



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'oxigénotherapie 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. Aguirregomezcorra 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(*)			

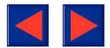
PC = prescripciones correctas

CC = cumplimiento correcto

AC = ausencia de controles médicos

(*) datos aproximados referidos al promedio mensual de 1988

(datos suministrados por cada distribuidora de oxígeno)



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.