



1. Ibáñez-Nolla J, Cataralá J, Cucurrull J, Corbella X, Oliveras A, Curull V et al. Actinomicosis torácica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1993; 11: 433-436.
2. Slade PR, Slesser BV, Soutgate J. Thoracic actinomycosis. *Thorax* 1973; 28: 73-85.
3. Mateos A, Monte R, Ibáñez D, Santiago J, Rabuñal R, Soilán JL. *Actinomices* como etiología de empiema. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 293-295.
4. Kwong JS, Müller NL, Godwing JD, Aberle D, Grymalosky M. Thoracic actinomycosis: CT finding in eight patients. *Radiology* 1992; 183: 189-192.
5. Kinner WJM, MacFarlane JT. A survey of thoracic actinomycosis. *Respir Med* 1990; 84: 57-59.
6. Villegas AH, Sala CA. Pulmonary actinomycosis of pseudotumoral form. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1965; 49: 677-683.

### Calidad de vida en neumología

**Sr. Director:** La publicación en fecha reciente y en un breve intervalo de tiempo de varios editoriales y artículos originales en *ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA* y *The European Respiratory Journal* sobre la medición de la calidad de vida en neumopatías crónicas me ha llevado a plantearme varios interrogantes que, a mi modo de ver, deberán ser resueltos antes de su uso generalizado:

Ya está implantada su utilización en ensayos clínicos<sup>1,2</sup>, pero, aunque se recomiendan también en la clínica cotidiana<sup>1</sup>, existen varios problemas de índole práctica, sobre todo económica, que pueden dificultar su generalización. En primer lugar, su aplicación supone un tiempo adicional, del que no siempre se puede disponer en la práctica diaria, en la que se busca sacar el máximo rendimiento al tiempo. Se tarda en aplicar estos cuestionarios entre los 10 minutos del AQLQ de Marks et al<sup>3</sup> (aunque la valoración del paciente por parte de un psicólogo eleva este tiempo a 30 minutos) y los 30 del CRDQ de Guyatt et al<sup>4</sup>, pasando por los 15 minutos del AQLQ de Juni-

per et al<sup>5</sup>. En mi limitada experiencia (con versiones no validadas del AQLQ de Guyatt) el tiempo que tardaba en pasar un cuestionario oscilaba entre 45 y 60 minutos, siempre ayudando y dirigiendo al paciente. En los estudios no se hace mención al nivel sociocultural de los enfermos, aunque otro factor que puede incidir en la comprensión, como es la edad, sí aparece reflejado, de modo que en 2 estudios hay un límite de edad de 70 años<sup>3,4</sup> y en uno de ellos la edad media es de 42<sup>3</sup>. Además se trata de sujetos de un área urbana<sup>3,5</sup>. Cabe preguntarse si se modifica el tiempo que se tarda en aplicar estos cuestionarios a pacientes con bajo nivel cultural (e incluso analfabetos) o con deficiencias sensoriales (hipoacusia o trastornos de visión), a individuos mayores y a personas de un hábitat rural.

En este mismo sentido, el hecho de no haberse demostrado un beneficio derivado de la aplicación sistemática de estos instrumentos de medida<sup>1</sup>, junto al factor tiempo señalado anteriormente, sugiere que, además de necesitarse instrumentos fáciles de administrar e interpretar, comprensibles y aceptables<sup>1</sup>, se precisa seleccionar a qué pacientes se van a aplicar. ¿Deben ser los sujetos que tienen asma leve, moderada o grave, o los que tienen asma no controlable, o los que poseen un nivel cultural alto/medio, o un nivel bajo?

Relacionado a su vez con los comentarios anteriores, se debe plantear quién debe pasar estos cuestionarios. ¿Debe ser el médico que atiende al paciente, o un médico que se dedique en exclusiva a aplicar estos cuestionarios, o el personal de enfermería, o un psicólogo clínico, o deben ser escalas autoaplicables? En el caso de que no sean autoaplicables, ¿cuál debe ser el papel de la persona que los aplique: simple auxiliar del paciente, o director del proceso? Sea como sea, se debe tener en cuenta que exige un gasto adicional de tiempo, lo que implica un coste de personal y, por ello, económico.

Hay algunos aspectos que pueden ser importantes en la percepción de la enfermedad, como son la incomodidad sufrida por el paciente debido a la expectoración, y la angustia que para algunos enfermos supone el he-

cho de tener que tomar una medicación de manera regular porque realmente les hace sentirse enfermos, o la preocupación por tener que tomar corticoides inhalados o sistémicos<sup>6</sup>. De los 3 cuestionarios referidos<sup>3-5</sup>, tan sólo en uno de ellos<sup>5</sup> figura un ítem que podría estar relacionado con la expectoración y, en otro<sup>3</sup>, figura uno relacionado con el tratamiento. Considero que se debería estudiar el impacto de estos factores.

Sería interesante disponer de respuestas a estos interrogantes por parte de autores con suficiente experiencia. Igualmente sería deseable disponer de instrumentos sensibles y que guarden una buena correlación con los hallazgos clínicos y fisiológicos<sup>2</sup>.

**A. Díez Herranz**

Unidad de Neumología. Centro Médico Paracelso. Valladolid.

1. Sanjuàns C, Alonso J. Medir la calidad de vida relacionada con la salud en neumología: para qué y cómo. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 199-201.
2. Jones PW. Quality of life measurement in asthma. *Eur Respir J* 1995; 8: 885-887.
3. Perpiñá M, Belloch A, Pascual LM, De Diego A, Compte L. Calidad de vida en el asma: validación del cuestionario AQLQ para su utilización en población española. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 211-218.
4. Güell R, Casan P, Sengenís M, Sentís J, Morante F, Borrás JM et al. Traducción española y validación de un cuestionario de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 202-210.
5. Sanjuàns C, Alonso J, Sanchís J, Casan P, Broquetas JM, Ferrie PJ et al. Cuestionario de calidad de vida en pacientes con asma: la versión española del Asthma Quality of Life Questionnaire. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 219-226.
6. Pride D, Hobbs J, Watkins S, Duerden M. An educational evening "Steroids in asthma". Attitudes of participants and can they be affected? *Eur Respir J* 1995; 8 (Supl 19): 217S.