



CARTAS AL EDITOR

Tabaquismo y morbimortalidad durante 20 años en España: a propósito de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y de la cardiopatía isquémica



Tobacco and morbi-mortality during the last 20 years in Spain in relation to chronic obstructive pulmonary disease and ischemic cardiomyopathy

Sr. Editor:

Para nuestros trabajos de fin de grado de medicina, hemos realizado un estudio descriptivo de la correlación entre los indicadores de prevalencia del tabaquismo y de la morbimortalidad por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en España durante 20 años, a partir de los artículos publicados en su revista^{1,2}. Hemos evaluado, también, la evolución de los mismos indicadores por cardiopatía isquémica en España, utilizando los datos del portal estadístico del Sistema Nacional de Salud³, y la información de diferentes fuentes: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), Encuesta Europea de Salud (EES), Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y Defunciones Según Causa de Muerte (DSCM).

Entre 1993 y 2011, la prevalencia del consumo de tabaco ha descendido en España 8,1 puntos (del 32,7 al 23,9%), 0,5 en mujeres y 13 en varones. También se constató un descenso de la mortalidad prematura y de la hospitalización, tanto en EPOC como en cardiopatía isquémica (fig. 1). Hemos observado correlaciones positivas del tabaquismo con las hospitalizaciones por EPOC ($r=0,64$; $p=0,001$), y la muerte prematura por cardiopatía isquémica ($r=0,94$; $p<0,001$).

La Ley antitabaco 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco⁴, entró en vigor el 2 de enero de 2011, introduciendo medidas contra el tabaquismo (deshabitación tabáquica) y la protección de los ciudadanos. Esta ley parece no haber tenido un gran impacto en la población fumadora, ya que no se aprecia un claro descenso de la prevalencia tabáquica en los años posteriores. El descenso del consumo de tabaco es progresivo y se inicia antes, pudiendo vincularse a más factores, entre ellos al Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

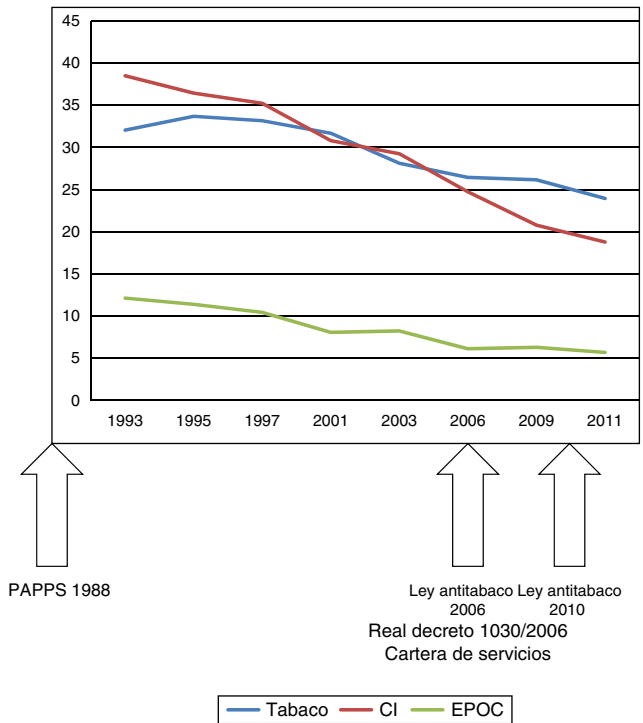


Figura 1 Evolución de la prevalencia del consumo de tabaco, y las tasas de mortalidad prematura por EPOC y cardiopatía isquémica.

(semFYC)⁵ que se inicia en 1988. El impacto de la atención primaria ya había llevado a diversos autores a considerar el tabaquismo como un indicador de morbimortalidad evitable imputable a la atención primaria⁶.

Observamos, también, un menor descenso del tabaquismo en las mujeres, lo que, dado que las medidas legislativas y restrictivas son las mismas, quizás se pueda explicar por la mayor dependencia física y la menor motivación para el abandono de las mujeres, como determinan algunos autores², que también consideran que ha existido un sesgo de abordaje en la perspectiva de género desde atención primaria, que ha considerado prioritaria en sus intervenciones a una población diana que era básicamente masculina.

Las medidas educativas, legislativas y económicas, así como las actividades de promoción y prevención del sistema sanitario, especialmente en atención primaria, parecen haber tenido un impacto positivo sobre el tabaquismo, que es el principal factor de riesgo de las enfermedades crónicas

como la EPOC y la cardiopatía isquémica. Pero es importante, dados los resultados encontrados, que se incluya la perspectiva de género en las iniciativas de promoción y prevención a realizar.

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. 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.
3. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. INCLASNS. BD. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: <http://inclasns.mssi.es>
4. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, n.º 318, (31-12-2010).
5. SEMFYC-PAPPS. Programa de actividades preventivas y promoción de la salud. [consultado 16 Feb 2016] Disponible en: <http://papps.es/>.
6. Starfield B. *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001. p. 313–50.

Helena Navarro Artacho*, Andrea Medina del Valle y Verónica Casado Vicente

Unidad Docente Universitaria de Medicina de Familia, Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología, Facultad de Medicina de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: helena.navarro@hotmail.com (H. Navarro Artacho).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.011>
0212-6567/

© 2016 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/>).

Enteropatía secundaria a olmesartán



Spruelike enterothy associated with olmesartan

Sr. Editor:

Olmesartán es un fármaco de la familia de los inhibidores del receptor de la angiotensina II, ampliamente utilizado como tratamiento de la hipertensión arterial desde 2002¹. La FDA, en 2012, alertó de que este fármaco podía producir como efecto secundario raro una enteropatía con hallazgos histológicos similares a los encontrados en la enfermedad celíaca, y que condiciona cuadros de diarrea severa y pérdida de peso tras meses o incluso años de comenzar con el tratamiento². A nivel intestinal se observa atrofia de las vellosidades intestinales, sin elevación serológica de IgA antitransglutaminasa, y sin respuesta a una dieta sin gluten.

La etiología de esta asociación es desconocida, aunque el largo periodo de tiempo entre el comienzo de la toma del fármaco y el comienzo de los síntomas sugiere lesión mediada por células inmunitarias, y no una reacción de hipersensibilidad tipo 1³. Se ha relacionado con una mayor incidencia de HLA DQ 2 y HLA DQ 8 en estos pacientes comparado con la población general, por lo que también podría estar influida por la susceptibilidad genética². Es importante tener en cuenta esa entidad para diagnosticar a los pacientes afectos.

Se presentan 2 casos: Paciente mujer de 71 años, hipertensa, en tratamiento con olmesartán 40 mg/día desde 2010 y paciente varón de 86 años, en tratamiento con olmesartán

20 mg/día desde 2009. Ambos fueron estudiados en nuestro servicio por cuadros de diarrea de meses de evolución y pérdida de peso de más de 5 kg en los últimos meses. Se realizó analítica completa que fue normal, ambos tenían marcadores tumorales CEA y CA 19.9 dentro de los límites normales, y presentaban anticuerpos anti-transglutaminasa negativos. Se recogieron coprocultivos y estudio de toxina de *Clostridium difficile* con resultado negativo. Como prueba de imagen se solicitó una TAC, que en los 2 pacientes resultó normal. Se realizó colonoscopia, también normal en ambos, con biopsias aleatorias inespecíficas. La gastroscopia con toma de biopsias duodenales indicó una atrofia vellositaria severa y presencia de linfocitos intraepiteliales. En uno de los pacientes, el HLA DQ2 fue positivo, mientras que en el otro, tanto HLA DQ2 como HLA DQ8 fueron negativos. En ambos pacientes al retirar el fármaco se obtuvo mejoría clínica.

Dada la creciente incidencia de esta entidad, es importante tener una alta sospecha clínica para llegar al diagnóstico, ya que con la retirada del fármaco se consigue una importante mejoría de la calidad de vida del paciente y se evitan estudios y costes innecesarios.

Bibliografía

1. Burbure N, Lebwohl B, Arguelles-Grande C, Green PHR, Bhagat G, Lagana S, et al. Olmesartan-associated sprue-like enteropathy: A systematic review with emphasis on histopathology. *Hum Pathol*. 2016;50:127–34.
2. Esteve M, Termino R, Carrasco A, Batista L, del Val A, Blé M, et al. Potential coeliac disease markers and autoimmunity in olmesartan induced enteropathy: A population based study. *Dig Liver Dis*. 2016;48:154–61.