



BIBLIOGRAFIA

1. Escarrabill J, Estopà R, Huguet M, Manresa F. Domiciliary Oxygen therapy. *Lancet* 1985; II: 779.
2. García Besada JA, Coll Artés R, Cuberta Nicolás et al. Oxigenoterapia crónica domiciliaria: mal uso y abuso en nuestro medio. *Med Clin (Barc)* 1986; 86: 527-530.
3. Marco L, Labayen J, Furest I, Teller P et al. Oxigenoterapia domiciliaria. Análisis de la situación en Guipúzcoa. *Arch Bronconeumol* 1988; 24: 10-14.
4. Medical Research Council Working Party. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. *Lancet* 1981; 1: 681-686.
5. Nocturnal Oxygen Therapy Trial. Continuous or nocturnal oxygen therapy trial in hypoxemic chronic obstructive lung diseases. *Ann Intern Med* 1980; 93: 391-398.
6. Grant IWB. Oxygen in the home. *Br Med J* 1982; 284: 417.
7. ACCP-NHLBI. National Conference on Oxygen Therapy. *Chest* 1984; 86: 234-247.
8. Sánchez Agudo L, Cornudella R, Estopà R, Molinos L, Servera E. Recomendaciones SEPAR. Normativa para la indicación y empleo de la oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD). *DOYMA SA (Barcelona)* 1985.
9. Escarrabill J, Marin E, de la Riva E, Giró E, Estopà R, Manresa F. Hábito tabáquico en paciente con oxigenoterapia domiciliaria. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 772-774.
10. Weitzenblum E, Sautegau A, Ehrhart M, Mammosser M, Pelletier A. Long-term oxygen therapy can reserve the progression of pulmonary hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1985; 131: 493-498.
11. Wilkinson M, Langhorne CA, Heath D, Barer GR, Howard P. A Pathophysiological study of 10 cases of hypoxic cor pulmonale. *Quart J Med* 1988; 249: 65-87.
12. Editorial. Pulmonary hypertension: New Information from necropsy-based studies. *Lancet* 1988; 249: 65-87.
13. Levi-Valensi P, Weitzenblum E, Pedinelli JL, Racineux JL, Duwoos H. Three-month follow-up of arterial blood gas determinations in candidates for long-term oxygen therapy. *Am Rev Respir Dis* 1986; 133: 547-551.
14. Castellano A, Rodríguez Arias JM, Vidal-Quadras I, Mayos M et al. Indicación de la oxigenoterapia crónica a domicilio (OCD): resultados después de un período de estabilización de 3 meses. *Arch Bronconeumol* 1988; 24 (supl 1): 49-50.
15. Davies RJO, Hopkin JM. Nasal oxygen in exacerbations of ventilatory failure: an underappreciated risk. *Br Med J* 1989; 299: 43-44.
16. Escarrabill J, Estopà R, Romero P, Manresa F. El concentrador de oxígeno como alternativa a la oxigenoterapia convencional. *Med Clin (Barc)* 1986; 86: 531-533.
17. Howard P. Cost effectiveness of oxygen therapy. *Eur Respir J* 1989; 2 (suppl 7): 637s-639s.
18. Levi-Valensi P, Aubry P, Rida D, Rose S, Ndadurize S, Jounieaux V. Selection of patients for long-term oxygen therapy (LTO). *Eur Respir J* 1989; 2 (suppl 7): 624s-629s.
19. Cockcroft A. Pulmonary rehabilitation. *Br J Dis Chest* 1988; 82: 220-225.
20. Flenley DC. Long-term oxygen therapy. *Chest* 1985; 87: 99-103.

Oxigenoterapia domiciliaria (OD) en Barcelona

R. Estopà, J. Escarrabill y F. Barbé

Servei de Pneumologia. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet (Barcelona).

Desde un punto de vista sanitario, Barcelona, con 4.609.449 habitantes, se divide en cuatro Areas de Gestión. Durante el año 1988 se ha contabilizado una media mensual de 2.600 pacientes con OD (prevalencia media de 56,4 indicaciones por 100.000 habitantes), pero con una distribución irregular entre las diferentes áreas (datos del 1.º cuatrimestre de 1988):

- Barcelona ciudad (1.701.812 hab.): 50,1 OD/100.000 hab.
- Barcelonès nord. (664.552 hab.): 71,0 OD/100.000 hab.
- Area Centre (1.155.781 hab.): 49,8 OD/100.000 hab.
- Area 5 (1.087.304 hab) 39,5 OD/100.000 hab.

El suministro de oxígeno se realiza mediante concierto económico entre el Institut Català de la Salut (ICS) y tres empresas suministradoras. La forma de suministro más extendida es la bombona que almacena el oxígeno a presión, siendo destacable el poco uso del concentrador. Los datos disponibles permiten afirmar que existe una falta de seguimiento especializado de los pacientes¹ y un escaso cumplimiento de la prescripción².

Las especiales características de esta forma terapéutica permiten en ocasiones que el enfermo reciba una información insuficiente o únicamente a través de los empleados de las empresas suministradoras de oxígeno.

Desde el año 1985, en el Area de Gestión 5 -Costa de Ponent- hemos desarrollado un programa de control de la OD. La situación inicial se caracterizaba por

TABLA I
Prevalencia de la OD en Barcelona

		(promedio del primer cuatrimestre de cada año)			
Ambito	Población	Prevalencia por 100.000 hab			
		1985	1986	1987	1988
Total Barcelona	4.609.449	52,7	51,5	56,8	50,5
Area de Gestio 5	1.087.304	59,4	41,9	38,8	39,5



un elevado número de pacientes con OD, más de la mitad de los cuales no reunían los criterios de indicación y el 66 % aceptaban que recibían el oxígeno menos de 5 horas/día².

El programa de control de la OD ha conseguido cambios cuantitativos destacables, manteniendo una tasa de prevalencia alrededor de las 40 prescripciones por 100.000 habitantes, cuando en el resto de Barcelona superan las 50 (tabla I).

Se han detectado cambios cualitativos positivos en ciertos aspectos, como el incremento del control hospitalario, un mayor uso de las gafas nasales y posiblemente un mejor cumplimiento de la prescripción. Sin embargo, no hemos observado cambios en la edad de los pacientes, ya que un 23,3 % tienen más de 75 años y únicamente hemos logrado introducir nuevas formas de suministro de oxígeno que faciliten el cumplimiento de la prescripción en un pequeño grupo de pacientes.

En 1988, en nuestra área el 88,3 % de los pacientes utilizaban bombonas que almacenan el gas a presión (4,5 % para realizar aerosolterapia y el resto para el suministro de oxígeno). Un 10 % de los pacientes se sirven del concentrador y el 1,7 % de oxígeno líquido.

El programa de asistencia domiciliaria (AD) a pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que se

ha desarrollado en nuestra área durante el último año, se basa en la visita domiciliaria mensual de una enfermera. Los datos preliminares de este proyecto ponen de manifiesto que la AD consigue reducir la estancia media de los pacientes en las reagudizaciones y que incrementa el cumplimiento de la prescripción³.

Creemos que la OD debe estar bien caracterizada dentro de los servicios de neumología, con un programa que incluya la revisión de todos los casos, junto con la posibilidad de poder ofrecer AD. Los beneficios de este control no sólo deben verse desde un punto de vista económico, sino de una mejor asistencia debido a una relación más estrecha entre el equipo asistencial y el paciente bajo OD.

BIBLIOGRAFIA

1. Cornudella R. L'oxygénothérapie à domicile dans la région de Barcelone. Bull Eur Physiopathol Respir 1986; 22(suppl): 96s.
2. Escarrabill J, Estopà R, Huguet M, Manresa F. Domiciliary oxygen therapy. Lancet 1985; ii: 779.
3. Zapater J, Ferré MR, Escarrabill J, Elies T et al. Efectes a curt termini de l'assistència domiciliària (AD) en pacients amb oxigenoteràpia crònica domiciliària (OCD). Ann Med (Barc) 1989; 75: 86-87.

Situación de la oxigenoterapia domiciliaria en el País Vasco

L. Marco Jordán, E. Garnacho López* y J.I. Aguirregomezorta Urquijo**

Hospital de Amara. San Sebastián, *Hospital de Cruces y **Hospital de Galdácano. Vizcaya.

Se analiza la situación de la oxigenoterapia domiciliaria (OD) en el País Vasco. En esta comunidad viven un total de 2.142.485 habitantes (padrón de enero de 1988). Aunque el dato ha sido tomado en cada una de las tres provincias en período diferente, se puede considerar que un número aproximado de 1.500 pa-

cientes reciben diariamente OD en esta comunidad (0,7/1.000 habitantes).

La distribución domiciliaria del oxígeno está a cargo de 5 compañías (2 en Vizcaya, 2 en Guipúzcoa y 1 en Alava) a las que corresponde el reparto, mantenimiento e información del manejo del material.

TABLA I
Datos de la OD en el País Vasco

Provincia	Habitantes	Fecha	Casos OD totales/ revisados	Uso de gafas nasales %	PC %	CC %	AC %
Vizcaya	1.179.150	01/88	906/592	99	46	38,9	50,6
Guipúzcoa	695.607	10/86	371/247	65,9	72	23,8	27,5
Alava	267.728	12/88	375/335	77,5			10,1
		1988(*)	214(*)	90-95(*)			

PC = prescripciones correctas

CC = cumplimiento correcto

AC = ausencia de controles médicos

(*) datos aproximados referidos al promedio mensual de 1988

(datos suministrados por cada distribuidora de oxígeno)