

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<sup>1,2</sup>, 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<sup>3,4</sup> y no se ha encontrado relación fuerte con ningún parámetro exploratorio. El número de agudizaciones a las 2 semanas es similar a otros estudios<sup>5</sup>; sin embargo, se resuelven menos crisis que en el ámbito hospitalario<sup>6</sup>, 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 SatO<sub>2</sub> 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](mailto: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.

relación entre síntomas alimentarios y ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, obsesiones, hostilidad, estrés percibido y autoestima (tabla 1), se confirmaron 1 caso de bulimia nerviosa purgativa y 3 de trastorno alimentario no especificado (con características bulímicas), lo que supone el 1,07 y el 3,22% del total de la muestra, respectivamente. No se confirmó ningún caso de anorexia nerviosa.

En relación con el concepto de «morbilidad psiquiátrica oculta»<sup>1</sup>, algunos trabajos han reflejado la frecuente presencia de TCA ocultos en pacientes psiquiátricos<sup>2,3</sup>. La investigación de hábitos alimentarios en atención primaria resulta útil<sup>4</sup>, pues los pacientes con algún TCA consultan más durante los 5 años previos al diagnóstico, por problemas psíquicos, digestivos o ginecológicos<sup>5</sup>. La existencia de TCA ocultos en pacientes psiquiátricos, especialmente con conducta bulímica, y su relación con variables como las ya señaladas, hace necesaria una correcta valoración ante la presencia de «síndromes de ansiedad y depresión», tan reiterados en las solicitudes de valoración psiquiátrica desde atención primaria. La asociación de una baja autoestima con mayores alteraciones alimentarias y de la imagen corporal, así como la percepción de estrés, pueden tener un papel relevante en el curso de la psicopatología y en la falta de aptitud laboral. De hecho, la severidad de los síntomas psicopatológicos, más allá del diagnóstico del trastorno mental concreto, parece el factor determinante del funcionamiento social, incluido el desempeño laboral. A esa severidad contribuyen los síntomas alimentarios, no comunicados por los pacientes y no detectados en el nivel primario.

## Bibliografía

- Goldberg D, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970;2:439-43.
- Hay PJ, Hall A. The prevalence of eating disorders in recently admitted psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry*. 1991;159:562-5.
- Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize CV, Hill C, Vogel L. Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract*. 1992;42:57-60.
- Ordoño JM. Diet monitoring in primary care. *Aten Primaria*. 1991;8:770-6.
- Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1997;22:89-93.

Ignacio Jáuregui Lobera<sup>a,\*</sup>, Salvador Bermudo Parra<sup>b</sup>,  
María Dolores Martínez López<sup>b</sup> y Olivia Garrido Casals<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Área de Nutrición y Bromatología,  
Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

<sup>b</sup>Unidad de Control y Seguimiento de Incapacidad Temporal por  
Contingencias Comunes, Fraternidad Muprespa,  
Sevilla, España

<sup>c</sup>Instituto de Ciencias de la Conducta, Sevilla, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ijl@tcasevilla.com](mailto:ijl@tcasevilla.com) (I. Jáuregui Lobera).

doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.014

## Primeros pasos de los residentes de familia en el medio rural

### First steps of family medical residents in a rural setting

*Sr. Director:*

2008 ha sido el año en el que las primeras promociones de residentes de medicina familiar y comunitaria han completado su paso oficial por el medio rural. Aunque ya existían experiencias previas<sup>1</sup> y parecía pertinente su inclusión en el Programa de la Especialidad, su puesta en marcha no ha estado exenta de ciertas dificultades. Decía el médico rural de Franz Kafka: «... ¿Qué quieres que haga? Te aseguro que mi papel nada tiene de fácil». Sin duda la docencia habría sido para él, como lo ha sido para nuestros tutores rurales, un gran reto. Siguiendo las recomendaciones generales de la Comisión Nacional de la Especialidad<sup>2</sup>, nuestra Unidad Docente decide que las características del tutor sean: tener interés por la docencia y la formación continua, que atienda poblaciones de 3.000 habitantes como máximo, manejar habitualmente historias clínicas y que el residente pueda realizar guardias en el medio rural<sup>3</sup>.

Los tutores finalmente elegidos por Comisión Asesora pueden acceder a cursos específicos de tutorización y reciben desde la unidad docente el apoyo necesario para la elaboración de su propio proyecto docente.

Los residentes de Medicina de Familia de Mérida hacen finalmente su rotación rural en el período del tercer año y durante 3 meses, ajustándose así a las recomendaciones del Programa de la Especialidad. El inicio de esta aventura no ha estado exento de contratiempos. Son muchos los candidatos a buenos tutores rurales que por el momento no han podido ser acreditados pese a su interés y los elegidos muestran sus temores ante la responsabilidad de tener que enseñar a residentes con tres años de formación eminentemente hospitalaria.

En principio todos nuestros residentes se mostraron reticentes con esta rotación. Los motivos eran variados: las dudas sobre lo que podía aportar respecto al centro de salud urbano, el hecho de tener que desplazarse lejos del lugar de origen y la mayor duración de la estancia que en unidades docentes cercanas fueron las principales trabas.

La valoración que han hecho finalmente es positiva. Destacan particularmente el vínculo tan especial que se establece con el paciente y su entorno y el papel de «moderador» tan marcado que el médico de familia desempeña en este medio; él es quien coordina el manejo