

Tabla 1 Criterios de adiposidad

Porcentaje de grasa corporal	Varones (%)	Mujeres (%)
Normal	10-20	20-30
Sobrepeso	20-25	30-35
Obesidad	> 25	> 35

BP: bajopeso.

eje horizontal los intervalos de edad, en el interior de cada celda se representa el %GC.

No se ha representado el %GC para IMC de más 30 kg/m² por la buena correlación del IMC con el %GC a partir de esos valores de IMC.

Los tonos verdes representan un %GC normal (valores entre 10-20% en varones y entre 20-30% GC en mujeres), los amarillos y naranjas para un exceso de GC (20-25% varones y 30-35% mujeres) y los rojos para la obesidad (> 25% varones y > 35% mujeres)^{4,6}.

La representación visual mediante la escala colorimétrica aporta claridad, y pone de manifiesto como la categorización de los individuos con obesidad o sobrepeso varía según su sexo y edad. Un mismo valor de IMC tiene distinta interpretación según la edad y el sexo de la persona.

Para una correcta interpretación de la escala se debe señalar que la ecuación del CUN-BAE se validó en una muestra con otros fines, y que la mayoría de los individuos eran sedentarios pudiendo no ser válida para personas físicamente activas⁴. Si bien es una posible limitación, la escala colorimétrica se presenta como una herramienta para la consulta clínica o uso hospitalario en la cual acuden pacientes donde el sedentarismo es lo común y no la población general. Otra posible limitación es que el CUN-BAE solo está validado para población caucásica, aunque en cierta medida la raza blanca es predominante entre la población española y, por tanto, es de aplicación en la gran mayoría de los pacientes que acuden a las consultas.

En conclusión, la escala colorimétrica facilita el cálculo del porcentaje de grasa corporal y puede ser de ayuda para estimar mejor los riesgos asociados a la obesidad y el sobrepeso, y para la motivación de los pacientes para la adopción de hábitos de vida saludable.

Financiación

Verónica-Dávila Batista es contratada predoctoral con una ayuda financiada por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León y el Fondo Social Europeo.

Agradecimientos

Dar las gracias a Josué Sánchez Pérez por su colaboración estética y técnica en la escala cromática.

Bibliografía

1. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet*. 2005;366:1197-209.
2. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet N.º 311. [Online]; 2015 [citado 21 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
3. Okorodudu D, Jumean M, Montori V, Romero-Corral A, Somers V, Erwin P, et al. Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity: A systematic review and meta-analysis. *Int J Obes*. 2010;34:791-9.
4. Gómez-Ambrosi JI, Silva C, Catalán V, Rodríguez A, Galofré JC, Escalada J, et al. Clinical usefulness of a new equation for estimating body fat. *Diabetes Care*. 2012;5:383-8.
5. López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Obesidad y corazón. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:140-9.
6. De Lorenzo A, Deurenberg P, Pietrantuono M, di Daniele N, Cerveri V, Andreoli A. How fat is obese? *Acta Diabetol*. 2003;40 Suppl 1:S254-7.

Verónica Dávila-Batista^{a,*}, Javier Gómez-Ambrosi^b, Tania Fernández-Villa^a, Antonio J. Molina^a, Gema Frühbeck^b y Vicente Martín^{a,c}

^a Grupo de Investigación Interacciones Gen-Ambiente-Salud (Gigas), Universidad de León, León, España

^b Departamento de Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra - CIBEROBN-IdiSNA, Pamplona, Navarra, España

^c CIBER Epidemiología y Salud Pública, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vdavb@unileon.es (V. Dávila-Batista).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.003>

Sospecha de alergia a benzodiazepinas: ¿excipiente o principio activo?



Suspected allergy to benzodiazepines: Excipient or active ingredient?

Sr. Editor:

Recientemente se ha publicado en su revista un artículo titulado «Hipersensibilidad al aroma de melocotón como excipiente»¹. En dicha carta se especificaba los síntomas que había presentado un paciente alérgico al melocotón,

tras recibir tratamiento con Rivotril gotas[®] (clonazepam, sacarina sódica, aroma de melocotón, ácido acético glacial, propilenglicol y azul brillante FCF)². Los síntomas descritos por el paciente se focalizaban a la presencia de prurito cutáneo, refiriendo a su vez antecedentes personales de urticaria colinérgica, intolerancia a los antiinflamatorios no esteroideos, alergia a frutos secos, etc. Dichos síntomas fueron objetivados por su médico habitual en 2 ocasiones y, tras una relación causal aparente, se le atribuyó la aparición del prurito cutáneo a este excipiente. En este sentido, cabe mencionar algunos detalles en cuanto a cómo debería llevarse a cabo el estudio correcto de este paciente.

En primer lugar, la presencia de una urticaria colinérgica favorece la liberación de mediadores proinflamatorios como

la histamina por los mastocitos y basófilos ubicados en la dermis y, preferentemente, en la epidermis³. En pacientes afectados de urticaria crónica, la recurrencia de los síntomas cutáneos pueden deberse a la estimulación de dichas células por diversos mecanismos, tales como, ejercicio físico, estrés emocional, medicamentos, alimentos, etc. No por ello está relacionado con una hipersensibilidad tipo I o IgE mediada⁴. Sin ir más lejos, tras la administración de diferentes alimentos, clásicamente llamados histaminoliberadores (determinadas frutas, mariscos, picantes, etc.), los pacientes pueden presentar síntomas cutáneos (prurito, eritema, habones, etc.), sin estar sensibilizados a los mismos. En el mismo contexto, existen diferentes fármacos que pueden favorecer una excitación mayor de estas células en la piel, y liberarse secundariamente sustancias mediadoras como histamina, proteasas, quimiocinas, etc., desencadenándose los síntomas. Existen diferentes artículos en la literatura médica donde se especifica que determinados excipientes pueden desencadenar síntomas cutáneos en pacientes con enfermedades alérgicas⁵. Indudablemente los antecedentes de alergia al melocotón que padece el paciente, podría orientarnos hacia un problema con dicho excipiente, pese a no existir casos descritos en este sentido.

No obstante, cabe la posibilidad de que el paciente esté sensibilizado al clonazepam. Este hecho sería muy relevante para una actitud terapéutica en este paciente en el futuro, pues en el momento actual deberían suspenderse aquellas pautas de tratamiento con benzodiazepinas hasta que se confirmase su tolerabilidad. En ningún caso se especifica si el paciente ha tolerado otras benzodiazepinas o Rivotril® en otras presentaciones, por ejemplo, Rivotril® comprimido de 0,5 mg (clonazepam, lactosa monohidrato, almidón de maíz, almidón pregelatinizado, talco, estearato de magnésico, óxido de hierro amarillo [E172] y óxido de hierro rojo [E172])², pues en esta presentación no se encuentra el aroma de melocotón.

En conclusión, creemos que un paciente con las características clínicas reseñadas anteriormente debería ser

valorado en una unidad de alergia a medicamentos, pues no podemos dar por supuesto que el problema es el excipiente y no el principio activo *per se*, o simplemente un efecto histaminoliberador secundario a una urticaria colinérgica.

Bibliografía

1. Roth Damas P, Sempere, Manuel M, Vivas Maiques C, Palop Larrea V. Hypersensitivity to prune aroma as an excipient [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2014;46:50-1.
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha Técnica Rivotril® solución [consultado 16 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=52333&formato=pdf&formulario=PROSPECTOS&file=prospecto.pdf3>
3. Greaves MW. Chronic urticaria. *Current concepts*. *N Engl J Med*. 1995;332:1767-72.
4. Van de Valk PGM, Moret G, Kiemeny LALM. The natural history of chronic urticaria and angioedema in patients visiting a tertiary referral centre. *Br J Dermatol*. 2002;146:110-1.
5. Park HW, Park CH, Park SH, Park JY, Park HS, Yang HJ, et al. Dermatologic adverse reactions to 7 common food additives in patients with allergic diseases: A double-blind, placebo-controlled study. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;121:1059-61.

Ariel Callero^{a,*} y Lidon Martín-Fernández^b

^a Servicio de Alergología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

^b Servicio de Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ariellcallero@hotmail.com (A. Callero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.002>

Factores de riesgo psicosocial en médicos de la provincia de Valladolid: diferencias entre atención primaria y hospitalaria



Psychosocial risk factors in physicians of the province of Valladolid: differences between primary and secondary care

Sr. Editor

El personal médico se expone a diferentes factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Los médicos de hospital están sometidos a la sobrecarga laboral y a la falta de personal¹; a su vez, los médicos de atención primaria sufren la hiperfrecuentación de las consultas de los pacientes². La percepción de los factores de riesgo psicosocial produce estrés laboral,

afectando de forma negativa a la salud, por lo que el objetivo de este trabajo es conocer en qué factores de riesgo psicosocial existen diferencias significativas entre médicos de atención primaria y hospitalaria.

Se realizó un estudio transversal en el primer trimestre del año 2015, mediante muestreo aleatorizado estratificado por centro/hospital de la provincia de Valladolid. Participaron 309 médicos, 154 (48,5%) varones y 155 (51,4%) mujeres, distribuidos en 3 hospitales y 41 centros de atención primaria. Setenta y tres médicos pertenecían a atención primaria y 236 al área hospitalaria. Como criterio de inclusión, el médico debía tener una antigüedad en su puesto de al menos un año. Se excluyeron aquellos facultativos que no realizaban tareas asistenciales, a los pediatras, a los médicos de urgencias y a los residentes. La tasa de respuesta fue del 55,4%. El 44,6% restante estaba representado por el personal que no cumplía los criterios de inclusión (41,9%) y por profesionales que en el momento de evaluación no