

# HADOM

## CONTENIDO:

<i>Presentación</i>	1
<i>Congreso Vigo</i>	1
<i>Nuevos fármacos</i>	2
<i>HAD y enfermo terminal</i>	2
<i>Hierro intravenoso</i>	3
<i>Citas de interés</i>	4

## A destacar:

- Iniciamos la andadura de la hoja web y del boletín
- “HADOM” tendrá una periodicidad trimestral
- Vigo va a ser la Próxima cita del Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio.



## PRESENTACIÓN

Después de varios intentos, parece que echamos a andar con la hoja Web de la Sociedad.

Dentro de ésta he pensado que sería una buena idea incluir un boletín, que sirva de comunicación entre nosotros, en el que se incluyan pequeños trabajos, noticias, revisiones, ideas, por qué no fotos etc.

La idea, ya se que un tanto utópica, es que sirva de semilla para, porque no, crear una revista electrónica y quién sabe si...

Realmente no somos muchos los que nos dedicamos a esta actividad, tanto en nuestra Comunidad, como en el resto del país, pero todo indica a que podemos crecer y empezar a interesar a más personas.

Es necesario que colaborem todos, como sabéis los principios son lo más difícil, si cogemos carrerilla luego es más fácil mover el carrito.

Otro objetivo propuesto es



intentar implicar a la Enfermería y a los otros profesionales no médicos en este viaje. Las Unidades de Hospitalización a Domicilio, las componemos todos, y más vosotros, esto ha de notarse.

Este Boletín “HADOM”, creo que no tengo que explicaros el por qué del nombre, está programado para tener una periodicidad trimestral y para que pueda ser visto a través de la hoja web y enviado a las Unidades y a los socios que quieran. Tendrá unas secciones más o menos fijas, como el de las citas bi-

bliográficas de interés y un caso clínico o minirrevisión de un tema. El resto el tiempo y vosotros diréis.

MA Goenaga

## PRÓXIMO CONGRESO NACIONAL EN VIGO EL 3 Y 4 JUNIO

Como ya todos conoceréis el próximo Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio se va a celebrar en Junio de 2004. El programa preliminar se puede obtener en la hoja web de la Federación Española de HAD (FEHAD) en la dirección [www.fehad.org](http://www.fehad.org).

Como se hizo en el pasado Congreso de Barcelona podía ser un buen momento para enviar trabajos conjuntos de las Unidades. Creo personalmente que uniendo experiencias se pueden comunicar cosas interesantes. Recordar que el tiempo para

mandar las comunicaciones finaliza el 1 de abril.



Ertapenem es un nuevo antimicrobiano de la familia de los betalactámicos. Es un carbapenem con actividad antibacteriana de amplio espectro *in vitro*, incluyendo bacterias aerobias y anaerobias grampositivas y gramnegativas. Tiene una estabilidad significativa frente a la hidrólisis de la mayoría de las clases de betalactamasas (incluidas las BLEE), aunque no a las metalo-betalactamasas.

No es activo frente a *Pseudomonas spp*, *Acinetobacter spp*, *Aeromonas hydrophyla*, *Burkholderia cepacia* y *Stenotrophomonas maltophilia* ni frente a *Enterococcus spp*, Estafilococos resistentes a

cloxacilina, *Corynebacterium spp* y *Lactobacillus*.

Se caracteriza por poder ser administrado una vez al día a la dosis de 1 g/d intravenoso o intramuscular, lo que supone una gran ventaja para ser utilizado en el domicilio, uniéndose así a antibióticos como ceftriaxona o teicoplanina que se pueden administrar una vez al día y tanto intravenosa como intramuscularmente.

Su metabolismo y eliminación es principalmente por vía renal y no es necesario ajustar las dosis en pacientes ancianos (sin insuficiencia renal avanzada) ni en pacientes con insuficiencia hepática. La dosis estándar

es de 1 gramo, una vez al día. Entre sus indicaciones se encuentran las infecciones intraabdominales (no cubre a los enterococos), neumonía adquirida en la comunidad (sin sospecha de estar causada por *P. aeruginosa*) e infecciones ginecológicas agudas.

Ertapenem aun no está introducido en las farmacias hospitalarias. Al parecer existen problemas que los representantes del laboratorio investigador intentar solventar con celeridad.

En resumen, un nuevo antibiótico, con unas características que pueden ser muy útiles para su uso en domicilio.

## HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL.

C GARDE, MA GOENAGA, M MILLET, E ARZELUS, J CARRERA.

*“Más del 50% de los pacientes han presentado una estancia inferior a 15 días, y más del 80% inferior a un mes.”*

**Objetivo:** Conocer las características de los enfermos en situación terminal atendidos por nuestro servicio, y en base a estos resultados, proponer el tipo de paciente más adecuado para ser atendido por un equipo como el nuestro en nuestro medio.

**Método:** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes en situación terminal, ingresados en nuestro servicio los años 1999, 2000 y 2001.

**Resultados:** La atención a pacientes terminales en nuestro servicio supone un 12,4% del total de los pacientes. La media de ingresos año ha sido de 82. El 53% como media ha procedido de planta hospitalaria, un 26,8% de consultas externas, 17% de Atención Prima-

ria y un 2,9% desde Urgencias. El 77% de los pacientes presentaban patología oncológica. El 90% tenían un Karnofsky igual o menor a 50. La Analgesia opiácea subcutánea fue el tratamiento más utilizado. Más del 50% de los pacientes han presentado una estancia inferior a 15 días y más del 80% inferior a un mes. El 46% de los pacientes fallecieron en el domicilio y el 25% fueron trasladados a Atención Primaria.

**Conclusiones:** Los servicios de Hospitalización a Domicilio podrían atender a pacientes que precisen atención intensa por presentar situación clínica inestable o necesitar importantes recursos materiales o humanos prefiriendo mantenerse en el domicilio hasta el fallecimiento o la estabilización.

Personal adiestrado podría integrar todas las posibilidades asistenciales en nuestro medio.

**Med Pal 2003; vol 10, pp 127-132.**

Si alguien desea la separata del artículo, ponerse en contacto con :

Dra Carmen Garde  
UHAD Hospital Donostia  
Paseo Dr Beguiristain s/n  
20014 San Sebastián

## TRATAMIENTOS INTRAVENOSOS EN DOMICILIO: HIERRO IV

Entre las actividades que se realizan en los domicilios se encuentra la de la infusión de principios intravenosos. Conocidos son los casos de tratamientos antibióticos, transfusiones de hemoderivados, corticoides, inmunoglobulinas, prostaglandinas, o nutriciones parenterales. Recientemente en la UHAD del Hospital Donostia hemos tenido la oportunidad de realizar un tratamiento con hierro endovenoso en un paciente con anemia ferropénica en el seno de un síndrome de pseudoobstrucción intestinal que requiere de nutrición parenteral total en su domicilio.

El paciente presentaba una anemia ferropénica (Hb 9,6 mg/dl; hierro 31 ug/dl) por lo que se consultó al Servicio de Farmacia, decidiendo que la mejor opción terapéutica era la del hierro parenteral, y en su caso endovenoso.

La solución inyectable de hierro endovenoso (hierro sacarosa) se presenta en ampollas de 5ml que contienen 20 mg/ml de hierro (III), como hierro sacarosa. El problema que tiene el hierro para su uso parenteral es que puede producir reacciones alérgicas graves, que pueden ser potencialmente fatales. Con frecuencia se

describen reacciones alérgicas que incluyen dolores de las articulaciones cuando se excede la dosis recomendada.

Es posible que se produzcan episodios de hipotensión, si se administra la inyección con demasiada rapidez.

El preparado se administra únicamente por vía intravenosa mediante inyección lenta o perfusión por goteo (es la recomendada). Debe administrarse una dosis de prueba previa a la infusión y se recomienda que ésta sea en el Hospital. En nuestro caso tanto la dosis de prueba como la primera dosis la infundimos en nuestra Unidad, administrando las siguientes en el domicilio del paciente. La ampolla de hierro debe diluirse únicamente en una solución de cloruro sódico al 0,9%, (una ampolla en 100 ml de S/A). Los primeros 25 mg de hierro (25 ml de la solución) deberán infundirse como dosis de prueba, durante 15 minutos. Si no se produce ninguna reacción alérgica, el resto de la perfusión se infundirá a un ritmo no superior a 50 ml en 15 minutos. En el caso de nuestro paciente no tuvimos ningún problema.

La estabilidad química y física de la solución una vez diluida es de 12 horas a temperatura am-

biente. La solución resultante tiene un intenso color negro (ver fotografía).

Las dosis necesarias varían con cada paciente y situación existiendo unas fórmulas para su cálculo según el peso y la concentración de hemoglobina.

En nuestro paciente con la primera ampolla el hierro pasó de 31 a 53 ug/mL, la saturación de transferrina de 8,3% a 15,1% y la ferritina de 21,9 a 73 ng/mL en las primeras 24 horas.

Así pues con las precauciones expuestas los tratamientos con hierro intravenosos pueden ser incorporados a los potencialmente realizados en el domicilio de los pacientes.

UHAD Hospital Donostia.



*“Hay que infundir primero una dosis de prueba”*





Sociedad Vasca de Hospitalización a Domicilio.  
Ebeko Ospitalizazioa Euskal Elkartea.  
Domicilio:

Hospital de Cruces  
Plaza de Cruces s/n  
48903 Baracaldo, Vizcaya

Teléfono: 946006467

Correo: hdomicilio@hcrv.osakidetza.net

**Estamos en la web.**  
**www.svhad.net**

## ULTIMA HORA

ABSTRACTS presentados en la pasada 41 Reunión Anual de la IDSA, entre el 9-12 de Octubre de 2003:

- N° 154 Impact of mandatory infectious disease consultation on outpatient parenteral antibiotic therapy.
- N° 197 Age-stratified analysis of adverse reactions to antimicrobials with OPAT.
- N° 291 OPAT outcomes registry evaluation of diabetic extremity infections.
- N° 292 Cefepime use in OPAT.
- N° 293 Reasons for failures with OPAT
- N° 312 Short course therapy for cellulitis
- N° 772 Outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) in Pediatric patients.

Estos abstracts pueden obtenerse a través de la hoja web de la IDSA: [www.idsociety.org](http://www.idsociety.org) y de la revista *Clinical Infectious Diseases*: <http://www.journals.uchicago.edu/CID/home.html>.

## ARTICULOS APARECIDOS QUE PUE DAN INTERESAR.

Salcedo A et al. Conferencia de consenso. Tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario en la fibrosis quística. *Arch Bronconeumol* 2003;39(10):469-75.

Triller DM, Clause SL, Briceland LL, Hamilton RA. Resolution of drug-related problems in home care patients through a pharmacy referral service. *Am J Health Syst Pharm* 2003;60(9):905-10.

Tuggey JM, Plant PK, Elliot MW. Domiciliary non-invasive ventilation for recurrent acidotic exacerbations of COPD: an economic analysis. *Thorax* 2003;58(10):867-1.

Baxter JP, McKee RF. The Scottish home parenteral nutrition managed clinical network: one year on. *Clin Nutr* 2003;22(5):501-4.

Wells PS, Forgie MA, Simms M et al. The outpatient bleeding risk index. Validation of a tool for predicting bleeding rates in patients treated for deep venous thrombosis and pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 2003;163:917-20.



Cortes J, Fernández P, Guerrero M, Sánchez MT, Baño P. Análisis de la actividad asistencial en una unidad de hospitalización a domicilio y su impacto económico. *Gestión Hospitalaria* 2003;14(2):57-62.

Garde C, Goenaga MA, Millet M, Arzelus E, Carrera J. Hospitalización a domicilio en la atención al paciente en situación terminal. *Med Pal* 2003;10:127-132.

Edición  
Dirección contacto:

MA Goenaga  
[mgoenaga@chdo.osakidetza.net](mailto:mgoenaga@chdo.osakidetza.net)