que no se revelen diferencias geográficas ni por equipos, aunque esto probablemente sea materia de próximos análisis de los datos obtenidos.

Con relación a este tema y también recientemente publicado en su revista nuestro estudio ParquEPOC³ con misma franja etaria, método diagnóstico y punto de corte que ARAPOC, revela una prevalencia baja de EPOC del 4,5%, para una prevalencia baja de tabaquismo, que ha descendido 16,3 puntos en 12 años (34,8 a 18,5%, el doble que a nivel nacional), especialmente a expensas de los varones. Las mujeres se mantienen en el 20%, superando ya a los varones (16,3%).

En ARAPOC refieren un 78,5% de pacientes sin diagnosticar y sin tratar. Se considera que el inicio precoz del tratamiento es capaz de mejorar la calidad de vida y evitar ingresos hospitalarios, sin embargo, es sabido que la intervención farmacológica no cambia el curso natural de la enfermedad si no cambian sus factores de riesgo. También, hay un debate profundo sobre el criterio espirométrico de FEV₁/FVC < 70% como punto de corte para determinar la enfermedad^{4,5}. Las altas tasas de falsos positivos en adultos mayores de 50 años amplifican considerablemente las estimaciones de la prevalencia de EPOC en los no fumadores, por lo que empiezan a recomendarse otros puntos de corte⁵. Por otra parte, debemos evitar que el diagnóstico precoz se convierta en prematuro, evitando el sobrediagnóstico, sobretratamiento y sobreutilización de procedimientos. Esto se evita interviniendo en el tabaquismo y tratando adecuadamente a los pacientes sintomáticos. Porque ¿hasta