

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. Ljijungqvist 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

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 Drondda 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.mssi.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.