



Cartas al Director

Fiabilidad de un diario de síntomas autoadministrado para evaluar la evolución de la bronquitis aguda

Reliability of a Self-Administered Diary of Symptoms for Assessing the Evolution of Acute Bronchitis

Sr. Director:

La bronquitis aguda es una entidad muy prevalente en atención primaria, y representa aproximadamente el 10% de todas las infecciones que atiende el médico de familia¹. La tos es el síntoma principal y persiste entre 10 y 20 días en una bronquitis aguda no complicada en un paciente sin enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aunque algunas veces puede persistir hasta 4 semanas. Hasta la fecha, pocos estudios se han efectuado para conocer la duración de los síntomas con la utilización de diarios. En un estudio publicado recientemente se observó mediante un diario de 14 ítems que la mediana de tiempo hasta que el paciente puntuara 0 en todos los síntomas era de 22 días². En este caso se usó un diario con 6 síntomas, en el que los pacientes puntuaban su estado en una escala de 7 puntos. En otros estudios se han utilizado cuestionarios rellenos por el profesional sanitario. El más conocido es el *Bronchitis Symptom Score*, que utiliza 5 características (tos, esputo, roncus/crepitanes, dolor torácico y disnea)³. Sin embargo, este diario no puede ser relleno por el propio paciente. Por el contrario, la limitación fundamental de los diarios de síntomas autoadministrados es que, en general, no se completan adecuadamente porque o bien contienen muchas preguntas o son difíciles de entender.

Recientemente se ha publicado un estudio en el que se empleó un diario corto de síntomas conocido como *Acute Bronchitis Severity Score* (ABSS)⁴. Este diario tiene en cuenta 5 síntomas: gravedad de la enfermedad (muy leve, leve, moderada, grave y muy grave), tos durante el día (de 0 a 2 veces, 3-5 veces, 6-10 veces, 11-20 veces y más de 20 veces), tos durante la noche (igual que en el caso anterior), limitación en la actividad diaria (nula, leve, moderada, grave y muy grave) y sensación de fiebre (nula, leve, moderada, grave y muy grave). Su versión original en inglés fue validada en 2007⁵. En este estudio planteamos el objetivo de conocer la fiabilidad de este diario en versión española. Para ello, realizamos el presente

estudio en un centro de salud, en el que participaron pacientes diagnosticados de bronquitis aguda no complicada con expectoración purulenta a los que entregamos este diario de síntomas, explicando previamente cómo rellenarlo, y recomendamos que lo completaran diariamente antes de acostarse. La versión española del ABSS derivó de la traducción y retrotraducción de la escala original en inglés. Antes de que el paciente nos entregara el diario lo llamábamos un día por teléfono y se pasaban las mismas preguntas sin que el paciente tuviera el diario a su alcance (prueba test-retest). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Comité de Ética de la Fundació d'Atenció Primària Jordi Gol i Gurina. Se analizó la consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach, el cual toma valores entre 0 y 1, y que se utilizó para evaluar la homogeneidad de los distintos ítems del diario. Además, se analizó la estabilidad temporal con el análisis de fiabilidad test-retest de cada uno de los ítems anotados en el diario por el paciente y los registrados por el médico mediante llamada telefónica. Para su análisis se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (CCI), con valores que oscilan entre 0, en una situación de ausencia de concordancia entre mediciones, y 1, en una situación de concordancia perfecta, y se calcularon los límites inferior y superior con intervalo de confianza del 95%.

Se reclutó consecutivamente a 86 pacientes. La edad media fue de 52,4 (6,3) años, con un 54,7% de mujeres. La mayoría de llamadas telefónicas se realizó el tercer día (38 casos, 44,2%), con un rango que oscilaba entre los días 1 y 22. El análisis de consistencia interna presentó un α de Cronbach de 0,79 y ningún ítem incrementaba la α cuando se extrajo de la escala. En cuanto a la estabilidad temporal, en una escala cualitativa, los CCI para los 5 ítems resultaron ser buenos (para la gravedad de la enfermedad) o muy buenos (para el resto de preguntas) (tabla 1), ya que en este último grupo los CCI fueron superiores al 90%⁶. La homogeneidad o consistencia interna de la escala puede considerarse buena, el alfa de Cronbach fue de casi 0,8, y se observó que todos los ítems contribuyen a mejorar este coeficiente. Quedaría por realizar un estudio de validación del diario y estudiar si este instrumento sirve para discriminar individuos con distinta gravedad, aunque en esta patología no existe un patrón de referencia aceptado con el cual comparar las respuestas del diario. De todas formas, este estudio sugiere que la utilización

Tabla 1
Resultados de las preguntas del diario de síntomas y fiabilidad

Ítem	n	Diario auto-cumplimentado; media (DE)	Preguntas hecha por teléfono; media (DE)	CCI (IC 95%)
Gravedad de la enfermedad	86	2,3 (0,8)	2,2 (0,9)	0,86 (0,79-0,91)
Tos durante el día	86	3,2 (1,2)	3,1 (1,3)	0,91 (0,87-0,94)
Tos durante la noche	86	2,6 (1,4)	2,5 (1,4)	0,96 (0,94-0,97)
Limitación de la actividad diaria	86	1,9 (0,9)	1,7 (0,9)	0,91 (0,87-0,94)
Sensación de fiebre	86	1,5 (0,8)	1,5 (0,8)	0,95 (0,92-0,97)

n: número de casos; DE: desviación estándar; CCI: coeficiente de correlación intraclase; IC: intervalo de confianza.

de la versión española del diario de síntomas ABSS en la bronquitis aguda es fiable.

Bibliografía

1. Llor C, Hernández S. Enfermedad infecciosa en atención primaria: estudio prospectivo efectuado durante todo un año. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28:222-6.
2. Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ*. 2009;338:b1374.
3. Williamson Jr. HA. A randomized, controlled trial of doxycycline in the treatment of acute bronchitis. *J Fam Pract*. 1984;19:481-6.
4. Nduba VN, Mwachari CW, Magaret AS, Park DR, Kigo A, Hooton TM, et al. Placebo found equivalent to amoxicillin for treatment of acute bronchitis in Nairobi, Kenya: a triple blind, randomised, equivalence trial. *Thorax*. 2008;63:999-1005.
5. Mwachari CWNV, Nguti R, Park DR, Park DR, Sanguli L, Cohen CR. Validation of a new clinical scoring system for acute bronchitis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11:1253-9.
6. Fleiss JL. *The design and analysis of clinical experiments*. Nueva York: Wiley; 1986.

Ana Moragas^{a,*}, Carles Llor^b, Albert Gabarrús^c y Marc Miravittles^d

^a Centro de Atención Primaria Jaume I, Tarragona, España

^b Centro de Atención Primaria Jaume I, Tarragona; Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

^c CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Hospital Clínic, Barcelona, España

^d Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Hospital Clínic, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amoragasm@meditex.es (A. Moragas).

doi:10.1016/j.arbres.2012.02.006

Neumonitis intersticial con bronquiolitis: presentación de un caso y revisión de la literatura

Interstitial pneumonitis with bronchiolitis: presentation of a case and review of the literature

Sr. Director:

Presentamos un caso de un varón de 43 años, exfumador, con disnea progresiva e hipoxia. La radiografía de tórax mostró alteraciones intersticiales difusas bilaterales. La TC de tórax mostró un empeoramiento de la opacidad en vidrio esmerilado bilateral, sin signos de consolidación focal ni alteraciones intersticiales (fig. 1A). Se intubó y ventiló al paciente y se realizó una biopsia pulmonar. La biopsia mostró una combinación de infiltrado linfocitario intersticial con una alteración de la arquitectura fina en muchas zonas, asociada a elementos de bronquiolitis obliterante que afectaban principalmente a las vías aéreas a nivel de los conductos alveolares, pero que en unas pocas zonas afectaba también a los bronquiolos respiratorios. Esta combinación se describe como neumonitis intersticial con bronquiolitis (BIP) (fig. 1B). El paciente se recuperó lentamente, sin ningún tratamiento específico. En el seguimiento realizado 6 meses después se evidenció una recuperación completa. Se repitió la TC torácica, que puso de manifiesto una resolución de la BIP.

La clasificación de las neumopatías intersticiales se basa en gran parte en los patrones observados en las muestras de biopsia de tipo abierto o transbronquial. Mark y Ruangchira-urai¹ describieron en 2008 una cohorte de 31 pacientes que, en el examen anatomopatológico, presentaban una neumonitis intersticial con bronquiolitis. El 100% de los casos descritos en la única serie publicada presentaban signos de bronquiolitis obliterante así como de fibrosis intersticial. Es de destacar que la fibrosis se encontraba a distancia de la enfermedad bronquiolar, lo cual sugiere que la fibrosis y la enfermedad bronquiolar no son consecuencia directa una de otra. En todos los casos, la fibrosis intersticial se observó en mayor proporción que la inflamación linfocitaria intersticial.

La neumonitis intersticial se definió como un infiltrado intersticial de linfocitos, histiocitos y fibrosis¹. La inflamación y la fibrosis estaban presentes en todos los casos. La neumonitis intersticial con bronquiolitis presentó una respuesta a los corticoides inferior a la de la bronquiolitis obliterante con neumonía en organización, pero superior a la de la neumonía intersticial usual y a la de la fibrosis intersticial inespecífica. Se observaron focos fibroblásticos en tan solo el 21% de los casos¹.

Otro diagnóstico diferencial importante que debe tenerse en cuenta también en este caso sería el de la bronquiolitis respiratoria asociada a neumopatía intersticial (BR-ILD). La BR-ILD se observa a menudo en pacientes fumadores actuales o exfumadores, aunque se ha descrito también su aparición en no fumadores². Se han

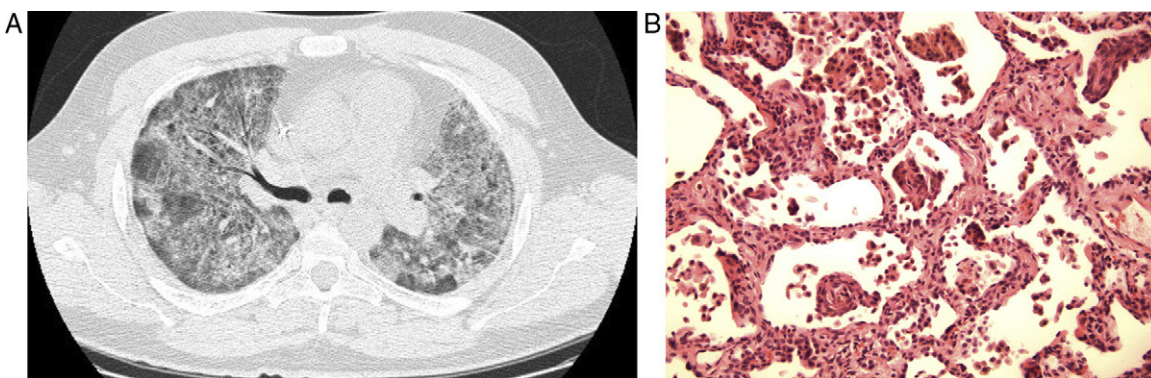


Figura 1. A) La TC torácica muestra un infiltrado intersticial difuso en ambos pulmones. B) A gran aumento, en la neumonitis intersticial con bronquiolitis se observa una inflamación intersticial y fibrosis.