

HADOM

CONTENIDO:

<i>Algunos cambios</i>	1
<i>Técnicas. TASC</i>	2
<i>TAID.</i>	3
<i>Anemia. Cáncer y EPO</i>	4
<i>Citas de interés</i>	5

A destacar:

- Sexto número del Boletín con más contenidos
- Interesante artículo sobre el uso de la EPO en pacientes con cáncer y anemia remitido desde UHAD de H de Cruces



ALGUNOS CAMBIOS

Tras un período algo más largo que en ocasiones anteriores el boletín **HADOM** vuelve a publicarse en la web de la Sociedad. En la pasada Asamblea General se quedó en que la periodicidad del boletín sería cuatrimestral (tres números al año) y que dependiendo de cómo fueran las necesidades y las posibilidades podría volver a ser trimestral. Para diversificar el trabajo y que todos nos impliquemos en su confección se planteó un orden para que las distintas Unidades mandasen sus colaboraciones. Este orden establecido no implica que si alguien quiere mandar algo al boletín, cuando quiera, lo haga. Cuanto más contenido tenga el **HDOM** mejor. Las aportaciones quedaron establecidas según el siguiente calendario:

UHAD H Basurto
UHAD H Cruces
UHAD H Donostia
UHAD H Galdácano
UHAD H Txagorritxu

El orden se estableció en base a criterios alfabéticos y por el mismo en el próximo número, esperamos la colaboración de la UHAD del Hospital de Basurto.

Para estas colaboraciones se va a reservar una hoja entera del boletín, pero en el caso que ésta sea más extensa se colgará en la hoja web, en formato PDF, para que así no hayan limitaciones por texto o imágenes. Este es el caso de la colaboración que aparece en este número, enviada desde la UHAD del Hospital de Cruces, que por su extensión sobrepasa los límites del boletín y que puede ser consultado íntegramente en la sección documentos de la hoja web.

Intentaremos, aunque ya estamos metidos en octubre, poder realizar otro número antes de final de año.



TÉCNICAS

Últimamente han aparecido dos artículos interesantes sobre algunas técnicas que se realizan en domicilio.

El primero de ellos se trata de una revisión sobre hipodermocclisis, (Dardaine-Giraud V, Lamande M, Constant T. Hypodermoclysis: benefits and indications in geriatrics. Rev Med Interne 2005;26(8):643-50) en la que concluyen que cuando es utilizada correctamente y se respetan las contraindicaciones (en estas incluye situaciones de emergencia) es simple, segura, efectiva y confortable. Además no necesita entrenamiento o supervisión y puede ser utilizada en el domicilio. Lo más interesante es que apunta a nuevas posibilidades de la hipodermocclisis, como la prevención de la malnutrición proteínica con infusión de aminoácidos por esta vía.

El segundo trabajo, Salahuddin N et al. Outcome of home mechanical ventilation. J Coll Physicians Surg Pak 2005;15(7): 387-90, presenta experiencia y los resultados en 11 pacientes que fueron dados de alta a su domicilio con ventilación invasiva. De estos 3 fallecieron y la media del tiempo de ventilación fue de 9,45 meses. Los autores concluyen que en pacientes seleccionados la ventilación en domicilio es una opción viable con opciones de éxito en cuanto a supervivencia y retirada del ventilador.

SEGUIMIENTO EN DOMICILIO DE PACIENTES, EN LA FASE DE PANCITOPENIA, TRAS TRASPLANTE ALOGENICO DE STEM CELL HEMATOPOYETICAS (TASC)

Svanh BM y colaboradores han realizado un trabajo en el que comparan a 36 pacientes tratados en domicilio con 54 controles tratados en el hospital, todos ellos en la fase pancitopénica que sigue a un TASC.

Entre sus resultados destacan:

La incidencia de enfermedad de injerto contra huésped grados II-IV fue más baja en el grupo domiciliario, 17% vs 44%

La mortalidad relacionada con el trasplante fue de un 13% en los pacientes en casa comparada con un 44% en los controles

La probabilidad de recaída fue similar en ambos grupos

La supervivencia a 4 años fue del 63% en los pacientes en domicilio vs 44% en los controles.

Los autores, que trabajan en el Instituto Karolinska de Estocolmo, concluyen que el cuidado en domicilio tras el TASC es una nueva posibilidad presentando menos mortalidad relacionada con el trasplante, similar incidencia de enfermedad injerto contra huésped y recaídas y una mejoría en la supervivencia a largo plazo comparada con la de los controles.

(Bone Marrow Trasplant 2005;36(6):511-6)

***“Tratamiento
tras
trasplante de
stem cell
alógicas”***

TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PARENTERALES EN EL DOMICILIO.

En estos meses han sido varios los artículos que han tratado este tema. Sin duda alguna los más interesantes, por ser sus autores miembros de UHAD de nuestra sociedad, han sido:

Mendoza-Ruiz de Zuazu H, Casas-Arrate J, Martinez-Martinez C, de la Maza I, Regalado de Los Cobos J, Cia-Ruiz JM. Antibioterapia intravenosa en domicilio. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005 Aug;23(7):396-401.

Garde C, Goenaga MA. Tratamiento antibiótico parenteral en el paciente ambulatorio. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005 Aug;23(7):393-5.

En el primero de ellos, nuestros compañeros de Gazteiz, se proponen valorar la efectividad, tipo de infección, servicio de procedencia y pronóstico de 515 casos de tratamientos intravenosos administrados en el domicilio. Para ello realizan un estudio retrospectivo de un período de 6 años. Entre sus resultados destacan una duración media del tratamiento de 7,9 días, ser las infecciones urinarias las más frecuentemente tratadas (42,3%) y la ceftriaxona el antibiótico más utilizado (41,8% de los casos). Como apuntan los autores es muy interesante el hecho de que sea Urgencias el servicio que más pacientes remite, seguido de medicina interna y oncología. En algo menos de un 10 % de los tratamientos se utilizaron bombas de infusión y el 7% de los pacientes tuvieron que reingresar por causa infecciosa. Los autores apuntan que “ Las ventajas de la HAD desarrollar programas de antibioticoterapia intravenosa a domicilio son evidentes...”.

El segundo trabajo citado es un editorial que introduce al artículo de Mendoza y col. Como tal editorial hace una somera revisión al tema y apunta algunas experiencias y opiniones de los autores. Junto con el anterior de obligada lectura.

Además de estas experiencias nacionales otros artículos interesantes recientemente publicados son:

Seaton RA, Bell E, Gourlay Y, Semple L. Nurse-led management of uncomplicated cellulitis in the community: evaluation of a protocol incorporating intravenous ceftriaxone. *J Antimicrob Chemother*. 2005 May;55(5):764-7. Epub 2005 Mar 16

Wynn M, Dalovisio JR, Tice AD, Jiang X. Evaluation of the efficacy and safety of outpatient parenteral antimicrobial therapy for infections with methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*. *South Med J*. 2005 Jun;98(6):590-5.

Sharma R, Loomis W, Brown RB. Impact of mandatory inpatient infectious disease consultation on outpatient parenteral antibiotic therapy. *Am J Med Sci*. 2005 Aug;330(2):60-4.

Malani PN, Depestel DD, Riddell J, Bickley S, Klein LR, Kauffman CA. Experience with community-based amphotericin B infusion therapy. *Pharmacotherapy*. 2005 May;25(5):690-7.

Ness RB, Trautmann G, Richter HE, Randall H, Peipert JF, Nelson DB, Schubeck D, McNeeley SG, Trout W, Bass DC, Soper DE. Effectiveness of Treatment Strategies of Some Women With Pelvic Inflammatory Disease: A Randomized Trial. *Obstet Gynecol*. 2005 Sep;106(3):573-580.

Lin JW, Kacker A, Anand VK, Levine H. Catheter- and antibiotic-related complications of ambulatory intravenous antibiotic therapy for chronic refractory rhinosinusitis. *Am J Rhinol*. 2005 Jul-Aug;19(4):365-9.

Donald M, Marlow N, Swinburn E, Wu M. Emergency department management of home intravenous antibiotic therapy for cellulitis. *Emerg Med J*. 2005 Oct;22(10):715-7.

Munckhof WJ, Carney J, Neilson G, Neilson J, Carroll J, McWhinney B, Whitby M. Continuous infusion of ticarcillin-clavulanate for home treatment of serious infections: clinical efficacy, safety, pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Int J Antimicrob Agents*. 2005 May 3; [Epub ahead of print]

Anemia en pacientes oncológicos : Papel de la eritropoyetina (EPO)

Josu Gotzon Irúrzun Zuazábal

INTRODUCCIÓN

La anemia es un síndrome relativamente frecuente en los pacientes con cáncer y su etiología suele ser multifactorial, aunque en un momento determinado o en relación con una patología específica puede primar una causa sobre otra. En general las causas pueden deberse al propio tumor o ser secundarias al tratamiento que hemos utilizado. Se suele desarrollar como consecuencia de una inadecuada producción de glóbulos rojos y verse intensificada por otras causas como la quimioterapia, radioterapia, presencia de hemorragias, infiltración de médula ósea, hemólisis y/o déficits nutricionales. Todos ellos serán por lo tanto aspectos a tener en cuenta en la valoración diagnóstica.

En las siguientes tablas se recogen las causas de la anemia en el paciente oncológico que pueden deberse tanto al tumor (Tabla 1) como a los tratamientos empleados (Tabla 2).

La anemia multifactorial que se produce en éstos enfermos condiciona la temida HIPOXIA TUMORAL, que es un factor importante que afecta al resultado de los tratamientos ya que:

- reduce la supervivencia del enfermo
- hace al tumor más agresivo
- hace al tumor más radio y quimiorresistente

Por todo ello, en los pacientes oncológicos es un signo de mal pronóstico.

DEFINICION

La OMS define la anemia como cifras menores de 13 g/dl de hemoglobina (Hb) en varones y de 12 g/dl en el caso de mujeres, aceptando como valores normales hasta 11 g/dl en el caso de pacientes oncológicos. En cuanto a su intensidad, será levemente moderada entre valores de 8-12 g/dl y se considerara grave con valores inferiores a 8 g/dl.

La PREVALENCIA de la anemia es del 77% en varones y 68% en mujeres. Es por lo tanto un síndrome muy frecuente en cuanto al número de pacientes afectados y muy invalidante en la clínica que provoca en los enfermos.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La sintomatología que el paciente presenta va a depender tanto del nivel de hemoglobina como de la velocidad de instauración de la anemia y además de los síntomas propios del tumor que la provoca.

Destacan :

- Astenia
- Anorexia
- Debilidad (.....)

El texto continúa y puede ser leído en www.svhad.net

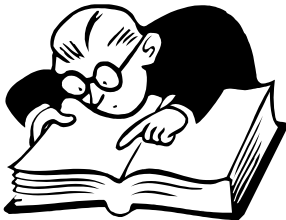


Sociedad Vasca de Hospitalización a Domicilio.
Etxeko Ospitalizazioa Euskal Elkartea.
Domicilio:
Hospital de Cruces
Plaza de Cruces s/n
48903 Baracaldo. Vizcaya

Teléfono: 946006467

Correo: hdomicilio@hcru.osakidetza.net

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

PRÓXIMOS CONGRESOS A TENER EN CUENTA

I Reunión del Grupo de Trabajo Edad Avanzada de la SEMI.

Sevilla 20 al 22 de Octubre de 2005. Ponencia titulada :HAD en el anciano pluripatológico

XXVI CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA. Lanzarote, 16-19 Noviembre de 2005. Con una sesión dedicada a la HAD como oportunidad para los internistas, pacientes y hospital.

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

OTROS ARTÍCULOS APARECIDOS INTERESANTES SON:

1. Dager WE, King JH, Branch JM, Chow SL, Ferrer RE, Pak S, Togioka PY, White RH. Tinzaparin in Outpatients with Pulmonary Embolism or Deep Vein Thrombosis. *Ann Pharmacother* 2005;39:1182-1187. DOI 10.1345/aph.1E677
2. Elon Eisenberg; Ewan D. McNicol; Daniel B. Carr. Efficacy and Safety of Opioid Agonists in the Treatment of Neuropathic Pain of Nonmalignant Origin: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMA* 2005;293 3043-3052.
3. Sherrill J Brown, Samantha F Eichner, and Jennifer R Jones. Nebulized Morphine for Relief of Dyspnea Due to Chronic Lung Disease. *Ann Pharmacother* 2005;39:1088-1092. DOI 10.1345/aph.1E328.
4. James Hallenbeck. Palliative Care in the Final Days of Life: "They Were Expecting It at Any Time". *JAMA* 2005;293 2265-2271.
5. Miquel Torres Salinas. Josep A Capdevila Morel. Pedro Armario García. Santiago Montull Morer. grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:620-6.
6. Martinez-Riquelme A, Rawlings J, Morley S, Kendall J, Hosking D, Allison S. - administered subcutaneous fluid infusion at home in the management of fluid depletion and hypomagnesaemia in gastro-intestinal disease. *Clin Nutr*. 2005 Feb;24 (1):158-63.
7. Chamilos G, Bamias A, Efstathiou E, Zorzou PM, Kastritis E, Kostis E, Papadimitriou C, Dimopoulos MA. Outpatient treatment of low-risk neutropenic fever in cancer patients using oral moxifloxacin. *Cancer*. 2005 Apr 26; [Epub ahead of print]
8. Wells PS, Anderson DR, Rodger MA, Forgie MA, Florack P, Touchie D, Morrow B, Gray L, O'Rourke K, Wells G, Kovacs J, Kovacs MJ. A randomized trial comparing 2 low-molecular-weight heparins for the outpatient treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Arch Intern Med*. 2005 Apr 11;165(7):733-8.
9. Tyrer F, Exley C. Receiving care at home at end of life: characteristics of patients receiving Hospice at Home care. *Fam Pract*. 2005 Jul 29; [Epub ahead of print].