

estas recomendaciones están realizadas en pacientes con epilepsia, nos pueden servir de orientación en otras circunstancias (diferentes modelos de dolor neuropático, NT y otras cefaleas) donde se presenten los problemas descritos de adherencia/tolerabilidad con CBZ y OXC⁵.

En conclusión, tradicionalmente el uso de la CBZ ha estado limitado debido a un perfil farmacocinético y de efectos adversos no deseados, y el uso de la OXC ha disminuido por asociación y por asumirse la existencia de unos efectos parecidos. La investigación ha validado el perfil farmacocinético y de efectos adversos mejorado de la OXC en comparación con la CBZ, pero no se ha dado la suficiente importancia a la investigación adicional sobre las afecciones de dolor. Aunque la evidencia de los bloqueadores de los Nav en el manejo del dolor crónico es limitada⁶, la investigación emergente ha identificado esta área como esperanzadora para que ensayos clínicos adicionales guíen mejor nuestra práctica clínica.

Bibliografía

1. Vivas Maiques C, Palop Larrea V. Hiponatremia grave y uso velado de oxcarbazepina. *Aten Primaria*. 2020; <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.03.010>.
2. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. Papel de los bloqueadores de los canales de sodio dependientes de voltaje en el tratamiento del dolor crónico: usos potenciales en la práctica clínica según la evidencia disponible. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2018;65:275–83.
3. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. Acetato de eslicarbazepina en dolor neuropático, cefaleas y neuralgias craneales: Evidencia y experiencia. *Neurología*. 2019;34:386–95.
4. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI. Bloqueadores de los canales de sodio dependientes de voltaje: nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor neuropático. *Neurología*. 2020; <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.02.004>.
5. Villanueva V, Ojeda J, Rocamora RA, Serrano-Castro PJ, Parra J, Rodríguez-Uranga JJ, et al. Consenso Delphi EPICON: Recomendaciones sobre el manejo adecuado del cambio a acetato de eslicarbazepina en epilepsia. *Neurología*. 2018;33:290–300.
6. Alcántara Montero A, Sánchez Carnerero CI, Goicoechea García C. Terapias emergentes en desarrollo clínico y nuevas aportaciones en dolor neuropático. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2019;66:324–34.

A. Alcántara Montero^{a,*}
y S.R. Pacheco de Vasconcelos^b

^a Centro de Salud Manuel Encinas, Consultorio de Malpartida de Cáceres, Cáceres, España

^b Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Hospital Universitario, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com
(A. Alcántara Montero).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.007>

0212-6567/ © 2020 El Autor(s). 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/>).

Análisis de la prevalencia y principales factores de riesgo asociados a la retinopatía diabética



Analysis of prevalence and major risk factors associated with diabetic retinopathy (DR)

Sr. Editor:

Respondiendo a las interesantes reflexiones de Eric Mata. Respecto a la prevalencia de retinopatía diabética (RD), el tiempo de evolución de la enfermedad en nuestra serie fue de 11 años, mientras que en la revisión de Yau fue de 7,9 años, no justificando nuestra menor prevalencia. Otro metaanálisis del 2013¹ revisa 72 estudios, obteniendo prevalencias que oscilan entre el 10,1 y el 48,1%, concluyendo que el análisis de la RD no se puede extrapolar. Por tanto, sería más fiable basarnos y comparar los resultados de este estudio con otros trabajos nacionales con poblaciones similares. Esto se hace en nuestro metaanálisis de la figura 2 ($I^2 = 99,7$, indicador de gran heterogeneidad), concluyendo que nuestros resultados se encuentran dentro del intervalo de confianza de los estudios realizados en España en los últimos años. Estamos de acuerdo en

que no se debe caer en ninguna complacencia, puesto que en un estudio realizado por Romero Aroca² se observó un repunte de la incidencia de RD relacionada con el mal control metabólico.

Con respecto a la obesidad, los resultados son contradictorios. Una revisión sistemática³ admite que los estudios no son concluyentes para establecer una asociación clara.

En cuanto al mayor riesgo de RD en pacientes insulinizados, no es atribuible a factores como años de evolución o mal control de la DM, una vez que estos han sido ajustados en un análisis multivariante mediante regresión logística. Esta asociación se ha observado en otros estudios manteniendo OR elevadas^{2,4}. En un estudio de cohortes obtuvieron que el grupo de pacientes mal controlados, los que se insulinizaron tenían más RD (11,3%) durante el seguimiento, que los que continuaban con hipoglucemiantes orales (6,8%)⁵, aunque los autores no proponen ninguna explicación de este hallazgo. Lo que en ningún caso se ha descrito es el mecanismo causante de esta asociación que, insisto, se mantiene una vez ajustada por los otros FR. Existe bibliografía que establece una posible relación con la variabilidad glucémica⁶ provocada por las insulinas. Por tanto, con la batería terapéutica existente en la actualidad, no es tan evidente que la insulinización precoz sea la solución para prevenir la RD, debiendo centrarnos en evitar la variabilidad glucémica.

En cuanto al papel del tabaco dentro de las variables estudiadas se recogió el tabaquismo, siendo eliminado en el análisis univariante por no asociarse a la RD ($p = 0,882$). Parece, por otros estudios⁴ y nuestros resultados, que el papel del tabaco a nivel microvascular no es, al menos, tan relevante como a nivel macrovascular.

Bibliografía

1. Ruta LM, Magliano DJ, Lemesurier R, Taylor HR, Zimmet PZ, Shaw JE. Prevalence of diabetic retinopathy in Type 2 diabetes in developing and developed countries. *Diabet Med*. 2013;30:387–98, <http://dx.doi.org/10.1111/dme.12119>.
2. Romero-Aroca P, De la Riva-Fernandez S, Valls-Mateu A, Sagarra-Alamo R, Moreno-Rivas A, Soler N. Changes observed in diabetic retinopathy: Eight-year follow-up of a Spanish population. *Br J Ophthalmol*. 2016;100:1366–71, <http://dx.doi.org/10.1136/bjophthalmol-2015-307689>.
3. Ting DSW, Cheung GC, Wong TY. Diabetic retinopathy: global prevalence, major risk factors, screening practices and public health challenges: a review. *Clin Exp Ophthalmol*. 2016;44, <http://dx.doi.org/10.1111/ceo.12696>.
4. Rodríguez-Poncelas A, Miravet-Jiménez S, Casellas A, Barrot-De La Puente JF, Franch-Nadal J, López-Simarro F, et al. Prevalence of diabetic retinopathy in individuals with type 2 diabetes who had recorded diabetic retinopathy from retinal photographs in Catalonia (Spain). *Br J Ophthalmol*. 2015 Jun 18;99:1628–33, <http://dx.doi.org/10.1136/bjophthalmol-2015-306683>.
5. Mast R, Danielle Jansen AP, Walraven I, Rauh SP, Van der Heijden AAWA, Heine RJ, et al. Time to insulin initiation and longterm effects of initiating insulin in people with type 2 diabetes mellitus: the Hoorn Diabetes Care System Cohort Study. *Eur J Endocrinol*. 2016;174:563–71, <http://dx.doi.org/10.1530/EJE-15-1149>.
6. Zhao Q, Zhou F, Zhang Y, Zhou X, Ying C. Fasting plasma glucose variability levels and risk of adverse outcomes among patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2019;148:23–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2018.12.010>.

José María Castillo-Oti*
y Pedro Muñoz-Cacho

Universidad de Cantabria, Servicio Cántabro de Salud, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemaria.castillo@scsalud.es
(J.M. Castillo-Oti).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.014>
0212-6567/ © 2020 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/>).

Recomendaciones para la prevención de la desnutrición en pacientes con enfermedad del coronavirus 2019 en seguimiento por atención primaria: Papel del Control Nutricional



Recommendations for the prevention of malnutrition in coronavirus disease 2019 patients under follow-up by primary care: Role of the Nutritional Control

Sr. Editor:

Desde el inicio de la alerta por SARS-CoV-2 se han notificado en España 213.435 casos de COVID-19 diagnosticados por PCR¹. Se estima una prevalencia mundial muy alta, siendo imperativa una evaluación adecuada, así como el desarrollo de una apropiada estrategia de manejo².

Estudios realizados en otros países han mostrado que el 27,5% de los pacientes hospitalizados presentaban riesgo de desnutrición y el 52,7% algún grado de desnutrición³.

La COVID-19 se asocia con resultados negativos en pacientes mayores, con presencia de comorbilidades, sujetos inmunocomprometidos y personas desnutridas en general⁴.

Teniendo en cuenta que el estado nutricional es un factor relevante que influye en la evolución de los pacientes con COVID-19⁴, su preservación y tratamiento en los casos de desnutrición desempeña un papel importante, tanto en el

curso clínico como en la reducción de complicaciones y en la evolución de los pacientes que han sufrido o sufrirán COVID-19 en el futuro. Así, tanto la intervención nutricional como la terapia farmacológica deben ser consideradas parte integral del enfoque para los pacientes afectados por SARS-CoV-2 en la atención médica en general.

La mayoría de los métodos de cribado clínicos (MUST, NRS-2002, MNA, VSG, OST) suele incluir datos subjetivos y objetivos (peso, talla, cambios en el peso, cambios en la ingesta y comorbilidades). En los últimos años se han desarrollado y validado en España 2 métodos automatizados conocidos como CONUT e INFORNUT⁵.

El CONUT está basado en datos analíticos que incluye albúmina, colesterol total y linfocitos totales e identifica de forma sencilla y rápida pacientes en riesgo nutricional, especialmente de interés en los pacientes con COVID-19.

En la figura 1 detallamos la evolución del riesgo de desnutrición de un paciente con diagnóstico de COVID-19, analizando mediante el método CONUT los días 1, 3, 5 y 12 de su ingreso, pudiendo ver la buena evolución de la enfermedad con una disminución progresiva del riesgo de desnutrición, de 9 a 1, siendo dado de alta sin riesgo de malnutrición.

Considerando el número total de afectados registrados, un alto porcentaje de pacientes con COVID-19 han sido valorados y seguidos en la fase inicial por atención primaria, a lo que se sumará el seguimiento de los pacientes hospitalizados dados de alta. Dada la sobrecarga de actividad por la COVID-19 en atención primaria, es tiempo de adecuar la organización y valorar la modificación de los protocolos de las enfermedades crónicas para mejorar la