

Exceptuando el uso del concentrador en ocho casos, las balas fueron la forma de suministro de oxígeno empleada. En la actualidad no está disponible el oxígeno líquido para OD. La administración de oxígeno se hace casi siempre a través de gafas nasales.

En ninguna de las tres provincias hay un sistema de asistencia domiciliaria a estos pacientes por parte del personal sanitario.

Con fecha 22 de noviembre de 1988, a propuesta de una comisión de asistencia técnica de las especialidades de neumología y cirugía torácica, el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) ha puesto en marcha un protocolo institucional que regula la prescripción y control periódico de la OD. Esta medida se demanda-

ba ya que importantes defectos tanto en la prescripción, control médico como cumplimiento por parte del paciente han sido evidenciados en análisis previos realizados en las provincias de Guipúzcoa¹ y Vizcaya².

En la tabla I se resumen los datos disponibles.

BIBLIOGRAFIA

1. Marco L, Labayen J, Furest I, Teller P et al. Oxigenoterapia domiciliaria. Análisis de la situación en Guipúzcoa. Arch Bronconeumol 1988; 24: 10-14.
2. Garnacho E, Amilibia J, Baranda F, Ansola P, Ciruelos E. Oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) en Vizcaya. Arch Bronconeumol 1989; 25 (supl): 11.

Oxigenoterapia continua domiciliaria en el Área 12 de Salud de Valencia

J. Marín, E. Servera y L. Simó

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario y Area 12 de Salud. Valencia

Nuestra relación protocolizada con la oxigenoterapia en el Area de Salud 12 (61.000 asegurados) comenzó a finales de 1986, cuando quisimos contabilizar el número de pacientes que disponían de fuente para este tratamiento: No conseguimos (pese a solicitarla con empeño) la información del Insalud, y fue la empresa suministradora quien nos proporcionó los datos: 41 pacientes. De los 31 que aceptaron una revisión para ver si eran tributarios de este tipo de terapéutica, sólo siete (23 %) precisaban oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD). Los 36 pacientes que en la actualidad hay en la zona con OCD reúnen los criterios clínicos y gasométricos oportunos^{1,2}, aunque el cumplimiento en horas/día fue incorrecto, al menos durante un tiempo, en parte de ellos³.

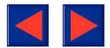
Salvo un corto período en que dispusimos de algunos concentradores cedidos por la casa fabricante, nuestros pacientes han tenido siempre botellas de oxígeno comprimido, única fuente que facilita la empresa concertada en Valencia (Oxiven) por el Servicio Valenciano de Salud. Esta empresa, que cobra una cantidad fija por paciente y día independiente de oxígeno consumido, se limita a proporcionar las botellas, los debímetros y las "gafas" o máscaras de forma correcta. No obstante, tres pacientes distintos nos han comunicado que "el repartidor les había dicho que llevaban demasiado oxígeno".

Tres pacientes utilizan máscara por problemas de permeabilidad nasal; todos los demás emplean "gafas".

En dos pacientes bronquíticos nos planteamos la posibilidad de intentar la vía transtraqueal, pues los caudales que precisan para conseguir cifras de PaO₂ adecuadas son muy altos, pero nos frena, por el momento, la falta de resultados convincentes en la literatura⁴. Tres pacientes restrictivas (una ya con traqueostomía permanente) cumplen criterios para ventilación asistida nocturna, que esperamos comenzar cuando dispongamos de los medios necesarios.

Desde abril de 1987 mantenemos un protocolo de cuidados a domicilio, en el que intervienen dos enfermeras que dedican dos horas diarias de su jornada laboral y un generalista sin retribución, con el apoyo del Servicio de Neumología del Hospital de Referencia y de un neumólogo en el Centro de Especialidades. Los resultados tras un año son, como cabía esperar, satisfactorios⁵. Dos profesoras de Facultad de Psicología colaboran en el seguimiento de la situación emocional de los pacientes⁶.

Ya en 1986 intentamos el apoyo de un protocolo institucional para encargarnos (como en Francia hacen las delegaciones locales del ANTADIR⁷, de gestionar sin intermediarios unos servicios que pretenden ser algo más que una OCD "convencional". Hasta ahora, y a pesar del mantenido interés por nuestra parte, no hemos conseguido nada. Los proyectos presentados han sido considerados "de gran utilidad", pero no se nos proporciona, por el momento, el respaldo necesario para llevarlos a cabo.



BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de Trabajo de la Separ. Normativa para la indicación y empleo de la oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD). DOYMA Barcelona; 1985.
2. Sadoul P, Duwoos H, Pretet S. Etude critique des indications de l'oxigénotherapie à long terme. *Rev Mal Resp* 1988; 5: 363-372.
3. Servera E, Marín J, Vergara P, Simó L, Pérez ME. Continuous domiciliary oxygen therapy; real versus reported compliance in a group of pulmonary patients. *World Congress on Home Care*. Rome, March 14-18 1989; 104 (abstr.)
4. Hoffman LA, Dauber JH, Ferson PF, Openbrier DR, Zullo TG.

Patients response to transtracheal oxygen delivery. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 153-156.

5. Simó L, Servera E, Marín J, Cubells MC, Soler J, Vergara P. Home care in pulmonary patients with domiciliary oxygen therapy. One year hospitalization rate and mortality. *World Congress on Home Care*. Rome, March 14-18, 1989, 1096 (abstr.)

6. Del Barrio V, Mestre V, Servera E, Simó L, Marín J. One year follow-up in a group of chronic respiratory patients with home care: Physical and psychological variables. *World Congress on Home Care*. Rome, March 14-18, 1989; 84 (abstr.)

7. Association Nationale pour le traitement a domicile de l'insuffisance respiratoire chronique (ANTADIR) 11, rue de Solférino, 75007, Paris.

La oxigenoterapia de larga duración en Madrid

L. Sánchez Agudo, J.M. Calatrava Requena y M. Sebastián Gilabert

Servicio de Neumología. Centro de Investigación Clínica y Medicina Preventiva
Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Indudablemente el colectivo de neumólogos es perfectamente consciente de la eficacia y rentabilidad que el aumento de la FiO_2 tiene en el mantenimiento de la insuficiencia respiratoria crónica^{1,2}, como probablemente también lo sea de las innumerables dificultades que en nuestro medio plantea su utilización con todo el rigor que esta terapéutica requiere.

Sin olvidar la indicación incorrecta, probablemente sea la mala cumplimentación de la terapéutica, constatada en diferentes estudios³, lo que suponga el principal defecto, con la consiguiente pérdida de rentabilidad económica.

No es fácil conseguir que un tratamiento de larga duración y tan cargado de condiciones como este, aunque sea realizado con absoluta corrección; pero con toda seguridad si le dotásemos del máximo confort posible y pudiéramos ofertar una educación sanitaria y soporte psicológico adecuados al paciente, éste lo cumpliría de una forma más satisfactoria.

Por ello es precisa la organización de la infraestructura asistencial con entidad propia, dedicada al tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica, de la que lamentablemente carecemos en el área de Madrid, lo que nos obliga a realizar una atención conceptualmente multidisciplinaria en condiciones preciaras.

Y no es que este tipo de enfermos sea tan poco frecuente que no merezca ser tomado en consideración. Una estimación, extrapolando la media de enfermos atendidos por tres empresas suministradoras, da una cifra de 4.500 a 5.000 pacientes sometidos a oxigenoterapia en el domicilio, sólo en el núcleo urbano de Madrid y municipios colindantes, los cuales están controlados por las diferentes instituciones sanitarias y especialistas de zona. Para ser más exacto, en los municipios de Alcobendas y San Sebastián de los Reyes, con una población de 122.073 habitantes, hay 133 enfermos sometidos a oxigenoterapia domiciliaria, lo que supone una prevalencia de 108,9 por 100.000 habitantes⁴, concordante con otros países⁵.

El suministro de oxígeno se realiza a través de siete empresas diferentes que actualmente tienen repartidas, por igual y de forma fija, las 14 sectoriales de INSALUD existentes en Madrid; hasta hace poco, el colmo de la incongruencia se mostraba en un reparto rotatorio de las zonas de suministro, con lo cual el paciente era atendido periódicamente por una empresa distinta. Un dato significativo es que, salvo excepciones, no existe contacto ni coordinación entre el equipo médico responsable de la atención del paciente y la empresa suministradora, lo que sin duda permitiría una mejor explotación de los recursos y mejor calidad de la asistencia al paciente.

La disponibilidad práctica de oxígeno líquido es nula, más por razones económico-administrativas que técnicas y la utilización de concentradores no sobrepasa el 3 % de los casos.

Por supuesto que la coordinación de la mayor parte de estas dificultades no está a nuestro alcance, pero al menos debiéramos considerar las posibilidades de ejercer la presión necesaria para que se conozcan y sean subsanadas.

BIBLIOGRAFIA

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

2. Report of the 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.

3. Escarrabill J, Estopà R, Hugué M, Riera J, Manresa F. Oxigenoterapia continua domiciliaria: estudio de 344 pacientes. *Arch Bronconeumol* 1987; 23: 164-168.

4. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico español de 1988 (Avance). Ed Instituto Nacional de Estadística. Madrid 1988.

5. Williams BT, Nicholl JP. Prevalence of hypoxemic chronic obstructive lung disease with reference to long-term oxygen therapy. *Lancet* 1985; 2: 369-372.