

^bAnestesiología y Reanimación. Centro de Salud Manzanares, Consultorio El Boalo, Madrid, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: antonioaguilar-shea@gmail.com (A.L. Aguilar-Shea).

doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.030

Crisis asmáticas e hiperreactividad bronquial en un servicio de urgencias de atención primaria

Asthmatic crisis and bronchial hyper-reactivity in a primary care emergency service

Sr. Director:

Se ha realizado un estudio observacional y prospectivo analizando las características de las crisis y los factores relacionados con escala Borg, gravedad y pronóstico de los pacientes atendidos de urgencia en el Centro de Salud El Astillero, de Cantabria. Se ha analizado una muestra sistemática de 100 pacientes atendidos entre el 1 de enero de 2006 al 8 de junio de 2008, que recibieron nebulización por crisis asmática o hiperreactividad bronquial. Se excluyó a los menores de 5 años y pacientes con EPOC.

Eran mujeres el 57%. La mediana de edad fue de 26 (17–36) años. Para el 16% de los pacientes ésta era la primera crisis, el 19% tenía hiperreactividad bronquial y el resto, asma. El 51% estaba en tratamiento con betaagonistas de acción corta (Bc). El principal desencadenante fue una infección respiratoria en el 42%, seguido del 33% que no relacionaba con ningún desencadenante.

El 61% de los pacientes llegaron con crisis moderada, el 36% tenía una crisis leve y el 3%, grave y al alta se fue sin crisis el 16%, un 78% se fue con crisis leve y el 6%, con una crisis moderada. Se consideró resuelta la crisis en el 71% de los pacientes y un 11% fue derivado al hospital.

El 16% había tenido otra agudización a las 2 semanas de la crisis; al mes, el 20%. Se resolvieron menos crisis en los asmáticos, en los que presentaron su primera crisis durante el estudio y en los de mayor edad. La gravedad se relacionó con el tratamiento habitual y al alta con el sexo. Las agudizaciones posteriores se relacionaron con el sexo, la edad, los desencadenantes y la Sat O₂ (tabla 1).

Tabla 1 Factores relacionados con la resolución, la gravedad y las agudizaciones posteriores

	Estimado	Error estándar	Wald	p
<i>Resolución</i>				
Edad	−0,073	0,027	7,314	0,007
Sin antecedentes	−17,365	1,389	156,375	<0,001
Asmáticos	−16,494	1,4	138,753	<0,001
<i>Crisis inicial grave</i>				
SatO ₂ *	−0,584	0,148	15,465	<0,001
Frecuencia respiratoria*	0,122	0,051	5,722	0,017
Uso de Bc	−1,101	0,563	3,83	0,05
<i>Crisis moderada al alta</i>				
Frecuencia respiratoria*	0,183	0,053	11,893	0,001
SatO ₂ *	−0,434	0,176	6,069	0,014
Sexo varón	−1,143	0,393	8,446	0,004
Sibilancias*	1,403	0,556	6,359	0,012
<i>Agudizaciones a las 2 semanas</i>				
Sexo varón	3,573	1,477	5,842	0,016
Edad	0,113	0,052	4,699	0,03
SatO ₂	−3,214	1,273	6,375	0,012
<i>Agudizaciones primer mes</i>				
Sin desencadenante	2,847	1,285	4,908	0,027
Sexo varón	1,754	0,761	5,316	0,021
Edad	0,034	0,015	5,031	0,025

Únicamente se muestran los valores significativos en el análisis multivariable.

*Criterios utilizados para evaluar la gravedad.

Pensamos que los pacientes con crisis leves tienen más tendencia a acudir a su médico de AP, con crisis moderadas al SUAP, superamos el porcentaje de otros estudios^{1,2}, y con crisis graves al hospital. El uso de escalas verbales de disnea no es útil, ya que a muchos pacientes les cuesta puntuar en la escala Borg y hay grandes diferencias individuales e inter-individuales^{3,4} y no se ha encontrado relación fuerte con ningún parámetro exploratorio. El número de agudizaciones a las 2 semanas es similar a otros estudios⁵; sin embargo, se resuelven menos crisis que en el ámbito hospitalario⁶, pero utilizamos distintos criterios. En conclusión, la mayoría de las crisis fueron moderadas, y el principal desencadenante fue una infección. La escala Borg no es útil. La gravedad se relacionó con el tratamiento habitual y al alta con el sexo. La resolución con la edad y los antecedentes y las agudizaciones con el sexo, la edad, los desencadenantes (primer mes) y la SatO₂ al alta (2 semanas).

Bibliografía

- [1]. Barreiro E, Rubio M, Felisart F, Terrabes J, Marcos R, Gea J. Características de los pacientes con asma bronquial atendidos de urgencia en un hospital de referencia de un área semirural. Arch Bronconeumol. 2000;36:172-9.
- [2]. Molina París J, Lumbreras García G, Calvo Corbella E, Naberan Toña K, Lobo Álvarez MA, el grupo de estudio COAX. Coste y

manejo de las crisis asmáticas atendidas en atención primaria (estudio COAX). Aten Primaria. 2005;36:6-13.

- [3]. Martínez-Moragón E, Perpiñá M, Belloch A, De Diego A, Martínez-Francés ME. Concordancia entre la percepción de disnea del asmático durante la obstrucción aguda y crónica. Arch Bronconeumol. 2005;41:371-5.
- [4]. Martínez-Moragón E, Perpiñá M, Belloch A. ¿Influye la experiencia en la percepción de la disnea?. Arch Bronconeumol. 2006;42:171-4.
- [5]. Emerman CL, Woodruff PG, Cydulka RK, Gibas MA, Pollack CV, Camargo CA. Prospective multicenter study of relapse following treatment for acute asthma among adults presenting to the emergency department. Chest. 1999;115:919-27.
- [6]. Borderías Clau L, Zabaleta Murguionda M, Riesco Miranda JA, Pellicer Ciscar C, Hernández Hernández JR, Carrillo Díaz T, et al. Coste y manejo de una crisis asmática en el ámbito hospitalario de nuestro medio (estudio COAX en servicios hospitalarios). Arch Bronconeumol. 2005;41:313-21.

M.P. Ruiz Durante* y A. Valiente Miralles

*Servicio de Urgencias de Atención Primaria,
Centro de Salud El Astillero, Cantabria, España*

*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: ruizdurante@terra.es
(M.P. Ruiz Durante).*

doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.013

Alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes psiquiátricos, derivados desde atención primaria por contingencias comunes

Eating behaviour disorders in psychiatric patients referred from primary care due to common contingencies

Sr. Director:

con el objetivo de analizar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en pacientes psiquiátricos y la

relación con algunas variables psicopatológicas, se realizó un estudio transversal de comorbilidad alimentaria oculta en pacientes psiquiátricos, en la Unidad de Contingencias Comunes de una Mutua de Accidentes de Trabajo. Participaron 93 pacientes (42 varones y 51 mujeres), con una media de edad de 38,94 años, sobre los que se solicitó valoración psiquiátrica. Se les aplicó el cuestionario de síntomas de Derogatis, la escala de autoestima de Rosenberg, el cuestionario de estrés percibido (PSQ), el Eating Attitudes Test (EAT-40), el test de investigación bulímica de Edimburgo (BITE) y la subescala de insatisfacción corporal (BD) del Eating Disorders Inventory (EDI-2). Además de la

Tabla 1 Coeficientes de correlación de Spearman

	EAT-40	BITE-S	BITE-Sv	BD
Obsesiones	0,417	0,317	NS	0,374
Sensibilidad interpersonal	0,488	0,500	0,276	0,435
Depresión	0,384	0,332	NS	0,355
Ansiedad	0,314	0,222*	NS	0,225*
Hostilidad	NS	0,314	NS	NS
Estrés percibido (general)	0,323	0,321	0,273	0,321
Estrés percibido (reciente)	0,267	0,321	NS	0,349
Autoestima	-0,268	-0,366	-0,230	-0,354

BITE-S: BITE-síntomas; BITE-Sv: BITE-severidad; NS: no significativo.

*p<0,05. El resto, p<0,01.