

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica GPC

OXIGENOTERAPIA CRÓNICA AMBULATORIA en Edad Adulta y Pediátrica en los Tres Niveles de Atención

Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro de GPC: **SS-596-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN DE LA OCA.....	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA OCA.....	4
3. HISTORIA NATURAL DE LA OCA.....	5

1. CLASIFICACIÓN DE LA OCA

GPC: OXIGENOTERAPIA CRÓNICA AMBULATORIA EN EDAD ADULTA Y PEDIÁTRICA
EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

CIE-9-MC: 93.96 OTRO ENRIQUECIMIENTO POR OXÍGENO
TERAPIA CON OXÍGENO

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA OCA

DEFINICIÓN

La oxigenoterapia crónica ambulatoria (OCA) es un tratamiento médico para pacientes con hipoxemia, que consiste en la administración de oxígeno suplementario durante 3 semanas o más, fuera del escenario hospitalario, con el fin de mantener las demandas metabólicas del organismo durante el reposo, la actividad física, dormir y viajes por avión.

En adultos, la OCA debe ser administrada por un período mínimo de 15 horas al día al menor flujo que permita mantener una $SpO_2 \geq 90\%$ o una $PaO_2 \geq 60$ mm Hg; sin embargo, en niños estos criterios pueden diferir de acuerdo a la enfermedad.

CONTEXTO

La OCA es cada vez más frecuente debido a la elevada frecuencia de enfermedades respiratorias crónicas y al envejecimiento de la población. Además, los avances científicos y tecnológicos han incrementado la supervivencia de pacientes que han sufrido enfermedades devastadoras, que son atendidos en unidades de cuidados intensivos y que requieren a largo plazo un aporte de oxígeno suplementario para mantener sus demandas metabólicas. En población pediátrica, los avances en medicina neonatal han sido notables, lo que ha incrementado el grupo de pacientes que requieren OCA.

3. HISTORIA NATURAL DE LA OCA

TRATAMIENTO

OCA en adultos

La OCA, en la mayoría de los pacientes, es permanente; sin embargo, la decisión de su prescripción, suspensión y primera evaluación a las 6 semanas después de haberlo iniciado debe ser realizada por el neumólogo u otro especialista calificado. Posteriormente, el seguimiento puede ser llevado a cabo por personal médico del segundo o primer nivel de atención.

Se recomienda al menos una evaluación anual por el neumólogo.

En los pacientes con OCA el oxímetro de pulso es una herramienta indispensable para el ajuste dinámico de los requerimientos de oxígeno.

a) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

El uso de OCA al menos 15 horas al día está indicado en pacientes con EPOC e hipoxemia en reposo, para mantener una $\text{PaO}_2 \geq 60$ mm Hg.

En caso de que la SpO_2 esté entre 85% a 88% en dos o más mediciones, se recomienda tomar una gasometría arterial para confirmar o descartar hipoxemia.

Se recomienda el uso de OCA en pacientes con EPOC e hipoxemia con policitemia y *cor pulmonale*. No se recomienda el uso de OCA en pacientes con EPOC para mejorar la calidad de vida como único objetivo, sin la presencia de hipoxemia.

TRATAMIENTO

b) Enfermedades intersticiales

Se recomienda que reciban OCA los pacientes con enfermedades intersticiales e hipoxemia en reposo.

Se recomienda OCA durante actividad física o ejercicio para pacientes con enfermedades intersticiales con hipoxemia.

c) Hipertensión arterial pulmonar (HAP)

La OCA está indicada en pacientes con HAP cuando la PaO₂ se encuentra debajo de 60 mm Hg (8 kPa).

d) Otras condiciones

En pacientes con síndrome de sobreposición que no corrigen la hipoxemia nocturna a pesar del uso de CPAP, se recomienda la suplementación de oxígeno (1.5-3 l/min). En los casos de síndrome de sobreposición con hipoxemia diurna se recomienda la OCA (≥ 16 a 18 h/d) en conjunto con el tratamiento de presión positiva aplicada a la vía aérea (CPAP nocturno).

La eficiencia del CPAP nocturno para corregir la hipoxemia en pacientes con síndrome de sobreposición que resulta de la combinación de EPOC y síndrome de apnea e hipopnea del sueño (SAHS), debe ser valorada mediante oximetría nocturna, poligrafía respiratoria o polisomnografía.

Se recomienda la OCA para alivio de la disnea en pacientes hipoxémicos en cuidados paliativos terminales de forma individualizada, ya que hay grupos de pacientes que pueden beneficiarse con esta medida.

Se recomienda valorar la continuidad del tratamiento según respuesta individual.

TRATAMIENTO

OCA en pediatría

a) Hipertensión arterial pulmonar

En hipertensión pulmonar se recomienda la OCA en caso de hipoxemia, así como durante el sueño y en presencia de infecciones virales de la vía aérea superior.

En la hipertensión pulmonar relacionada con defectos cardíacos congénitos y en cortos circuitos intrapulmonares se recomienda la OCA para mejoría de síntomas.

b) Displasia broncopulmonar

Se recomienda brindar OCA a los lactantes con enfermedad pulmonar crónica del recién nacido, que cursan con hipoxemia:

- Mantener SpO₂ \geq 94% para reducir o evitar la hipertensión pulmonar
- Mantener SpO₂ \geq 92% para promover el crecimiento y disminuir los eventos de muerte súbita en cuna

En los niños prematuros que se encuentren por debajo de las 36 semanas de edad gestacional, el aporte de oxígeno debe mantenerse para lograr una saturación de oxígeno de entre 92% a 95% en el 95% del tiempo.

c) Fibrosis quística

La OCA se recomienda en los pacientes con FQ que presentan hipoxemia diurna o nocturna.

TRATAMIENTO

Se deben monitorizar los niveles de CO_2 cuando se decide iniciar OCA y se sugiere indicar oxigenoterapia nocturna, en caso de hipoxemia durante el sueño para evitar la hipoxemia, siempre y cuando no tenga hipercapnia severa.

d) Enfermedades intersticiales

La OCA á indicada en enfermedades intersticiales en los casos en que exista hipoxemia.

e) Otras condiciones

- Síndrome de apnea e hipopnea del sueño

En apnea obstructiva del sueño, la OCA se debe utilizar para mejorar la SaO_2 , siempre y cuando los niveles de CO_2 sean monitoreados al inicio y durante el tratamiento.

- Hipoventilación crónica

La OCA se recomienda en los pacientes con hipoventilación que a pesar del soporte ventilatorio persisten con hipoxemia.

Cuando el soporte ventilatorio no es posible, la OCA puede ser la única alternativa para mantener la saturación de oxígeno en niveles $>90\%$.

- Enfermedad de células falciformes

La OCA debe considerarse en los niños con enfermedad de células falciformes con hipoxemia nocturna persistente.

TRATAMIENTO

Para prevención del accidente cerebrovascular, se sugiere mantener la SpO₂ nocturna $\geq 96\%$ y para prevención del dolor $\geq 94\%$ (medidas sugeridas a nivel del mar).

Misceláneos

a) OCA en cambios de altitud

En personas con hipoxemia crónica a más de 800 metros sobre el nivel del mar (SNM) se recomienda el incremento en la fracción inspirada de oxígeno para mejorar saturación arterial de oxígeno y desempeño del ejercicio.

b) OCA en viajes por avión

En pacientes con enfermedades respiratorias que cursan con hipoxemia y que realizarán viajes en aviones comerciales se recomienda oxígeno suplementario para mantener una PaO₂ ≥ 60 mm Hg (6.6 kpa) o SpO₂ $\geq 90\%$.

En pacientes en OCA que planean viajar en avión se recomienda continuar con la administración de oxígeno durante el vuelo.

c) OCA en hipoxemia nocturna con normoxemia diurna

Un registro de oximetría nocturna es suficiente para diagnosticar la hipoxemia durante el dormir, cuando es secundaria a: enfermedad vascular cerebral, EPOC, enfermedades intersticiales o asma; en ausencia de un trastorno respiratorio del dormir.

TRATAMIENTO

La oximetría nocturna es inadecuada para la correcta evaluación de pacientes con alta sospecha de apnea obstructiva del sueño o con enfermedad neuromuscular. En tales casos se requiere el registro de señales adicionales (poligrafía respiratoria o polisomnografía).

En pacientes con hipoxemia durante el dormir secundaria a: enfermedad vascular cerebral, EPOC y enfermedades intersticiales, se recomienda tratar con el flujo mínimo de oxígeno suplementario necesario para conseguir una SpO₂ $\geq 90\%$.

En pacientes con hipoxemia durante el dormir secundaria a enfermedad neuromuscular se recomienda tratar con un dispositivo de ventilación mecánica no invasiva y agregar oxígeno suplementario sólo en caso de no conseguirse una SpO₂ $\geq 90\%$.

d) OCA en actividad física sin hipoxemia en reposo

Es recomendable el uso de oxígeno suplementario durante las actividades de la vida diaria en pacientes que desaturan con la actividad física y muestran mejoría con su utilización durante pruebas objetivas.

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

ISBN: **En trámite**