

HADOM

CONTENIDO:

<i>Ética</i>	1
<i>Técnicas. NAC</i>	2
<i>TAID. Celulitis</i>	3
<i>EPOC y HAD</i>	4
<i>Citas de interés</i>	5

A destacar:

- Quinto número del Boletín con más contenidos
-



COMIENZA EL SEGUNDO AÑO

2005 va a ser el segundo año en la andadura de HADOM. Como vengo diciendo desde su inició, este boletín tendrá la vida y la importancia que los miembros de la Sociedad quieran darle.

En todo el año pasado las colaboraciones han sido muy escasas, a pesar de lo cual se ha conseguido mantener la periodicidad propuesta en un principio. Desde aquí vuelvo a hacer un llamamiento a los socios para que colaboren en lo posible en su confección. Espero, sin perder el aliento, aun, vuestras opiniones y colaboraciones.

MANUAL DE ÉTICA

En www.wma.net/e/ethicsunit/resources.htm. Es posible consultar y bajarse un completo manual de ética médica editado por la World medical Association. Aunque, por ahora, sólo existe en versión en inglés creo que es muy interesante el ojearlo. Tiene 71 páginas y está dividido en seis capítulos y apéndices que abarcan temas como las relaciones con los pacientes, la confidencialidad, el principio y final de la vida, las relaciones entre médico y sociedad o entre colegas. El texto tiene también un glosario de términos y una guía de recursos que se pueden obtener en la red.

Como digo un texto muy interesante para descargarlo y dedicarle un tiempo.

TÉCNICAS:



En algunos centros existe la posibilidad de utilizar agujas o catéteres ecogénicos que permiten ser guiados, por la emisión de ultrasonidos, a la hora de cateterizar una vena de difícil acceso.

Con esta técnica se puede seguir a través de un monitor “la trayectoria” que lleva la aguja tras atravesar la piel, hasta la luz de la vena a canalizar, permitiendo así su implantación en su lugar correcto y evitando el ir a ciegas.

Información sobre esta técnica .incluso con imágenes, se puede obtener en la siguiente dirección electrónica:
<http://www.avainfo.org/website/article.asp?id=11687>.

Otras direcciones interesantes:

Canadian intravenous nurses association: www.cina.ca

Más sobre TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

Catarralá J y colaboradores del Hospital Universitario de Bellvitge, han publicado en *Annals of Internal Medicine* (2005;142:3;165-172), un artículo en el que comparan el tratamiento extrahospitalario (con levofloxacino oral) con el hospitalario en neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) en pacientes con un PSI II-III.

En este trabajo, realizado en dos hospitales terciarios con 224 adultos inmunocompetentes, los autores concluyen que en pacientes con NAC con un PSI II-III, y ausencia de fallo respiratorio, descompensación de otras patologías que añaden comorbilidad, derrame pleural complicado y problemas sociales, el tratamiento extrahospitalario es tan seguro y efectivo como el hospitalario, añadiendo además una mayor satisfacción para el paciente.

Recordar que para este autor, ya apuntado en el boletín número 3, el papel de las UHAD en estos pacientes estaría SÓLO justificado en el caso de que existieran problemas sociales añadidos que impidiesen la correcta realización del tratamiento oral.

***“Tratamiento
de la NAC ”***

TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PARENTERALES EXTRAHOSPITALARIOS EN LA LITERATURA MÉDICA

FREE full text article at
bmj.com

En el número del 15 de enero del BMJ (recordar acceso libre a través de su hoja web) aparece un interesante ensayo controlado y randomizado en el que se compara el tratamiento con antibióticos intravenosos en el domicilio o en el hospital en el tratamiento de ciertas celulitis.

Los autores pretenden comparar la eficacia, seguridad y aceptabilidad de estas dos modalidades de tratamientos. Para ello estudian a 200 pacientes. El resultado principal que se propusieron medir en el estudio fue el número de días sin progresión de la celulitis. También midieron los días de tratamiento intravenoso y oral, días en el hospital/ casa bajo control, complicaciones y los grados de dolor, situación funcional y satisfacción.

Los resultados más importantes fueron que no hubieron diferencias significativas, en relación a los días sin progresión de la placa de celulitis, entre ambos grupos. Salvo el grado de satisfacción, más alto en los pacientes tratados en su domicilio, en el resto de los parámetros tampoco hubieron diferencias significativas, por ello concluyen que las celulitis que requieren tratamiento intravenoso pueden ser tratadas con seguridad en los domicilios y que los pacientes prefieren esta opción.

En cualquier caso hay que tener en cuenta que en este trabajo sólo un tercio de los pacientes con celulitis cumplieron los requisitos necesarios para ser tratados en su domicilio.

A mi modo de ver estos trabajos son muy valiosos al empezar a aportar información recogida a través de ensayos controlados y aleatorizados, algo que hasta ahora escaseaba. Creo sin duda que la dificultad a la hora de enviar a un paciente a su domicilio con un tratamiento antibiótico parenteral radica en su "situación clínica", "su entorno social" y en la "intensidad" del control y cuidado que se le puede ofertar al paciente en su casa. Control que será diferente según los recursos con que cuente cada sistema sanitario. En este sentido nuestras unidades de HAD creo poseen las condiciones necesarias para poder ser la vanguardia de este tipo de tratamientos, situación ciertamente que tenemos que demostrar realizando trabajos similares al comentado.

BMJ 2005 Jan 15;330 (7483):129. Epub 2004 Dec 16.

Otros:

Esposito S et al. Outpatient parenteral antibiotic therapy(OPAT) in different countries. A comparison. *Int J Antimicrob Agents* 2004;24(5):473-8.

EPOC Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Free full English text at
ARCHIVOS DE
BRONCONEUMOLOGÍA

Díaz Lobato y cols presentan en Arch Bronconeumol (2005;41(1):5-10), un interesante artículo en el que evalúan la eficacia de un programa de hospitalización domiciliaria (desde el servicio de neumología de su hospital) en pacientes ingresados en el hospital por agudización de EPOC. Tras ingreso y estabilización clínica (aportan unos criterios propios de estabilidad en estos pacientes que tienen su utilidad) y gasométrica los pacientes se aleatorizan, al 3 día, al grupo de hospitalización tradicional o a HAD. Con este esquema valoran 88 pacientes, de los que se incluyen en el estudio 40 (20 por grupo). A la hora de valorar los resultados encuentran que al mes de seguimiento no hubo diferencias en la mortalidad ni en el número de readmisiones entre grupos, siendo la estancia media menor (9,2 d vs 12,2 días) en el grupo de HAD. Los autores concluyen que un programa de HAD controlado desde el hospital, con participación de neumólogos y personal de enfermería, en enfermos ingresados con exacerbación de EPOC que cumplen unos requisitos de estabilidad clínica y gasométrica, permite la recuperación del paciente sin un aumento en la tasa de reingresos, recaídas o fracasos terapéuticos.

Como he comentado en el caso de las celulitis tratadas en casa, estos trabajos tienen el interés de aportar datos a la literatura, y guías para iniciar, mantener o mejorar actuaciones en las diferentes UHAD. Además este trabajo plantea uno de los temas que más preocupan tanto a los gestores como a los médicos, el de los pacientes con patologías crónicas, muy prevalentes, que ingresan muchas veces a lo largo del año en los hospitales por descompensaciones. Ya tenemos pues experiencias, en nuestro entorno geográfico, con el paciente con IC y EPOC.

Otros:

Li H, Morrow-Howell N, Proctor EK. Post-acute home care and hospital readmission of elderly patients with congestive heart failure. Health Soc Work 2004;29:275-85.



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

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

Teléfono: 946006467

Correo: hdomicilio@hcru.osakidetza.net

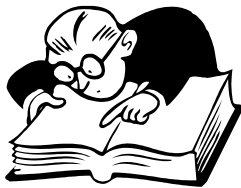
PRÓXIMOS CONGRESOS A TENER EN CUENTA

XXVI CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA. Lanzarote, 16-19 Noviembre de 2005.

XXV CONGRESO DE LA SEMFYC. Santiago de Compostela. 23-26 noviembre 2005.

OTROS ARTÍCULOS APARECIDOS INTERESANTES SON:

Estamos en la web.
www.svhad.net



Edición
Dirección contacto:

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

1. Goenaga MA, Millet M, Garde C, Carrera JA, Arzelus E. About the Guidelines for outpatient parenteral antimicrobial therapy. *Clin Infect Dis* 2004;39:1730-1.
2. Tice A, Rehm S, Dalovisio J, Bradley J, Martinelli L, Graham D, Brooks R, Kunkel M, Yancey R, Williams D. Reply to Goenaga Sánchez et al. *Cin Infect Dis* 2004;39:1731.
3. Iribarren JA et al. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH (octubre 2004). *Enferm infecc Microbiol Clin* 2004;22(10):564-642.
4. Segarra-Newnham M. Antibiotic lock technique: a review of the literature. *Ann Pharmacother* 2005;39:311-318. DOI 10.1345/aph.1E316.
5. Martínez-Moragon E et al. La neumonía adquirida en la comunidad de los ancianos: diferencias entre los que viven en residencias y en domicilios particulares. *Arch Bronconeumol* 2004;40(12):547-552.
6. Reishtein JL. Review: hospital at home is as effective as inpatient care for mortality and hospital readmissions in patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Evid Based Nurs.* 2005 Jan;8(1):23.
7. Shapiro NI, Spear J, Sheehy S, Brown J, Edlow JA. Barriers to the use of outpatient enoxaparin therapy in patients with deep venous thrombosis. *Am J Emerg Med.* 2005 Jan;23(1):30-4.
8. van Tiel FH, Harbers MM, Kessels AG, Schouten HC. Home care versus hospital care of patients with hematological malignancies and chemotherapy-induced cytopenia. *Ann Oncol.* 2005 Feb;16(2):195-205
9. Ortiz J et al. Sobre la infusión de fármacos a través de infusores elastoméricos. *Enfer Clin* 2005;15(1):69.
10. Brozena SC, Twomey C, Goldberg LR, Desai SS, Drachman B, Kao A, Popjes E, Zimmer R, Jessup M. A prospective study of continuous intravenous milrinone therapy for status IB patients awaiting heart transplant at home. *J Heart Lung Transplant.* 2004 Sep;23(9):1082-6.