



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.