

Réplica

Sr. Editor:

En primer lugar, queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Ochoa por el interés que ha demostrado en nuestro trabajo y nos gustaría hacer algunas puntualizaciones a sus comentarios.

El objetivo principal de nuestro estudio ha sido conocer la frecuencia de alteraciones radiológicas significativas en los lactantes atendidos en un servicio de urgencias hospitalario por bronquiolitis. Los objetivos secundarios fueron evaluar si la presencia de esta alteración modifica la actitud en urgencias y si determinadas variables clínicas pueden ayudar a identificar a los niños con radiografía de tórax normal.

Con respecto a la elección de las variables, se han elegido unas variables clínicas lo más objetivas y con la menor variabilidad posible intraobservador e interobservador, ya que los lactantes con bronquiolitis que acuden a un servicio de urgencias serán atendidos en unas ocasiones por residentes en período de formación y otras por médicos con más experiencia. Mahabee-Gittens et al¹ estudiaron la variabilidad de diversos parámetros de la exploración física de los lactantes con sibilancias: rinoresaca, quejido, hipoventilación, estridor, crepitantes, temperatura rectal, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno (SaO₂) mediante pulsioximetría, encontrando que sólo la SaO₂, el quejido y los crepitantes mostraron una variabilidad interobservador aceptable ($\kappa > 0,6$).

Otro estudio muy reciente que evalúa de forma prospectiva y ciega la concordancia interobservador en la auscultación del lactante con bronquiolitis, muestra un grado global de acuerdo escaso para sibilancias y crepitantes ($\kappa = 0,18$ [intervalo de confianza del 95 %], $-0,08-0,44$), sugiriendo que la auscultación, aunque indispensable, puede no ser una herramienta fiable para evaluar la gravedad de la bronquiolitis y es claramente inferior a la monitorización de la SaO₂ mediante pulsioximetría². Nuestro grupo tiene amplia experiencia en la utilización³ de la escala clínica descrita por Lowell et al⁴ (Respiratory Distress Assessment Instrument) y debido a la variabilidad interobservador que hemos comprobado en su utilización, hemos preferido no emplearla en este estudio. Hasta donde llega nuestro conocimiento no se ha publicado hasta ahora ningún estudio que evalúe la validez y fiabilidad de esta escala en lactantes con bronquiolitis. Indudablemente es necesario desarrollar una escala válida, fiable y sensible a los cambios clínicos para evaluar la gravedad de estos pacientes.

Respecto a la probabilidad posprueba del modelo final en el caso de que el paciente tenga una temperatura menor de 38 °C y SaO₂ > 94% es de 8%, es decir, aproximadamente la mitad que la probabilidad preprueba (14,3%). Obviamente, puesto que la probabilidad preprueba es baja, es difícil esperar reducciones espectaculares.

El IC 95% del índice κ observado en nuestro estudio para las lecturas radiológicas fue 0,40-0,87.

El Dr. Ochoa comenta en su carta que el principal interés de este estudio debería ser aclarar si la radiografía de tórax en la bronquiolitis modifica nuestras decisiones diagnósticas o terapéuticas. Estamos completamente de acuerdo y es por ello que en nuestro estudio se ha realizado una valoración inicial ciega del paciente, decidiendo si éste sería susceptible de alta o de ingreso antes de conocer el resultado del estudio radiográfico, anotando si una vez conocido el resultado del mismo, el paciente fue ingresado o no. El hecho de que el 30% de los lactantes con infiltrado pulmonar, que en función de los datos clínicos iban a ser dados de alta, fueran finalmente ingresados por la alteración radiológica, nos parece el cambio más importante en la actitud terapéutica, ya que es el que mayor repercusión tiene en el niño, en su familia y en el consumo de recursos sanitarios y demuestra claramente que la realización o no de una radiografía de tórax modifica, y mucho, el curso de la enfermedad. Lamentablemente no estamos de acuerdo con el Dr. Ochoa en que deberíamos haber seleccionado otras variables más robustas que el ingreso hospitalario para valorar si la realización de una radiografía de tórax modifica el manejo terapéutico, ya que como es sabido no hay tratamiento específico para la bronquiolitis del lactante⁵, limitándose éste a terapia de soporte y no es práctica habitual en nuestro servicio el tratamiento antibiótico de los infiltrados pulmonares en el contexto de una bronquiolitis, salvo en casos de sospecha de sobreinfección bacteriana. Por ello, hemos considerado que la decisión de hospitalizar al niño como consecuencia de la alteración radiológica era la variable de resultado más sólida de la que podíamos disponer. Actualmente está en marcha un estudio en nuestro servicio que permitirá conocer si la evolución final de estos pacientes fue distinta a la del resto de los niños cuyo ingreso se decidió en la valoración inicial antes de conocer la presencia de infiltrado pulmonar.

Nuestra conclusión es que dada la escasa frecuencia de alteraciones radiológicas significativas en la bronquiolitis del lactante, especialmente en ausencia de fiebre y de hipoxia, no es recomendable la realización habitual de una radiografía de tórax, salvo que la evolución del niño u otros datos clínicos así lo aconsejen, máxime cuando en ocasiones no sólo no se obtiene ningún beneficio, sino que puede llevar a hospitalizaciones quizá innecesarias.

M.L. García García y C. Calvo Rey

Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa.
Madrid. España.

Correspondencia: Dra. M.^aL. García García.
Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa.

Avda. de Orellana, s/n. 28911 Leganés. Madrid. España.
Correo electrónico: marialuzgarcia@terra.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Mahabee-Gittens EM, Dowd M, Beck JA, Smith SZ. Clinical factors associated with focal infiltrates in wheezing infants and toddlers. *Clin Pediatr (Phila)* 2000;39:387-93.
2. Elphick HE, Lancaster GA, Solis A, Majumdar A, Gupta R, Smyth RL. Validity and reliability of acoustic analysis of respiratory sounds in infants. *Arch Dis Child* 2004;89:1059-63.
3. García García ML, Ordobas Gabín M, Calvo Rey C, González Álvarez M, Aguilar Ruiz J, Arregui Sierra A, et al. Infecciones virales de vías respiratorias inferiores en lactantes hospitalizados: etiología, características clínicas y factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 2001;55: 101-7.
4. Lowell DI, Lister G, Von Koss H, McCarthy P. Wheezing in infants: The response to epinephrine. *Pediatrics* 1987;79:939-45.
5. King VJ, Viswanathan M, Bordley WC, Jackman AM, Sutton SF, Lohr KN, et al. Pharmacologic treatment of bronchiolitis in infants and children: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:127-37.