

Informaciones de interés

REGULACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO COMO PRESTACIÓN SANITARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Existen ciertos procesos que, en determinadas situaciones clínicas, requieren para su tratamiento el uso de técnicas de terapia respiratoria. La aplicación de gran parte de estos tratamientos se desarrolla en el medio hospitalario, pero en ocasiones, puede efectuarse en el propio domicilio del paciente, siempre y cuando concurren determinadas circunstancias y requisitos, evitando así hospitalizaciones innecesarias.

Con fecha 13 de marzo se ha publicado la Orden Ministerial de 3 de marzo de 1999 que regula la oxigenoterapia y otras técnicas de terapia respiratoria a domicilio, como desarrollo del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Los principales puntos que recoge esta Orden son:

- Los **conceptos** de las diferentes técnicas de terapia respiratoria a domicilio, a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud:

Oxigenoterapia crónica a domicilio: La administración de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia respiratoria crónica.

Ventilación mecánica a domicilio: Técnica destinada al tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes estables que requieren soporte ventilatorio parcial o total.

Tratamiento ventilatorio del síndrome de apnea del sueño a domicilio: Es el suministro de aire, a presión continua positiva prefijada, durante el sueño y en su domicilio a pacientes con este síndrome.

Aerosolterapia: Es la administración de fármacos por vía inhalatoria mediante el uso de aerosoles, entendiéndose por aerosol una suspensión de partículas finísimas sólidas o líquidas en un gas. No se consideran incluidos en esta prestación los aerosoles y cámaras espaciadoras de inhalación regulados como prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

- El **objetivo** de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio, que es mantener un correcto estado ventilatorio de los pacientes, mejorar su calidad y esperanza de vida, favorecer su integración social y disminuir las estancias hospitalarias.

- La **indicación** que se llevará a cabo por los médicos especialistas o unidades especializadas que determine cada Servicio de Salud o Insalud, de acuerdo con los protocolos que se establezcan al efecto.

- Los requisitos de los **centros o servicios especializados** autorizados para la indicación de estos tratamientos, que deberán tener la capacidad para realizar pruebas gasométricas y espirométricas; además, en el caso de la ventilación mecánica a domicilio tendrán capacidad para realizar estudios oximétricos nocturnos y en el caso del síndrome de apnea obstructiva del sueño, para estudios polisomnográficos y/o poligráficos nocturnos. Se excluye de lo recogido en este punto la aerosolterapia.

- Los requisitos para su **indicación** recogiendo las situaciones clínicas y criterios para la indicación de terapias respiratorias a domicilio (anexo I) y las recomendaciones a tener en cuenta para que se financien estas técnicas:

a) Situación clínica estable (excepto en algunos casos de aerosolterapia).

b) Aceptación del tratamiento por parte del paciente y/o familia.

c) Instauración del tratamiento médico asociado completo y correcto.

d) Cumplimiento por parte de los pacientes de las medidas higiénico-sanitarias necesarias en cada caso (tales como supresión del hábito tabáquico y control de la ingesta de alcohol, y otras que se recomienden en cada caso por el Instituto Nacional de la Salud o los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en sus respectivos ámbitos de gestión y competencias).

e) Valoración periódica del tratamiento y control del cumplimiento de la prescripción.

f) Elección adecuada de la fuente de suministro que garantice el tratamiento correcto.

- Los Servicios de Salud e Insalud establecerán el **procedimiento** para proporcionar estas prestaciones incluyendo el del material necesario para su suministro y administración.

- Los Servicios de Salud e Insalud establecerán el mecanismo para el **seguimiento y control** tanto técni-

co, de los responsables del suministro, como sanitario de los pacientes que garantice el cumplimiento de lo establecido en la norma.

Mediante esta Orden se pretende conseguir que los pacientes que lo precisen puedan recibir los tratamientos con técnicas de terapia respiratoria en su domicilio de forma correcta, de manera que se garantice la adecuada indicación y seguimiento de los mismos.

ANEXO I

SITUACIONES CLÍNICAS Y CRITERIOS PARA LA INDICACIÓN DE TÉCNICAS DE, TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

1. OXIGENOTERAPIA:

1.1. *Situaciones clínicas:*

1.1.1. Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que presentan alguno de los siguientes criterios clínicos y gasométricos:

a) Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estable u otras patologías causantes de hipoxemia crónica con una PaO₂ inferior a 55 mmHg respirando aire ambiente.

b) Pacientes con EPOC estable u otras patologías causantes de hipoxemia crónica y con una PaO₂ entre 55 y 60 mmHg que presentan alguna de estas circunstancias:

- Hipertensión arterial pulmonar
- Poliglobulia con hematocrito superior al 55 por ciento.
- Cor pulmonale crónico
- Trastornos del ritmo cardíaco

1.1.2. Excepcionalmente, tratamiento de la disnea en pacientes terminales.

1.2. *Criterios:*

1.2.1. La indicación de oxigenoterapia domiciliaria no se considerará definitiva hasta al menos tres meses de tratamiento. Se comprobará que el flujo de oxígeno indicado sea el mínimo capaz de corregir la hipoxemia, es decir, conseguir que la PaO₂ sea superior a 60 mmHg o que la SaO₂ sea superior a 92-93%.

1.2.2. El tiempo diario de tratamiento será superior a 15 horas al día.

1.2.3. La indicación de oxigenoterapia mediante el uso de fuentes de oxígeno líquido, se realizará únicamente en las siguientes circunstancias:

- a) En pacientes que puedan desarrollar una actividad laboral o con capacidad de deambulación que no puedan prescindir del suministro de oxígeno. Su eficacia se comprobará mediante la mejoría de la tolerancia al esfuerzo con la prueba de 6 minutos de marcha con oxígeno portátil.
- b) Cuando se requieran flujos de oxígeno superiores a 5 litros por minuto.

2. VENTILACIÓN MECÁNICA: Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica en fase estable que presentan alguna de las situaciones clínicas siguientes y alguno de los siguientes criterios:

2.1. Situaciones clínicas:

- a) Síndromes de hipoventilación central.
- b) Enfermedades neuromusculares con afectación respiratoria.
- c) Enfermedades restrictivas de la caja torácica.
- d) Excepcionalmente en EPOC o bronquiectasias según el protocolo que se establezca por cada Servicio de Salud o Insalud.

2.2. Criterios:

- a) Pacientes estables que presentan hipercapnia crónica: PaCO_2 superior a 45 mmHg.
- b) Pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica con antecedentes de episodios previos de insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia: PaCO_2 superior a 45 mm.Hg.
- c) Pacientes que tras un periodo de insuficiencia respiratoria aguda, independientemente de la enfermedad de base, no pueden prescindir del soporte ventilatorio y deben permanecer en la UCL.
- d) Pacientes con hipoventilación nocturna severa una vez que ésta se comprueba tras realizar un estudio gasométrico.

3. SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO:

3.1. El tratamiento ventilatorio está indicado en pacientes con hipersomnias diurnas limitantes de las actividades o factores de riesgo asociados: patología cardiovascular y/o cerebrovascular o enfermedad con insuficiencia respiratoria y que además presentan una de las dos situaciones siguientes:

- a) Índice de apneas/hipopneas mayor o igual a 30.
- b) Índice de apneas/hipopneas menor a 30. En este caso la terapia ventilatoria se indicará con carácter provisional debiéndose valorar la respuesta a los tres meses para la instauración del tratamiento definitivo.

3.2. El tiempo diario de tratamiento será como mínimo de cuatro horas.

4. AEROSOLTERAPIA:

Está indicada en pacientes con:

- a) Fibrosis quística.
- b) Trasplante de pulmón.
- c) Profilaxis de infecciones parasitarias en pacientes inmunodeprimidos que no toleran el trimetoprima-sulfametoxazol.
- d) Bronquiectasias con infección bacteriana crónica en los que no ha dado resultado el tratamiento antibiótico por vía oral.
- e) Excepcionalmente, en pacientes afectados de asma grave persistente, hiperreactividad bronquial o displasia broncopulmonar incapaces de utilizar las cámaras espaciadoras de inhalación.

PaO_2 = presión de O_2 en sangre arterial.

SaO_2 = saturación de O_2 en sangre arterial.

PaCO_2 = presión de CO_2 en sangre arterial.

NUEVAS INDICACIONES AUTORIZADAS EN EL PRIMER SEMESTRE DE 1999 (Enero-Junio)

SUBGRUPO TERAPÉUTICO	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	NUEVAS INDICACIONES AUTORIZADAS
A02B2 (Otros antiúlceras péptica)	Omeprazol	MOPRAL, MIOL, LOSEC, SECREPINA, PARIZAC, OMAPREN, AUDAZOL	- Tratamiento profiláctico de la úlcera duodenal, úlcera gástrica benigna y/o erosiones gastroduodenales inducidas por AINE en pacientes de riesgo (ancianos y/o en antecedentes de erosiones gastroduodenales) que requieran un tratamiento continuado con AINEs.
B01A2 (Anticoagulantes inyectables)	Nadroparina cálcica	FRAXIPARINA	- Prevención de la coagulación del circuito de circulación extracorpórea en hemodiálisis.
B03B (Vitamina B ₁₂ sola)	Levofolinato de calcio	FOLAXIN	- Tratamiento coadyuvante paliativo en combinación con 5-fluouracilo, del cáncer colorrectal avanzado.
B04A (Hipolipemiantes/ antiateromatosos)	Atorvastatina	PREVENCOR	- Hipercolesterolemia familiar homocigótica.
C01D2 (Antagonistas del calcio)	Verapamilo	MANIDON	- Prevención secundaria post-infarto de miocardio en pacientes sin insuficiencia cardíaca durante la fase aguda.
D11A4 (Otros preparados dermatológicos)	Finasterida	PROPECIA (*)	- Tratamiento de las primeras fases de la alopecia androgénica en varones.
J05A (Antivirales sistémicos)	Ribavirina	COTRONAK (1)(*) REBETOL (1) (*)	- En combinación con interferón alfa-2b para: • Tto. de hepatitis C crónica en pacientes adultos que hayan respondido a interferón alfa-2b pero que han recidivado. • Tto. de hepatitis C crónica probada histológicamente en pacientes adultos, que han sido tratados previamente, sin descompensación hepática, con elevación de la ALT, positivos para en ARN del VHC sérico y que tengan fibrosis o una alta actividad inflamatoria.
L01E (Otros quimioter. antineoplásicos)	Interferon beta-1b	BETAFERON (2)	- Esclerosis múltiple progresiva secundaria.
	Mitoxantrona	NOVANTRONE (1) (*)	- En combinación con corticosteroides, como quimioterapia inicial para el tratamiento de pacientes con dolor causado por cáncer de próstata avanzado resistente al tratamiento hormonal.
N03A (Antiepilépticos)	Gabapentina	NEURONTIN	- Uso en pediatría.
V03B (Antídotos, quelantes y resinas)	Amifostina	ETHYOL (2)	- Protección frente a xerostomía aguda y tardía de cáncer de cabeza y cuello en asociación con la radioterapia fraccionada estándar.

(1) Diagnóstico Hospitalario. (2) Uso Hospitalario. (*) Esta indicación corresponde a un p.a. ya comercializado, del que se autoriza una nueva especialidad con distinta indicación terapéutica.

Si ha cambiado o va a cambiar de domicilio, si no recibe Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud y desea que le sea enviada o quiere darse de baja, recorte y cumplimente la parte de abajo de esta hoja y remítala a:

**Subdirección General de Asistencia y Prestación Farmacéutica
(Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud)
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado 18-20, 28071 Madrid**

**BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN DE LA REVISTA
“INFORMACIÓN TERAPÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”**

Nombre y Apellidos

Domicilio

Localidad y C.P.

Profesión:

Médico _____ (Especialidad

Farmacéutico _____ (Especialidad

Otras _____ (Indicar

Motivo del envío de este boletín de suscripción:

A) Para ser **INCLUIDO** entre los suscriptores

B) Por **CAMBIO DE DOMICILIO**

C) Para ser dado de **BAJA** de la suscripción

D) Por recibirlo por **DUPLICADO**

E) Por **ERROR** en algún **DATO** _____ (Especificar

F) Por **otro motivo** _____ (Indicar

Nota: Si el motivo del envío es por alguno de los apartados **B, C, D, E o F**, en los que ya hay datos suyos, **POR FAVOR** envíe la *última etiqueta* en donde viene especificado su número de referencia, con el fin de proceder mejor a su identificación.