HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL. 3(4) · AÑO 2019 · ISSN-L 2530-5115

EDITORA: CENTRO INTERNACIONAL VIRTUAL DE INVESTIGACIÓN EN NUTRICIÓN (CIVIN)
C/ CLARA CAMPOAMOR 8-E, 03540 ALICANTE, ESPAÑA. · REVISTAHAD@REVISTAHAD.EU

HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

ISSN-L 2530-5115 · DOI: 10.22585

ENTIDADES EDITORAS

CIVIN Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición

SEHAD Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

ENTIDADES COLABORADORAS

Vegenat HEALTHCARE

PÁGINA WEB

http://www.revistahad.eu

CONTACTO

Revista Hospital a Domicilio
Calle Clara Campoamor 8-E,
03540 Alicante, España
Teléfono: +34 666840787
editor@revistahad.eu

CONTACTO DE ASISTENCIA

Soporte técnico HAD
revista@revistahad.eu

EQUIPO EDITORIAL

http://revistahad.eu/index.php/revistahad/pages/view/equipo

ENVÍO DE TRABAJOS

http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/submissions

EVALUACIÓN POR PARES

http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/editorialPolicies#peerReviewProcess

DISEÑO

MOTU ESTUDIO
www.motuestudio.com

Fotografía de cubierta
jesper-aggergaard de Unsplash

Hospital a Domicilio es una revista multidisciplinar de publicación trimestral (4 números al año), dirigida a los profesionales relacionados con la prestación de servicios de salud, en el domicilio, dependientes del hospital.

Es el órgano de expresión del Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición – CIVIN (http://www.civin.eu/); y de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio – SEHAD (http://www.sehad.org/).

Su título abreviado normalizado es **Hosp Domic** y debe ser utilizado en las notas a pie de página y referencias bibliográficas que así lo requieran.

La revista, publica: editoriales, trabajos originales, originales breves, artículos de revisión (preferiblemente mediante técnica sistemática), artículos especiales y cartas al director/a o científicas, relacionados con la prestación de servicios de salud, en el domicilio, dependientes del hospital.

Nace en el año 2017 y se alinea con la *Open Access Inititive,* lo que significa que todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario final o su institución. Los lectores de la revista están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista sin permiso previo del editor o del autor, según los términos de la licencia Creative Commons 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

La revista Hospital a Domicilio no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL. 3(4) · AÑO 2019 · OCTUBRE-DICIEMBRE

SUMARIO

EDITORIALES

239-242 Importancia para la revista Hospital a Domicilio de pertenecer a bases de datos bibliográficas internacionales
Importance for the Hospital Domicilio journal of belonging to international bibliographic databases
Comité editorial

ARTÍCULOS ORIGINALES

243-254 Descripción e impacto económico de los pacientes con patologías respiratorias ingresados con indicación de kinesiología en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Dr. Sótero del Río
Description and economic impact of patients with respiratory diseases admitted in Home Hospitalization Unit with kinesiology indication in Dr. Sótero del Río Hospital
Francisco Freire Figueroa, Viviana Marín Navarro

255-268 Análisis bibliométrico de los ensayos clínicos, indizados hasta el año 2018, en la base bibliográfica Cochrane Library realizados en el ámbito de la hospitalización a domicilio
Bibliometric analysis of clinical trials, indexed up to 2018, in the Cochrane Library bibliographic database performed in the field of hospital-based home care services
Vanessa Esperanza Oller-Arlandis, Javier Sanz Valero, Carmina Wanden-Berghe

ARTÍCULOSESPECIALES

269-277 Redes sociales: Recursos interactivos y la información sobre salud
Social networks: Interactive resources and health information
María Sanz-Lorente, Ramón Castejón Bolea

NOTAS CLÍNICAS

279-288 Rotación a Metadona en domicilio como alternativa en dolor refractario oncológico
Rotation of Methadone in address as an alternative in oncological refractory pain
Aarón Gutiérrez Pastor, Annabella Freitas Amorós, Rafael Lopez-Bas

289-296 Eficacia y seguridad de la Naltrexona en domicilio para el manejo del prurito resistente en paciente oncológico terminal
Efficacy and safety of Naltrexone at home to the management of resistant pruritus in terminal cancer patient
Aarón Gutiérrez Pastor, María Balboa Alonso, Pablo Tordera Higón

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v3i4.92

Editorial
Importancia para la revista Hospital a Domicilio de pertenecer a bases de datos bibliográficas internacionales

Editorial
Importance for the Hospital Domicilio journal of belonging to international bibliographic databases

Comité editorial

Correspondencia/Correspondence
editor@revistahad.eu

Recibido/Received
28.09.2019

Aceptado/Accepted
30.09.2019

Conflicto de Intereses/Competing interest
No existe ningún conflicto.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Comité editorial. Importancia para la revista Hospital a Domicilio de pertenecer a bases de datos bibliográficas internacionales. Hosp Domic. 2019;3(4):239-42

La función de las revistas científicas es convertirse en una especie de registro social de invenciones e innovaciones, donde los profesionales publican para contribuir al progreso social de la ciencia. Así, cada vez que se publica un artículo original en una revista científica se hace un aporte a la generación del conocimiento. La publicación de artículos en revistas científicas es una parte de la razón de ser de las sociedades científicas en su rol editorial y sirve para dar cumplimiento a los objetivos para los cuales se fundaron (1).

Además, publicar en las denominadas revistas de "impacto" se ha convertido en el objetivo principal de investigadores y de sus instituciones. Para los investigadores, publicar de una forma continuada los resultados de sus investigaciones, para así comunicarlos a los colegas y a la comunidad científica en general, viene a ser como una obligación inherente a su trabajo (1).

Una de las mayores aspiraciones de los profesionales que publican sus trabajos es obtener la máxima difusión de sus aportaciones, a ser posible, universal (2). Hoy en día, esto sólo pueden lograrlo de manera efectiva si la revista en la que se ha publicado el trabajo está incluida en las principales bases de datos bibliográficas, es decir, con una cobertura geográfica de ámbito internacional. Ahora bien, estas bases funcionan como auténticos filtros, pues exigen que las revistas que forman parte de su cobertura cumplan una serie de requisitos formales y de calidad (3).

Son comunes las críticas sobre la obsesión de los investigadores por publicar en revistas científicas de impacto, lo que ha llevado a acuñar expresiones como "impactitis" (4) o "impactolatría" (5). Sin embargo, lo cierto es que acceder a estas publicaciones es requisito indispensable para la promoción académica, para la consecución de becas y proyectos de investigación y, en definitiva, para poder investigar con un mínimo de recursos. Este modelo es el imperante en la mayor parte del mundo, y en esencia es un sistema que, sirviéndose de la capacidad para acceder a dichas revistas, estratifica y selecciona a los científicos, otorgándoles recompensas, tanto en la forma de reconocimiento y estatus científico como de índole económica (6).

La revista Hospital a Domicilio, que inició su camino, como publicación científica, en el año 2017, ha ido alcanzando, a lo largo de estos pocos años, un reconocimiento que la afianza como revista científica. Para lograrlo ha tenido que seguir los rigurosos criterios que las bases de datos bibliográficas internacionales exigen, fundamentalmente los propuestos por Latindex, sin descuidar los sugeridos por otras bases a las que se aspira pertenecer en un futuro; por ejemplo SciELO.

Desde el inicio de su andadura, el comité editorial de Hospital a Domicilio tuvo especial interés en seguir los indicadores de calidad estipulados para las revistas de las ciencias de la salud y cumplir los principales indicadores métricos que avalaran su seguimiento y acatamiento (7).

La seriedad y mantenimiento de una aceptable calidad formal, así como de un apropiado nivel científico, ha hecho que esta revista haya sido ya evaluada e incluida en algunos prestigiosos catálogos; por ejemplo: Directory of Open Access Journals (DOAJ), ERIHPlus y Latindex.

El sistema Latindex, ya en 2015, era referente obligado cuando se trataba de conocer sobre las revistas científicas y académicas de Iberoamérica. Su masa crítica de información representaba el mayor número de publicaciones periódicas Iberoamericanas de carácter académico y sus registros de revistas impresas y electrónicas superaban a cualquier otro en cuanto a calidad y cantidad de información (7,8). Ahora, el futuro pasará por optimizar los procesos de evaluación de los artículos. No en vano una de las medidas que las revistas deben proponer para promover la calidad científica es la utilización de criterios de peritaje de los artículos objetivos, públicos y claros (9).

El valor del trabajo editorial exige unos requisitos mínimos fundamentados en la uniformidad (estilo de la revista para las diferentes partes y tipos de manuscritos), información de la revista (objetivo de la misma), resúmenes descriptivos, información

bibliográfica completa en las referencias citadas, información para autores, aplicación de proceso de revisión por pares, adherencia a guías de ética en la investigación, cumplimiento de la periodicidad, puntualidad (fecha de impresión), fechas de recepción y aceptación de los documentos, relación de los miembros del consejo y comité editorial, y ausencia de endogamia, es decir, que sus integrantes provengan de instituciones diversas (3,10).

Por otra parte, el comité editorial debe velar para que en la revista predominen los artículos originales o de revisión sistemática, la publicación de temas emergentes y de actualidad, y que los trabajos publicados contribuyan efectivamente al campo al que se dirigen. Otros requisitos tienen que ver con el prestigio de este comité (debe garantizarse su neutralidad e independencia respecto a intereses comerciales extracientíficos), la calidad del diseño de la revista (impresión, gráficos e ilustraciones) y el idioma (3). Esto supone que, a medida que se van alcanzando estos requerimientos, la tarea editorial sea cada vez más compleja y consume más tiempo.

El plan estratégico de la revista Hospital a Domicilio, elaborado incluso antes de publicar su primer número, establecía metas iniciales para poder aspirar a una indización en bases de datos internacionales, algunas de ellas ya cumplidas. En consecuencia, el objetivo final es que la revista tenga el mayor grado de indización, ya que a través de la presencia de sus artículos en los índices o bases de datos bibliográficas se garantiza su difusión (11). Y, el deseo del comité editor de esta revista es que esta se constituya como la principal opción de publicación sobre hospitalización a domicilio del espacio científico iberoamericano.

Comité Editorial

Hospital a Domicilio

BIBLIOGRAFÍA

1. Baiget T, Torres-Salinas D. Informe APEI sobre Publicación en revistas científicas [monografía en Internet]. Gijón, España: Asociación Profesional de Especialistas en Información (APEI); 2013 [citado 25 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://bit.ly/354m1V9
2. de Grande Orive JI, Solano Reina S, Jareño Esteban J, Villena Garrido V. Inclusión de la Revista de Patología Respiratoria en las grandes bases de datos bibliográficas españolas. Rev Patol Respir. 2006;9(3):113-5.
3. Alonso Arroyo A, Aleixandre Benavent R. Importancia para una revista científica de encontrarse incluida en las grandes bases de datos internacionales. Rev Patol Respir. 2012;15(4):101-3. DOI: 10.1016/S1576-9895(12)70153-4
4. van Diest PJ, Holzel H, Burnett D, Crocker J. Impactitis: new cures for an old disease. J Clin Pathol. 2001;54(11):817-9. DOI: 10.1136/jcp.54.11.817; PMID: 11684711

5. Camí J. Impactolatría: diagnóstico y tratamiento. Med Clínica (Barc). 1997;109(13):515-24.
6. Torres-Salinas D, Cabezas-Clavijo Á. Cómo publicar en revistas científicas de impacto: consejos y reglas sobre publicación científica (EC3 Working Papers, N 31). Granada, España: Grupo Investigación EC3; 2013.
7. Sanz-Lorente M, Bojo Canales C. La revista Hospital a Domicilio en Latindex. Hosp Domic. 2019;3(3):217-23. DOI: 10.22585/hospdomic.v3i3.74
8. Cetto AM, Alonso-Gamboa JO. Latindex 20 años 1995-2015: Presentación. Ciênc Informação. 2015;44(2):178-89.
9. Baladrón-Pazos AJ, Correyero-Ruiz B. Futuro de las revistas científicas de comunicación en España. El Prof Inf. 2012;21(1):34-42. DOI: 10.3145/epi.2012.ene.05
10. Llisterri Caro JL. Indexación de la revista SEMERGEN-Medicina de Familia en MEDLINE: una gran noticia para nuestra Sociedad. Semergen. 2012;38(7):419-20. DOI: 10.1016/j.semerg.2012.09.001; PMID: 23021573
11. Leyva Huerta ER, Gaitán Cepeda LA. La importancia de las Revistas Científicas: Una nueva era para la Revista Odontológica Mexicana. Rev Odontológica Mex. 2019;23(1):6-8.

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v3i4.86

Descripción e impacto económico de los pacientes con patologías respiratorias ingresados con indicación de kinesiología en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Dr. Sótero del Río

Description and economic impact of patients with respiratory diseases admitted in Home Hospitalization Unit with kinesiology indication in Dr. Sótero del Río Hospital

Francisco Freire Figueroa[1], Viviana Marín Navarro[1]

1. Complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, Chile.

Correspondencia/Correspondence
Francisco Freire Figueroa
f.freire.figueroa@gmail.com

Recibido/Received
16.09.2019

Aceptado/Accepted
27.09.2019

Conflicto de Intereses/Competing interest
El autor y la autora del trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Freire Figueroa F, Marín Navarro V. Descripción e impacto económico de los pacientes con patologías respiratorias ingresados con indicación de kinesiología en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Dr. Sótero del Río. Hosp Domic. 2019;3(4):243-54

RESUMEN

Introducción: Las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD) nacen con el principal objetivo de descongestionar las salas hospitalarias, brindando a los usuarios un ambiente más humano y favorable para su recuperación y contribuyendo en el ahorro de la estancia hospitalaria.

Objetivo: Describir el quehacer del Kinesiologo en el tratamiento de los pacientes con patologías respiratorias en una Unidad de Hospitalizacion Domiciliaria.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de usuarios ingresados a UHD con indicación de kinesiología respiratoria o que hayan requerido de esta prestación durante los meses de enero a diciembre de 2018. Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel y el programa Minitab 17.0.

Resultados: De un total de 4.650 usuarios ingresados, el 21,3% contaba con indicación médica de kinesiología respiratoria, de los cuales el 73,4% eran adultos y el 26,6% pediátricos. Se realizaron un total de 8.744 visitas con un promedio para adultos de 10,9±13,03 y para pediátricos de 5,6±3,3. El promedio de estadía fue de 13.9 ± 20,06 días. Las intervenciones kinésicas específicas realizadas fueron oxigenoterapia (71,9%), nebulización (61%), aspiración de secreciones (30%), manejo de ventilación mecánica no invasiva (6%) y manejo de traqueostomía (3%). Respecto al impacto económico, se calculó un ahorro sólo en este grupo de usuarios de un 69,1% del total de la unidad.

Conclusión: La hospitalización domiciliaria ha demostrado ser una herramienta útil y económicamente eficiente a la hora de optimizar los recursos en salud. Se deja en manifiesto que el profesional de kinesiología contribuye esencialmente en las UHD, donde la mayoría de los ingresos son a causa de patologías respiratorias.

Palabras clave: Enfermedades Respiratorias; Quinesiología Aplicada; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Servicios de Atención a Domicilio Provistos por Hospital; Fisioterapeutas.

ABSTRACT

Introduction: Home Hospitalization Units (UHD) were created with the main purpose of decongest hospital wards, providing patients with a more human and favorable environment for their recovery and also contributing to hospital stay savings.

Objective: To describe the work of Kinesiologist in the treatment of patients with respiratory diseases in

Methods and Material: A retrospective descriptive study of patients admitted in UHD with indication of respiratory kinesiology or that have required it between the months of January to December 2018. For the statistical analysis, Microsoft Excel and the Minitab 17.0 program were used.

Results: Of a total of 4,650 inpatients, only 21.3% had the medical indication of respiratory kinesiology (73.4% were adults and 26.6% pediatrics). A total of 8,744 visits were made with an average for adults of 10.9 ± 13.03 and for pediatrics of 5.6 ± 3.3. The average stay was 13.9 ± 20.06 days. The specific kinessic interventions performed were oxygen therapy (71.9%), nebulization (61%), secretion aspiration (30%), non-invasive mechanical ventilation management (6%) and tracheostomy management (3%). Regarding the economic impact, saving was calculated in 69.1% only in this group of patients out of the total in the unit.

Conclusion: Home hospitalization has proven to be a useful tool and economically efficient when optimizing health resources. It is clear that kinesiology professional contributes essentially to UHD, where most of the income is due to respiratory pathologies.

Keywords: Respiratory Tract Diseases; Kinesiology, Applied; Home Care Services, Hospital-Based; Home Care Services; Physical Therapists.

INTRODUCCIÓN

Hospitalización Domiciliaria

Las primeras prestaciones hospitalarias a domicilio surgen en el año 1947 en el Hospital del Bronx Nueva York, Estados Unidos, con el concepto de "Home Health Care" como una extensión de los servicios otorgados en el hospital hacia la casa del paciente, con el principal objetivo de descongestionar las salas del hospital y brindar a los usuarios un ambiente más humano y favorable para su recuperación. En Europa, la primera experiencia fue en el año 1951 en el Hospital Tenon de Paris. En Canadá surgió en el año 1987 como experiencia piloto en 3 hospitales públicos. Llegando al punto en que, en 1996 la oficina europea de la organización mundial de la salud (OMS) inicia el programa "From Hospital to Home Health Care", dirigido a promover, estandarizar y registrar adecuadamente esta modalidad de atención (1,2,3,4). Esta modalidad de atención ha sido replicada en varios países, incluido en Latinoamérica como Colombia, Argentina y Chile.

Existen múltiples definiciones de la hospitalización domiciliaria. La OMS, la define como: «La provisión de los servicios de salud por parte de cuidadores formales e informales en el hogar con el fin de promover, restablecer o mantener al máximo nivel el confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías de promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación y cuidados crónicos paliativos» (2,3,4). Otra buena definición de hospitalización domiciliaria sería «trasladar al hogar del paciente el personal, los servicios y la tecnología necesaria para su recuperación o tratamiento en igual cantidad y calidad que en el hospital, propiciando la participación del paciente y su familia en el proceso terapéutico» (2). La Hospitalización domiciliaria, tiene la capacidad de dispensar atenciones y cuidados de rango hospitalario en el domicilio (2,5,6). Nace con el objetivo de ser una «modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en donde el usuario recibe los mismos cuidados que en el hospital, tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el hospital» (3,7). A pesar de que no existe un modelo en común de hospitalización a domicilio. Diversos autores han publicados experiencias positivas tanto en estudios controlados, como en no controlados (8) en los países en los cuales ha sido implementado.

Es muy importante, además, diferenciar la hospitalización domiciliaria de la atención domiciliaria. La primera es una modalidad de atención que depende del hospital con atención similar en recursos y complejidad para procesos agudos, estables, acotados en el tiempo. A diferencia de la atención domiciliaria que depende de la atención primaria y entrega cuidados a largo plazo, habitualmente en usuarios crónicos (3,6).

Beneficios de la hospitalización Domiciliaria

La mayoría de los estudios muestran que la hospitalización domiciliaria es factible, efectiva y una eficiente herramienta terapéutica (8) con múltiples beneficios. Para el hospital, representa un ahorro en las estancias hospitalarias (2, 5), un alivio de la saturación asistencial, una optimización del recuso cama (3) y una disminución en el número de infecciones asociadas a la atención de salud (1,2,5). Para el paciente, representa la entrega de un trato personalizado, ya que la atención se adapta a la realidad de cada persona, fomenta el autocuidado y empodera a los cuidadores en temas relacionados a la salud (1,3), principalmente en aquellos portadores de enfermedades crónicas (9,10). Además, existe un grupo etario que se ve más beneficiado con la hospitalización domiciliaria, los adultos mayores. En ellos, se puede observar un menor número de episodios de delirium, menores cuadros depresivos, menor deterioro nutricional, un mayor bienestar psicológico e incluso

un descanso más reconfortante (2). Evitando o disminuyendo el impacto de la hospitalización en su capacidad funcional y nivel de independencia, ya que muchas veces, existen adultos mayores que previo a la hospitalización eran autovalentes y se convierten en personas dependientes al alta, llegando incluso a la dependencia severa o postración, lo cual finalmente aumenta el gasto que debe realizar el sistema de salud por aquel paciente.

Hospitalización Domiciliaria en Chile

En Chile, el uso de camas hospitalarias corresponde a un número significativo de recursos destinados a la salud pública (3) como consecuencia de esto se elaboran propuestas de bajo costo como lo es el hospital de día y la hospitalización domiciliaria los cuales permiten una optimización de recursos en pacientes de menor complejidad. A través de los años han existido diversos intentos de establecer hospitalizaciónes domiciliariarias, las cuales aparecen y desaparecen de forma intermitente según los recursos disponible en el momento. Finalmente, este modelo se implementa formalmente a través del Ministerio de Salud (MINSAL) en diez hospitales públicos desde el año 2011 (3). En nuestro caso, el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, ha desarrollado la Unidad de Hospitalización domiciliaria (UHD), desde el año 2007 con la presencia del kinesiólogo desde sus inicios (4), abarcando a la población beneficiaria del sistema público de salud, pertenecientes a las comunas de Puente alto (568,106 habitantes) y Pirque (26,521 habitantes) (11) con continuidad hasta el día de hoy.

Enfermedades respiratorias en Chile

En nuestro país, las enfermedades del sistema respiratorio constituyen la tercera causa de muerte y la segunda causa de egreso hospitalario en mayores de 65 años. Estas, alcanzan su máximo durante los meses de invierno (12). Dentro de las enfermedades respiratorias, una de las más prevalente corresponde a la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), la cual tiene una baja mortalidad en pacientes ambulatorios (menor a 1,5%). Sin embargo, en aquellos usuarios que requieren hospitalización, la mortalidad llega a ser entre un 10-25%, lo que representa un problema de salud pública y un alto costo económico (13). Otra enfermedad prevalente es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en la cual estudios han mostrado que se puede tratar a personas que tienen EPOC a través de programas de hospitalización domiciliaria, durante los procesos de agudización, con el consiguiente ahorro de la estancia hospitalaria (8). El EPOC es una de las enfermedades más frecuentemente tratadas en las hospitalizaciones domiciliarias (3).

Kinesiología en la Unidad de Hospitalización domiciliaria (UHD)

La kinesiología dentro de la UHD del Hospital Sótero del Río abarca muchas áreas, sin embargo, en esta oportunidad nos enfocaremos en aquellas aplicables en pacientes con enfermedades respiratorias. El equipo de kinesiología está compuesto por nueve kinesiólogos. De los cuales, uno actúa como coordinador, gestionando la frecuencia de las visitas según los requerimientos del paciente, la gestión y coordinación con otros programas dentro del hospital o programas a nivel nacional como lo son el de ventilación mecánica no invasiva (AVNI) y el de oxigeno domiciliario (POD), entre otras cosas.

Dentro de las intervenciones kinésicas respiatorias, está la utilización y titulación de oxigenoterapia, manejo de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), manejo de pacientes con traqueostomía

(TQT), técnicas kinésicas, permeabilización y ventilación de la vía aérea y programas de rehabilitación enfocado a patologías respiratorias, las cuales son aplicables en el domicilio (2).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, con datos recolectados de las fichas clinicas de todos los usuarios ingresados a la UHD con indicación médica de Kinesiología y con diagnóstico de enfermedad respiratoria o que haya requerido oxigenoterapia, desde enero hasta diciembre del año 2018. Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel y el programa Minitab 17.0. SPSS.

Este trabajo fue realizado siguiendo los requerimientos para estudios indicados por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) La revisión de datos clínicos se realizó guardando la confidencialidad de éstos.

RESULTADOS

Caracterización de los usuarios

Para el ingreso de los usuarios a la UHD debieron cumplirse criterios tanto clínicos como sociales. En lo clínico, no debió presentar alteraciones hemodinámicas que requieran monitorización continua (4) y sin indicadores de alguna complicación de gravedad dentro de su proceso médico o quirúrgico (3). Desde lo social, debió comprender y aceptar los términos y condiciones de la unidad, haber contado con un tutor/cuidador mayor de 18 años responsable que fuera apoyo a la UHD, haber pertenecido al sistema público de salud, haber tenido domicilio dentro de las comunas que abarcan el Hospital Sótero del Río, y haber contado con las condiciones de vivienda mínima para que se pudiera entregar una atención de salud de forma segura (4,10).

De un total de 4.650 usuarios ingresados a la UHD el año 2018, el 21,3% (N=983) contaba con indicación médica de kinesiología respiratoria. De los cuales el 73,4% eran adultos (N=722) y el 26,6% correspondian a usuarios pediátricos (N=262). Se liberaron 81.084 días-cama de los cuales el 15,4% (12.524 días) correspondio a usuarios con patologías respiratorias con indicación médica de Kinesiología. Eso es muy importante a considerar, sobre todo en los meses más críticos del año, los meses de invierno, donde hubo un aumento considerable en el ingreso de usuarios con diagnósticos de patologías respiratorias.

El promedio de la edad fue 74.8 ± 15,6 años. Un 52,1% (N=513) pertenecio al género femenino y 47,8% (N=470) al género masculino. El promedio de estadía fue de 13.9 ± 20,06 días (adultos 16,7 ± 20,16 y pediátricos de 6,5 ± 20,02). En relación a la localización geográfica de residencia el 84,9% (N=881) pertenecían a la comuna de Puente Alto; el 4,6% (N=46) a Pirque y el 2,6% (N=26) pertenecían, excepcionalmente a otras comunas (La Florida, La Pintana y La Granja). En cuanto a previsión de salud, el 99,1% (N=975) de los usuarios pertenecieron a Fonasa siendo la categoría más predominante la letra B (66,3%). En cuanto al nivel educacional formal, se midió solo en usuarios adultos en el cual un 53% contaban solo con nivel básico, 29% nivel medio, 9% nivel superior y un 9% no cuenta con educación formal. Es importante considerar que la mayoría los usuarios con patologías respiratorias atendidos por kinesiología fueron categorizados como complejo agudos (54,1%), seguido de intermedio agudo (43,2%) y por último básico agudo (2,6%) mediante criterios médicos enfocados en si el usuario requiere una o más visitas en el día, visita de uno o más

profesionales a la vez, oxigenoterapia, elementos invasivos, comorbilidades etc. Solo el 8,2% de los usuarios (N=81) tuvo complicaciones respiratorias, y solo el 3% (N=29) requirió el traslado a urgencias.

Los diagnósticos médicos de los usuarios se clasificaron según la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Estos, se pueden ver de forma detallada en la figura 1 para los adultos y en la figura 2 para usuarios pediátricos. Es Importante señalar que el 73,3% de los usuarios adultos ingresaron con patologías clasificadas como J15, J44 y J99 las cuales correspondían a Neumonía bacteriana, EPOC y afecciones del sistema circulatorio con complicaciones respiratorias, y el 90% de los ingresos pediátricos, ingreso con patologías clasificados como J21, J20, J46, J22 y J12, las cuales correspondieron a Neumonía Viral, SBO, Crisis Asmática, Bronquiolitis y Bronquitis Aguda.

Figura 1. Distribución de patologías más prevalentes en adultos de la UHD

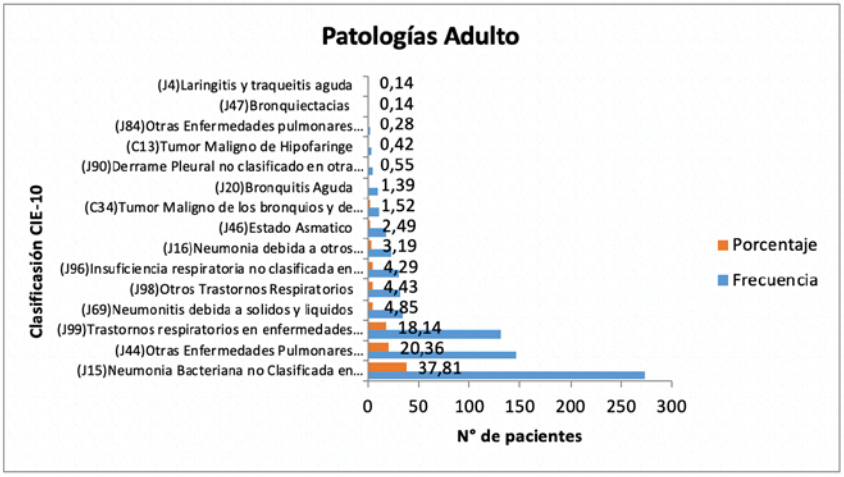
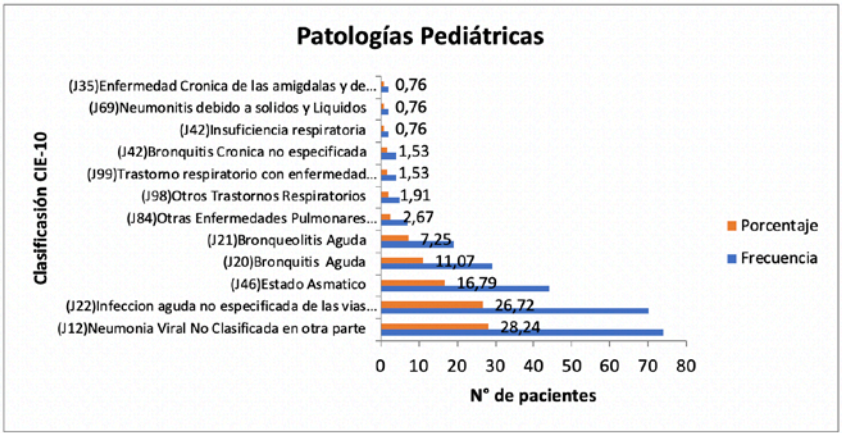


Figura 2. Distribución de patologías más prevalentes en pediatría de la UHD



Del total de usuarios que se atendieron, el 8,2% (N=81) tuvo alguna complicación en domicilio, de aquellos solo el 35% (N=29) fue por complicaciones respiratorias no tratables en domicilio y que requirió derivación al servicio de urgencias. Fallecieron 87 pacientes de los cuales el 79,3% (N=69) correspondieron a fallecimientos esperados (Limitación del esfuerzo terapéutico).

La distribución de ingresos durante el año se pueden observar en la figura 3 en usuarios adultos y figura 4 para usuarios pediátricos. La distribución que se observo es acorde con la realidad del país donde durante los meses de invierno se produce un incremento en el número de usuarios con alguna enfermedad de tipo respiratoria, sin embargo, esto es aún más marcado en los usuarios pediátricos, probablemente debido a que es más esperable encontrar adultos con enfermedades respiratorias crónicas que sufren exacerbaciones o descompensaciones durante todo el año.

Figura 3. Distribución del número de ingresos en usuarios adultos con enfermedad respiratoria

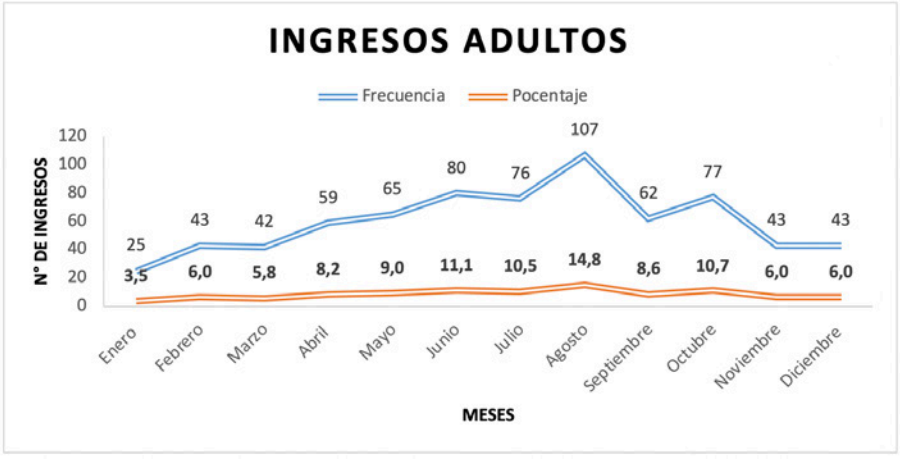
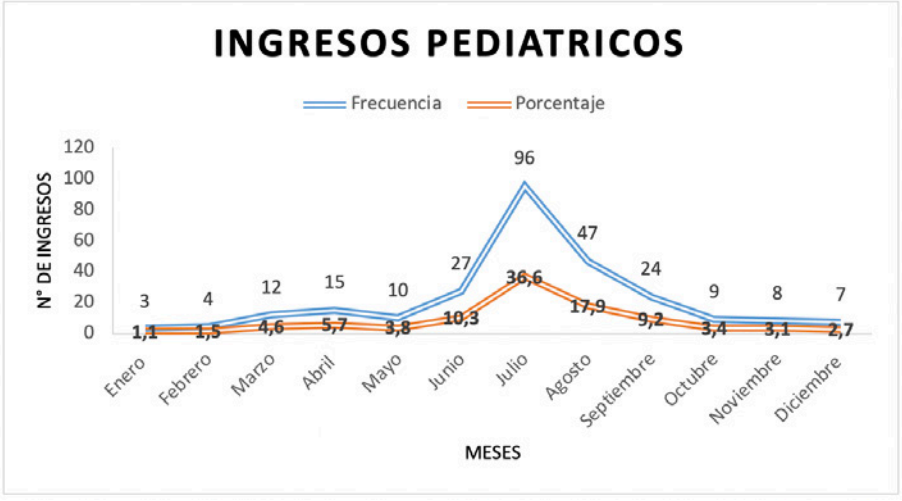


Figura 4. Distribución del número de ingresos en usuarios pediátricos con enfermedad respiratoria



Intervención del equipo de kinesiología respiratoria

Las prestaciones de kinesiología en usuarios con patologías respiratorias consistio en diversas intervenciones como son el manejo de VMNI (6% del total de usuarios); oxigenoterapia, donde 707 usuarios ingresaron con esta indicación (78,2% adultos y 17,6% pediátricos), siendo el promedio de días de utilización de 12,9±20,7 días para adultos y 3,4±3,2 días para usuarios pediátricos. El 4% del total de los usuarios necesitó la gestión para ingresar a un programa de Oxigeno domiciliario (POD). Un 25% de los usuarios requirió de toma de muestra de secreciones bronquiales (cultivo de secreciones y baciloscopias) contribuyendo así al diagnóstico y manejo médico, manejo de traqueostomía (3%), considerando educación a familias, cambio de cánula y decanulación; aspiración de secreciones (30%); nebulización (61%) que considero broncodilatadores (Beta adrenérgicos y anticolinérgicos), soluciones hipertónica y en menor medida administración de antibióticos y adrenalina, además el 100% requirió al menos una técnica kinésica respiratoria según los requerimientos de cada usuario.

Se realizó un total de 8.744 visitas con un promedio para usuarios adultos de 10,9±13,03 visitas y para usuarios pediátricos de 5,6±3,3 visitas. En adultos, las visitas se realizaron según los requerimientos de cada usuario, a diferencia de pediatría donde las visitas se realizaron de forma diaria, en ambos grupos etarios según criterios clínicos los usuarios podían ser visitados más de una vez al día. Durante el tiempo en UHD, quien visito más al usuario con patología respiratoria es el kinesiólogo, tomando decisiones y realizando seguimiento a la evolución clínica de forma periódica. Siempre realizando un trabajo en conjunto con médicos y otros profesionales de la unidad.

Servicios derivantes, Costos asociados y Ahorro hospitalario

La distribución de ingresos según el servicio que deriva a los usuarios se muestra en ls figura 5 para adultos y figura 6 para pediátricos. En ambos grupos etarios se puedo observar que los servicios que más derivan a la UHD son la unidad de emergencia Adulto con un 35,6% (N= 257) y la unidad de emergencia infantil con 48,1% (N=126). Lo cual es coincidente con estudios que mencionan la hospitalización domiciliaria como una alternativa efectiva a la alta demanda de las unidades de emergencia (3).

Figura 5. Servicios derivantes adulto: UEA: Unidad de Emergencia Adulto (35,6%); MQ: Médico Quirúrgico (31,7%); UCP: Unidad de Cuidados Paliativos (6,7%); UTI: Unidad de Tratamiento Intermedio(0,55%); UCI: Unidad de paciente critico (0,55%); Cirugía (0,69%); Medicina Agudo (12,7%); Medicina Básica (8,3%); Medicina Interna (0,14%), Neurología (0,43%), Pensionado (0,14%), Pre Alta (0,14%), Pre- Hospitalización (2,2%)

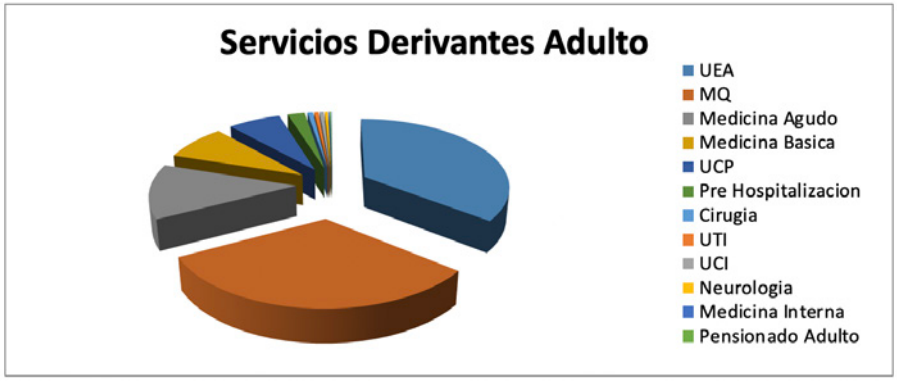
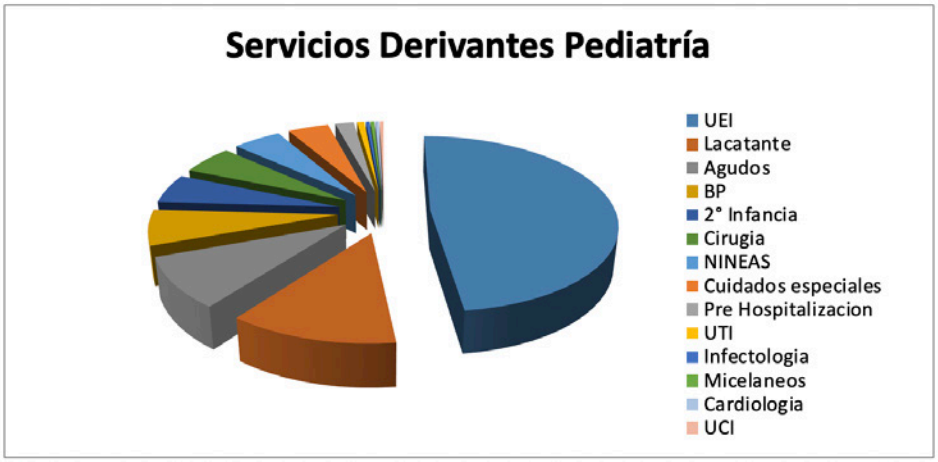


Figura 6. Servicios derivantes Pdiatria: UEI: Unidad de Emergencia Infantil (48,1%); BP: Broncopulmonar (6,4&); NINEAS: Niños con necesidades especiales (4,9%); Agudos (9,1%); Cardiología (0.38%); Cirugía (5,3%); Cuidados Especiales (4,2%); Infectología (0,38%); Lactante (12,3%); Misceláneos (0,38%); Pre Hospitalización (1,9%); Segunda Infancia (5,3%); UTI: Unidad de tratamiento intermedio (0,76%); UCI: Unidad de Cuidados Intensivos (0,38%)



Con respecto a los costos asociados, en la tabla 1 se muestra el detalle del valor día cama según complejidad, días de estadía según complejidad y el valor total de estadía si el usuario hubiese continuado hospitalización de manera tradicional, valor en pesos Chilenos (CLP)

Tabla 1

Tipo de Cama	Días total en UHD	*Valor día cama Hosp. Tradicional (CLP)	*Valor total estadía en Hosp. Tradicional (CLP)
Critica	94	431.280	40.540.320
Intermedia	130	207.270	26.945.100
Básica	12370	96.300	1.191.231.000

*Valores según arancel Fonasa año 2017

Basándose en lo anterior y considerando que el valor día cama de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Sotero del Rio fue de $18.340 pesos, se calcula un ahorro de $1.027.742.460 pesos (tabla 2) solo en usuarios respiratorios con indicación de kinesiología lo que es equivalio a un 69,1% ($1.487.080.560 pesos, valor ahorrado total de UHD) del ahorro total que genero la unidad de hospitalización domiciliaria al Hospital.

Tabla 2

Cama posiblemente utilizada	Gasto en Hospitalización tradicional (CLP)	Gasto en UHD (CLP)	Ahorro (CLP)
Critica	40.540.320	1.723.960	38.816.360
Intermedio	26.945.100	2.384.200	24.560.900
Básica	1.191.231.000	226.865.800	964.365.200
Total	1.258.716.420	230.973.960	1.027.742.460

La sustentabilidad económica de esta modalidad de atención depende de muchos factores como los son la distribución de recursos humanos, la complejidad de los usuarios, la distribución geográfica de la población, el apoyo clínico del hospital de base y la integración de este modelo dentro del complejo hospitalario. Sin embargo, estos y otros factores, no son considerados al momento de realizar el cálculo final, lo cual no permite obtener datos exactos de la verdadera capacidad, desempeño y sustento técnico económico que permita corregir y fortalecer esta actividad (3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La creación de una nueva infraestructura sanitaria debe sopesarse con la posibilidad de redistribuir las camas hospitalarias y optimizar los recursos sanitarios disponibles, no saturando el hospital con usuarios que pueden recibir atención en su propio domicilio (5). Ante esto, la Hospitalización domiciliaria surge y se consolida como una alternativa a la hospitalización tradicional. Ha demostrado ser una herramienta útil y económicamente eficiente a la hora de optimizar los recursos económicos en salud, especialmente en lugares críticos, como lo son las unidades de urgencia. Un metaanálisis realizado el año 2012 demostró que la hospitalización domiciliaria es más económica que la hospitalización tradicional (4).

El Kinesiólogo respiratorio es un profesional altamente capacitado en el manejo de distintas patologías respiratorias y el encargado de seleccionar distintas técnicas tanto de mejoramiento de la ventilación como de limpieza bronquial, teniendo en cuenta la patología pulmonar de los usuarios de manera individual, los factores clínicos, funcionales, ambientales y sociales y los conceptos fisiológicos subyacentes, logrando interventir en los factores ambientales y sociales de manera in situ. Eligiendo ademas, la técnica más adecuada para cada persona, requiriendo una comprensión solida de las bases fisiológicas de cada técnica, permitiendo que la atención sea mejor y más personalizada (14).

Debido a lo anteriormente expuesto, es que ratificamos el trabajo de la kinesiología respiratoria como especialidad relevante en las unidades de hospitalización domiciliaria, donde la mayoría de los ingresos se producen por patologías asociadas el sistema respiratorio. Además, consideramos que la hospitalización domiciliaria enmarca al usuario lo más cercano a un modelo biopsicosocial, considerándola por algunos autores como la salud del futuro (5).

Actualmente, no todos los hospitales del sistema de salud público chileno cuentan con alguna de hospitalización domiciliaria o algo similar. Si bien, en este trabajo se especifica acerca de aquellos usuarios que requirieron kinesiología en patologías respiratorias, la información se puede extrapolar hacia el resto de los usuarios que ingresan a la unidad.

Consideramos que esta debería ser una propuesta a nivel nacional con normas y estándares mínimo que permitan entregar una salud de calidad hacia los usuarios y que se puedan asegurar los recursos para que esta sea una alternativa definitiva a la hospitalización tradicional. Incluyendo al kinesiólogo como parte de esta propuesta. Esperamos además contar con metas e indicadores en un corto mediano plazo que nos permita ir mejorando y creciendo a través de los años.

BIBLIOGRAFIA

1. Lopez Perona F. Qué es la unidad de hospitalización domiciliaria y la introducción a su gestión. Enfermería Global. 2003;2(2):1-8.
2. Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S1):S39-S50. DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.012; PMID: 19501428
3. Ortega Palavecinos M. Descripción del modelo de hospitalización domiciliaria de un hospital público de Chile [Tesis de Grado]. Santiago de Chile, Chile: Escuela de Gobierno y Gestión Pública, Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2018.
4. Pavlovic A, Calderón Ó, Muñoz E, Cárcamo M, Trian J, Morales K. Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago de Chile. Acta Med Colomb. 2016;41(3),187-90.
5. Cuxart Mèlich A, Estrada Cuxart O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. Med Clin (Barc). 2012;138(8):355-60. DOI: 10.1016/j.medcli.2011.04.008; PMID: 21696788
6. Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Ricós JAD. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Publica. 2001;10(1):45-55. DOI: 10.1590/s1020-49892001000700007; PMID: 11558249
7. Shepperd S, Iliffe S. Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar (Revisión Cochrane traducida) [monografía en Internet]. Barcelona, España: La Biblioteca Cochrane Plus del Centro Cochrane Iberoamericano; 2008 [accedido el 24 sep 2019]; Disponible en: http://bit.ly/2kOLT54
8. Díaz Lobato S, González Lorenzo F, Gómez Mendieta MA, Mayoralas Alises S, Martín Arechabala I, Villasante Fernández-Montes C.. Evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria en pacientes con EPOC agudizada. Arch Bronconeumol. 2005;41(1):5-10. DOI: 10.1016/s1579-2129(06)60387-x; PMID: 15676129
9. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. Hosp Domic. 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
10. Hernández-Velásquez GM, Mosquera-Gómez LE, Pinzón-Rondón ÁM, Escobar JS, Guzmán-Prado Y. Hospitalización domiciliaria pediátrica en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt en Bogotá, Colombia: enero a julio, 2013. Médicas UIS. 2016;29(3),43-8. DOI: 10.18273/revmed.v29n3-2016004

11. Censos de Población y Vivienda 2002 y 2017, Instituto Nacional de Estadisticas. Biblioteca del congreso nacional de Chile (sede Web), Santiago: BCN (citado el 30 de Enero 2019) Reportes comunales 2017. Disponible en: http://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/Pirque#Poblaci.C3.B3n_total_Censo_2002_y_Censo_2017

12. Olmos C, Mancilla P, Martínez L, Astudillo P. Epidemiología de las consultas respiratorias de adultos en Santiago de Chile desde 2003 a 2008. Rev Med Chile. 2015;143(1),30-8. 6 DOI: 10.4067/S0034-98872015000100004; PMID: 2586026

13. Dintrans K, Andrade CL, Sánchez J E, Mendoza J. Neumonía adquirida en la comunidad en adultos, en el curso de la campaña de invierno 2003 en el Hospital San Juan de Dios. Rev Chil Enf Respir. 2015;21(1),15-22. DOI: 10.4067/S0717-73482005000100003

14. McIlwaine M, Bradley J, Elborn JS, Moran F. Personalising airway clearance in chronic lung disease. Eur Respir Rev. 2017;26(143). pii: 160086. DOI: 10.1183/16000617.0086-2016; PMID: 28223396

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v3i4.88

Análisis bibliométrico de los ensayos clínicos, indizados hasta el año 2018, en la base bibliográfica Cochrane Library realizados en el ámbito de la hospitalización a domicilio

Bibliometric analysis of clinical trials, indexed up to 2018, in the Cochrane Library bibliographic database performed in the field of hospital-based home care services

Vanessa Esperanza Oller-Arlandis[1], Javier Sanz Valero[1,2], Carmina Wanden-Berghe[3]

1. Universidad Miguel Hernández de Elche. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia. Alicante, España.
2. Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid, España.
3. Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-FISABIO). Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

Vanessa Esperanza Oller-Arlandis

vaneollerarlandis@gmail.com

Recibido/Received

24.08.2019

Aceptado/Accepted

30.09.2019

Conflicto de Intereses/Competing interest

Las autoras y el autor del trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Oller-Arlandis VE, Sanz Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de los ensayos clínicos, indizados hasta el año 2018, en la base bibliográfica Cochrane Library realizados en el ámbito de la hospitalización a domicilio. Hosp Domic. 2019;3(4):255-68

RESUMEN

Objetivo: Analizar y caracterizar, mediante técnica bibliométrica, los ensayos clínicos realizados en el ámbito de la hospitalización a domicilio, indizados en la base de datos bibliográfica Cochrane Library.

Método: Análisis bibliométrico. Los datos se obtuvieron de la base de datos Cochrane, empleando el MeSH, «Home Care Services, Hospital-Based». Fecha de la búsqueda agosto de 2019.

Resultados: Se analizaron 224 referencias. El número de ensayos clínicos controlados aleatorizados fue 213 referencias (95,1%), con un total de 253 pertenecientes a 161 instituciones. El idioma predominante fue el inglés con 215 casos (96,0%). La obsolescencia presentó mediana de 11 años (Índice de Burton-Kebler) e Índice de Price del 19,2%. Se constató que 223 (99,6%) ensayos estaban registrados mediante el identificador documental de PubMed. Según el *Medical Subject Headings* (MeSH) principal presentó un total de 128 temas diferentes, siendo la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (n = 24, 10,7%) la más presente.

Conclusiones: Los indicadores métricos obtenidos están en línea con otras áreas de conocimiento relacionadas con las ciencias de la salud. La publicación de ensayos clínicos sobre HaD se mantiene constante durante el tiempo, sin identificarse grandes grupos de referencia. Los descriptores y las áreas temáticas son acordes al área estudiada y los ensayos están publicados en revistas relacionadas con el tema a estudio, aunque sería conveniente, tener una mayor presencia en publicaciones referentes sobre HaD.

Palabras clave: Ensayo Clínico; Servicios de atención a domicilio provisto por hospital; Bibliometría; Acceso a la Información; Indicadores bibliométricos; Cochrane Library.

ABSTRACT

Objective: Analyze and characterize, through bibliometric technique, clinical trials conducted in the field of home hospitalization, indexed in the bibliographic database the Cochrane Library.

Method: Bibliometric analysis. Data were obtained from the Cochrane database, using the MeSH, "Home Care Services, Hospital-Based". The search date was August 2019.

Results: 224 references were analyzed. The number of randomized controlled clinical trials was 213 references (95.1%), with a total of 253 belonging to 161 institutions. The predominant language was English with 215 cases (96.0%). The obsolescence presented a median of 11 years (Burton-Kebler Index) and the Price Index was 19.2%. It was found that 223 (99.6%) clinical trials were registered using the PubMed documentary identifier. According to the main Medical Subject Headings (MeSH) it presented a total of 128 different subjects, with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (n = 24, 10.7%) being the most present.

Conclusions: The metric indicators obtained are in line with other areas of knowledge related to health sciences. The publication of clinical trials on HaH remains constant over time, without identifying large reference groups. The descriptors and thematic areas are consistent with the area studied and the essays are published in journals related to the subject under study, although it would be convenient to have a greater presence in reference publications on HaH.

Keywords: Clinical Trial; Home Care Services, Hospital Based; Bibliometrics; Access to information; Bibliometric indicators; Cochrane Library.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la producción científica en las últimas décadas y su indización en bases de datos bibliográficas automatizadas han potenciado el uso de la Bibliometría y la generación de indicadores para medir los resultados de la actividad científica y tecnológica. El estudio empírico de la actividad científico-investigativa a partir de los artículos científicos publicados se basa en la aplicación de métodos cuantitativos, basados en indicadores y modelos matemáticos, que permiten caracterizar su desarrollo y evolución (1,2). Mediante los indicadores bibliométricos se pueden evaluar las revistas y otras publicaciones periódicas de manera objetiva, observar las tendencias que siguen y generar información útil para mejorar su gestión (3).

Así pues, estos estudios son una herramienta esencial para describir y evaluar los resultados de las investigaciones que se divulgan a través de las revistas científicas (4). La utilización de indicadores bibliométricos, para evaluar la actividad científica, descansa en la premisa de que las publicaciones son el resultado de la investigación y que, por lo tanto, de la observación, análisis y evaluación de sus publicaciones podemos inferir la situación de la actividad científica (5).

Por otro lado, la evidencia científica es una medida que nos sirve para determinar cuánto de fiables son los datos, resultados y, por tanto, las conclusiones de las investigaciones clínicas. Si una investigación clínica es de baja evidencia científica puede ocurrir que los datos generados en ella, no sean fiables y nos induzcan a conclusiones erróneas, lo que puede provocar, que una vez obtenida una conclusión, pueda ser refutada por no ser veraz (6).

El grado de evidencia científica de los estudios de investigación se valora mediante escalas que permiten clasificarlos de manera jerárquica según el rigor del diseño. Las recomendaciones para la práctica realizadas a partir de estos estudios, dependen de su metodología, del rigor científico. Este, a su vez, se asocia a la asignación aleatoria de los grupos control y experimental, a la existencia de un grupo control concurrente en el tiempo, al sentido prospectivo del estudio, al enmascaramiento de participantes e investigadores y al tamaño de muestra, suficientemente grande para detectar diferencias significativas (7). En esta sentido, el ensayo clínico representa un nivel de evidencia Ib y un grado de recomendación B según la *U. S. Agency for Healthcare Research and Quality* (8).

Por ello, el estudio de la producción científica en un área temática determinada, en este caso los ensayos clínicos sobre el hospital a domicilio (HaD), es un buen indicador de la progresión de la investigación y de la generación de conocimientos sobre HaD. Su análisis bibliométrico permite un examen retrospectivo sobre el modo que ha sido investigada y dada a conocer, pero también puede evaluar el potencial de investigación de los grupos e instituciones involucradas (9).

En consecuencia, el objetivo de este trabajo fue analizar y caracterizar, mediante técnica bibliométrica, los ensayos clínicos realizados en el ámbito de la hospitalización a domicilio, indizados en la base de datos bibliográfica Cochrane Library.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Estudio descriptivo trasversal de la producción científica de los ensayos clínicos (EC) sobre hospitalización a domicilio indizados en la base bibliográfica Cochrane Library.

Fuente de obtención de los datos

Se obtuvieron de la consulta directa y acceso, vía Internet, a la documentación científica existente en la base de datos.

Unidad de análisis

Los ensayos clínicos sobre hospitalización a domicilio indizados, en la base de datos bibliográfica indicada, hasta el año 2018.

Búsqueda bibliográfica

A partir de la consulta al *Medical Subject Headings* (MeSH), *Thesaurus* desarrollado por la *U.S. National Library of Medicine*, se utilizó el descriptor "Home Care Services, Hospital-Based"[MeSH]. Realizando la búsqueda en la pestaña "Medical Terms (Mesh)" desde el apartado *Advanced Search* del buscador adscrito a la base bibliográfica [https://www.cochranelibrary.com/advanced-search/mesh].

La búsqueda se realizó en agosto de 2019.

Indicadores a estudio

Producción científica: calculada según número de artículos indizados.

Tipología documental: clasificación según el tipo de EC.

Población incluida en los EC: clasificada en 5 grupos: Adultos en general (19 y más años); Ancianos (más de 65 años); Adultos (de 19 a 95 años); Niños y adolescentes (de 1 a 18 años); Neonatos (nacidos de menos de 1 año).

Edad de los EC: 2018 menos año de publicación del artículo.

Semiperiodo de Burton-Kebler (o Índice de Burton-Kebler): mediana de la distribución del conjunto de las referencias ordenadas por su antigüedad).

Índice de Price: porcentaje de referencias, sobre EC, con edad menor de 5 años.

Idioma de publicación del EC.

Distribución geográfica de procedencia de los artículos.

Índice de colaboración institucional: número de instituciones que figuran como firmantes del documento.

Filiación institucional del primer firmante e Índice de Lotka: las instituciones se agruparon en tres niveles de rendimiento: pequeños productores (Índice de transitoriedad = un único trabajo), medianos productores (entre 2 y 9 trabajos) y grandes productores (10 o más trabajos).

Número de autores por artículo e índice de colaboración (cociente entre el número de firmas y el número de trabajos).

Revista donde se publica el artículo.

Impacto de las publicaciones según el *Journal Citation Report Science Edition Database* (JCR) y del *Scimago Journal Rank* (SJR).

Dispersión: núcleo principal de Bradford (conjunto de revistas de mayor pertinencia para un área del conocimiento).

Campos de identificación documental:

1. PM (campo de registro en la base de datos Cochrane correspondiente al PMID -*PubMed Identifier*-): identificador único asignado a cada referencia de un artículo recogido en la base de datos bibliográfica MEDLINE.
2. XR (campo de registro en la Cochrane correspondiente al *Embase Identification Number*): identificador único de cada referencia de un artículo en la base de datos bibliográfica Embase.
3. DOI: *digital object identifier*; sistema de identificación (similar a los identificadores URI) que permite localizar, a través de la Red, el documento caracterizado mediante este código.

Temática de los EC: Descriptor (MeSH), como *Major Topic*, que representan el contenido principal de cada EC.

Análisis de los datos

Las variables cualitativas se describieron por su frecuencia y relativa (porcentaje), las cuantitativas mediante su Media y Desviación Estándar, con Intervalos de Confianza del 95%; representando las más relevantes mediante la utilización de tablas y gráficos. Se utilizó la mediana y la moda, como medidas de tendencia central, calculándose en ocasiones, el máximo y el mínimo. Para conocer la evolución de algunos indicadores se segmentó el período de estudio en dos etapas, tomando como punto de corte el Índice de Burton-Kebler (la mediana): 1.ª época: de 1994 a 2007 y 2.ª época: de 2008 a 2018. El crecimiento de la producción científica se examinó mediante el análisis de regresión. La existencia de asociación entre variables cualitativas se analizó mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Para comprobar la significación en la diferencia de medias para muestras independientes se utilizó la prueba t de Student. El nivel de significación utilizado en todos los contrastes de hipótesis fue $\alpha \leq 0,05$.

Para el almacenamiento de datos y análisis estadístico se empleó el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS), versión 22 para Windows.

El control de la calidad de la información se efectuó mediante la doble entrada de los datos, corrigiendo las inconsistencias mediante la consulta con los datos originales.

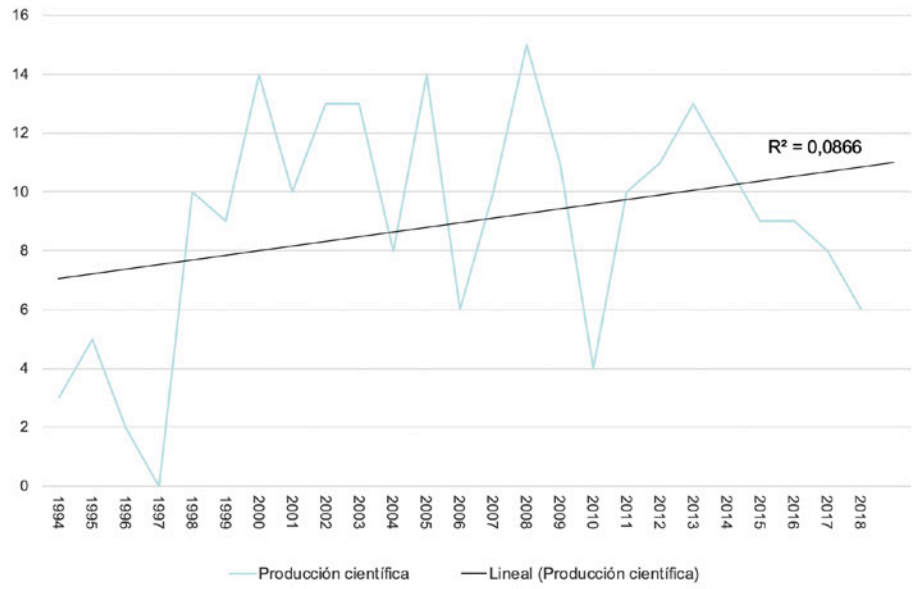
RESULTADOS

Producción científica

La búsqueda realizada dio un total de 224 referencias. El primer EC indizado corresponde al año 1994, publicado en la revista *Obstetrics and Gynecology* (10) y que fue incluido en Cochrane *Central Register of Controlled Trials* el 31 de enero de 1998. El año 2008 fue el de mayor producción con 15 (6,7%) EC.

Al estudiar la relación entre el número de publicaciones por año se comprobó que el modelo de regresión con un mayor ajuste fue el exponencial creciente, siendo el coeficiente de determinación $R2 = 0,1$ ($p < 0,001$); ver figura 1.

Figura 1. Evolución anual de la producción científica de los ensayos clínicos Hospital a Domicilio, recuperada de la base de datos bibliográfica The Cochrane Library y su ajuste a la regresión lineal



Obsolescencia/actualidad de la producción científica

La edad media de los EC analizados dio un valor de 11,1 ± 0,4 años, con mediana de 11 años (Índice de Burton-Kebler) y máximo de 24 años. El Índice de Price obtenido fue del 19,2%.

Tipología documental y población incluida

La mayoría de los EC presentaron un diseño de ensayo clínico controlado aleatorizado, 213 referencias (95,1%), siendo el otro tipo observado el de ensayo clínico controlado con 11 (4,9%) referencias.

No existió asociación significativa, relacionadas con la tipología documental, entre las dos épocas a estudio (chi cuadrado de Pearson = 1,9; gl = 1; p = 0,163).

La población incluida en los EC presentó la distribución que se recoge en la tabla 1, no observándose asociación, según época a estudio, en relación a la población incluida en los EC (chi cuadrado de Pearson = 3,4; gl = 4; p = 0,488).

Tabla 1. Distribución de la población estudiada en los ensayos clínicos indizados en la base Cochrane Library sobre Hospital a Domicilio

	Núm.	porcentaje
Adultos en general (19 y más años)	99	44,2
Ancianos (más de 65 años)	56	25,0
Adultos (de 19 a 95 años)	47	21,0
Niños y adolescentes (de 1 a 18 años)	18	8,0
Neonatos (nacidos de menos de 1 año)	4	1,8

Autoría

Se contabilizaron un total de 253 autores, con un máximo de 93 autores observado en un EC. La media, equivalente al Índice de Cooperación, fue de 6,7 ± 0,4 autores/referencia. La mediana fue de 6 autores por artículo y la moda de 1 autor/referencia.

La evolución del número de autores por artículo fue ascendente a lo largo de los años, ajustándose a un modelo de curva exponencial con un coeficiente de determinación $R2 = 0,2$ y $p < 0,001$. Así, en la 2.ª época a estudio, el cociente autores/referencia fue superior al observado en la 1.ª época: 8,3 *versus* 5,2, $p = 0,001$.

Procedencia geográfica, filiación institucional e idioma

El país del autor que figuraba como primer firmante, fue preferentemente el Reino Unido con 42 (18,8%) referencias. Otros países que publicaron más de 10 EC fueron: Estados Unidos con 32 (14,3%), Australia con 29 (12,9%), Italia y Canadá con 15 (6,7%) y Suecia y Francia con 12 (5,4%). Los documentos con primera filiación española fueron 9 (4,0%). En 4 (1,8%) documentos no se consignó el país de filiación.

Los países con más de 3 EC, ordenados según época, pueden consultarse en la tabla 2, obteniéndose diferencias significativas entre las dos épocas a estudio (chi cuadrado de Pearson = 41,7; gl = 27; $p = 0,035$).

Tabla 2. Distribución por países de los ensayos clínicos indizados en la base Cochrane Library sobre Hospital a Domicilio, según época de estudio[a]

País	1.ª época 1994 a 2007		2.ª época 2008 a 2018	
	núm.	%	núm.	%
Reino Unido	27	12,1	15	6,7
Estados Unidos	22	9,8	10	4,7
Australia	15	6,7	14	6,3
Italia	5	2,2	10	4,7
Canadá	8	3,6	7	3,1
Suecia	6	2,7	6	2,7
Francia	7	3,1	5	2,2
España	3	1,3	6	2,7

[a] Se presentan los países con 5 o más publicaciones en cualquiera de las dos épocas

Se observó colaboración internacional, entre 2 o más países, en 10 (4,5%) EC; hallándose diferencias en las medias del número de países/documento entre las dos épocas estudiadas (1,0 *versus* 1,2; t de Student = -2,6; gl = 106; p = 0,011).

Se identificaron trabajos publicados de 161 instituciones, con una mediana de 1 centro por referencia. La media del número de instituciones por artículo -índice de colaboración institucional- fue de 1,5 ± 0,1; encontrando diferencias en las medias del índice de colaboración institucional entre las dos épocas estudiadas (1,0 *versus* 2; t de Student = -4,0; gl= 106; p < 0,001). Un total de 36 (16,1%) EC fueron realizados en colaboración entre 2 o más centros.

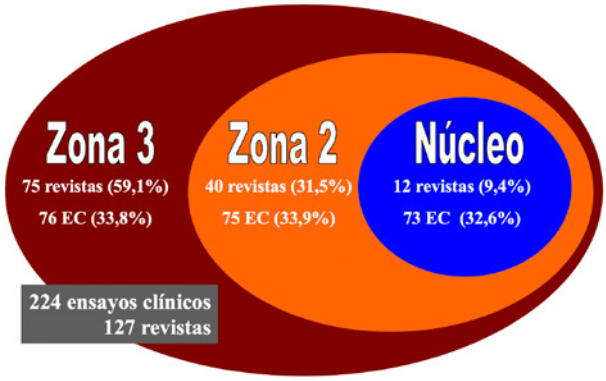
La filiación de los documentos analizados se clasificó, extrapolando el Índice de Lotka, en tres niveles de rendimiento: pequeños productores, o Índice de Transitoriedad (un único trabajo), donde encontramos 123 centros (76,4%); medianos productores (entre 2 y 9 trabajos) con 33 centros (20,5%); y grandes productores (10 o más trabajos) donde no se localizó ninguna institución. En 5 (3,1) referencias no figuraba filiación.

El idioma predominante de las referencias recuperadas fue el inglés, con 215 casos (96,0%). Dejar constancia del resto de idiomas utilizados en los EC que fueron, francés con 3 (1,3%) trabajos, español con 2 (0,9%) y sueco, japonés, coreano y alemán con 1 (0,4%) EC. No se encontraron diferencias significativas entre las dos épocas a estudio (chi cuadrado de Pearson = 8,6; gl = 6; p = 0,197).

Revistas, dispersión e impacto

Se recuperaron un total de 127 revistas. El estudio de la dispersión de la literatura científica recuperada, determina la concentración de una frecuencia similar de documentos en un número diferente de revistas: núcleo principal, con 12 revistas (9,4%) que incluían 73 EC (32,6%). La zona 2 con 40 revistas (31,5%) que contenían 75 EC (33,9%) y la zona 3 con 75 revistas (59,1%) que englobaban 76 EC (33,8%); ver figura 2: gráfico de dispersión de Bradford.

Figura 2: Dispersión de las revistas y los ensayos clínicos (EC) sobre Hospital a Domicilio en la base de datos bibliográfica Cochrane Library



Como puede observarse en la tabla 3, las revistas que publicaron 5 o más artículos sobre el tema a estudio fueron 6, todas ellas presentes en las principales bases de datos sobre impacto de las publicaciones.

Tabla 3. Revistas indizadas en Cochrane Library que han publicado 5 o más ensayos clínicos sobre Hospital a Domicilio

Abreviatura de la revista	f_0	%	$FI_{(JCR)}$	$Q_{(JCR)}$	SJR	$Q_{(SJR)}$
Clinical Rehabilitation	11	8,7	2,738	Q1	3,697	Q1
Journal of the American Geriatrics Society	11	8,7	4,113	Q1	2,132	Q1
British Medical Journal (BMJ)	10	7,9	2,376	Q2	2,881	Q1
Trials	9	7,1	1,975	Q3	1,287	Q1
Respiratory medicine	6	4,7	3,237	Q2	1,456	Q1
Thorax	5	3,9	9,640	Q1	1,338	Q1

f_0 = Número de artículos publicados; FI(JCR) = Factor de Impacto según la base de datos Journal Citation Report para 2018; Q(JCR) = Cuartil según la mejor posición que ocupa la revista en cualquier categoría en la base de datos Journal Citation Report; SJR = Indicador Scimago Journal Rank para 2018; Q(SJR) = Cuartil según la mejor posición que ocupa la revista en cualquier categoría en la base de datos Scimago Journal & Country Rank.

Campos de identificación documental

Se constató que 223 (99.6%) EC estaban registrados mediante PM, 60 (26,8%) identificaban el campo de registro XR y 183 (81,7%) disponían de DOI. No se probó asociación significativa entre las dos épocas a estudio en el caso del campo de registro PM (chi cuadrado de Pearson = 1,1; gl = 1; p = 0,295) e igual para el campo XR (chi cuadrado de Pearson = 1,1; gl = 1; p = 0,918). Por el contrario, si hubo diferencias significativas en relación a la presencia del DOI a favor de la 2.ª época (45,5% *versus* 36,2%; chi cuadrado de Pearson = 24,5; gl = 1; p < 0,001).

Temática de los ensayos clínicos

Para conocer la temática de la producción científica a estudio se comprobó que las 224 referencias analizadas habían sido indizados mediante 128 diferentes *Medical Subject Headings* (MeSH) como *Major Topic*. La temática más estudiada y presente en 10 o más EC puede consultarse en la tabla 4. Al mismo tiempo, 23 (10,3%) EC utilizaron la telemedicina para el desarrollo del EC.

Tabla 4. Temática según los *Medical Subject Headings*, como *Major Topics*, utilizados 5 o más veces en la indización de los en los ensayos clínicos indizados en la base Cochrane Library sobre Hospital a Domicilio

	Núm.	porcentaje
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	24	10,7
Insuficiencia Cardíaca	21	9,3
Rehabilitación de Accidente Cerebrovascular	13	5,8
Artroplastia de Reemplazo de Rodilla	8	3,6
Enfermedad Coronaria	7	3,1
Enfermedades Pulmonares Obstructivas	6	2,7
Costos de la Atención en Salud	6	2,7
Fracturas de Cadera	5	2,2
Puente de Arteria Coronaria	5	2,2
Cuidado Terminal	5	2,2

No existieron diferencias, en cuanto a la temática principal de los EC entre las dos épocas a estudio (chi cuadrado de Pearson = 123,4; gl = 102; p = 0,074). Si se observaron diferencias sig-

nificativas en relación a la aplicación de la telemedicina a favor de la 2.ª época (8,1% *versus* 2,2%; chi cuadrado de Pearson = 9,6; gl = 1; p = 0,002).

DISCUSIÓN

El presente trabajo analiza los principales indicadores bibliométricos de la producción científica sobre los ensayos clínicos indizados en la base de datos Cochrane sobre hospitalización a domicilio. Según el análisis efectuado, los documentos recuperados están en consonancia con la temática seleccionada.

En esta producción se observó un progresivo incremento de los documentos publicados, que si bien logró un modelo de crecimiento exponencial significativo, con acusados vaivenes, este no presentó incrementos importantes. Quizá, este hecho se deba al seleccionar un diseño altamente específico (ensayos clínicos) en un área temática (la HaD) que *per se* no ha alcanzado la "explosión de la información" (2,11).

En relación a la tipología documental observada, no es de extrañar que prácticamente la totalidad de los ensayos recuperados, en las dos épocas a estudio, fueran controlados aleatorizados, debido a las características de indización que impone la base de datos bibliográfica Cochrane y propio de un área inminentemente clínica (12).

Que la población estudiada en los ensayos clínicos fuera primordialmente adulta fue esperado, ya que solamente el 30% de los medicamentos comercializados en Europa incluyen autorización pediátrica y menos del 50% de los fármacos autorizados en niños han sido adecuadamente testados en la población infantil. Esto es debido, en gran medida, a la elevada complejidad y a los requisitos de excelencia que son necesarios para hacer dichos estudios (13).

El número de autores/ensayo clínico presentó datos similares al de otros estudios bibliométricos sobre HaD (2). Ahora bien, la evolución en el tiempo del número de autores por documento es un dato alentador, aunque mejorable, en cuanto a las autorías colectivas y a la formación de grupos de trabajo (14).

La procedencia mayoritaria de artículos con filiación anglófona es un hecho conocido y ya recogido cumplidamente en la literatura científica (2,11,15,16). Igualmente, se conoce que el predominio del inglés es una constante en las publicaciones de las ciencias de la salud. El idioma de publicación es importante por cuanto se ha comprobado que, cualquiera sea la naturaleza de un artículo científico, las posibilidades de recibir citaciones son mayores si se publica en inglés (17).

No se localizaron artículos de grandes grupos de investigación -con más de 10 publicaciones sobre la materia- lo que puede lastrar la visibilidad y el impacto de la materia estudiada (18). Es positivo, que en la segunda época a estudio existiera una mayor colaboración institucional con respecto a la primera, pero con valores por debajo a lo esperado (2,19). En esta línea, sería interesante conocer el presupuesto que se invierte en Investigación y Desarrollo (I+D) en la temática a estudio. Quizá este dato nos diera un índice ajustado de la producción de cada país o institución en esta categoría del conocimiento (1).

Las revistas que contienen un mayor número de ensayos clínicos sobre HaD no presentan un enfoque exclusivo en la temática, lo que puede explicar a su vez la amplia dispersión que se ha observado en este estudio. La presencia de publicaciones en revistas de alto impacto, indizadas en la *Journal Citation Report*, era esperable y lógico con el fin de conseguir la mayor visibilidad (y citación). Aunque, cuando se comprobó la temática publicada (propia de la hospitalización domiciliaria), esta concordó con los títulos de las revistas donde se publicaron los ensayos.

Es significativo la presencia de códigos de identificación documental, fundamentalmente del PM (PMID: *PubMed Identifier*) ya que este identificador permite un acceso rápido y persistente al documento primario en la base de datos bibliográfica MEDLINE (a través de PubMed). Por ende, que prácticamente la totalidad de ensayos analizados tuvieran este código facilitó la recuperación de los documentos sobre HaD.

La utilización del *Digital Object Identifier* (DOI), similar a un identificador de recursos uniforme (URI), señaló su indiscutible implantación y uso (20). Además, que hubiera una mayor presencia del DOI en los ensayos, en la segunda época estudiada, es un hecho que contribuye y mejora el acceso a la fuente primaria. La baja presencia del XR (identificador de la base Embase) es extraño y se pudo deber a la poca vinculación que existe entre esta base y la Cochrane, situación que sí que ocurre entre esta última y MEDLINE.

La utilización del Descriptor MeSH (en este caso, como *Major Topic*) sirvió para clasificar los trabajos indizados y facilitar la categorización temática de los ensayos que no hubiera sido posible tan solo a través del título o del resumen del trabajo (16). Los resultados sobre la clasificación temática de la producción científica muestran unos datos altamente relacionados con el área de conocimiento analizada, representada fundamentalmente por el descriptor «Home Care Services, Hospital-Based» e indican un excelente porcentaje, en cuanto a la indización, en las dos épocas analizadas. La introducción de este Descriptor, en el tesauro de la *U.S. National Library of Medicine*, permite realizar adecuadamente la recuperación de esta documentación y demuestra la adecuación de la ecuación de búsqueda empleada para la consecución de esta información de manera precisa.

Posibles limitaciones de este trabajo. Si bien, se ha utilizado el autor designado para la correspondencia para estudiar la filiación institucional y esto puede ir en detrimento del resto de los autores del artículo, y ser un posible sesgo, existen trabajos que han analizado la no existencia de diferencias significativas entre tomar solo este autor o la totalidad de ellos (2,21). No se estudió la relación entre el número de autores por artículo y el número de citas ya que trabajos previos refieren una débil relación (22) o, incluso, la no existencia de diferencias significativas (23).

Por todo lo anteriormente expuesto, se puede concluir: los indicadores métricos obtenidos están en línea con otras áreas de conocimiento relacionadas con las ciencias de la salud. La publicación de ensayos clínicos sobre HaD se mantiene constante durante el tiempo, sin identificarse grandes grupos de referencia. Los descriptores y las áreas temáticas son acordes al área estudiada y los ensayos están publicados en revistas relacionadas con el tema a estudio, aunque sería conveniente tener una mayor presencia en publicaciones referentes sobre HaD.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wanden-Berghe C, Martín-Rodero H. 25 años de investigación en nutrición y alimentación en el espacio iberoamericano del conocimiento. Nutr Hosp. 2012;27(Supl 2):26-33. DOI: 10.3305/nh.2012.27.sup2.6270; PMID: 23568394
2. Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de la producción científica, indizada en MEDLINE, sobre los servicios de salud proporcionados por las unidades de hospitalización a domicilio. Hosp Domic. 2017;1(1):21. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.3
3. Allen L, Jones C, Dolby K, Lynn D, Walport M. Looking for landmarks: the role of expert review and bibliometric analysis in evaluating scientific publication outputs. PLoS ONE. 2009;4(6):e5910. DOI: 10.1371/journal.pone.0005910; PMID: 19536339

4. González Sánchez F, Pulsant Terry JG, Tito Goire C, Oliva Prevots M, Cintra Castillo M. Análisis de algunos indicadores bibliométricos de la Revista Información Científica de la Universidad Médica de Guantánamo. Revista Información Científica. 2018;97(6):1088-99.
5. López Ferrer M. La evaluación de la actividad científica en las instituciones y el catálogo de indicadores bibliométricos de la URICI en el CSIC [monografía en Internet]. Madrid, España: CSIC - Unidad de Recursos de Información Científica para la Investigación (URICI); 2015 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: http://digital.csic.es/handle/10261/126178
6. Valle Díaz de la Guardia AM, Martín García A, Calleja Hernández MÁ, Cabeza Barrera J. Investigación clínica: el ensayo clínico. En: Martínez Nieto C, editor. Ensayos Clínicos: Actualización en ética, normativa, metodología y nuevas tecnologías. Madrid, España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria SEFH; 2017. p. 25-48.
7. Gálvez Toro. Enfermería Basada en la Evidencia: Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados - Evaluación de la calidad de las evidencias científicas [monografía en Internet]. Granada, España: Fundación Index; 2007 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: http://bit.ly/2lAMW8U
8. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. Rev Chil Infectol. 2014;31(6):705-18. DOI: 10.4067/S0716-10182014000600011
9. Sanz-Valero J, Tomás-Gorriz V, Morales-Suárez-Varela M. Estudio bibliométrico de la producción científica publicada por la revista Ars Pharmaceutica en el periodo 2001 a 2013. Ars Pharm. 2014;55(2):1-10.
10. Brooten D, Roncoli M, Finkler S, Arnold L, Cohen A, Mennuti M. A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having cesarean birth. Obstet Gynecol. 1994;84(5):832-8. PMID: 7936522
11. Bernabeu-Martínez MA, Sanz Valero J. Análisis bibliométrico y temático de la producción científica existente en la base de datos bibliográfica MEDLINE sobre medicamentos peligrosos en las Unidades de Hospitalización a Domicilio. Hosp Domic. 2018;2(3):101-15. DOI: 10.22585/hospdomic.v2i3.50
12. Dickersin K, Manheimer E, Wieland S, Robinson KA, Lefebvre C, McDonald S. Development of the Cochrane Collaboration's CENTRAL Register of controlled clinical trials. Eval Health Prof. 2002;25(1):38-64. DOI: 10.1177/016327870202500104; PMID: 11868444
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promover la seguridad de los medicamentos para niños. Edición española. Ginebra, Suiza: OMS; 2007.
14. Camargo Jr KR de, Coeli CM. Multiple authorship: growth or inflationary bubble? Rev Saude Publica. 2012;46(5):894-900. PMID: 23128267
15. Franco-Pérez AM, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C, Melian-Fleitas L. La producción científica iberoamericana en ciencias de la nutrición: La indización en PubMed y Google Scholar. Nutr Hosp. 2014;30(5):1165-72. DOI: 10.3305/nh.2014.30.5.7723; PMID: 25365023
16. Domingo-Pueyo A. Análisis bibliométrico de la producción científica española, indizada en MEDLINE, sobre servicios de atención a domicilio provisto por hospital. Hosp Domic. 2017;1(3):141-51. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i3.24
17. Franco-López A, Sanz-Valero J, Culebras J. Publicar en castellano, o en cualquier otro idioma que no sea inglés, negativo para el factor de impacto y citaciones. JONNPR. 2016;1(2):65-70. DOI: 10.19230/jonnpr.2016.1.2.1005

18. Arnett JJ. The neglected 95%: why American psychology needs to become less American. Am Psychol. 2008;63(7):602-14. DOI: 10.1037/0003-066X.63.7.602; PMID: 18855491

19. Sanz-Valero J, Tomás-Casterá V, Tomás-Gorriz V. Estudio bibliométrico de producción y consumo de la revista Farmacia Hospitalaria (2004-2012). Farm Hosp. 2014;38(1):1-8. PMID: 24483853

20. Brase J, Lautenschlager M, Sens I. The tenth anniversary of assigning DOI names to scientific data and a five year history of DataCite. D-Lib Magazine. 2015;21(1-2). DOI: 10.1045/january2015-brase

21. Sanz-Valero J, Gil Á, Wanden-Berghe C, Martínez de Victoria E; Grupo de Comunicación y Documentación Científica en Nutrición (CDC-Nut SENPE). Análisis bibliométrico y temático de la producción científica sobre ácidos grasos omega-3 indizada en las bases de datos internacionales sobre ciencias de la salud. Nutr Hosp. 2012;27(Supl 2):41-8. DOI: 10.3305/nh.2012.27.sup2.6272; PMID: 23568396

22. Leimu R, Koricheva J. Does Scientific Collaboration Increase the Impact of Ecological Articles? BioScience. 2005;55(5):438. DOI: 10.1641/0006-3568(2005)055[0438:DSCITI]2.0.CO;2

23. Hart RL. Collaboration and Article Quality in the Literature of Academic Librarianship. The Journal of Academic Librarianship. 2007;33(2):190-5. DOI: 10.1016/j.acalib.2006.12.002

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v3i4.84

Redes sociales: Recursos interactivos y la información sobre salud

Social networks: Interactive resources and health information

María Sanz-Lorente[1,2], Ramón Castejón Bolea[1]

1. Universidad Miguel Hernández, Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Campus San Joan d'Alacant, Alicante, España.
2. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, Centro de Salud Pública de Manises, Manises, España.

Correspondencia/Correspondence

María Sanz-Lorente

msanzlor@gmail.com

Recibido/Received

21.09.2019

Aceptado/Accepted

04.10.2019

Conflicto de Intereses/Competing interest

La autora y el autor del trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Sanz-Lorente M, Castejón Bolea R. Redes sociales: Recursos interactivos y la información sobre salud. Hosp Domic. 2019;3(4):269-77

RESUMEN

Dentro del ámbito sanitario, la evolución de la Web 2.0 también se ha hecho patente, y con el paso de los años se observa un cambio hacia una sociedad cada vez más informada sobre salud en Internet, hasta el punto de adoptar nuevos términos para nuestro vocabulario como el de eSalud. La llegada de las redes sociales (RR. SS.) digitales -consideradas el principal estandarte de este nuevo entorno digital- supuso una nueva vuelta de tuerca en la evolución de la comunicación hipermedia y en los modelos de comunicación tradicionales.

Las RR. SS. y la salud han establecido una fuerte relación. Y, es que no hay duda de que los *social media* están afectando a la forma en la que las personas, de los países con índices de desarrollo humano más altos, gestionan su salud. En el ámbito poblacional, el análisis de patrones y tendencias de las búsquedas en plataformas digitales pueden proporcionar información valiosa sobre el comportamiento relacionado con la salud de las poblaciones.

En la atención domiciliaria paciente y familia pasan de espectadores a protagonistas, asumen una posición más activa tanto en la comunicación como en la toma de decisiones. Se podría pensar que las RR. SS. son dominio exclusivo de la generación más joven. Sin embargo, muchos son los adultos, incluso de edad avanzada, que las han adoptado con entusiasmo para mantenerse al día, así como para relacionarse con sus conocidos y familiares.

Como ya se ha estudiado, las RR. SS. han demostrado su potencial en la provisión remota de supervisión clínica. No obstante, es importante prestar especial atención a tres importantes circunstancias: la proporción del adecuado aprendizaje, el adecuado proceso de uso y su supervisión.

Se puede concluir que en "situaciones ideales" las RR. SS. presentan beneficios para todas las partes implicadas en el cuidado domiciliario de la salud.

Palabras clave: Acceso a la Información; Acceso a Internet; Medios de Comunicación Sociales; Guía de Recursos; Servicios de Atención de Salud a Domicilio.

ABSTRACT

Within the sanitary scope, the evolution of 2,0 Web also has been made patent, and with the passage of the years a change is observed towards a society more and more informed on health in Internet, until the point to adopt new terms for our vocabulary like the one of eSalud. The arrival of the social digital networks (SSNN) -considered the main standard of this new digital surroundings- supposed a new turn of nut in the evolution of the hypermedia communication and in the traditional models of communication.

The SSNN and health have established a strong relation. In addition, it is that there is no doubt that social media are affecting the form in which the people, of the first world, manage their health. In the population scope, the analysis of patterns and tendencies of the searches in digital platforms can provide valuable information on the behavior related to the health of populations.

In home care patient and family become protagonists instead of spectators, they assume one more a more active position as much in the communication as in the decision-making. It would be possible to think that the SSNN are exclusive dominion of the youngest generation. Nevertheless, many are the adults, even of advanced age, that have adopted them warmly to stay up to the day, as well as to be even related to their well-known and familiar ones.

As it has already been studied, the SSNN have demonstrated their potential in the remote provision of clinical supervision. However, it is important to pay special attention to three important circumstances: the proportion of the suitable learning, the appropriated process of use and its supervision. It can be concluded that in "ideal situations" the SSNN present benefits for all the parts implied in the home care of health.

Keywords: Access to Information; Internet Access; Social Media; Resource Guide; Home Care Services.

INTRODUCCIÓN

Internet es sin duda el mayor repositorio de información, al que una población cada vez más familiarizada con las nuevas tecnologías de la comunicación y la información (TIC), puede acceder fácilmente. No es desatinado calificar a la Web 2.0 como el principal medio donde conseguir información sobre salud, permitiendo aproximarse sin restricciones a casi toda la información susceptible de ser transmitida (1,2).

Dentro del ámbito sanitario, la evolución de la Web 2.0 también se ha hecho patente, y con el paso de los años se observa un cambio hacia una sociedad cada vez más informada sobre salud en Internet, hasta el punto de adoptar nuevos términos para nuestro vocabulario como el de eSalud, para aludir a la práctica de cuidados sanitarios apoyada en las TIC (3). Además, la Web 2.0 es a su vez tremendamente influyente en la adopción de estilos de vida saludables o no saludables (4).

La comunicación para la salud es un campo de enorme complejidad que se construye desde una mirada trasdisciplinar. La salud se desarrolla no solo desde el sistema de atención sanitaria, sino también desde la multiplicidad de factores que condicionan la vida cotidiana, por lo que es evidente que la comunicación para la salud es una perspectiva necesaria en muchos ámbitos de la sociedad (5).

La llegada de las redes sociales (RR. SS.) digitales -consideradas el principal estandarte de este nuevo entorno digital, que también aglutina a los blogs, wikis y otros servicios multimedia- supuso una nueva vuelta de tuerca en la evolución de la comunicación hipermedia y en los modelos de comunicación tradicionales. El rápido y exitoso debut de las RR. SS. ha encendido las alarmas en los medios de comunicación tradicionales. El nuevo fenómeno de las RR. SS. suma audiencias millonarias, logra la personalización de los usuarios y rompe con algunas de las barreras de las viejas organizaciones mediáticas. Este nuevo medio de comunicación se cuela ya en las pantallas de millones de internautas como una de las principales fuentes de entretenimiento e información (6).

Como parte de los análisis de este nuevo entorno digital, algunos estudios examinaron su impacto en la comunicación en salud. En tal sentido, se describieron aspectos vinculados al aprovechamiento del potencial de las TIC, señalando la necesidad de adaptación de la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes al nuevo escenario de la denominada eSalud, en un proceso que conduzca a la ampliación de las posibilidades de interacción social y el consiguiente empoderamiento para la salud de los ciudadanos (7,8). Por una parte, se ponen de manifiesto elevados usos y una percepción positiva de los actores sobre estos recursos tecnológicos, por la otra, se identifican desviaciones en los procesos de interacción, flexibilidad y descentralización, como resultado de la calidad de los contenidos (9).

Las redes tienen una amplia y diversa aplicación en el ámbito de la salud. En este sentido, un artículo publicado en el *Bulletin of the World Health Organization* (10), llamaba la atención sobre las potencialidades de estas redes para los trabajadores de la salud y las instituciones. Su autora señalaba que:

> …hasta hace poco el modelo de comunicación predominante era de "una autoridad a muchos" (por ejemplo, de una institución de salud al público). Sin embargo, las redes sociales han cambiado el monólogo a un diálogo, donde cualquiera con acceso a las tecnologías de la información e Internet puede ser creador de contenido y comunicador…

Sin embargo, la utilidad de las RR. SS. para la salud no estriba solo en potenciar la comunicación horizontal, algo sumamente atractivo, sino que el análisis automatizado del tráfico de información compartida a través de ellas permite detectar patrones y comportamientos asociados a la búsqueda y suministro de información sobre salud y medicamentos (11,12). Saltan a la vista las potencia-

lidades de estas aplicaciones para la vigilancia en salud, la planificación de servicios de salud, el desarrollo de programas de intervención, de promoción de salud, entre otros (12).

Tenemos, por tanto, una herramienta que favorece la difusión de la información sobre salud a escala planetaria con características de inmediatez. Podría ser «la piedra filosofal» que muchos profesionales de las ciencias de la salud estaban buscando (1). El conjunto de la Web 2.0 brinda una nueva forma de entender la atención médica, ya que ofrece un medio para ser utilizado por el público, los pacientes y los profesionales de la salud (13).

No obstante, a pesar de la potencialidad que nos ofrece la Web 2.0 para el cuidado de la salud y la ingente información que se ha puesto al alcance de la población, con una oferta y una demanda en continuo aumento, la información sanitaria por sí sola no es suficiente para lograr cambios en los hábitos menos saludables. Para ello es necesario combinar la información con otras ayudas para la toma de decisiones. En todo caso, lo que es seguro es que en el empoderamiento social las personas que poseen las habilidades, capacidades y destrezas específicas, pueden participar en el cambio social (14).

Lo que ya es patente es que Internet se ha convertido en una necesidad para muchos usuarios, a la hora de obtener información sanitaria (15). De hecho, en ciertos sectores de la población, esta forma de informarse se ha convertido en un instrumento fundamental de la transmisión del conocimiento en salud (16).

Hasta hace unos años, los sanitarios eran la fuente más fiable de información sanitaria, pero Internet ha causado una gran revolución por la facilidad y rapidez de acceso a la información sobre salud, y ya no es extraño pensar que un paciente puede estar contrastando la información que le da con la que encuentra en la Red (17).

Las ventajas de la búsqueda de información sobre salud por Internet son (18,19):

- Ayudar a los pacientes a tomar decisiones de salud más informadas.
- Aumentar la autonomía del paciente.
- Reforzar los mensajes de promoción y prevención así como de adherencia al tratamiento.

Las desventajas serían (18,19):

- Ser fuente de desinformación debido a la gran variabilidad en la calidad de los contenidos Web.
- Causar ansiedad por las diferencias de consejos, testimonios y opiniones.
- Aumentar las expectativas y demandas de los pacientes respecto a nuevos tratamientos o terapias alternativas.
- Ensanchar las diferencias sociales según el grado de acceso a la Red.

A juicio de Marín-Torres *et al*. (17), el uso de Internet para buscar información sobre salud presenta más ventajas que inconvenientes en lo que se refiere a la relación médico-paciente, ya que Internet actuaría como un refuerzo de los consejos del médico. Es decir, no reemplaza al médico sino que cambia el tipo de relación, lo cual ya ha sido discutido en otras publicaciones sobre este tema. Hay que tener en cuenta que la incorporación de cualquier tecnología tiene efectos sobre los usuarios que la adoptan, impacta sobre su entorno social y lleva a una adaptación que, para producir el máximo beneficio para todos, debe ser generalizada (20).

Históricamente, la comunicación entre pacientes y médicos se ha basado en encuentros personales (21). El teléfono introdujo un cambio radical en el acceso de los pacientes a sus médicos. A mediados de la década de 1980, se comenzó a utilizar la comunicación a través del correo electrónico (22), principalmente con fines académicos; en la actualidad, constituye una forma de comunicación interpersonal habitual, junto con los sistemas de mensajería instantánea y video-

conferencias. El mismo fenómeno se verificó con el acceso a Internet, que es sin duda una gran fuente de información sobre salud para médicos y pacientes (23).

Las RR. SS. y la salud han establecido una fuerte relación. Y, es que no hay duda de que los *social media* están afectando a la forma en la que las personas, principalmente en los países más desarrollados, gestionan su salud.

En el ámbito de la salud, los pacientes encuentran tres principales utilidades en el uso de las RR. SS. (24):

> Consulta: Con la llegada de la llamada salud 2.0, cada vez son más los profesionales de la salud que han decidido "abrir consulta" en lugares como Twitter o Facebook. Ambas plataformas (aunque Twitter es algo más indicado para ello) proporcionan la posibilidad de que dichos profesionales pongan su conocimiento -y su tiempo libre- al servicio de sus seguidores, resolviendo las dudas que estos les plantean.
>
> Información: Si ya queda clara la importancia del "Dr. Google", es decir el uso del buscador de Google para resolver dudas sobre salud, mención aparte merece la utilización de las redes sociales con el mismo fin. Aquí más que hacer búsquedas aisladas lo frecuente es hacerse seguidor de perfiles que hablen sobre temas de salud más o menos generales que puedan interesar al usuario. Así, por ejemplo una madre primeriza seguramente se haga seguidora de alguna página de pediatría para recibir consejos sobre cómo cuidar a su hijo; alguien que quiera adelgazar buscará páginas que publiquen con frecuencia consejos para perder peso, etc.
>
> Apoyo: Una de las ventajas de las redes sociales más explotadas por los pacientes es la posibilidad de crear grupos de personas agrupadas por intereses comunes. Esta característica la han aprovechado muchos enfermos para crear grupos de apoyo en redes como Facebook donde poder hablar con otras personas en su misma situación y compartir material de interés sobre su enfermedad.

Ahora bien, si hubiese que destacar dos peligros de las RR. SS. para la salud, estos podrían ser el exceso de ruido y la falta de voces autorizadas.

Nadie controla lo que se dice en las RR. SS., lo que provoca que por ellas se extiendan todo tipo de informaciones inexactas o directamente erróneas; algo que es especialmente grave cuando se trata de información sanitaria como consejos para la salud. Esto unido a la dificultad para diferenciar las fuentes de información fiables hace que el binomio redes sociales y salud sea aun visto con recelos por parte de la comunidad sanitaria; a pesar de que varias experiencias ya han demostrado como el buen uso de estas redes puede mejorar la comunicación médico paciente.

Los profesionales de la salud han sido vistos tradicionalmente como un sector algo reticente al uso de las nuevas tecnologías de la información. Quizás por eso su presencia en las redes sociales sea aun algo deficiente. No obstante, su participación es necesaria si se quiere que realmente internet se convierta en una importante herramienta de salud pública.

En consecuencia, a la hora de diseñar cualquier estrategia de comunicación en salud es necesario pensar en los canales más adecuados para hacer llegar la información a sus destinatarios. Los medios de comunicación de masas han sido tradicionalmente uno de los principales pilares para la emisión de mensajes hacia la población. Actualmente, las redes sociales pueden ser un formato idóneo para las acciones de promoción y protección de la salud (25).

En el ámbito poblacional, el análisis de patrones y tendencias de las búsquedas en plataformas digitales -como Google-, el estudio de como "navega" la gente por Internet para obtener información relacionada con la salud, así como la forma en que se comunican y comparten los contenidos, pueden proporcionar información valiosa sobre el comportamiento relacionado con la salud de las

poblaciones. Este razonamiento llevó a definir, en el año 2009, el concepto de infodemiología (*infodemiology*) que incluye aspectos como la infovigilancia (*infosurveillance*) y, por supuesto, el análisis de las RR. SS. (11). Es un área emergente que complementa las herramientas de salud pública ya existentes y que permiten una vigilancia epidemiológica en tiempo real, detectar y cuantificar disparidades en el acceso a la información sanitaria, analizar la efectividad de las intervenciones educacionales y de campañas de salud o disponer de datos autogenerados por el paciente.

UTILIDAD PARA LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

El cuidado domiciliario constituye hoy una modalidad de atención que permite solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria y la cronicidad, los cuales constituyen un problema de interés en los países desarrollados y que pueden ser manejados en el domicilio del paciente como una opción costo-efectiva y segura. Para ello, es necesario buscar estrategias que permitan su desarrollo, gestión de riesgos y modelos de atención, logrando mejorar las condiciones de salud de la población (26,27).

El Hospital a Domicilio (HaD) es una modalidad asistencial consolidada y generalizada, que permite dar una atención al paciente digna, equitativa, próxima, ajustada a sus necesidades, segura y excelente. Contribuye a la sostenibilidad del sistema y acerca la atención especializada al escenario terapéutico natural que es el propio domicilio. La HaD del siglo XXI no se plantea ya exclusivamente como opción asistencial, se posiciona como la mejor alternativa para numerosos procesos médicos y quirúrgicos en un determinado momento evolutivo de los mismos. Y esto es posible porque la HaD proporciona intensidad de cuidados mediante una atención multidisciplinar centrada en el paciente, humanizando esta atención e integrando al paciente y su familia en los cuidados. Fomenta la continuidad asistencial y es segura, efectiva, eficiente y satisfactoria (28).

En el domicilio, paciente y familia pasan de espectadores a protagonistas, cambia su actitud, asumen una posición más activa tanto en la comunicación como en la toma de decisiones y asumen más responsabilidad y más participación en los cuidados (29). El cuidado tiene entre sus pilares el establecimiento de una buena comunicación con el enfermo, mediada principalmente por el lenguaje verbal. Sin embargo, se sabe que no solo la palabra es mediación en la comunicación. Además, los mensajes pueden ser olvidados, recordados o modificados de acuerdo con el significado que le dan los pacientes según su comprensión o utilidad (30). Por tanto, siempre será aconsejable utilizar herramientas comunicativas que permitan recordar e interpretar las instrucciones de forma correcta.

En el HaD el campo de la telemedicina ha experimentado un importante crecimiento y expansión en el conocimiento y la innovación en los últimos 50 años, siendo las subcategorías más comunes de la telemedicina la consulta remota, la teleradiología y la telepatología. Y, se basaban fundamentalmente en la telefonía móvil (31).

A partir de estas experiencias se ha profundizado en el uso de la tecnología digital y las RR. SS. como componente clave para mejorar la asistencia domiciliaria de la salud, teniendo como finalidad mejorar el soporte al final de la vida, tanto en el paciente mayor como en el paliativo (32).

Se podría pensar que las RR. SS. son dominio exclusivo de la generación más joven. Sin embargo, muchos son los adultos, incluso de edad avanzada, que las han adoptado con entusiasmo para mantenerse al día, así como para relacionarse con sus conocidos y familiares.

El uso de las RR. SS. puede ser muy beneficioso para las personas que saben cómo usarlas. En algunas personas, sobre todo mayores, el aprender algo nuevo a menudo puede ser un desafío. Además, los beneficios del uso de las RR. SS. incluyen la mejora de las capacidades cognitivas, la

disminución de los sentimientos de soledad y lo obvio, una fuente de entretenimiento. En general, las redes sociales parecen tener un efecto positivo en el bienestar de las personas (8). Se ha demostrado que el uso de internet reduce el riesgo de depresión de las personas mayores hasta en un 33% (33). Aunque hay que tener presente que el uso de las RR. SS. puede aliviar algunos de estos efectos, pero no es suficiente. Estas personas necesitan pasar tiempo regularmente en la presencia física de otros para evitar los efectos emocionales, mentales y físicos del aislamiento y en el ámbito del cuidado de la salud sentir la proximidad del profesional sanitario. Es decir, las RR. SS. son una herramienta positiva para las personas mayores, los enfermos, las familias y los proveedores de cuidados. Pero es algo que debe abordarse con cierto grado de precaución. Es importante alentar a la interacción con amigos y conocidos de "toda la vida", saber ver más allá de una pantalla y saber aprovechar el tiempo para hacer un poco de todo (33).

Como ya se ha estudiado, las RR. SS. (Skype, Facebook, Twitter, etc.) han demostrado su potencial en la provisión remota de supervisión clínica. No obstante, es importante prestar especial atención a tres importantes circunstancias: la proporción del adecuado aprendizaje, el adecuado proceso de uso y su supervisión (34).

Por todo lo aquí expresado se puede concluir que en "situaciones ideales" las RR. SS. presentan beneficios para todas las partes implicadas en el cuidado domiciliario de la salud (enfermos, familiares, cuidadores, equipo sanitario, etc.), aunque estas RR. SS. como cualquier otra tecnología tienen algunos inconvenientes: la amenaza de la privacidad de los enfermos y su entorno, el respeto a su confidencialidad y la necesidad de una adecuada supervisión. Teniendo estos inconvenientes controlados, las RR. SS. pueden ser un gran apoyo en la hospitalización a domicilio.

Así, de acuerdo a lo expuesto por Barroso y Aguilar (35), la irrupción de la Web Social, dentro de los diferentes ámbitos de nuestra sociedad, resulta un hecho evidente en el siglo XXI. Las herramientas 2.0 se han convertido en el mayor medio de comunicación, colaboración, transmisión y difusión de información, permitiendo interaccionar de forma activa con otros usuarios, transformándose en un espacio en el que prevalece la democratización del conocimiento y aprendizaje común de una forma rápida y cómoda. Todo ello, bajo la "filosofía 2.0", «donde lo esencial no es el volumen de herramientas que se emplea, sino el buen uso que se hace de ellas, pudiendo contribuir, publicar, compartir y colaborar, y evitar ser un simple espectador pasivo». En las redes se puede vivir o sobrevivir, como publicó Fariñas en 2011 (36). Si viven, actúan a conciencia, piensan, generan debates, opinan, disienten, aportan, coinciden, se integran conforme a propósitos deliberados. Si sólo sobreviven, como es el caso de la mayoría de las personas mayores, son actores pasivos, simples caminantes del camino señalado por otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz-Valero J, Castiel LD, Wanden-Berghe C, Juan Quilis V. Internet y la búsqueda de información en salud pública: desde la relevancia hacia la «revelancia». Gac Sanit. 2006;20(2):159-60. PMID: 16753094
2. Sanz-Lorente M, Guardiola-Wanden-Berghe R. Evaluación de la calidad de las páginas Web sobre el Hospital a Domicilio: el Indicador de Credibilidad como factor pronóstico. Hosp Domic. 2017;1(2):73-82. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.11
3. Villaescusa Martínez V, Sáez Villar L. Búsqueda de información sobre salud a través de Internet. eGlobal. 2013;12(3):197-205.

4. Tonsaker T, Bartlett G, Trpkov C. Health information on the Internet: gold mine or minefield? Can Fam Physician. 2014;60(5):407-8. PMID: 24828994
5. Díaz H. El papel de la comunicación en salud. Viure en Salut. 2014;(100):4-5.
6. Campos Freire F. Las redes sociales trastocan los modelos de los medios de comunicación tradicionales. Rev Lat Comun Soc. 2008;(63):287-93.
7. Bacallao Pino LM. Recursos interactivos y redes sociales en la información sobre salud sexual y reproductiva en la prensa cubana: la sección «sexo sentido» del diario Juventud Rebelde. Rev Cuba Inf Cienc Salud. 2015;26(2):94-106.
8. Torres Valdés RM, Santa Soriano A. Necesidad de adaptar los procesos de comunicación en salud a la Sociedad Red: Nuevas formas relacionales entre profesional sanitario y paciente. Historia y Comunicación Social. 2014;18(Nov):1-17. DOI: 10.5209/rev_HICS.2013.v18.44277
9. Lupiáñez-Villanueva F. Internet y salud: una aproximación empírica a los usos de Internet relacionados con la salud. En: Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación: Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento. Logroño, España: Gobierno de La Rioja; 2009. p. 103-18.
10. McNab C. What social media offers to health professionals and citizens. Bull World Health Org. 2009;87(8):566. DOI: 10.2471/blt.09.066712; PMID: 19704998
11. Eysenbach G. Infodemiology and infoveillance: framework for an emerging set of public health informatics methods to analyze search, communication and publication behavior on the Internet. J Med Internet Res. 2009;11(1):e11. DOI: 10.2196/jmir.1157; PMID: 19329408
12. Sánchez Tarragó N. Las redes sociales en Internet y su impacto en la Salud Pública. Rev Cuba Inf Cienc Salud. 2014;25(2):748-58.
13. Moorhead SA, Hazlett DE, Harrison L, Carroll JK, Irwin A, Hoving C. A new dimension of health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. J Med Internet Res. 2013;15(4):e85. DOI: 10.2196/jmir.1933; PMID: 23615206
14. Almendro C. Comunidades virtuales de profesionales y pacientes en Mundos Virtuales. En: El ePaciente y las redes sociales [Internet]. Valencia: Instituto Itaca y Fundación Vodafone España; 2011 [citado 20 de mayo de 2019]. p. 133-46. Disponible en: http://bit.ly/2HFsXgu
15. Eysenbach G, Köhler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. Br Med J (BMJ). 2002;324(7337):573-7. DOI: 10.1136/bmj.324.7337.573; PMID: 11884321
16. Conesa Fuentes C. Evaluación de la calidad de los sitios Web con información sanitaria en castellano [tesis doctoral]. Murcia, España: Facultad de comunicación y documentación, Universidad de Mucia; 2010.
17. Marin-Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz del Castillo Vicente MI, Polentinos-Castro E, Garrido Barral A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. Aten Primaria. 2013;45(1):46-53. DOI: 10.1016/j.aprim.2012.09.004; PMID: 23140836
18. Wald HS, Dube CE, Anthony DC. Untangling the Web--the impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship. Patient Educ Couns. 2007;68(3):218-24. DOI: 10.1016/j.pec.2007.05.016; PMID: 17920226
19. Hartzband P, Groopman J. Untangling the Web--patients, doctors, and the Internet. N Engl J Med. 2010;362(12):1063-6. DOI: 10.1056/NEJMp0911938; PMID: 20335581

20. Coiera E. Four rules for the reinvention of health care. Br Med J (BMJ). 2004;328(7449):1197-9. DOI: 10.1136/bmj.328.7449.1197; PMID: 15142933
21. Teutsch C. Patient-doctor communication. Med Clin North Am. 2003;87(5):1115-45. PMID: 14621334
22. Mayer Pujadas MA, Leis Machín A. El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales. Aten Primaria. 2006;37(7):413-7. DOI: 10.1157/13087384
23. Melamud A, Puiggari J, Goldfarb G, Cairoli H, Otero P. Información sobre salud en Internet: su empleo por pediatras y padres de pacientes. Arch Argent Pediatr. 2007;105(6):513-6.
24. Centro de Empresas de las Tecnologías de la Información y Comunicación (CETIC-UGR). Redes sociales y salud: Para qué sirven y cómo usarlas en tu clínica. Granada, España: CETIC-UGR; 2019.
25. Revuelta G, Faubel R, Carrasco JM. Comunicación y salud pública. Viure en Salut. 2014;(100):8-9.
26. Sánchez M, Fuentes G. Gestion clínica de programas de cuidado domiciliario. Rev CES Salud Pública. 2016;7(2):1-11. DOI: 10.21615/cessp.7.2.5
27. Sanz-Lorente M, Castejón-Bolea R. Infografías en las ciencias de la salud: aplicación al cuidado domiciliario. Hosp Domic. 2018;2(2):67-78. DOI: 10.22585/hospdomic.v2i2.44
28. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. Hosp Domic. 2017;1(1):7-9. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.8
29. Gallud Romero J. Por qué sigo creyendo en el hospital a domicilio. Hosp Domic. 2017;1(2):57-64. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.16
30. Madrigal Ramírez MC, Forero Pulido C, Escobar CL. La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. Investig Enferm Imagen Desarr. 2013;15(2):49-63.
31. Wang Y, Zhao Y, Zheng J, Zhang A, Dong H. The evolution of publication hotspots in the field of telemedicine from 1962 to 2015 and differences among six countries. J Telemed Telecare. 2018;24(3):238-53. DOI: 10.1177/1357633X17693749; PMID: 28347217
32. Watkins T. Decreasing informal caregiver burden with social media. Home Healthc Nurse. 2014;32(5):304-8. DOI: 10.1097/NHH.0000000000000058; PMID: 24802601
33. Centro Internacional sobre el Envejeciemiento (CENIE). Tercera edad: Las redes sociales también son para ti [Internet]. Salamanca, España: CENIE; 2018 [citado 16 de junio de 2019]. Disponible en: https://cenie.eu/es
34. Bruce T, Byrne F, Kemp L. Using Skype to support remote clinical supervision for health professionals delivering a sustained maternal early childhood programme: a phenomenographical study. Contemp Nurse. 2018;54(1):4-12. DOI: 10.1080/10376178.2018.1441732; PMID: 29455610
35. Barroso Osuna J, Aguilar Gavira S. Las personas mayores y las redes sociales: Un análisis de la situación actual. Aula de Encuentro. 2016;18(1):228-50.
36. Fariñas Díaz JR. El Impacto de las Redes Sociales en la propiedad intelectual. Rev Propiedad Intelectual. 2011;10(14):150-73.

ISSN-L: 2530-5115

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v3i4.81

Rotación a Metadona en domicilio como alternativa en dolor refractario oncológico

Rotation of Methadone in address as an alternative in oncological refractory pain

Aarón Gutiérrez Pastor[1], Annabella Freitas Amorós[1], Rafael Lopez-Bas[1]

1. Hospital San Juan de Alicante. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Sant Joan d'Alacant, España.

Correspondencia/Correspondence

Aarón Gutiérrez Pastor

Recibido/Received

27.06.2019

Aceptado/Accepted

01.09.2019

Conflicto de Intereses/Competing interest

Los autores y autora del trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Gutiérrez Pastor A, Freitas Amorós A, Lopez-Bas R. Rotación a Metadona en domicilio como alternativa en dolor refractario oncológico. Hosp Domic. 2019;3(4):279-88

RESUMEN

Los opioides son la piedra fundamental en el tratamiento farmacológico del dolor oncológico, llegando a controlar al 80% de los casos; permaneciendo un 20% en que se mantiene un dolor refractario, por no conseguir aliviar el dolor a pesar de un incremento suficiente en la dosis y/o por aparición de efectos secundarios indeseables.

Una de las medidas propuestas para el manejo del dolor refractario consiste en la Rotación de Opioides, cuyo objetivo es obtener un equilibrio entre control analgésico y efectos secundarios. Es aquí donde la Metadona parece jugar un importante papel como medicamento a utilizar como segunda línea para el control sintomático. Sus características farmacocinéticas: gran biodisponibilidad oral, su actividad agonista en receptores opioides, junto al efecto antagonista sobre los receptores N-metil-D-Aspartato (NMDA), la convierten en una buena alternativa para conseguir el control del dolor refractario que habitualmente tiene gran componente neuropático. Sin embargo, debido a una vida media larga e impredecible, requiere ser realizada por equipos con experiencia.

Palabras clave: Dolor oncológico; Analgésicos opioides; Metadona; Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital.

ABSTRACT

Opioids are the cornerstone in the pharmacological treatment of oncological pain, reaching 80% control of cases; remaining 20% in which a refractory pain is maintained, because of not managing to alleviate the pain despite a sufficient increase in the dose and / or by the appearance of undesirable side effects.

One of the measures proposed for the management of refractory pain consists of the rotation of opioids, whose objective is to obtain a balance between analgesic control and side effects. This is where Methadone seems to play an important role as a drug to be used as a second line for symptomatic control. Its pharmacokinetic characteristics: great oral bioavailability, its agonist activity in opioid receptors, together with the antagonistic effect on N-methyl-D-Aspartate (NMDA) receptors, make it a good alternative to achieve control of refractory pain that usually has a large neuropathic component. However, due to a long and unpredictable half-life, it needs to be done by experienced teams.

Palabras clave: Cancer pain; Analgesics opioid; Methadone; Home Care Services, Hospital-Based.

INTRODUCCIÓN

Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos el dolor producido por el cáncer es, posiblemente, uno de los síntomas más frecuentes, así como el que más temor genera en los pacientes con un diagnóstico oncológico (1). Éste llega a aparecer hasta en el 30% de los mismos en el momento del diagnóstico inicial de la enfermedad, pudiendo alcanzar hasta en el 70-80% de los pacientes en los momentos finales de su vida.

El dolor es uno de los síntomas más comunes en los enfermos con un diagnóstico de cáncer, por su alta prevalencia y severidad. Además, el Observatorio Europeo del Cáncer (ECO-OEC) estima que la incidencia de cáncer presenta una tendencia en aumento; alcanzando cifras en 2018 de 683,5 casos por cada 100.000 habitantes y suponiendo la muerte de más de 294,3 por cada 100.000 pacientes (2). Durante toda la historia natural del cáncer, entre el 50% de los pacientes presentan dolor, alcanzando al 75 % en situación de enfermedad avanzada y terminal (3). Además, del total de estos enfermos, en torno a un 25-30% presentarán un dolor de alta severidad, mientras que un 60% sufrirá más de un tipo de dolor y un 30% padecerá 3 o más tipos diferentes de dolor (4). Por otro lado, casi un 30% de los enfermos oncológicos no reciben un tratamiento analgésico adecuado debido probablemente a la dificultad intrínseca del propio dolor y a un adiestramiento parcial y deficitario de los profesionales sanitarios en el uso de opioides potentes (5).

Existe escasa literatura acerca de estudios epidemiológicos relacionados sobre registros de dolor por cáncer en países industrializados. Además, existe un subregistro del dolor relacionado con cáncer (6). Las razones que explicarían este fenómeno son complejas y no se entienden bien. Aparentemente, se debe a una serie de creencias por parte de los pacientes, familias y profesionales de la salud. Las razones esgrimidas por *The British Pain Society´s*, incluyen los siguientes argumentos (6):

- Creencia de que el dolor es inevitable en el cáncer.
- Creencia de que los “buenos” pacientes no se quejan de dolor.
- Preocupación de que hablar sobre el dolor pueda distraer al médico del tratamiento del cáncer.
- Temor a la adicción al medicamento.
- Inquietudes acerca de la tolerancia.
- Inquietudes acerca de los efectos secundarios.
- Miedo a que el dolor signifique progresión de enfermedad.

El conocimiento de la prevalencia y del tratamiento integral del dolor por cáncer permitiría optimizar claramente la atención, mejorando la disponibilidad de los medicamentos opioides, así como implementar políticas de educación en dolor, con una correcta asignación de recursos económicos, principalmente en el campo de la investigación (7).

Los opioides constituyen la principal herramienta en la lucha contra el dolor en el cáncer. Éstos no tienen techo analgésico y las dosis requeridas varían considerablemente de unos pacientes a otros. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se consigue un buen control analgésico en más del 80% de los casos, permaneciendo un 20% de los mismos en que se mantiene un dolor refractario, bien por no conseguir aliviar el dolor a pesar de un incremento suficiente en la dosis del opioide, o bien por la aparición de efectos secundarios indeseables que dificultan el manejo del paciente. Una de las medidas propuestas para el manejo del dolor refractario, pasa por la realización de una rotación de opioides, técnica que consiste en la sustitución del opioide previo por otro con el objetivo de obtener un equilibrio entre control analgésico y los efectos secundarios. Es aquí donde la Metadona parece jugar un importante papel como medicamento a utilizar en segunda línea para el control sintomático de estos pacientes. Las características far-

macocinéticas de la metadona por su gran biodisponibilidad oral y su mecanismo de acción dual como agonista en receptores opioides, y por su efecto antagonista sobre los receptores NMDA, lo que disminuye el desarrollo de tolerancia a los opioides. Todo ello, la convierten en una muy buena alternativa para conseguir el control del dolor refractario, que habitualmente tiene un gran componente neuropático. Por otro lado, y debido a presentar una vida media larga e impredecible, requiere que la rotación sea realizada por equipos con amplia experiencia principalmente en ámbito extrahospitalario.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Presentamos el caso de un paciente de 55 años, ingresado a cargo de nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) para control de síntomas, con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata T4N1M1c en estadio IV Gleason 4+4, con valores de Antígeno prostático específico (PSA) de 110,47ng/mL y fosfatasa alcalina (FA) de 142 U/L iniciales, y metástasis óseas múltiples: en columna vertebral dorsal y lumbar, parrillas costales, escápula izquierda, esternón, sacro, pelvis y vertiente proximal de ambos fémures. Así mismo presentaba varios focos metastásicos a nivel hepático, mediastínico, retroperitorneal y peritoneal (tabla 1); no susceptible de más tratamiento quimioterápico con intención curativa por el servicio de oncología (figuras 1-3).

Había recibido radioterapia antiálgica sobre pelvis, caderas y región lumbar por las lesiones metastásicas óseas a dosis submáximas (20Gy) 4 meses antes. Desde su ingreso, presenta un difícil manejo del control del dolor, a pesar de haber recibido tratamiento inicialmente con parches de Fentanilo TTS a dosis de 300mcg/hr incluso cada 48 horas; Dexametasona a dosis de 12 mg/día (8-4-0); y Pregabalina 150mg/12 horas.

Se intenta realizar rotación de opioides con infusor subcutáneo de morfina a dosis de 360 mg/día junto a rescates de Fentanilo de liberación rápida de 400mcg/pulsación (llegando a requerir unos 5 rescates por día). Tras 72 horas con esta dosis, no se consigue controlar el dolor y comienza a presentar cuadro compatible con Neurotoxidad Inducida por Opiáceos (NIO): mioclonías, bradipsiquia y delirium. Se decide ante fenómeno de hiperalgesia, realizar rotación gradual en 3 días a Metadona, siguiendo esquema de Ripamonti (tabla 2 y tabla 3).

Tabla 1. Sistema TNM de estadificación del cáncer de próstata (11)

<table>
<tr><th>Etapa</th><th>Agrupamiento para establecer la etapa</th><th>Definiciones</th></tr>
<tr><td>I</td><td>cT1, N0, M0
Grupo de Grado 1
PSA < 10</td><td rowspan="11">T: Extensión del tumor principal
• T1 y T2: Tumor localizado en la próstata
  • cT1: El tumor no se puede palpar con tacto rectal o verse con un estudio por imagen.
  • cT2a: El tumor se puede palpar con tacto rectal o verse con un estudio por imagen. Se encuentra en una mitad o menos de un lado de la próstata.
  • pT2a: La próstata ha sido removida con cirugía y el tumor se encuentra localizado en la misma.
  • cT2b: El tumor se puede palpar con tacto rectal o verse con un estudio por imagen. Se encuentra en más de la mitad de un lado de la próstata.
  • cT2c: El tumor se puede palpar con tacto rectal o verse con un estudio por imagen. Se encuentra en ambos lados de la próstata.
• T3: El cáncer se ha extendido a las vesículas seminales.
• T4: El cáncer se ha extendido al esfínter uretral, recto, vejiga y/o a la pared de la pelvis

N: Afectación de ganglios linfáticos
• N0: No afectación de ganglios linfáticos
• N1: Propagación del tumor a ganglios linfáticos

M: Presencia o ausencia de metástasis
• M0: Ausencia de metástasis
• M1: Presencia de metástasis

PSA: Nivel de PSA al momento del diagnóstico

GRUPO DE GRADO (Puntuaje Gleason)

Mide la probabilidad de propagación rápida del tumor. Se determina por resultados anatomopatológicos.
• Grupo de Grado 1 (Gleason ≤6)
• Grupo de Grado 2 (Gleason 3+4 = 7)
• Grupo de Grado 3 (Gleason 4+3 = 7)
• Grupo de Grado 4 (Gleason 8)
• Grupo de Grado 5 (Gleason 9-10)</td></tr>
<tr><td></td><td>cT2a, N0, M0
Grupo de Grado 1
PSA < 10</td></tr>
<tr><td></td><td>pT2, N0, M0
Grupo de Grado 1
PSA < 10</td></tr>
<tr><td>II</td><td>cT1, N0, M0
Grupo de Grado 1
PSA 10 - 20</td></tr>
<tr><td></td><td>cT2a o pT2, N0, M0
Grupo de Grado 1
PSA 10-20</td></tr>
<tr><td></td><td>cT2b o cT2c, N0, M0
Grupo de Grado 1
PSA < 20</td></tr>
<tr><td>IIB</td><td>T1 o T2, N0, M0
Grupo de Grado 2
PSA < 20</td></tr>
<tr><td>IIC</td><td>T1 o T2, N0, M0
Grupo de Grado 3 ó 4
PSA < 20</td></tr>
<tr><td>IIIA</td><td>T1 o T2, N0, M0
Grupo de Grado 1 a 4
PSA ≥ 20</td></tr>
<tr><td>IIIB</td><td>T3 o T4, N0, M0
Grupo de Grado 1 a 4
Cualquier PSA</td></tr>
<tr><td>IIIC</td><td>Cualquier T, N0, M0
Grupo de Grado 5
Cualquier PSA</td></tr>
<tr><td>IVA</td><td>Cualquier T, N1, M0
Cualquier Grupo de Grado
Cualquier PSA</td></tr>
<tr><td>IVB</td><td>Cualquier T, cualquier N, M1
Cualquier Grupo de Grado
Cualquier PSA</td></tr>
</table>

Figura 1. Conglomerados adenopáticos interaortocava y paraórticos

Figura 2. Metástasis blásticas con componente de tejido de partes blandas asociado e infiltración de músculo iliaco y glúteo menor derechos

Figura 3. Gammagrafía ósea Cuerpo entero

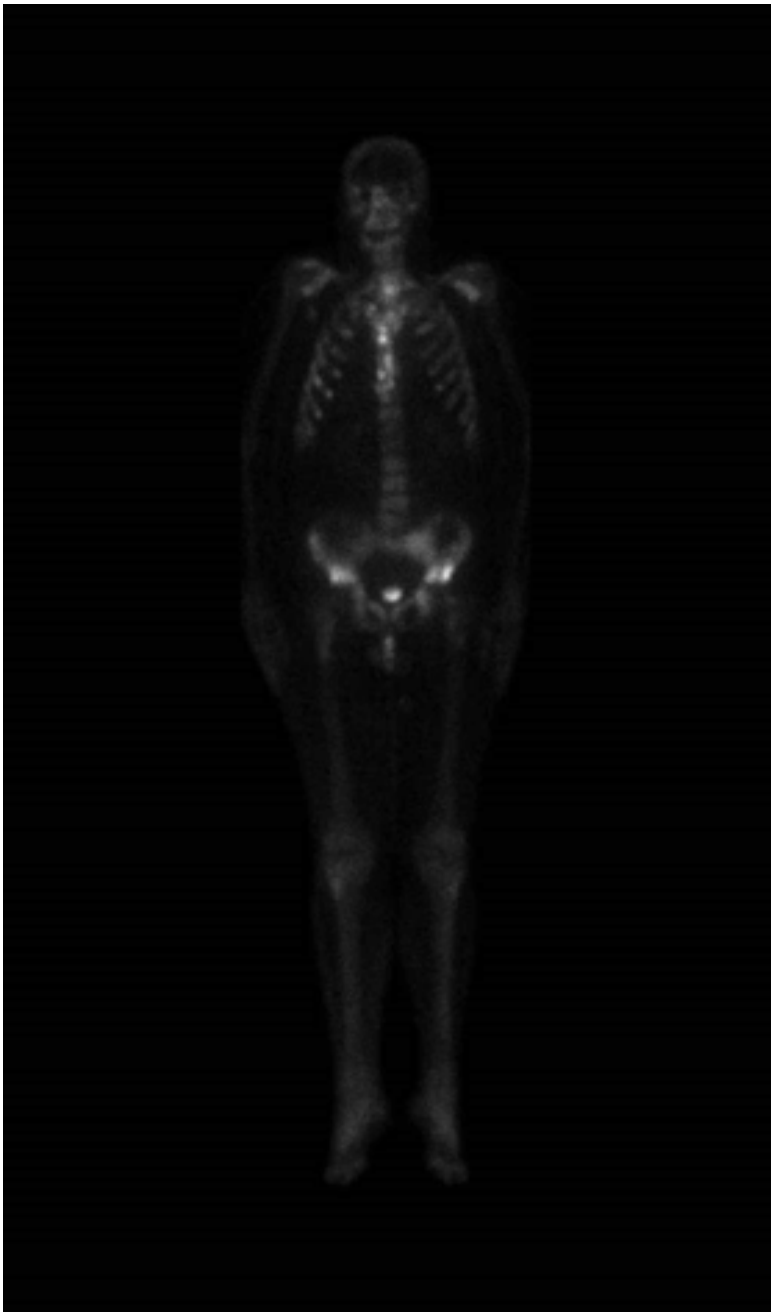


Tabla 2. Ratios equi-analgésicos morfina-metadona de acuerdo a dosis previas de morfina oral (8)

Dosis previa de Morfina en 24 horas	**Ratio recomendado Morfina oral: Metadona oral***
Menos de 90 mg	4:1
90-300 mg	8:1
Mayor de 300 mg	12:1

Tabla 3. Método de rotación gradual a metadona en 3 días (8)

Dosis Morfina equivalente > 100 mg*		**Dosis de Metadona****
Día 1	Reducción de 30-50%	Reemplazar opioides usando ratio Morfina-Metadona 10:1
Día 2	Reducción adicional 30-50% de la dosis	Aumentar Metadona si hay dolor moderado a severo. (Dolor transitorio manejado con opioides de rescate)
Día 3	Discontinuar	Mantener Metadona cada ocho horas. Rescate: 10% de la dosis diaria de Metadona
* Dosis Morfina equivalente menor a 100mg: suspensión inmediata de Morfina y administrar Metadona 5mg cada ocho horas ** La dosis total de Metadona se da dividida en tres tomas diarias (cada ocho horas)		

Se inicia Metadona a dosis de 20 mg/8horas, reduciendo cada día en torno a 1/3 de la dosis de morfina que llevaba en el infusor (primer día 250 mg, segundo día 150 mg y al tercer día se retiró el infusor subcutáneo). Desde las primeras 24 horas, el paciente describe mejoría clínica, pasando a tener en la Escala Visual Analógica (EVA) una puntuación de 10/10 hasta alcanzar un EVA de 3/10 (70% de mejoría de la percepción del dolor) a los 5 días. No presentó efectos secundarios y permaneció un total de 52 días con Metadona oral; disminuyendo, incluso, los fármacos coadyuvantes y consiguiendo una adecuada calidad de vida del paciente, pudiendo descansar y deambular por domicilio.

Sin embargo, se produce la progresión de enfermedad con infiltración del canal medular. Se inició radioterapia urgente y se inició corticoterapia a altas dosis. A pesar de ello, presenta empeoramiento continuo tras lo que presenta una parada cardiorrespiratoria y fallecimiento del paciente.

CONCLUSIONES

El dolor es un síntoma de alta prevalencia en los pacientes con diagnóstico de cáncer, haciendo que disminuya la actividad del enfermo, interfiriendo con el apetito, el sueño, el estado del ánimo y conllevando a la pérdida del autocontrol. Además, a pesar de seguir las recomendaciones de la denominada Escalera analgésica de la OMS, existe un grupo de pacientes, hasta un 30%, en quienes se plantea la necesidad de realizar una rotación de opioides, bien por una pobre respuesta analgésica, por aparición de toxicidad, o una combinación de ambas (9). Esta rotación suele ser eficaz con una mejoría en el control del dolor en el 40-80% de los casos.

El dolor en pacientes oncológicos suele tener mucho componente neuropático; de ahí que la Metadona sea considerada como el analgésico de 2ª línea para realizar una rotación de opioides por su mecanismo dual (10,11). Como en el estudio prospectivo de Porta-Sales *et al*. (11), con este caso se demuestra la eficacia y seguridad de la rotación escalonada a metadona en pacientes oncológicos en ámbito domiciliario con mal control del dolor, siempre y cuando ésta se realice por equipos adiestrados en el manejo de este medicamento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
2. ECO/OEC. European Cancer Observatory, Observatoire Européen du Cancer. International Agency for Research on Cancer, Lyon, 2009 [citado 1 jun 2019]. Disponible en: http://eu-cancer.iarc.fr.
3. Hui D, Bruera E. A personalized approach to assessing and managing pain in patients with cancer. J Clin Oncol. 2014 Jun 1;32(16):1640-6. DOI: 10.1200/JCO.2013.52.2508; PMID: 24799495
4. Grond S, Zech D, Diefenbach C, Radbruch L, Lehmann KA. Assessment of cancer pain: A prospective evaluation in 2266 cancer patients referred to a pain service. Pain. 1996;64(1):107-14. DOI: 10.1016/0304-3959(95)00076-3; PMID:8867252.
5. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med. 1994 Mar 3; 330(9):592-6. DOI: 10.1056/NEJM199403033300902; PMID: 7508092
6. The British Pain Society. Cancer Pain Management [monografía en Internet]. London, United Kingdom: The British Pain Society; 2010 [citado 25 ago 2019]. Disponible en: http://bit.ly/2ZqNMTE
7. Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Lorentzon M, Kite S, et al. The level of need for palliative care: A systematic review of the literature. Palliat Med. 2000;14(2):93-104. DOI: 10.1191/026921600669997774; PMID: 10829143
8. Patricia Papa M. Modalidades de rotación morfina a metadona en pacientes con dolor oncológico. Rev Med Urug. 2009; 25:124-130.
9. Quigley C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD004847. DOI: 10.1002/14651858.CD004847.pub2; PMID: 15266542

10. Mercadante S, Bruera E. Opioid switching: a systematic and critical review. Cancer Treat Rev. 2006;32(4):304-15. DOI: 10.1016/j.ctrv.2006.03.001; PMID: 16624490

11. Porta-Sales J, Garzón-Rodríguez C, Villavicencio-Chávez C, Llorens-Torromé S, González-Barboteo J. Efficacy and Safety of Methadone as a Second-Line Opioid for Cancer Pain in an Outpatient Clinic: A Prospective Open-Label Study. Oncologist. 2016;21(8):981-7. DOI: 10.1634/theoncologist.2015-0503; PMID: 27306912

12. American Joint Committee on Cancer. Prostate. In: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 715-725.

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v3i4.82

Eficacia y seguridad de la Naltrexona en domicilio para el manejo del prurito resistente en paciente oncológico terminal

Efficacy and safety of Naltrexone at home to the management of resistant pruritus in terminal cancer patient

Aarón Gutiérrez Pastor[1], María Balboa Alonso[2], Pablo Tordera Higón[1]

1. Hospital San Juan de Alicante. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Sant Joan d'Alacant, España.
2. Hospital de San Juan de Alicante. Unidad de Urgencias. Sant Joan d'Alacant. España.

Correspondencia/Correspondence
aarón Gutiérrez Pastor

Recibido/Received
05.07.2019

Aceptado/Accepted
01.09.2019

Conflicto de Intereses/Competing interest
Los autores y autora del trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Gutiérrez Pastor A, Balboa Alonso M, Tordera Higón P. Eficacia y seguridad de la Naltrexona en domicilio para el manejo del prurito resistente en paciente oncológico terminal. Hosp Domic. 2019;3(4):289-96

RESUMEN

El prurito es una sensación desagradable que supone un gran impacto en la calidad de vida del paciente terminal. Su etiopatogenia es compleja y poco conocida. Una de las teorías es el incremento del tono opioide cerebral, por lo que uno de los tratamientos es la utilización de un antagonista opioide para su control.

Presentamos el caso de un paciente ingresado a cargo de la Unidad de Hospitalización a Domicilio que presentaba prurito intenso a pesar de tratamiento pautado. Se inició tratamiento con Naltrexona por vía oral, presentando mejoría de la sintomatología con resolución del cuadro.

Palabras clave: Prurito; Antagonista opioide; Naltrexona; Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital.

ABSTRACT

Pruritus is an unpleasant sensation that has a great impact on the quality of life of the terminal patient. Its etiopathogenesis is complex and little known. One of the theories is the effect of the cerebral opioid tone, the treatment of an opioid antagonist for its control.

We present the case of a patient admitted to a load of the Hospitalization and Domicile Unit, which presented an intense pruritus despite the prescribed treatment. Treatment with Naltrexone was initiated orally, presenting symptom improvement with resolution of the symptoms.

Keywords: Pruritus; Opioid Antagonist; Naltrexone; Home Care Services, Hospital-Based.

INTRODUCCIÓN

El prurito se define como una sensación desagradable que desencadena la necesidad de rascarse (1). Afecta frecuentemente a las palmas de las manos y las plantas de los pies. La etiopatogenia del prurito es compleja y poco conocida al intervenir diversos mediadores químicos, entre ellos, los opioides endógenos.

Entre las causas, se encuentran diferentes patologías de la piel, tumores primarios o metastásicos, síndromes paraneoplásicos, colestasis, insuficiencia renal avanzada, y el inducido por fármacos (tabla 1).

Tabla 1. Fármacos que pueden producir prurito (11)

Fármacos que inducen colestasis	Antiarrítmicos: amiodarona Anticonceptivos orales: estrógenos, progestágenos Anticonvulsivantes: fenitoína Antihipertensivos: captopril Anabolizantes hormonales: metiltestosterona Hipoglucemiantes orales: clorpropamida, tolbutamida Psicofármacos: clorpromacina, fenotiacinas Quimioterápicos: cloramfenicol, sulfamidas, eritromicina, estolato
Fármacos que provocan liberación de Histamina	Alcaloides: atropina, codeína, papaverina, morfina Antibióticos: clortetraciclina, neomicina, polimixina B Antihipertensivos: hidralazina, reserpina Salicilatos: ácido acetilsalicílico
Otros	Quinidina, cloroquina, vitaminas del grupo B, interferón alfa, barbitúricos

Es uno de los síntomas de difícil control en cuidados paliativos, teniendo un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Puede alterar el normal desarrollo cognitivo, así como producir insomnio, depresión, ansiedad, lesiones de rascado e incluso culminar en ideas suicidas (2).

En la valoración clínica del prurito, se ha de hacer un examen minucioso de la piel, la cual resulta generalmente normal, o presentar lesiones por rascado. Además, se han de utilizar escalas subjetivas. Entre las más utilizadas se encuentra la escala visual analógica (EVA), que determina la intensidad del prurito en una escala de 0 a 10 puntos, siendo 10 el peor prurito imaginable (3).

El tratamiento del prurito se basa, en primer lugar, en prevenir el contacto con agentes que puedan ocasionarlo, tales como alérgenos cutáneos o farmacológicos así como agentes irritantes de

la piel. También se ha de evitar la sequedad mediante el empleo de baños de agua tibia o cremas hidratantes o lubricantes (4).

Posteriormente, se ha de centrar en la etiología. El prurito colestásico es reversible cuando la colestasis es obstructiva extrahepática o secundaria a fármacos, pudiendo actuar sobre estas causas para eliminarlo. Sin embargo, la mayoría de procesos asociados a colestasis son crónicos e incurables, por lo que el tratamiento del prurito en estos casos puede basarse en diversos fármacos: Resinas de intercambio iónico no reabsorbibles como Colestiaramina, Colestipol y Colesevalan; Inductores del metabolismo hepático como Fenobarbital y Rifampicina; Antagonistas serotoninérgicos como Paroxetina, Mirtazapina y Ondansetrón; Andrógenos como Metilestosterona o Danazol y, finalmente, los Antagonistas de opioides como la Naloxona y Naltrexona (5) (tabla 2).

Tabla 2. Fármacos utilizados en el tratamiento del prurito (12)

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios
Colestiramina	4g v.o. antes y después de desayuno. Incrementar 3g en otra comida. No exceder 16g/día	Estreñimiento, meteorismo, malabsorción, coagulopatía
Naltrexona	25mg/día v.o. el primer día seguido de 50mg/día v.o.	Síndrome de abstinencia a opiáceos like. Hepatotoxicidad
Naloxona	0,2 mg/kg/min iv. En infusión continua precedido de bolus de 0,4mg iv. inicial	Síndrome de abstinencia a opiáceos like.
Sertralina	75mg/día v.o.	Trastornos gastrointestinales, anorexia, cefalea, sudoración, anorgasmia, Hipertensión intracraneal, Síndrome serotoninérgico
Ondansetron	4-8mg/8h v.o.	Cefalea, estreñimiento, diarrea, elevación transaminasas
Gabapentina	Iniciar 300mg/día. Ajustar según respuesta. Dosis mantenimiento: 900-3600mg/día repartido en 3 tomas	Somnolencia, aumento de peso, ataxia, cefalea, leucopenia
Butarfanol	1-2mg/día en spray nasal	Adicción
Rifampicina	300-450mg/día ó 10mg/kg/día	Hepatotoxicidad, náuseas, vómitos, diarrea, miopatía, leucopenia, eosinofilia

Se expone el caso de un paciente con prurito severo, manejado con múltiples tratamiento sin mejoría del cuadro. Se propone manejo con antagonista opioide en dosis ascendente.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Se presentan el caso clínico de un varón de 79 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Insuficiencia renal crónica, Demencia por cuerpos de Lewy. Es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con un resultado en la escala de valoración funcional de Karnofsky de 40. Vive con su mujer en su domicilio particular. Es remitido desde Oncología a la Unidad de Hospitalización a Domicilio de San Juan de Alicante tras diagnóstico hace 6 meses de un Hepatocarcinoma en situación paliativa, al no ser candidato a tratamiento oncológico por presentar bajo nivel en la Escala de Palliative Performance Status.

Analíticamente, presenta hemoglobina de 9g/dl, GOT 48, GPT 53, GGT 45, Fosfatasa alcalina 87, Bilirrubina de 1,7mg/dl e Índice de Quick del 25%.

Desde el diagnóstico, el paciente ha presentado un deterioro clínico progresivo, con fallo hepático, lo que ha ocasionado episodios de encefalopatía, revertidos con Levomepromazina y Enemas de Lactulosa. Además, ha requerido de transfusiones periódicas y tratamiento con Ácido Tranexámico por anemia de procesos crónicos por coagulopatía agudizada tras episodios de rectorragias.

Actualmente, presenta un prurito de difícil control a pesar de tratamiento con Ácido Ursodesoxicólico y Colestiramina, lo que le genera gran inquietud, molestias e importantes lesiones dérmicas de rascado (figuras 1 y 2).

Figura 1. Lesiones de rascado a nivel de Miembro superior derecho

Figura 2. Lesiones de rascado a nivel de ambos miembros inferiores

Ante la clínica de la paciente se inició tratamiento con Hidroxizina cada 8 horas; Loratadina 10mg cada 12 horas; Dexametasona en dosis de 8mg por la mañana y 4mg al mediodía e, incluso, Gabapentina 300mg cada 8 horas. Todo ello sin mejoría.

Tras ello, se decide probar con un antagonista opioide endógeno, la Naltrexona, a dosis de 25mg cada 24 horas durante 7 días y, posteriormente, aumentar a 50mg cada 24 horas. Después de 15 días de tratamiento, se observa una mejoría del cuadro clínico, con reducción de la sensación de prurito y una disminución de la escala visual de prurito. En nuestro caso, el paciente pasó de un resultado de 8/10 en la escala visual analógica de prurito a uno de 3/10 durante las dos semanas de tratamiento, mejorando su calidad de vida y, permitiendo la resolución de sus lesiones de rascado.

CONCLUSIONES

El prurito es una sensación desagradable que supone un gran impacto en la calidad de vida del paciente terminal. Su etiopatogenia es compleja y poco conocida.

Una de las teorías es el incremento del tono opioide cerebral como parte del componente fisiopatológico en el prurito secundario a trastornos hepáticos, ya sea asociado o no a colestasis. Esta hipótesis está fundamentada en tres razones (6,7):

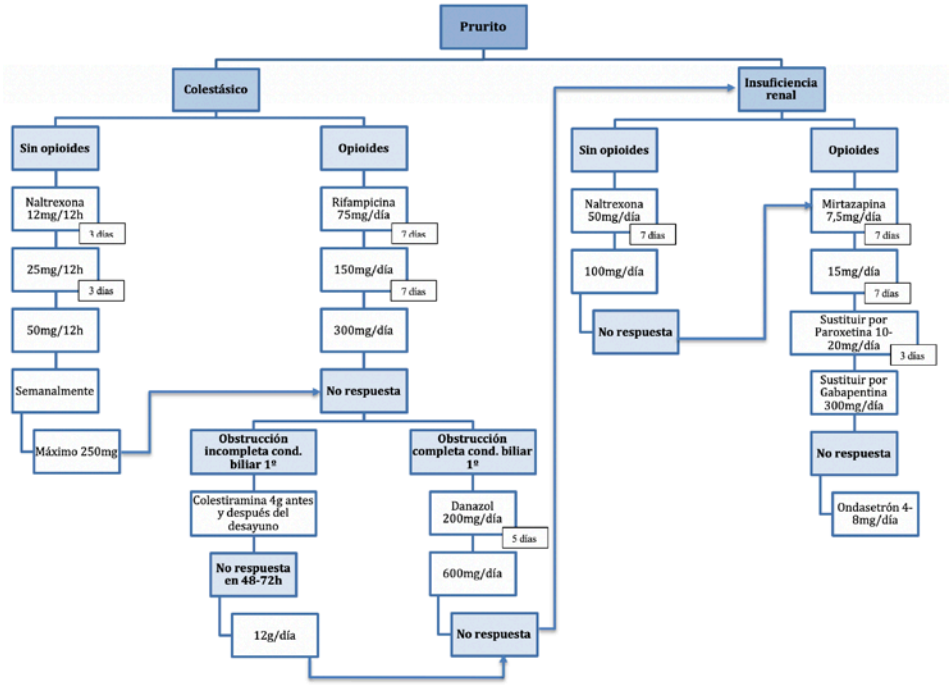
- Efecto pruritógenico secundario al incremento del tono opioide
- Incremento en el agonismo opioide cerebral
- Disminución del prurito con la utilización de un antagonista opioide

Estos hechos, se han visto demostrados en diversos estudios controlados con un antagonista opioide, ya sea con tratamiento intravenoso con Naloxona, o tratamiento oral con Naltrexona o Nalmefene (8,9).

Sin embargo, se ha de tener en cuenta que este tratamiento puede desencadenar un respuesta similar a un “síndrome de abstinencia”. Debido a ello, es importante iniciar el tratamiento a dosis bajas, aumentando gradualmente hasta obtener la dosis necesaria para obtener efectos terapéuticos (10).

En el caso de nuestro paciente, se ha observado una eficacia del tratamiento por Naltrexona con mejoría de la clínica. Además, no ha presentado efectos secundarios. Debido a ello, concluimos que, la Naltrexona puede ser un fármaco útil y práctico para proporcionar una terapia de control de prurito en aquellos pacientes en situación terminal cuyo tratamiento previo no haya resultado eficaz (figura 3). Sin embargo para la generalización de ésta sería necesario estudios más sólidos y estandarizados que prueben esta hipótesis.

Figura 3. Algoritmo de tratamiento en prurito colestásico (3)



BIBLIOGRAFÍA

1. Terán A, Fabrega E, Pons-Romero F. Prurito asociado a colestasis. Gastroenterol Hepatol. 2010;33(4):313-22. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2009.07.006; PMID: 19836105
2. Olmos O. Prurito generalizado primario. En: Sociedad Española de Medicina de familia y Comunitaria (semFYC). Guía de actuación en Atención Primaria. 4ª edición. Barcelona, España: semFYC ediciones; 2011. págs. 870-3.
3. Balboa Alonso M, López Bas R. Prurito resistente en paciente en situación paliativa-terminal (Caso clínico 16. UrgePaliar 2018) [monografía en Internet]. Barcelona, España: semFYC ediciones; 2018 [consultada 25 ago 2019]. Disponible en: http://bit.ly/2NG5vVh
4. Fernández Casado A, Segura Tigell S, Pujol Vallverdú RM. Protocolo terapéutico del prurito de la colestasis [monografía en Internet]. Barcelona, España: Servicio de Dermatología del Hospital del Mar; 2007 [consultada 25 ago 2019]. Disponible en: http://bit.ly/2PfZQY8
5. Benítez-Rosario MA, González Guillermo T, editores. Tratamientos protocolizados en cuidados paliativos. Madrid, España: Ediciones YOU & US; 2010.

6. Jones EA, Neuberger J. Bergasa NV. Opiate antagonist therapy for the pruritus of cholestasis: The Avoidance of opioide withdrawal-like reactions. Q J Med (QJM). 2002;95(8):547-52. DOI: 10.1093/qjmed/95.8.547; PMID: 12145394
7. Nabal M, Guanter L. Manejo terapéutico de los síntomas difíciles en cuidados paliativos. Med Pal. 2002;9(2):96-101.
8. Mansour-Ghanaei F, Taheri A, Froutan H, Ghofrani H, Nasiri-Toosi M, Bagherzadeh AH, et al. Effect of oral naltrexone on pruritus in cholestatic patients. World J Gastroenterol. 2006;12(7):1125-8.
9. Terg R, Coronel E, Sordá J, Muñoz AE, Findor J. Efficacy and safety of oral naltrexone treatment for pruritus of cholestasis, a crossover, double blind, placebo-controlled study. J Hepatol 2002;37(6):717-22. DOI: 10.1016/s0168-8278(02)00318-5; PMID: 12445410
10. Aristizábal Linares JP, Andrade Almario L. Eficacia de la naltrexona en el tratamiento de prurito severo. Rev Col Anest. 2011;39(2):251-57. DOI: 10.5554/rca.v39i2.91
11. Bóveda E, Díez B, Fernández P, Hidalgo E, Salinas E. Protocolos de atención farmacéutica: prurito. Farmacia profesional. 2003;17(4):68-76.
12. Fernández Casado A, Segura Tigell S, Pujol Vallverdú RM. Protocolo terapéutico del prurito de la colestasis. Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. 2007.

https://twitter.com/revistahad

https://www.facebook.com/edi.had.98

HAD
www.revistahad.eu