

Consideraciones sobre la prevalencia en España de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Sr. Director: Hemos leído con enorme interés el artículo de Moraleda et al, publicado recientemente en su revista, «Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media»¹.

Ante todo queremos felicitar a los autores por el arduo trabajo de campo que suponen estos estudios y por la excelente metodología y presentación del tema.

Únicamente es nuestro deber matizar un concepto fundamental respecto al diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) que en las conclusiones no queda suficientemente aclarado.

El EAT (Eating Attitudes Test) es un instrumento de cribado de los TCA. La mayoría de los investigadores coinciden en establecer el punto de corte en 30 puntos, a partir del cual existe un riesgo elevado de tener o llegar a tener un TCA. Sin embargo, este test nunca puede medir la prevalencia de TCA, ya que para poder diagnosticar estos cuadros es preciso realizar una entrevista clínica personal en la que se confirme si se cumplen los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV o en el CIE-10². Por todo lo anteriormente expuesto creemos que no debería afirmarse en la conclusión: «Existe una alta prevalencia de TCA en este colectivo...», sino que sería más correcto decir: «Existe un alto porcentaje de adolescentes que presentan un riesgo elevado de padecer TCA...»; que como intentaremos aclarar posteriormente no es lo mismo, aunque ambos datos tengan gran relevancia.

Últimamente se aprecia en España un gran alarmismo social con respecto al aumento en la prevalencia de los TCA que ha provocado frecuentes polémicas. De ahí la importancia de realizar en nuestro país estudios epidemiológicos fiables que hasta hace muy poco no existían^{2,3}.

Recientemente han sido realizados varios trabajos de investigación epidemiológica en mujeres adolescentes españolas que suponen un gran avance por su gran rigor y por sus muestras amplias y representativas³⁻⁶. En la tabla 1 se comparan los resultados de los mismos. Para distinguir los diferentes trabajos, los hemos designado con

TABLA 1. Comparación de los diferentes estudios sobre prevalencia de TCA en mujeres adolescentes en España

	N	Edad (años)	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA total (%)
Madrid ⁴	723	15	0,69	1,24	2,76	4,69
Zaragoza ⁵	2.193	12-18	0,14	0,55	3,83	4,52
Navarra ⁶	2.862	12-21	0,31	0,77	3,07	4,15
Media			0,38	0,85	3,22	4,45

TCA: trastornos de la conducta alimentaria; N: tamaño de la muestra; AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; TCANE: trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

el nombre de la provincia donde han sido realizados.

Como se puede apreciar en la tabla, los resultados no discrepan demasiado, especialmente en la prevalencia total de los TCA. Si calculamos la media de estos estudios, encontramos una elevada prevalencia de TCA en las mujeres adolescentes españolas (aproximadamente un 4,45%).

Otro dato interesante resulta de comparar los resultados del test de cribado (EAT) en los trabajos de Moraleda et al¹ y Pérez-Gaspar et al⁶, al encontrar un porcentaje muy similar de adolescentes con una puntuación ≥ 30 (11,5 y 11,1%, respectivamente). En el segundo, a estas adolescentes «de riesgo» se les realizó una entrevista para confirmar el diagnóstico de TCA, encontrando una prevalencia del 4,15% (del 11,1% con probable TCA, se confirmó TCA en un 4,15%). Esto demuestra lo importante que es realizar un correcto diagnóstico de los TCA y no confundir el «riesgo de padecer un TCA» con «padecer un TCA».

Para finalizar queremos expresar que estamos completamente de acuerdo con la reflexión de Moraleda et al respecto a la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y búsqueda activa de casos de TCA en atención primaria, debido a su elevada prevalencia y al alto porcentaje de adolescentes que presentan conductas de riesgo^{1,2}.

Palabras clave: Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Epidemiología. Eating Attitudes Test (EAT). Trastornos del comportamiento alimentario.

R. Julián Viñals^a, M.A. Peláez Fernández^b, R. Ramírez Arrizabalaga^c y M.L. de la Puente Muñoz^c

^aCentro de Salud Dr. R. Castroviejo. ^bUniversidad Complutense. ^cCentro de Salud Alameda de Osuna. Madrid.

- Moraleda S, González N, Casado JM, Carmona J, Gómez R, Aguilera M, et al. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Aten Primaria* 2001; 28:463-7.
- Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julián R, Ponce de León C, et al. Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones, 2000.
- Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114:543-4.
- Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines*. *Pediatr Integral* 1997;2:246-60.
- Ruiz PM, Cornet P. Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115:278-9.
- Pérez M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes navarras. *Med Clin(Barc)* 2000;114: 481-6.

La calidad de las historias clínicas de atención primaria: tirándonos piedras a nuestro propio tejado

Sr. Director: Sobrequés y Piñol, en su artículo «Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados»¹, afirman que sólo el 18,3% de las historias clínicas de atención primaria (HCAP) que revisan contienen un conjunto de datos de interés sanitario que ellos y un conjunto de profesionales sanitarios del entorno en que trabajan consideraron *a priori* como impres-

cindible. Este conjunto de datos se basa, según los autores, en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la semFYC y el Plan de Salud de Catalunya, y contiene el registro de la presión arterial, colesterol, consumo de alcohol y tabaco, e índice de masa corporal. Este conjunto de datos se refiere, pues, a actividades preventivas que, sin duda, tienen un papel importantísimo en la atención primaria de salud, pero que no suelen ser el motivo principal de visita por el que acude la población a los centros. Por otra parte, este tipo de actividades son de realización casi universal y suele ser la base de la evaluación de los contratos programa, ya que hasta ahora no ha habido registros de morbilidad o factores de riesgo informatizados que permitiesen seleccionar fácilmente a poblaciones en las que fuese adecuado realizar un cierto tipo de actividades y medir el proceso o los resultados obtenidos con ellas. Ya que era muy difícil seleccionar conjuntos de personas con patologías diversas que permitiesen valorar el grado de resolución de la atención primaria así como las actividades preventivas, se optó por incluir sólo los aspectos de prevención universales. Sin embargo, en diversas ocasiones los profesionales asistenciales han afirmado que este conjunto de indicadores no recoge la realidad de la práctica clínica.

Como los mismos autores afirman en la introducción, el objetivo principal de la HCAP es facilitar y mejorar la asistencia. Así pues, es con relación a ese objetivo principal como debe evaluarse la calidad de este registro. Propuestas anteriores para definir una HCAP de buena calidad (como la que se aplicó en el Servicio de Atención Primaria Baix Llobregat Centre, del Institut Català de la Salut, desde 1992 y se modificó posteriormente en 1994, que incluía que la HCAP recogiera simultáneamente antecedentes familiares, personales, una exploración física básica [con auscultación cardiorrespiratoria y palpación abdominal], utilización de la estructura SOAP [ME-AP] y de la lista de problemas) se ajustan mejor al objetivo citado. Cuando se examinan las HCAP a la luz de estos criterios, los resultados son mucho mejores que los presentados por los autores del presente es-

tudio y más acordes con la realidad de consultas en que profesionales con un nivel cada vez más alto de formación atienden a una población cada vez más envejecida y con mayor carga de patología.

M.C. Cabezas Peña

Institut Català de la Salut.
Fundació Jordi Gol i Gurina per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut.

1. Sobrequés J, Piñol JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria* 2001;28:535-42.

Réplica de los autores

Sr. Director: Con relación a la carta de Cabezas Peña sobre el artículo «Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados»¹, quisiéramos agradecer los comentarios de la compañera y aprovechar para destacar algunos puntos del artículo que quizá requieran algunas aclaraciones. Sabemos que la realidad particular de los equipos de atención primaria (EAP) en España es bastante dispar (en los ámbitos de organización, financiación, sociodemográfico, disponibilidad de recursos, etc.), y que inclusive en las mismas comunidades autónomas y a niveles de agregación incluso menores existen diferencias remarcables que influyen en la provisión y la calidad de los servicios sanitarios. Por esta razón, y en relación con los métodos de evaluación de las historias clínicas en atención primaria (HCAP), entendemos que resulta útil la existencia de distintas metodologías en función de las necesidades de los EAP, puesto que así cada uno puede valorar e interpretar sus propios resultados (en su contexto particular), tomar decisiones oportunas y, mediante la comparación de sus propios resultados en posteriores auditorías, valorar la efectividad de las medidas adoptadas anteriormente.

Si bien en nuestro estudio concluimos que con la metodología empleada los resultados no son tan buenos como cabría esperar, apuntamos posibles explicaciones de este fenómeno y estamos de acuerdo con Cabezas Peña en que un buen registro simultáneo de un paquete básico (formado

por los antecedentes familiares, personales, exploración física básica, utilización de la estructura SOAP y la lista de problemas) es un objetivo deseable a alcanzar en las HCAP. Sin embargo, la recogida de factores de riesgo entendemos que constituye un objetivo más específico en la evaluación del registro y, tal vez por esta razón, en la evaluación de los contratos programa se recogen, entre otros, los factores de riesgo con el propósito de potenciar la recogida y sistematización de los mismos en las HCAP.

De los 5 factores de riesgo utilizados en nuestro estudio, el registro del consumo de tabaco y alcohol, la presión arterial, el peso y la talla probablemente formarían parte de la lista de problemas, lista de antecedentes personales y exploración física básica propuesta en el Servicio de Atención Primaria de Baix Llobregat Centre, y solamente el registro del colesterol quedaría fuera. Medido de esta manera, en nuestro estudio habríamos obtenido un 23,6% de registro básico de datos de interés sanitario, frente al 18,2% de registro mínimo de datos sanitarios publicado. Esto sería sin haber tenido en cuenta el registro de los antecedentes familiares y la utilización de la estructura SOAP en la hoja de consultas. No se pueden extraer conclusiones porque solamente es una aproximación.

Se mida como se mida, las que nos parecen que podrían ser las razones más importantes que no permiten obtener una HCAP de mayor calidad son de carácter organizativo² (la presión asistencial y el escaso tiempo de consulta) y demográfico (población cada vez más envejecida y con mayor carga de patología).

**J. Sobrequés Soriano^a
y J.L. Piñol Moreso^b**

^aEAP Sant Miquel. Granollers (Barcelona).

^bInstitut Català de la Salut. DAP Reus-Altebrat (Tarragona).

1. Sobrequés J, Piñol JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria* 2001;28:535-42.
2. Saura J. Diez minutos por consulta. Estableciendo límites a la carga de trabajo del médico de familia. *JANO* 2001;61:23.