

OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA Y TERAPIAS RESPIRATORIAS

1. OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

1.1. **FUENTES ESTÁTICAS**

Concepto: Administración continua de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia respiratoria crónica.

➤ **Indicación: situaciones clínicas:**

- Hipoxemia crónica con **PaO₂ < 55 mmHg** respirando aire ambiente
- **PaO₂ entre 55 y 60 mmHg** y alguna de estas patologías:
 - Hipertensión arterial pulmonar
 - Poliglobulia con hematocrito superior al 55%
 - Cor pulmonale crónico
 - Trastornos del ritmo cardíaco
 - Alteraciones cognitivas secundarias a la hipoxemia crónica

- Excepcionalmente y a juicio del médico, en pacientes crónicos cuya expectativa de vida este limitada por neoplasias o enfermedades incapacitantes con repercusión respiratoria y disnea refractaria al tratamiento paliativo medicamentoso.

➤ **Criterios:**

- No se considera indicación definitiva hasta que transcurran al menos 3 meses desde su prescripción inicial.
- El flujo de O₂ indicado será el mínimo capaz de conseguir **PaO₂ >60 mmHg** o **SaO₂ >90%**.
- Tiempo de tratamiento diario **superior a 15 horas al día**, y debe cubrir las horas de sueño.
- La fuente de oxigenoterapia estándar será un **concentrador fijo o estacionario**. Se proporcionará una botella de O₂ comprimido en caso de corte eléctrico.

A) Requisitos para su prescripción.

- Se debe demostrar la presencia de insuficiencia respiratoria referida en las situaciones clínicas del apartado A).
- Prescripción correcta se debe realizar gasometría arterial.

B) Modo de administración:

- Gafas nasales: es el sistema de primera elección.
- Mascarilla tipo Venturi.
- Acoplado al sistema de ventilación mecánica o CPAP.

C) Fuentes de Oxígeno:

- Concentrador fijo o estacionario (fuente de elección)
- Cilindro de oxígeno comprimido (fija o de reserva)
- Oxígeno líquido (nodriza y depósito portátil)
- Concentrador portátil

D) Tipos de prescripción y médicos prescriptores:

- Prescripción definitiva>>>> A partir de 3 meses, siempre por especialista
 - Prescripción provisional>>>> Duración prevista inferior a 3 meses
- La realiza tanto médicos de atención primaria como de especializada.
La fuente de prescripción provisional de O2 será el concentrador fijo.

E) Protocolo de revisión y seguimiento:

- La revisión de la prestación debe ser anual
- Se recomienda cada 6 meses el primer año.

F) Criterios de suspensión del tratamiento:

- Suspensión temporal:
 - Por traslado de residencia a otra comunidad
 - Por incumplimiento manifiesto de la terapia
- Suspensión definitiva:
 - Cambio de residencia a otra comunidad más de 1 año
 - Fallecimiento del paciente
 - Rechazo del paciente o ineficacia del tratamiento
 - Falta de control o asistencia a revisiones sin justificar
 - Cuando no cumpla las situaciones clínicas de indicación

1.2. MODALIDAD DE DEAMBULACIÓN

Concepto: Administración de oxigenoterapia durante el ejercicio y/o las actividades de la vida cotidiana mediante un sistema portátil de O₂.

A) Indicaciones:

➤ Requisitos:

- Insuficiencia respiratoria grave que requiere fuente continua de oxígeno, con cumplimiento demostrado >15h/día.
- Realización de forma habitual de actividades fuera del domicilio y durante periodos de tiempo prolongados. Debiendo recogerse en la historia clínica del enfermo.

➤ Pacientes tributarios:

- Los que mantienen actividad laboral fuera del domicilio
- Candidatos a trasplante pulmonar
- Afectos de HTP
- Fibrosis pulmonar con insuficiencia respiratoria
- EPOC con SAT.de O₂ basal ≤88%
- Pacientes con desaturación al esfuerzo y mejora con O₂

➤ No debe utilizarse en:

- Pacientes incapaces de realizar ejercicio fuera de domicilio
- Requerimiento de O₂ solo durante el sueño
- Mal cumplimiento del tratamiento con O₂ estacionario:<15h/día
- Actividad laboral en los cuales el uso estacionario es < a 12h.

La indicación debe revisarse a los **3 meses**.

B) Prescriptor: Solo por el neumólogo.

C) Modalidades:

- Concentrador portátil
- Oxígeno líquido

2. TRATAMIENTO SAHS

Tratamiento con CPAP: suministro durante el sueño de presión positiva continua.

A) Premisas:

- Abstinencia de alcohol
- Pérdida de peso en obesos
- Supresión de depresores del SNC

B) Indicaciones:

- Apneas centrales y síndromes de resistencia aumentada de la vía aérea superior.
- IAH* ≥ 30 con independencia de síntomas o patología asociada
- IAH entre 5-30 con test de somnolencia de Epworth ≥ 12 , factores de riesgo cardiovascular asociados o con una profesión de riesgo.

IAH: Índice de Apneas-Hipopneas

C) Tiempo de administración:

- En general entre 3.5 a 4 h/noche.
- Si HTA o eventos cardiovasculares debe llegar a 5.5 h.

D) Humidificador:

-Pacientes que experimentan de forma persistente obstrucción y/o sequedad en las vías aéreas superiores.

E) Prescriptores:

- Neumólogos, neurofisiólogos o especialistas de unidades de sueño.

F) Suspensión del tratamiento:

- Deje de cumplir los criterios de indicación
- Cambio a otra Comunidad, o por tiempo superior a un año
- Si rechazo o se comprueba ineficacia
- Incumplimiento manifiesto del tratamiento ($<3h$), falta a revisiones.

3. AEROSOLTERAPIA

Concepto: Administración de fármacos por vía inhalatoria mediante el uso de nebulizadores.

A) Indicaciones:

- Fibrosis quística y bronquiectasias con colonización o infección bronquial crónica o inicial por pseudomonas.
- Trasplante de médula ósea y de determinados trasplantes de órgano sólido: nebulización de antimicrobianos y antivirales.
- Inmunodepresión severa: nebulización de antimicrobianos y antivirales.
- Hipertensión pulmonar
- Asma de riesgo vital con dificultad para utilizar broncodilatadores en polvo seco, aerosoles presurizados y cámaras espaciadoras de inhalación.
- EPOC u otras enfermedades de la vía aérea graves o muy graves susceptibles de tratamiento broncodilatador y que no sean capaces de utilizar los procedimientos del párrafo anterior.
- Sinusitis rebeldes al tratamiento convencional.

B) Tipos de nebulizador y fármaco a nebulizar:

- Nebulizador Ultrasónico → Administración de soluciones con broncodilatadores o suero salino
- Sistemas de nebulización Jet → Antibióticos, DNasa, broncodilatadores, antiinflamatorios o suerosalino
- Nebulizador de malla → Administración crónica de antibióticos inhalados (más de 6 meses)

C) Prescriptores:

Neumólogos, pediatras, alergólogos, otorrinolaringólogos y médicos de unidades de referencia, enfermedades infecciosas y trasplantes.

D) Suspensión del tratamiento:

- Deje de cumplir los criterios de indicación
- Cambio a otra Comunidad por tiempo superior a un año
- Si rechazo o se comprueba ineficacia
- Incumplimiento manifiesto del tratamiento o falta injustificada a revisiones
- Fallecimiento del paciente

Autores

- M^a Del Mar Briones Urtiaga. Médico de Familia. CAP Manises.
Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SVMFYC.

- M^a Dolores Alfonso Domenec. Médico de Familia. CAP Manises. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SVMFIC

Bibliografía

1. Chiner E, Giner J. Sistemas de oxigenoterapia. Manual SEPAR de Procedimientos. Barcelona: Respira-Fundación Española del Pulmón-SEPAR 2014.
2. Oxigenoterapia Domiciliaria, Técnicas y Terapias Respiratorias Domiciliarias. Contrato público 66/2013. Conselleria de Sanitat-Dirección General de Asistencia Sanitaria, Actualización Abril 2014.
3. Ortega F, et al. Oxigenoterapia continua domiciliaria. Arch Bronconeumol. 2014;50(5):185-200.
4. Rodríguez JC, Rodríguez P. Oxigenoterapia Domiciliaria. AMF 2011;7:629-634