

## RESUMEN COMUNICACIÓN/POSTER

### TÍTULO

---

TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD) EL PAPEL DE LA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

### INTRODUCCIÓN

---

Las TRD incluyen: Oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), Terapias del sueño (CPAP-BIPAP y otros), Ventilación mecánica domiciliaria y Aerosolterapia. Tienen en común la provisión externalizada y el usar la vía aérea. La literatura destaca cuatro pilares para su eficiencia : paciente, médico, empresa y administración sanitaria (1). Su importancia estriba en su elevada prevalencia, potencial de crecimiento (12), coste económico y que la Administración Sanitaria no ha realizado iniciativas recientes para su racionalización (3). En Albacete hace más de quince años se implantó un programa de OCD y desde entonces, salvo los esfuerzos del Servicio de Neumología del Hospital de Albacete (CHUA) (4,5,6), no se ha realizado una actuación con los cuatro pilares descritos.

Las alteraciones respiratorias nocturnas afectan al 20-25% de la población adulta española y su prevalencia ha aumentado entre el 14-55% en las últimas dos décadas según edad y sexo (7). En España existen entre 1.500.000 y 2.500.000 enfermos y solo están tratados un 25%(2,7). Pasar de un 20 a un 50% de diagnósticos de Síndrome de Apnea/Hipoapnea del sueño (SAHS) grave ahorraría más de 80.000.000 de euros (7).

El oxígeno medicinal es un fármaco (1). Un informe de PricewaterhouseCoopers (2010) indica que la OCD era la segunda modalidad de TRD con 264/100.000 habitantes aunque con variaciones entre territorios, debidas a diferencias de gestión, indicación, control y seguimiento (12). Un 10% de pacientes no están tratados, (1). Existe una alta demanda de equipos portátiles y en paralelo un alto grado de incumplimiento de la OCD (1). Las recomendaciones para la OCD están basadas en dos ensayos publicados hace más de 30 años; (14,15), esto ligado a la mejora en tecnología y tratamientos hace necesario reevaluarlas.

La aerosolterapia está en aumento, en España existen pocos estudios, y es difícil de abordar (8). En cuanto al coste se calcula que en el Reino Unido en el 2000 era de 40.000.000 de libras. Además las indicaciones eran realizadas desde cualquier servicio, muchas veces incorrectamente y convirtiéndose en permanentes (8).

El incumplimiento de estas terapias oscila entre el 30 y el 70% (1,7,8). El papel de la Inspección como parte de la administración sanitaria, sería colaborar a la gestión de la misma aplicando de forma periódica estudios como este, buscando áreas de mejora. No en vano se insiste que las TRD deben estar sometidas a la inspección y auditorías necesarias para asegurar la correcta administración de la misma (1).

## RESUMEN COMUNICACIÓN/POSTER

### OBJETIVOS

---

Conocer el estado de las TRD en Albacete buscando áreas de mejora a través de los criterios de indicación y otras variables. Elaborar herramientas que permitan a la Inspección un seguimiento de las mismas.

### MATERIAL Y MÉTODO

---

Se diseñó un estudio transversal definiendo: periodo, caso y criterios para considerar cumplida la "idoneidad de prescripción".

Para evitar el efecto estacional se eligió un año completo (2013).

El momento de la indicación y posterior primer control resultaban cruciales, así cumplirían el criterio de "caso" todos aquellos nuevos casos del periodo.

La empresa concertada facilitó un listado de los pacientes que hubieran entrado en el año con: filiación, técnica y servicio prescriptor, se estudió el inicio y desarrollo de la terapia por los registros clínicos electrónicos, si existían incidencias se estudiaban con el Servicio de Neumología y con la empresa. Se diseñó una hoja "Excell" de Microsoft para los datos y mediante formulaciones indicar si cumplían con los criterios definidos para la "idoneidad".

La muestra fue calculada por la Unidad de Investigación del CHUA, usando la herramienta "R", software libre licencia GDU que es una herramienta para la selección de muestras aleatorias de una población. La población tenía 5.000 casos, con una proporción esperada de concordancia del 60% para un nivel de confianza del 95% y un porcentaje de precisión del 6%.

En todas las TRD se definieron criterios "no determinantes" que deberían estar presentes pero no condicionaban la "idoneidad" y "determinantes" que sí la condicionaban.

### RESULTADOS

---

Se obtuvo una muestra de 247 para una población de 4.974 casos. En OCD 111 de 2.242 casos. En terapias del sueño 55 de 1.110 casos y en aerosolterapia 81 de 1.622 casos.

En OCD se encontraron 8 servicios prescriptores, y en un 7% no pudo averiguarse cual fue, el 17,48% presentaban hipoxemia moderada. Alcanzaron la "idoneidad" el 50,49% de las indicaciones (objetivo 60%). El servicio de más idoneidad fue el Servicio de Urgencias con un 68,75%. Solo 3 obtuvieron un 50% o superior. En oxígeno líquido el Servicio de Neumología fue el único servicio, con registros solo para el 62,5% y ninguno cumplió las condiciones de idoneidad, se habían practicado controles pero no habían producido ninguna variación.

## RESUMEN COMUNICACIÓN/POSTER

En las terapias del sueño el 90,9% eran CPAP. El servicio prescriptor fue Neumología. Con apneas/hipopneas >30 se encontraron el 54,54% y la idoneidad se cumplió en el 67,31%, 7,31 puntos por encima de lo esperado.

En aerosolterapia, las condiciones de idoneidad se consideraron en sentido "amplio", no obstante acotadas. Se encontraron ocho servicios y en pediatría todas las prescripciones fueron en Atención Primaria. Medicina Familiar fue la más prescriptora y un 12,35% de casos no pudo identificarse el prescriptor. El asma grave, hiperreactividad bronquial o displasia pulmonar fueron la causa mayor. Solo el 38,27% de los casos cumplieron con los criterios y el Servicio de Neumología prescribió el 2,47% y no realizó ningún control sobre el resto de tratamientos.

### CONCLUSIONES

---

La Administración Sanitaria debe modificar el concepto de abordaje de éstas terapias.

Adaptar las regulaciones a los avances producidos.

Estudiar diferenciadamente las terapias por concentrador portátil y oxígeno líquido.

Renovar las indicaciones de aerosolterapia.

La Inspección del SESCAM puede ser de gran utilidad ya que dispone de la formación y del instrumento necesario para llevar a cabo este tipo de estudios y con sus aportaciones ayudar a la Administración Sanitaria y los Servicios prescriptores a mejorar su desempeño y por tanto la atención a los pacientes.

Trabajos como este permiten descubrir áreas de mejora, identificando objetivos de trabajo.

### BIBLIOGRAFÍA

---

- (1) Rodríguez González-Moro JM, Alcázar Navarrete B, Alfageme Michavila I, Díaz Iobato S. Oxigenoterapia continua domiciliaria. Monogr Arch Bronconeumol. 2015;2(5):138-155.
- (2) Chiner E, Barreiro E, De Lucas P. Año SEPAR 2014 del paciente crónico y las terapias respiratorias domiciliarias. Puntos para la reflexión. Arch Bronconeumol. 2014;50(5):159-160
- (3) Orden Ministerial de 3 de Marzo de 1999 para la regulación de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio en el sistema nacional de salud. BOE de 13 de Marzo 1999, nº 62
- (4) Protocolo de control de tratamiento con CPAP de la Unidad del sueño del CHUA
- (5) Propuesta de normativa para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del síndrome de apnea del sueño del Servicio de Neumología del CHUA

## RESUMEN COMUNICACIÓN/POSTER

- (6) Protocolo de oxigenoterapia domiciliaria usado por la Unidad de oxigenoterapia del CHUA
- (7) González Mangado N, Egea Santaolalla C, Chiner Vives E, Capelastegui Saiz A, De Lucas Ramos P. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Monogr Arch Bronconeumol. 2015;2(5):156-177
- (8) Marín sanchez F, Bujalance Zafra J, Sánchez de la Fuente Gemar C, Avisbal Portillo N, García Montesinos R, Rosales jaldo M. Desarrollo de un programa de intervención activa en aerosolterapia domiciliaria por un servicio de neumología. Neumosur. 2000;12(3):31-37
- (9) Egea Santaolalla C, Masa Jiménez JF. Año SEPAR de las terapias respiratorias domiciliarias. Un verdadero desafío sanitario. Arch Bronconeumol. 2014;50(6):211-212
- (10) Chimeno Viñas M, García Castaño M, Hernández Palacios M, Mateos Polo L, Soto Delgado J, Mateos Andrés M. Gestión de las terapias respiratorias domiciliarias. Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):525
- (11) Díaz Lobato S, García González J L, Mayorlas Alises S. Controversias en oxigenoterapia continua domiciliaria. Arch Bronconeumol. 2015;51(1):31-37
- (12) Estudio sobre la eficiencia y los beneficios de las terapias respiratorias domiciliarias. PricewaterhouseCoopers. FENIN. 2011
- (13) Ortega Ruiz F. Oxigenoterapia crónica domiciliaria: año SEPAR. Arch Bronconeumol. 2014;50(6):209-210
- (14) Nocturnal Oxygen Therapy Trial group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease. Ann Intern Med. 1980; 93: 391-8
- (15) Report of the Medical Research Council Working Party. Long-term domiciliary oxygen therapy in chronic bronchitis and emphysema. Lancet. 1981; 1:681-5
- (16) López Riobobos C, García del Castillo E, Gómez Punter R M, Fernandes de Vasconcelos G M. Indicaciones de la oxigenoterapia domiciliaria. Regulación y seguimiento clínico. Medicine 2014;11(63):3777-81