

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias >> Tecnologías terapéuticas. No quirúrgicas. Medicamentos

Oxigenoterapia domiciliaria

27/09/2013

Introducción

El oxígeno ha sido usado terapéuticamente desde hace muchos años, especialmente en pacientes con enfermedad obstructiva crónica (EPOC). La función pulmonar está tan afectada en esta enfermedad que no se capta suficiente oxígeno natural. Las indicaciones terapéuticas del oxígeno han ido evolucionando en el tiempo. Esto justifica una revisión de la literatura con el objeto de conocer en qué pacientes es útil la prescripción de oxígeno y en que forma. Además, el coste de tratamiento depende de su origen.

Esta investigación intenta conocer qué pacientes se pueden beneficiar de una oxigenoterapia de larga duración, excluyendo en este estudio otros tipos como la hospitalaria, la de corta duración, etc. Además, intenta conocer qué tipos de administración son disponibles para su uso domiciliario en términos de efectividad, seguridad y facilidad de uso. Realiza también un análisis de coste en Bélgica dependiendo de características de los pacientes y tipos de administración y compara el modelo organizativo respecto de otros modelos como Francia, Holanda, Reino Unido y Alemania.

Se analizan en el informe las distintas formas de administración de oxígeno en el domicilio: oxígeno gaseoso, oxígeno comprimido y oxígeno líquido. Cada una de ellas es factible de ser administrada de forma permanente con gran aparataje o simplemente con aparatos móviles o portables.

A su vez el informe analiza la organización de la oxigenoterapia, que requiere gran cantidad de apoyo logístico por parte de los proveedores, desde el uso de transportes especializados, la instalación y mantenimiento de aparatos, el control de calidad y formación del paciente para su uso. En Bélgica los concentradores de oxígeno son dispositivos médicos donde el oxígeno gaseoso es considerado una medicina y por tanto requiere la intervención de un farmacéutico.

El informe aborda el apartado de gestión de costes en un país cuyo sistema sanitario se basa en el pago por el usuario y el reembolso por parte de las mutuas de asistencia. No obstante, existen varios tipos de pagos, sea como un modelo de coste de rehabilitación entre la institución belga de seguridad social pública (RIZIV, que gestiona y supervisa la asistencia sanitaria y las prestaciones de seguro) y los hospitales, en este caso tanto los costes del oxígeno como de los concentradores. En algunos gastos de electricidad son reembolsados al paciente. O mediante un acuerdo entre un farmacéutico y las aseguradoras, un sistema mucho más flexible que afecta al reembolso únicamente de oxígeno gaseoso y una marca de concentrador. En el reembolso de gastos de electricidad. En ambos casos, aunque haya reembolso de gastos no hay copago (el reembolso es del 100%).

Objetivos

Se analizan en el informe la evolución real de cada sistema de pagos, con incrementos anuales del 3% para el sistema de rehabilitación y del 12% para el acuerdo con farmacéuticos.

El informe estudia la literatura científica abordando los diferentes aspectos para alcanzar los objetivos:

- Comparación de fuentes de oxígeno: no hay evidencia para dar preferencia a una fuente de oxígeno respecto a otra. El uso de oxígeno portable o móvil del oxígeno ha sido poco estudiado y los estudios son contradictorios.
- Respecto a los efectos en la salud del paciente, se analiza mediante el uso de la oxigenoterapia domiciliaria en el estudio de coste efectividad se concluye un efecto de valor añadido en el uso de oxigenoterapia continua en EPOC con grave deficiencia de oxígeno, insuficiencia hemodinámica pulmonar, insuficiencia cardíaca o eritrocitosis. El tratamiento perpetuo con terapia de oxígeno de 15 horas diarias con oxígeno puede aumentar la esperanza de vida en este grupo de pacientes, además de una mejora estadísticamente significativa de distancia de caminar y disnea. No obstante, solo algunos pacientes son capaces de caminar un mínimo de horas prescritas (15 horas). No hay evidencia de mejoría en pacientes EPOC con déficit moderado de oxígeno y una simple desaturación nocturna. El uso de la oxigenoterapia para pacientes en cuidados paliativos ha sido estudiado en algunas ocasiones para alivio de síntomas y mejora de calidad de vida. No se detecta diferencia entre oxigenoterapia domiciliar y hospitalaria, tanto en términos de calidad de vida, fatiga, disnea, distancia caminada o actividades de la vida diaria.

Métodos

El análisis coste efectividad del informe realizado mediante muestreo en el que sucedieron muchas exclusiones en el estudio de coste efectividad se concluye que, para los sistemas de acuerdo del comité de aseguramiento se asignasen el 26% de los casos y para el sistema de acuerdo con farmacéutico un 74% pudiendo afectar este tamaño a la precisión de los resultados. El coste medio mensual va de 1.000 euros en el sistema de acuerdo de aseguramiento y de 2.066-2.242 euros en el de farmacéutico dependiendo del coste de los recursos a incluir. No hay mayores diferencias entre ambos sistemas, salvo para el coste del oxígeno por si mismo. Este coste es mayor en los acuerdos de aseguramiento. Un mayor consumo de oxígeno depende de la gravedad del déficit de oxígeno así como de la duración diaria del tratamiento.

El estudio de coste efectividad se realizó por un modelo de Markov. En él, la oxigenoterapia muestra unos resultados de 0,626 QALY por paciente. Los costes a cinco años se estiman en 18.000 euros (IC 95% de 14,1-22,4) por año de vida ganado y 25.000 euros (IC 95% 19,5-31,3) por QALY ganado.

No se calcularon los beneficios para otros resultados debido a la ausencia de evidencia de efectos sobre la mortalidad.

de vida.

En comparaciones internacionales la oxigenoterapia de larga duración es reembolsada en todos los países estudiados. Sin embargo, en cambio, diferencias en el seguimiento del tratamiento médico, la formación de profesionales, abandono del tratamiento, mecanismos de reembolso, etc.

Conclusiones

El informe concluye que existe beneficio clínico establecido para pacientes EPOC con deficiencia grave de oxígeno y para pacientes con mucoviscidosis con insuficiencia respiratoria. No se ha demostrado beneficio clínico en pacientes EPOC con deficiencia de oxígeno o con desaturación nocturna. Entre ambos estatus hay o bien no beneficio clínico establecido o bien un beneficio clínico controvertido. Un gran número de pacientes opina que los beneficios de la oxigenoterapia no merecen la pena por las molestias que conlleva. Hay gran necesidad de formación de pacientes y familiares para garantizar el buen uso y la seguridad.

Recomendaciones:

- Se debería alcanzar una amplia y acompasada visión del problema en el que cada actor debería conocer su rol de manera clara y definida y debería actuar de manera coordinada.
- Las indicaciones de oxigenoterapia de corta duración para indicaciones agudas y transitorias deberían mantenerse, pero para cada prescriptor pero limitadas a un máximo de tres meses.
- La normativa de uso de oxigenoterapia de larga duración debería ser armonizada a través de criterios de elegibilidad:
 1. A través de criterios clínicos (EPOC, mucoviscidosis, insuficiencia cardíaca, fibrosis pulmonar intersticial) documentados por una PaO₂ inferior a 55 mmHg (o 60 mmHg en caso de comorbilidad), determinada durante un período de tiempo bajo un tratamiento farmacéutico adecuado y en condiciones estables (repetida dos veces).
 2. Reevaluada tres meses después y posteriormente anualmente, incluida la verificación en el momento del uso de oxígeno.
 3. La oxigenoterapia de larga duración debería integrarse en el flujo de cuidados con interconsulta efectiva con neumólogos o pediatras con especialización en neumología y el médico general, con especial atención en la educación del paciente, abandono del tabaquismo y adherencia al tratamiento.
 4. Los costes pueden ser disminuidos:
 - Eligiendo las terapias más baratas, dada la equivalencia de efectividad clínica
 - Restringiendo el uso de oxígeno líquido a pacientes con prolongada actividad diaria fuera de domicilio (escuela, trabajo)
 - Con una estrecha monitorización de costes y del desarrollo de tecnología
 - Revisando los mecanismos de precio y la cadena de distribución y relacionando la provisión de servicios a los resultados de calidad bien especificados.
- La guía debería ser actualizada para pacientes EPOC con formas menos graves de hipoxemia atendiendo a los resultados de los estudios aleatorizados que se están realizando

[ver informe completo](#)

Palabras clave:

Análisis costo-beneficio, Cuidados paliativos, Enfermedad pulmonar intersticial, EPOC, Evaluación de tecnología biomédica, Metaanálisis, Insuficiencia cardíaca, Oxigenoterapia inhalatoria

e-notas de evaluación

Autores/as:

Título: Oxigenoterapia domiciliaria

Nº 48 de 2013

Disponible en: [Enlace a la noticia](#)