

HADOM

CONTENIDO:

<i>Cambios en la Junta</i>	1
<i>Para publicar</i>	1
<i>Nuevos fármacos</i>	2
<i>Vía substancia:</i>	
<i>Más fármacos</i>	2
<i>Protocolo para el</i>	3
<i>Citas de interés</i>	4

A destacar:

- Tercer número del Boletín.
- "HADOM" tendrá una periodicidad trimestral
- Vigo va a ser la Próxima cita del Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio.



CAMBIOS EN LA JUNTA DIRECTIVA

El pasado 13 de mayo tuvo lugar la reunión ordinaria de la SVHAD en el servicio de HAD del Hospital de Cruces. Entre otros temas se trató el de la renovación parcial de cargos de la Junta Directiva de la Sociedad, decidiendo los siguientes cambios:

Presidente: Anbion Apeztebrea Celaya, jefe de la UHAD del Hospital de Basurto.
Vicepresidente: Joxan Carrera Macazaga, jefe de la UHAD del Hospital

de Donostia.
Vocales pares (2 y 4): pendientes de confirmar.
 Tanto la Secretaría como la Tesorería mantienen los mismos miembros.

Según datos de la Secretaría a fecha de Mayo de 2004 el número de miembros de la Sociedad es de 49.



PARA QUIEN QUIERA PUBLICAR.

En 1978 un grupo de directores de revistas médicas se reunió Vancouver (Canadá) para establecer los requisitos básicos que debían cumplir los manuscritos que se presentaban a sus revistas.

El grupo Vancouver ha ido evolucionando hasta convertirse en el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) y en noviembre de 2003 ha publicado una revisión ampliada de los "Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica" que siguen la práctica totalidad de revistas

Biomédicas.

La traducción al español de este importante documento, junto con la revisión de julio de 2003 de la normativa de referencias bibliográficas de la National Library of Medicine de los EE. UU. que siguen las normas Vancouver, puede descargarse de www.metodo.uab.es/enlaces.htm.

Creemos que es un documento que todos los miembros de la SVHAD que quieran publicar deben conocer y manejar.

NUEVOS FÁRMACOS: DALBAVANCINA



Debido a la continua aparición de resistencias por parte de los microorganismos, incluso a los antibióticos más recientes, véase linezolid, es necesario el desarrollo de nuevos fármacos. Tal es el caso de DALBAVANCINA. Se trata de un nuevo glicopéptido (también se está desarrollando la oritavancina), que se caracteriza por una semivida de eliminación muy larga (9-12 días), que permite su ad-

ministración intravenosa 1 ó 2 veces por semana.

Es activa contra una gran parte de Gram + incluido el SAMR.

Para obtener más información:

Seltzer E et al. Once-weekly dalvancin versus standard-of-care antimicrobial regimens for treatment of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis. 2003;37(10):1293-303.

Streit JM, Fritsche Tr, Sader HS, Jones RN. Worldwide

assessment of dalvancin activity and spectrum against over 6000 clinical isolates. Diagn microbiol Infect Dis. 2004;48(2):137-43.

Leighton A et al. Tolerability, pharmacokinetics, and serum bactericidal activity of intravenous dalvancin in healthy volunteers. Antimicrobial Agents Chemother. 2004;48(3):940-5.

VÍA SUBCUTÁNEA: MÁS FÁRMACOS

FUROSEMIDA:

En alguna ocasión nos hemos encontrado pacientes en los que quisiésemos iniciar o mantener un tratamiento con furosemida, pero que o bien por vía oral no se obtienen los resultados apetecibles o no se puede utilizar y en los que la vía iv o im es dificultosa o muy molesta, para éstos una solución podría ser la vía subcutánea. Aunque existen experiencias personales sobre la furosemida por vía sc, Verma et al han publicado sus datos en voluntarios sanos, demostrando que la furosemida por ésta vía tiene efectos diuréticos. Como efecto secundario más importante está el quemazón que se produce en la zona de la infusión.

Verma AK, da Silva JH, Kuhl DR. Diuretic effects of subcutaneous furosemide in human volunteers: a randomized pilot study. Ann Pharmacother 2004.

CEFTRIAXONA

Aunque parezca difícil de creer está demostrado que con dosis de 2 gramos de ceftriaxona administradas por vía subcutánea, con la posibilidad de añadir lidocaina para hacer la infusión más tolerable, se alcanzan niveles plasmáticos similares a los conseguidos con el fármaco por vía iv en voluntarios sanos. Por tanto la administración de ceftriaxona por vía sc podría ser una alternativa a la vía iv si fuese requerida.

Borner K et al. Comparative pharmacokinetics of ceftriaxone after subcutaneous and intravenous administration. Chemotherapy 1985;31(4):237-45.

Bricaire F et al. Pharmacokinetics and tolerance of ceftriaxone after subcutaneous administration. Pathol Biol 1988;36 (5 Pt 2):702-5.

“Ceftriaxona también por vía subcutánea!”

PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES
RELACIONADAS CON EL CATÉTER EN EL PACIENTE QUE RECIBE NUTRICIÓN
PARENTERAL DOMICILIARIA.

Dra. Cristina de la Cuerda, Dra. Irene Bretón. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid.

Dra. Anna Bonada. Unidad de Nutrición. Hospital de Reus.

Dra. Mercè Planas. Unidad de Nutrición. Hospital Universitario Vall d'Hebron

Este es el título del documento realizado por de la Cuerda et al y que ha sido remitido a este boletín por el Dr. Apezetxea. El documento consta de 11 folios (demasiado extenso para incluirlo en el boletín HADOM en su totalidad) divididos en :

Introducción: donde se definen los tipos de catéteres.

Tipos de catéteres en NPD

Tipos de Infecciones relacionadas con el catéter.

Patogenia

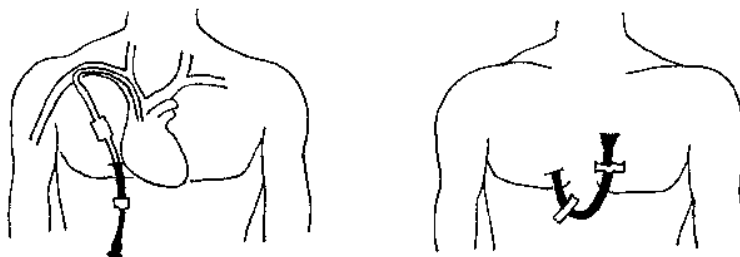
Diagnóstico

Tratamiento

Técnica del "sellado del catéter con antimicrobianos"

Bibliografía

Algoritmo.



El plan es colocar el "Protocolo" en formato PDF en la hoja web de la Sociedad, para ello se va a intentar añadir una nueva carpeta en el directorio donde poder colgar documentos de este tipo.

Con alguna relación a este tema, en el XI Congreso de la SEIMC se han presentado algunas comunicaciones sobre el tratamiento conservador mediante sellado antibiótico de bacteriemias relacionadas tanto con catéteres centrales (nº 200) como con reservorios subcutáneos (nº 201). En ambos casos parece que si la situación clínica del paciente lo permite, puede ser razonable tratar la infección del catéter con antimicrobianos sistémicos y locales. En cualquier caso hay que ser muy cauteloso cuando el microorganismo implicado es el *S aureus*.

JL del Pozo et al, de la CUNE estudian y comparan (nº 202) la vancomicina y la teicoplanina como soluciones de sellado antibiótico en el tratamiento local de bacteriemias estafilocócicas relacionadas con reservorios subcutáneos y concluyen que la teicoplanina se muestra más eficaz que vancomicina.

Los mismos autores presentan (nº 615) un modelo in vitro de infección relacionada con reservorio subcutáneo donde evalúan varias soluciones antibióticas con potencial uso clínico en el sellado antibiótico. Concluyen que el contacto prolongado del interior de un reservorio con una solución de antibiótico a concentraciones elevadas es eficaz a la hora de eliminar la colonización estafilocócica de su interior y que en ciertos casos hay que reconsiderar la adición de heparina.



Sociedad Vasca de Hospitalización a Domicilio.
Etxeko Ospitalizazioa Euskal Elkarte.
Domicilio:

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

Teléfono: 946006467

Correo: hdomicilio@hcnr.osakidetza.net

Estamos en la web.
www.svhad.net

PROXIMOS CONGRESOS A TENER EN CUENTA

VI JORNADAS OSATZEN 27, 28 de mayo.

VII CONGRESO NACIONAL FEHAD. Vigo 3-4 junio.

XXVII CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA INTERNA. Granada, 26 de setiembre a 1 de octubre. En una de las mesas se debatirá sobre la Hospitalización a Domicilio en España.

XXIV CONGRESO DE LA SEMFYC. Sevilla del 8-11 de diciembre. Con un taller titulado "Nuevas tendencias en Atención Domiciliaria."

ARTICULOS APARECIDOS QUE PUEBAN INTERESAR.

Smith AG et al. Home care versus hospital care in patients with multiple myeloma treated with pamidronato. *Int J Palliat Nurs.* 2004;10(3):144-9.

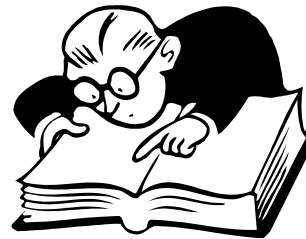
Boisseau N. Euthanasia and palliative care in the Netherlands. *Presse Med.* 2004;33(6):368-72.

Wolter JM, Cagney RA, McCormack JG. A randomized trial of home vs hospital intravenous antibiotic therapy in adults with infectious diseases. *J Infect* 2004;48(3):263-8.

M svanhn B et al. Is it safe to treat allogeneic stem cell transplanted recipients at home during the pancytopenic phase? *Presse Med* 2004;33(7):474-478.

Young NL et al. Telehomecare: a comparison of three Canadian models. *Telemed J E Health* 2004;10(1):45-52.

Remonnay R et al. Developing home-care hospitalization: cost evaluation and assessment criteria. The case of anti-cancer chemotherapy. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003;51(6):649-52



Pekmezaris R et al. Predictors of site of death of end-of-life patients: the importance of spscifity in advances directives. *J Palliat Med* 2004;7(1):9-17.

Moreno Villares JM. The practice of home artificial nutrition in Europe. *Nutr Hosp* 2004;19(2):59-67.

Cox VC, Zed PJ. Once-daily cefazolin and probenecid for skin and soft tissue infections. *Ann Pharmacother* 2004;38(3):458-63.

Thornton J et al. Long term clinical outcome of home and hospital intravenous antibiotic treatment in adults with cystic fibrosis. *Thorax* 2004;59(3):242-6.

Edición
Dirección contacto:

MA Goenaga.
Unidad HAD Hospital Donostia.
Paseo Dr Beguiristain s/n
20014. San Sebastián.
mgoenaga@chdo.osakidetza.net