

cer los prejuicios de médicos y pacientes respecto a este tratamiento). Sin embargo, hay algunos aspectos que, a mi juicio, hacen que el provecho que se obtiene de este trabajo sea menor que el que se podría haber logrado.

1. En lo que se refiere al estudio estadístico, aunque no figura en el apartado correspondiente de Material y métodos, cabe suponer que el análisis de los datos de la tabla II se ha hecho mediante análisis de la varianza (si no ha sido así, probablemente se haya hecho de manera incorrecta).

2. Resulta sorprendente que los autores incluyan en el estudio pacientes que están "motivados en mejorar su calidad de vida", y no realicen ninguna medida de este factor (que muy probablemente sí hubiera mejorado con el tratamiento).

3. La selección de los pacientes para indicar la necesidad de oxigenoterapia deambulatoria debe incluir una valoración objetiva de la eficacia de este tratamiento, a fin de estudiar si se produce mayor capacidad y tolerancia al esfuerzo; esta valoración se hace mediante tests de esfuerzo². En la valoración inicial de estos pacientes no se incluye, o al menos no se reseña en el texto, ningún estudio de este tipo. Los autores realizan una gasometría en situación basal y después de recibir tratamiento con oxígeno durante 2 h, si bien no se especifican las condiciones, y cabe suponer que esta gasometría se hace en reposo, por lo cual no puede en ningún modo reflejar la situación de estos pacientes durante el ejercicio. Es por todo ello por lo que, en principio, no veo demasiado clara la indicación de oxígeno deambulatorio (es decir, no veo datos objetivos que soporten la indicación).

4. Habría sido interesante tener uno o varios grupos control para valorar adecuadamente la eficacia del tratamiento; estos grupos control podrían haber estado formados por: a) aquellos pacientes que rechazaron la oxigenoterapia deambulatoria con catéter transtraqueal, y b) sujetos en tratamiento con oxigenoterapia deambulatoria mediante gafas nasales.

Considero que la aplicación práctica de los puntos 2 a 4 puede ayudar a definir mejor las indicaciones y beneficios derivados del uso de este tratamiento, de modo que se pueda hacer un uso mejor (y más extendido).

A. Díez Herranz

Unidad de Neumología,
Gabinete Médico Paracelso. Valladolid.

1. Díez Lobato S, García Tejero MT, Racionero MA, García Río F, Villasante C, Villamor J. Oxigenoterapia deambulatoria por catéter transtraqueal. Arch Bronconeumol 1996; 32: 225-229.

2. Terán Santos J. Selección de pacientes. Libro de comunicaciones y ponencias del X Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Patología Respiratoria. Ávila: Mi-ján, Artes Gráficas, 1991; 43-44.

La prueba de broncoconstricción por esfuerzo del deportista hiperreactivo y su informe

Sr. Director: Debido a la nueva normativa de control antidopaje (BOE 25 febrero de 1997) cualquier deportista que use broncodilatadores o corticoides en aerosol para el tratamiento de su asma (o hiperreactividad bronquial [HB]) deberá presentar no sólo un informe del médico que lo ha prescrito con el motivo de la indicación, sino también de una historia clínica completa junto con el resultado de las pruebas complementarias, siendo obligada la de broncoprovocación por el esfuerzo. Este certificado tiene una validez anual y se debe renovar cada temporada. Eso explica por qué de un tiempo a esta parte vemos incrementado el número de solicitudes para realizar los mencionados exámenes. Es perfectamente lícito que se controle el uso indiscriminado y antiético de ciertas sustancias por ciertos individuos "deportistas" pero... ¿para qué necesita la comisión médica unas pruebas que sólo algunos entendidos podrán evaluar científicamente y que por otra parte sólo en casos muy determinados serán siempre positivas?, o ¿acaso se pretende controlar a los médicos de los deportistas? Si un especialista decide iniciar una terapia en un individuo, ¿no hará las pruebas que considere oportunas para hacer el diagnóstico lo más preciso en cada caso según el criterio establecido y el suyo propio? El motivo, con toda probabilidad, es muy diferente. Quiero creer que es una manera de controlar y limitar el uso de esas sustancias a unas orientaciones precisadas por un especialista cualificado. Se debe tener en cuenta que no se menciona que la prueba deba ser positiva, sino su resultado. Situación que como todos sabemos no podrá ser la mayoría de las veces debido a su baja sensibilidad^{1,2}, que es todavía menor en el deportista³. Existen otras pruebas que en este aspecto son superiores a la hora de determinar y cuantificar la presencia de HB—metacolina, histamina, hiperventilación isocápnic o hiperventilación con aire frío (isocápnic o por esfuerzo)— y que el especialista usará, si lo cree indicado, para terminar de definir la enfermedad, aunque en según qué casos y situaciones puedan ser también imprecisas⁴. Tampoco se determina el nivel de positividad en el descenso del VEMS postesfuerzo con respecto al basal ¿10, 15, 20%? Para ello, podemos encontrar bibliografía suficiente para defender uno u otro nivel de "labilidad bron-

quial". Pero si deseamos aplicar los criterios de la SEPAR⁵ (y de otras sociedades internacionales de neumología) esto no nos será fácil en el caso de un deportista. Si bien no es diagnóstico, un descenso de un 10% en un deportista puede ser orientativo de un proceso de este tipo⁶ y nos indicará la necesidad de realizar una historia clínica más completa junto con otras pruebas quizá más inespecíficas (p. ej. metacolina). Debido a esto considero que cuando el especialista deba hacer un informe de este tipo adjunte la historia clínica que considere, los antecedentes que quiera y los resultados de las pruebas complementarias que desee (los de la de esfuerzo siempre, sea positiva o no, claro). Pero mi consejo es que siempre deje patente que es su criterio clínico el que orienta la necesidad de un tratamiento determinado, se demuestre o no la HB en el momento del estudio. Porque mientras no tengamos una *gold standard* para diagnosticar el asma, la historia clínica es la mejor herramienta de que disponemos y lo demás son pruebas complementarias que nos ayudan a confirmar el diagnóstico y sólo en muy pocos casos a desestimarlo. Espero que con la ayuda de los deportistas en un futuro próximo podamos continuar evaluando, controlando y observando a muchas hiperreactivos que hacen deporte, asmáticos o no, sin necesidad de informar más de lo preciso.

F. Drobnic

Departamento de Fisiología
y Valoración Funcional.
CAR Sant Cugat del Vallés. Barcelona.

1. Godfrey S, Silverman M, Anderson SD. Problems of interpreting exercise-induced asthma. J Allergy Clin Immunol 1973; 52: 199-209.
2. Pennonck BE, Rogers RM, McCafree DR. Changes in measured spirometric indices: what is significant? Chest 1981; 80: 97-99.
3. Drobnic F. Prevalencia de asma, asma inducida por el ejercicio e hiperreactividad bronquial en el deportista de elite [tesis doctoral]. Barcelona: Unidad Docente Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, 1993.
4. Eliasson AH, Phillips YY, Rajagopal KR, Howard RS. Sensitivity and specificity of Bronchial provocation testing. Chest 1992; 102: 347-355.
5. Valencia A, Casan P, Díaz M, Perpiñá M, Sebastián MD. Normativa SEPAR para los tests de provocación bronquial inespecífica. Barcelona: Ediciones DOYMA, 1987.
6. Kyle JM, Walker RB, Hanshaw SL, Leaman JR, Frobase JK. Exercise induced bronchospasm in the young athlete: guidelines for routine screening and initial management. Med Sci Sports Exer 1992; 24: 856-859.