



plástico como del 0.14 y 0.40, respectivamente. No obstante, tanto en uno como en otro trabajo, la incidencia de DPE en los pacientes neoplásicos es del 5%<sup>3,5</sup>. De todo ello podemos deducir, que la presencia de eosinofilia pleural no debe ser considerada un indicador de "benignidad", sin antes tener presente la incidencia de neoplasias en la población estudiada<sup>3</sup>.

**J Bugés, E Rodríguez, y A Muñoz.**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

1. Light RW. Pleural diseases. Philadelphia: Lea & Febiger, 1983.

2. Kinasewitz GT, Fishman AP. Pleural dynamics and effusions. En: Fishman AP, ed. Pulmonary diseases and disorders, 2th ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1988:2117-2138.

3. Adelman M, Albelda SM, Gottlieb J, Haponik EF. Diagnostic utility of pleural eosinophilia. Am J Med 1984; 77:915-920.

4. Sahn SA. The pleura. Am Rev Respir Dis 1988; 138:184-234.

5. Kuhn M, Fitting JW, Leuenberger P. Probability of malignancy in pleural fluid eosinophilia. Chest 1989; 96:992-994.

## Oxigenoterapia domiciliar en el área de Talavera de la Reina.

**Sr. Director:** Está demostrado que los pacientes afectados de obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA) con una PaO<sub>2</sub> inferior a 55 mmHg presentan un aumento de la supervivencia si reciben un aporte de oxígeno durante más de 15 horas al día<sup>1</sup>. La oxigenoterapia domiciliar sólo puede indicarse a partir de los datos de la gasometría arterial cuando el paciente está plenamente tratado y se encuentra estable<sup>2</sup>. Después de una descompensación hay que esperar tres meses antes de decidir este tratamiento<sup>3</sup>. Por todo esto, la oxigenoterapia domiciliar no es una urgencia terapéutica, por lo que no tiene sentido indicarla después de un ingreso hospitalario o en el transcurso de una atención en urgencias. La disnea no acompañada de hipoxemia no justifica este tratamiento<sup>2</sup>. Recientemente se han presentado en su revista los resultados de diversos grupos al respecto de la situación de la oxigenoterapia domiciliar en algunas comunidades o ciudades de España<sup>4-6</sup>. Dado que en estos datos no hay ningún apunte de la situación de esta terapéutica en la provincia de Toledo, nos parece interesante referir brevemente algunos datos a este respecto.

Este pequeño estudio se ha obtenido de los pacientes atendidos en una de las dos consultas de Neumología que existen en la ciudad de Talavera de la Reina (Toledo).

Durante el año 1989 valoramos la indicación correcta o no de la oxigenoterapia domiciliar en los pacientes que estaban con este tratamiento y acudían por primera vez a nuestra consulta hospitalaria. En dicho periodo revisamos a 60 pacientes. Efectuando un estudio retrospectivo, evidenciamos que en 45 casos el diagnóstico era de bronquitis crónica (75 % del total); 9 enfermos estaban diagnosticados de lesiones residuales post-tuberculosis, alteraciones mecánicas de la caja torácica y enfermedades intersticiales (15 % del total). Cuatro pacientes estaban diagnosticados de asma bronquial y dos de insuficiencia cardíaca.

Al revisar por separado estos grupos, sólo 20 de los 45 pacientes afectados de bronquitis crónica cumplían criterios al menos discutibles para recibir tratamiento con oxígeno domiciliario. Quince enfermos de este grupo (25 % respecto del total de los 60 enfermos y 33 % respecto del de los bronquíticos crónicos) recibían el tratamiento tras una agudización, por lo que en ese momento existían valores de PaO<sub>2</sub> inferiores a 60 mmHg, pero al mejorar de su crisis, todos los enfermos de este grupo tenían valores de PaO<sub>2</sub> superiores a 60 mmHg. Otros cinco enfermos del grupo de bronquíticos crónicos recibían tratamiento con oxígeno cuando todavía no estaban plenamente tratados con fármacos broncodilatadores o incluso en total ausencia de estos.

Otros cinco enfermos de este grupo de bronquíticos crónicos no tenían nunca consignados en sus estudios analíticos cifras de PaO<sub>2</sub> inferiores a 60 mmHg, por lo que pensamos que la indicación de la oxigenoterapia se debió realizar por disnea o presión familiar.

Durante el año 1989 se retiraron 16 de los 25 tratamientos con oxigenoterapia indicados sin justificación; en los otros casos o bien el tiempo de seguimiento en las consultas ha sido muy reducido o los valores de PaO<sub>2</sub> se encuentran cercanos a 60-55 mmHg, por lo que de momento se mantiene dicho tratamiento.

Los dos pacientes en tratamiento con oxígeno por insuficiencia cardíaca fueron remitidos al cardiólogo. En cinco de los nueve pacientes con lesiones residuales post-tuberculosis, alteraciones de la caja torácica y enfermedades intersticiales, el tratamiento con oxígeno fue indicado en una agudización, existiendo al resolverse la misma valores de PaO<sub>2</sub> superiores a 60 mmHg por lo que se retiró dicho tratamiento. En dos casos la indicación era correcta y los otros 2 casos muestran valores límite, por lo que de momento se mantiene. Finalmente respecto al grupo de los pacientes con asma bronquial (4

enfermos), solamente uno tenía valores de PaO<sub>2</sub> inferiores a 60 mmHg, por lo que se retiró la oxigenoterapia en dos casos; el otro tiene un tiempo de seguimiento corto actualmente.

Por otra parte, 52 de los 60 enfermos (86 %) que tenían indicado el tratamiento con oxígeno, lo realizaban durante menos de 15 h al día, existiendo incluso un grupo de 15 enfermos (25 %) que la realizaban únicamente en agudizaciones, cuando tenían disnea, etc.

Para resumir, en 1 año hemos retirado en un grupo de 60 enfermos, 23 tratamientos injustificados con oxigenoterapia domiciliar (38 % del total). Durante este mismo tiempo, para que sirva de comparación, sólo hemos indicado cinco nuevos tratamientos con oxígeno.

De cualquier forma, estamos seguros que únicamente apreciamos la "punta del iceberg" del problema, pues muchos pacientes no acuden a las consultas de neumología. La solución de este difícil problema sólo podría obtenerse si todos los tratamientos nuevos (y el mantenimiento de los previos) fueran supervisados por el especialista (en todos los casos), ateniéndose por supuesto con rigor científico a las normas ya conocidas para iniciar este tratamiento, sin duda muy eficaz cuando está bien indicado. Todos tenemos que responsabilizarnos de los numerosos pacientes que reciben este tratamiento sin justificación e incluso con grave riesgo (fumadores empedernidos, incluso mientras reciben el oxígeno).

**F. Marcos Sánchez, M.ª Bru Espino y J. Celdran Gil**

Servicio de Medicina Interna. Hospital del Insalud de Talavera de la Reina. Toledo.

1. Nocturnal Oxygen Therapy Trial. Continuous or nocturnal oxygen therapy trial in hypoxemic chronic obstructive lung diseases. Ann Intern Med 1980; 93:391-398.

2. ACCP-NHLBI. National Conference on Oxygen Therapy. Chest 1984; 86:234-247.

3. Castellano A, Rodríguez Arias JM, Vidal Quadras I et al. Indicación de la oxigenoterapia crónica a domicilio (OCD): resultados después de un periodo de estabilización de 3 meses. Arch Bronconeumol 1988; 24(supl 1):49-50.

4. Marín J, Servera E, Simó L. Oxigenoterapia continua domiciliar en el área 12 de salud de Valencia. Arch Bronconeumol 1990; 26:156-157.

5. Viejo Bañuelos JL. La oxigenoterapia domiciliar en la comunidad de Castilla-León. Arch Bronconeumol 1990; 26:158.

6. Brandés Gimeno R, Díaz Pedreira J, Cueto Baelo M et al. Oxigenoterapia domiciliar: estudio de su utilización en el área sanitaria de Vigo. Arch Bronconeumol 1990; 26:162-165.



## INFORMACION

### **1.º CURSO DE TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR PARA ENFERMERÍA Y TÉCNICOS**

Marzo-Abril 1991

#### **Programa**

Duración del Curso: desde el 1 de marzo al 30 de abril de 1991. Las clases tendrán lugar todos los martes y jueves de las 18 a las 21 horas.

#### **Clases teóricas: 36 horas**

- Bases autonómicas.
- Medición de señales biológicas.

- Patología respiratoria.
- Capacidad ventilatoria.
- Técnicas de broncoprovocación.
- Intercambio de esfuerzo.
- Pruebas de esfuerzo.
- Hemodinámica pulmonar.
- Control de la ventilación.
- Estandarización.
- Control de higiene y seguridad.
- Valores de referencia.
- Análisis y tratamiento de datos.

#### **Clases prácticas**

Está prevista una duración mínima de 12 horas. Se desarrollarán en el Gabinet de Funció Pulmonar del Hospital Clínic.

#### **Criterios de admisión**

Los participantes en el Curso habrán de tener los siguientes grados académicos:

Licenciados superiores: ATS, Diplomados de Enfermería, Técnicos (Formación Profesional II).

El período de preinscripción será desde el 15 de octubre al 30 de noviembre de 1990. Para formalizar la inscripción será preciso entregar un currículum vitae y una fotografía.

**Precio de la matrícula:** 35.000 ptas.

**Director del Curso:** Prof. R. Rodríguez-Roisin

**Secretaría** (8 a 15 horas): Sr. Felip Burgos Rincón

Servei de Pneumologia. Hospital Clínic

Villarroel, 170 - 08036 Barcelona

Telf. 323 14 14 (ext. 2354). Fax 254 66 91.