

Detecció de sibilacions en l'exploració física en Atenció Primària de Salut

J.L. Ballvé Moreno, M. Iglesias Rodal, M. Círia Martí, C. Alvarado Montesdeoca, J. Esteban Navarro i F. Borrell Carrió

Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària de Cornellà de Llobregat. Barcelona.



DETECTION OF WHEEZING DURING PHYSICAL EXAMINATION IN PRIMARY HEALTH CARE

Using clinical notes, we did a retrospective study of a group of children aged between 8 and 13 years, observed over a period of more than a year, in order to assess the prevalence of asthma and bronchial hyperactivity.

In the group studied, systematic manoeuvres of forced expiration were carried out, with a resulting prevalence of 42 % as against 20 % in the comparison group ($p < 0.001$). In view of the clinical and therapeutic significance of detecting rhonchi and sibilant rales (wheezing) in physical exploration, we believe that forced expiration manoeuvres should be carried out systematically on all patients who present cough or other signs of respiratory infection.

DETECCIÓN DE SIBILACIONES EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A partir de la documentació clínica, realitzamos un estudio retrospectivo sobre una població infantil de edades compreses entre 8 y 13 años observada por un espacio de tiempo superior a un año, a fin de valorar la prevalencia de asma o hiperreactividad bronquial.

En el grupo de estudio se practicaban sistemáticamente maniobras de espiración forzada, resultando una prevalencia del 42 % frente al 20 % en el grupo de comparación ($p < 0,001$). Dada la trascendencia clínica y terapéutica de la detección de roncus y sibilantes en la exploración física, creemos conveniente la práctica sistemática de maniobras de espiración forzada en todos los pacientes que presentan tos u otros signos de infección respiratoria.

Paraules clau: Asma. Auscultació respiratòria. Sibilacions.

Ann Med (Barc) 1988; 74:99-100

Introducció

La prevalença d'asma entre els 8 i els 13 anys s'estima en un 40⁰/₀₀ en nens i un 20⁰/₀₀ en nenes, amb una prevalença global del 3 %¹. Un estudi de revisió d'històries en infants més petits de 7 anys va mostrar una prevalença d'episodis de sibilacions del 31 %². La detecció d'aquests episodis dependrà essencialment de l'auscultació respiratòria, practicada pel facultatiu del nivell primari de salut. Diversos autors han emfasitzat la necessitat de forçar l'espiració dels pacients sospitosos d'aquesta entitat, tota vegada que en fases inicials les sibilacions poden no ser audibles³⁻⁷. Tanmateix, aquestes maniobres no acostumen a ser practicades de forma rutinària. El propòsit d'aquest treball fou el d'objectivar l'efecte de les maniobres d'espiració forçada (tos provocada o bufar amb força) en tots els pacients entre els 8 i els 13 anys afectes d'infecció respiratòria aguda o tos.

Material i mètodes

El treball fou realitzat a la Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària de Cornellà, que atén una població aproximada de 8.000 habitants. En una llista de malalts assignats a un metge d'aquesta Unitat vam realitzar de forma sistemàtica l'auscultació respiratòria de tots els pacients afectes de tos o infecció respiratòria aguda, incorporant maniobres d'espiració forçada (tos provocada o espiració forçada, com si el pacient tractés d'apagar, bufant, una espelma). Als tres anys, procedírem a revisar les històries clíniques de tots els infants nascuts entre 1973 i 1978 que havien acudit a la consulta pels motius apuntats, entre el gener de 1982 i el juny de 1986 i que havíem seguit, almenys, per espai d'un any. Es van revisar així mateix les històries clíniques dels nens de la mateixa edat de dues llistes de metges de medicina general, també adscrits a la Unitat Docent, en les quals aquestes maniobres no eren practicades sistemàticament. Com a criteri de selecció es va considerar la presència d'algun episodi de roncors i/o sibilacions recollit en el full de consultes durant el temps d'observació.

Resultats

No es van observar diferències significatives en la distribució per edat ni tampoc per a la variable sexe en

Correspondència: J.L. Ballvé. CAP Cornellà. Bellatera, 41. 08940 Cornellà de Llobregat. Barcelona.

les poblacions estudiades ($\chi^2 = 0,93$ i $\chi^2 = 1,62$, respectivament).

La prevalença en el grup d'estudi d'episodis de roncs i/o sibilacions és del 42^o/100. Aquesta xifra és significativament diferent ($p < 0,001$) a l'observada en les altres dues llistes de metges de medicina general (20 %) (taula I).

TAULA I
Distribució de roncs i/o sibilacions, segons detecció

	Grup de comparació	Grup d'estudi	Total
Detecció de roncs i/o sibilacions	65 (20 %)	92 (42 %)	157
Auscultació respiratòria normal	265	125	390
	330	217	547

Comparació de dues proporcions observades, $z = 5,49$ $p < 0,001$.

Discussió

L'asma és un procés que es caracteritza per una hiperreactivitat bronquial que dona lloc a una broncoconstricció secundària a diversos estímuls físics, químics o immunològics, acompanyada d'una reversibilitat espontània o terapèutica. Scoggin proposa una classificació de l'asma en asma crònica persistent i asma aguda intermitent³. Aquesta darrera forma es caracteritza per llargs períodes en què el pacient es troba asimptomàtic i lliure de malaltia, alternant amb episodis simptomàtics que són desencadenats per algun factor concret com ara l'exercici, les infeccions del tracte respiratori, les ingestes de fàrmacs, l'exposició laboral o el contacte amb algun al·lèrgen concret. En l'origen de les crisis podem trobar una o més d'aquestes causes. Seguint aquest mateix autor, en un tercer lloc se situen les formes atípiques d'asma, com la tos paroxística o la hiperreactivitat bronquial secundària a reflux gastroesofàgic.

En puritat les proves funcionals respiratòries són indispensables per confirmar la impressió clínica d'asma⁸. Tanmateix, a la realitat, aquestes exploracions no presenten en el nostre medi un accés fàcil per al metge d'Atenció Primària i seria utòpic exigir a aquest facultatiu de realitzar-les en tots els casos de sospita clínica d'aquesta entitat⁹.

D'altra banda, i tot i que no és l'objecte del present estudi, segons el nostre parer el tractament amb broncodilatadors d'aquests episodis de broncospasme lleu desencadenat o no per infeccions respiratòries agudes resulta beneficiós¹⁰, escurça la durada dels quadres i disminueix, per tant, el nombre de visites, tot això amb la millora consegüent de la relació assistencial. Seria interessant confirmar aquest fet mitjançant treballs posteriors. Sembla obvi, però, que aquests fàrmacs

haurien d'ocupar un lloc preferent en l'arsenal terapèutic del metge d'Atenció Primària, en detriment d'altres d'eficàcia dubtosa com els mucolítics, expectorants i antitussígens¹¹.

Finalment, cal tenir en compte aquests resultats a efectes de valoració epidemiològica. La prevalença de pacients amb episodis de roncs i/o sibilacions tant en el grup d'estudi com en el de comparació és, evidentment, elevada. No és cap disbarat suposar que aquesta alta prevalença tradueix a la vegada una alta prevalença d'asma bronquial, tot i admetent que una valoració estricta d'aquests malalts pendents de confirmar el diagnòstic n'exclouria una gran part.

Com a conclusió, creiem que seria recomanable que el metge d'Atenció Primària practiqués aquestes senzilles maniobres d'inspiració forçada en realitzar l'auscultació respiratòria. D'altra banda, cal assenyalar que seria molt desitjable més accessibilitat a les proves de funcionalisme respiratori en l'Atenció Primària.

Resum

A partir de la documentació clínica realitzem un estudi retrospectiu sobre una població infantil d'edats compreses entre 8 i 13 anys observada per un espai de temps superior a un any, a fi de valorar la prevalença d'asma i la hiperreactivitat bronquial. En el grup d'estudi foren practicades sistemàticament maniobres d'inspiració forçada; en resultà una prevalença del 42 % enfront del 20 % en el grup de comparació ($p < 0,001$). Atesa la transcendència clínica i terapèutica de la detecció de roncs i sibilacions en l'exploració física creiem convenient la pràctica sistemàtica de maniobres d'inspiració forçada en tots els pacients que presenten tos o altres signes d'infecció respiratòria.

BIBLIOGRAFIA

1. Agustí-Vidal A, Montserrat Canal JM. Asma bronquial. Barcelona, Idepsa, 1984.
2. Strachan DP. The prevalence and natural history of wheezing in early childhood. *J Roy Coll Gen Pract*, 1985; 35:182-184.
3. Scoggin P. Clinical strategies in adult asthma. Filadèlfia, Lea and Febiger, 1982.
4. English EC, VanArsdel PP. Allergy. A: Rakel RE, Family Practice. Tercera edició. Filadèlfia, WB Saunders Company, 1984, pàg. 450.
5. McFadden ER, Austen KF, Asthma. A: Petersdorf RG, Adams RD, Braunwald E et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. Desena edició Tokyo, McGraw-Hill, 1983, pàg. 1.517.
6. Gillette RD, Custig JV. Allergy. A: Taylor RB. Family Medicine. Nova York, Springer Verlag, 1978; pàg. 464.
7. Noguera Molins L, Balcells Gorina A. Exploración clínica pràctica. Vintena edició. Barcelona, ED. Científico-Mèdica, 1978, pàg. 146.
8. Boada JM, Cubí R, Forés D. Asma en el adulto. Clasificación y diagnóstico. *Atención Primaria* 1985; 2:293-297.
9. Ezpeleta A, Jiménez J, López I, Sánchez G. Tratamiento del asma bronquial en el adulto. *Atención Primaria* 1985; 2:298-299.
10. Ballester Rodés E. Hiperreactividad bronquial. *Medicine*. 1985; 26:1.118-1.123.
11. Comitè d'Informació i Documentació Sanitàries de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. *Índex Farmacològic* 1984. Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. 1984, pàgs. 78-79.