



HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL.6(1) · AÑO 2022 · ISSN-L 2530-5115





HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

ISSN-L 2530-5115 · DOI: 10.22585

ENTIDADES EDITORAS



**Centro Internacional Virtual de Investigación en
Nutrición**



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

ENTIDADES COLABORADORAS



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](http://revistahad.eu/index.php/revistahad/pages/view/equipo)

ENVÍO DE TRABAJOS

[http://revistahad.eu/index.php/
revistahad/about/submissions](http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/submissions)

EVALUACIÓN POR PARES

[http://revistahad.eu/index.php/
revistahad/about/editorialPolicies#
peerReviewProcess](http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/editorialPolicies#peerReviewProcess)

DISEÑO

MOTU ESTUDIO
www.motuestudio.com
Fotografía de cubierta
Mika Baumeister 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 Initiative*, 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. 6(1) · AÑO 2022 · OCTUBRE-DICIEMBRE

SUMARIO

EDITORIALES

- 5-9 Enfermedad por coronavirus: pandemia e infodemia
[Coronavirus disease: pandemic and infodemic](#)
Javier Sanz Valero

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 11-26 Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Regional de Talca durante el año 2019
[Clinical and Epidemiological Characteristics of the patients admitted to the Hospital at Home unit of the Regional Hospital of Talca during the year 2019](#)
Mauricio Flores-Flores, Luz Romero-López
- 27-36 Estudio epidemiológico de la prevalencia del síndrome de intestino corto en España
[Epidemiological study of the prevalence of short bowel syndrome in Spain](#)
Carmina Wanden-Berghe, Vanessa E. Oller-Arlandis, Andrea Domingo-Pueyo

ARTÍCULOS ORIGINALES BREVES

- 37-45 Home Hospital and Health Education: Legal documentation analysis pre COVID
[Hospital a Domicilio y Educación para la Salud: análisis legislativo pre COVID](#)
Das Dorez, Ricardo, Clara, Ana Rita

47-52 Lidocaína endovenosa domiciliaria en cuidados paliativos

[Domiciliary endovenous lidocaine treatment in palliative care patients](#)

Iago Villamil-Cajoto, Alicia Alvarez-Pérez, Mariana Marcos-Fernández, Lucía Balea-Vázquez, Iñigo Melchor-Armiño

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i1.156>

Enfermedad por coronavirus: pandemia e infodemia

Coronavirus disease: pandemic and infodemic

Javier Sanz Valero¹  0000-0002-8735-0075

1. Editor jefe de la revista Hospital a Domicilio, Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

Javier Sanz-Valero
editor@revistahad.eu

Recibido/Received

18.01.2022

Aceptado/Accepted

18.01.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

Sin conflicto de interés.

Financiación/Funding

No se han recibido fuentes de financiación.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Sanz-Valero J. Enfermedad por coronavirus: pandemia e infodemia. Hosp Domic. 2022;6(1):5-9.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha generado desafíos en todo el mundo y está poniendo en peligro la prosperidad de la población. A los desafíos sanitarios, económicos, políticos y sociales, se han añadido los relacionados con la gestión y difusión de la información, debidos sobre todo a su crecimiento exponencial, su veracidad y difusión. Los medios de comunicación y las redes sociales han jugado, y están jugando, un papel clave informando a la sociedad de la evolución de la pandemia y de los avances hacia su erradicación⁽¹⁾.

Con millones de personas en todo el mundo en cuarentena o aislamiento físico, con los cierres de fronteras y con las restricciones a los viajes, las tecnologías de la información se han convertido en el principal medio de interacción y comunicación. De repente, la salud digital y los conceptos afines han aparecido en todas las conversaciones relativas a la respuesta de los sistemas de salud contra la pandemia. Y a pesar de ser conceptos técnicos, la situación actual los ha puesto en el primer plano de todos los debates y las decisiones acerca de la respuesta a la pandemia⁽²⁾.

La información, y más aún la información sobre salud, posee un poder intrínseco para generar progreso y crecimiento, proveer soluciones a problemas urgentes, recuperar identidades que se desvanecen, afirmar valores y permitir el desarrollo de disciplinas profesionales y académicas⁽³⁾.

La COVID-19 es la primera epidemia de la historia en la que se emplean, a gran escala, la tecnología y las redes sociales para ayudar a las personas a mantenerse seguras, informadas, productivas y conectadas. Al mismo tiempo, esta tecnología permite y amplifica una infodemia que sigue minando la respuesta mundial y comprometiendo las medidas para controlar esta pandemia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una infodemia es una sobreabundancia de información, en línea o en otros formatos, e incluye los intentos deliberados por difundir información errónea para socavar la respuesta de salud pública y promover otros intereses de determinados grupos o personas⁽⁴⁾. La Librería Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América señala que, por lo general, se refiere a una difusión rápida y de gran alcance de información inexacta sobre algo, como una enfermedad. A medida que los hechos, los rumores y los temores se mezclan y se dispersan, se vuelve difícil obtener información esencial sobre un tema⁽⁵⁾.

La información errónea y falsa puede perjudicar la salud física y mental de las personas, incrementar la estigmatización, amenazar los valiosos logros conseguidos en materia de salud y espolpear el incumplimiento de las acciones de salud pública, lo que reduce su eficacia y pone en peligro la capacidad de los países de frenar la pandemia. El director general de la OMS afirmaba que la infodemia está obstaculizando las medidas de contención del brote, propaga el pánico, crea confusión de forma innecesaria y genera división en un momento en el que necesitamos ser solidarios y colaborar para poner fin a esta crisis sanitaria⁽¹⁾.

Además, la difusión de información falsa puede tener consecuencias muy graves, ya que conduce al miedo, a una menor respuesta a las advertencias sobre el distanciamiento social o la higiene, a la desconfianza en el consejo médico y a hacer uso de prescripciones inapropiadas ineficaces o perjudiciales⁽⁶⁾.

Así, el importante incremento de contenidos falsos y la desinformación originada durante la crisis de la COVID-19 ha dado lugar a «la peor ola de desinformación de la historia»⁽⁷⁾. Si bien los contenidos falsos, sin contrastar y bulos han existido siempre, se puede decir que son un problema que ha proliferado en el entorno digital, entre otras cuestiones porque como señalaba Elías⁽⁸⁾, «en la segunda década del siglo XXI la verdad ya no es tan relevante, porque importan más los seguidores o las entradas que el prestigio de la fuente o del profesional que firma».

Para Alexandre-Benavent et al.⁽¹⁾, uno de los problemas con los que se encuentra la lucha contra las noticias falsas es que todavía no hay pruebas definitivas disponibles para refutar algunos rumores virales, por lo que estos persisten⁽⁹⁾. Por ejemplo, no está absolutamente confirmado, con

ensayos clínicos rigurosos, las medidas de protección (distanciamiento social, mascarilla, etc.), ya que los trabajos publicados al respecto tienen numerosos sesgos⁽¹⁰⁾. Sin embargo, la falta de evidencia científica sobre la eficacia de algunas medidas no presupone que no protejan. En otras palabras, el hecho de que no se haya (todavía) demostrado mediante ensayos que una medida es totalmente eficaz, no implica necesariamente que no sea capaz de prevenir⁽¹¹⁾ y, más aún, el hecho de adoptarla puede salvar muchas vidas en situaciones críticas como la actual⁽¹⁰⁾.

Las noticias falsas no son un fenómeno nuevo, pero sí lo es la amplitud con que pueden reproducirse en las redes sociales. La facilidad de propagación y "viralización" de la información ha llevado a que, en las diversas investigaciones que se han realizado al respecto, se remarque la necesidad de alfabetización mediática, en tanto que «si las nuevas generaciones obtienen su información de redes sociales y otros recursos en línea deben aprender a decodificar lo que leen»⁽¹²⁾. Los principales factores que contribuyen al desarrollo de la infodemia se encuentran principalmente asociados a la falta de programas de alfabetización digital⁽²⁾.

Por tanto, la infodemia impacta de forma negativa en la salud y el bienestar, además de polarizar el debate público. Campañas en contra de las medidas de salud pública, datos epidemiológicos imprecisos o alterados y evidencia falsa o sesgada potencialmente podrían modificar el comportamiento de la población. Esto agrega una presión extra sobre el sistema de salud, ya que perjudica el alcance y la eficiencia de los diversos programas de intervención sanitaria⁽¹³⁾.

Las noticias que circulan, una y otra vez, en las redes sociales sobre la COVID-19, generan en la población una sensación de angustia, inseguridad y de alarma que no ayuda, precisamente, a buscar las soluciones más adecuadas, ni individual, ni colectivamente. Esta "pandemia de información" puede generar confusión. Y, puede forzar a tomar decisiones más para calmar a la población que porque sean realmente efectivas.

En este sentido, muchos líderes políticos han repetido la frase «estamos siguiendo la ciencia», para explicar las medidas que han tomado para combatir la transmisión del virus. Sin embargo, Bacevic -profesora de sociología en la Universidad de Durham⁽¹⁴⁾, en una columna publicada en *The Guardian* en abril de 2020, consideraba que esta expresión, que suena sensata, podría enunciar implicaciones más profundas: «La forma en que la ciencia se convierte en políticas públicas depende de cálculos políticos y económicos, así como de los compromisos morales e ideológicos de los políticos, los partidos políticos y los asesores».

Lo que parece claro es que una pandemia no puede manejarse exclusivamente desde el punto de vista local. El mundo global tiene muchas ventajas, pero también provoca que las enfermedades y su "desinformación" traspasen fronteras mucho más fácilmente⁽¹⁵⁾.

Las tecnologías facilitan el acceso a la información, facilitando el cumplimiento de la secuencia datos – información – conocimiento. La información ya no es un producto final, sino que representa una materia prima que es necesario someter a un proceso de transformación con el objetivo de extraer los conocimientos que pueden contribuir a comprender una situación y la toma de decisiones estratégicas en un determinado campo de actividades.

COROLARIO

Ante la avalancha de información y la aparición de noticias falsas, los profesionales de la información y los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad y deben ser capaces de proporcionar a la población la información objetiva basada en pruebas que contribuya a mejorar sus conocimientos sobre la enfermedad y reducir su incertidumbre, sobre todo los relacionados con las medidas preventivas⁽¹⁾.

El acceso a la información correcta en el momento oportuno y en el formato correcto ¡es decisivo!⁽¹⁶⁾.

La infoxicación (sobrecarga de información difícil de procesar) en salud debida a la sobrecarga de información en la web conlleva el riesgo de que lo importante se haga invisible. Por tanto, las instituciones sanitarias deberían implantar estrategias de gestión del conocimiento⁽¹⁷⁾.

Ahora, es el momento del consenso en estrategias y políticas coherentes, tanto sanitarias, económicas como sociales, del equilibrio entre el derecho a la información y la información útil, que haga que la población dimensione el problema en su justa medida⁽¹⁵⁾.

Se podría afirmar que las tecnologías de la información y la comunicación han permitido, a través de la infodemiología (información + epidemiología), conocer los comportamientos de las poblaciones en relación a temas de salud. A su vez, el manejo del exceso de información puede producir, como infodemia, la desinformación o incluso el engaño⁽³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aleixandre-Benavent R, Castelló-Cogollos L, Valderrama-Zurián JC. Información y comunicación durante los primeros meses de Covid-19. Cronología, infodemia y desinformación, noticias falsas, investigaciones en curso y papel de los especialistas en información. *El Prof Inf*. 2020;e290408. DOI: 10.3145/epi.2020.jul.08
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 30 conceptos fundamentales para luchar contra la COVID-19 en la era de la interdependencia digital [documento en Internet]. Washington DC, USA: OPS; 2020 [citado 5 de enero de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3riuekw>
3. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. Infodemiología o infodemia: nuevo reto de la salud global. *Hosp Domic*. 2021;5(4):179-83. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i4.149
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa [documento en Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [citado 5 de enero de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3FndoHh>
5. National Library of Medicine (NLM). Infodemic - MeSH [documento en Internet]. Bethesda, USA: National Center for Biotechnology Information, NLM; 2022 [citado 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3GDMHmH>
6. Rosenberg H, Syed S, Rezaie S. The Twitter pandemic: The critical role of Twitter in the dissemination of medical information and misinformation during the COVID-19 pandemic. *CJEM*. 2020;22(4):418-21. DOI: 10.1017/cem.2020.361
7. Aguado-Guadalupe G, Bernaola-Serrano I. Verificación en la infodemia de la Covid-19. *El caso Newtral*. *Rev Lat Comun Soc*. 2020;(78):289-308. DOI: 10.4185/RLCS-2020-1478
8. Elías C. Fakenews, poder y periodismo en la era de la posverdad y 'hechos alternativos'. *Ámbitos Rev Int Comun*. 2018;(40):19-24. DOI: 10.12795/Ambitos.2018.i40.04
9. Larson HJ. Blocking information on COVID-19 can fuel the spread of misinformation. *Nature*. 2020;580(7803):306. DOI: 10.1038/d41586-020-00920-w
10. Ioannidis JPA. Coronavirus disease 2019: The harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. *Eur J Clin Invest*. 2020;50(4):e13222. DOI: 10.1111/eci.13222

11. Leung CC, Lam TH, Cheng KK. Mass masking in the COVID-19 epidemic: people need guidance. *Lancet*. 2020;395(10228):945. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30520-1
12. Fernández-García N. Fake News: una oportunidad para la alfabetización mediática. *Nueva Soc*. 2017;(269):66-77.
13. García-Saisó S, Martí M, Brooks I, Curioso W, González D, Malek V, et al. Infodemia en tiempos de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e89. DOI: 10.26633/RPSP.2021.89
14. Bacevic J. There's no such thing as just «following the science» – coronavirus advice is political. *The Guardian* [artículo de periódico]. 28 de abril de 2020 [citado 10 de enero de 2022]; Disponible en: <https://bit.ly/3fwqEOc>
15. Mediano C. La «infodemia» o la "pandemia de la información" del Covid19 [documento en Internet]. Madrid, España: Medicus Mundi España; 2020 [citado 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3FAoaJj>
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19 [documento en Internet]. Washington DC, USA: OPS; 2020 [citado 5 de enero de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3a9eQi3>
17. D'Agostino M, Mejía FM, Martí M, Novillo-Ortiz D, Hazrum F, de Cosío FG. Infoxicación en salud: La sobrecarga de información sobre salud en la web y el riesgo de que lo importante se haga invisible. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;41:e115.

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i1.143>

Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Regional de Talca durante el año 2019

Clinical and Epidemiological Characteristics of the patients admitted to the Hospital at Home unit of the Regional Hospital of Talca during the year 2019

Mauricio Flores-Flores¹  0000-0001-7486-7641

Luz Romero-López¹  0000-0002-0195-9403

1. Hospital Regional de Talca Dr. César Garavagno Burotto, Servicio de Salud del Maule, Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Talca, Chile.

Correspondencia/Correspondence

Mauricio Flores Flores
mflores@hospitaldetalca.cl
Luz Romero Lopez
lromero@hospitaldetalca.cl

Recibido/Received

30.07.2021

Aceptado/Accepted

13.11.2021

Conflicto de Intereses/Competing interest

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Financiación/Funding

Sin financiación.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Todos los autores contribuyeron por igual.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Flores-Flores M, Romero-López L. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Regional de Talca durante el año 2019. Hosp Domic. 2022;6(1):11-26.

RESUMEN

Introducción: La hospitalización domiciliaria nace como un servicio que proporciona intervenciones agudas, domiciliarias y complejas a corto plazo. En el Hospital Regional de Talca esta unidad tiene 7 años, este estudio busca determinar en la población que ingresa a la unidad, características clínicas y comorbilidades.

Método: Estudio retrospectivo, analítico descriptivo, información recolectada mediante entrevista, se recolectan datos durante el año 2019, con un análisis descriptivo de las variables del estudio, las variables continuas se describieron como media y desviaciones estándar, las variables categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes, para el análisis estadístico se usó Microsoft Excel 2016.

Resultados: La Unidad de Hospitalización Domiciliaria durante el año 2019 ingresa 484 pacientes, representando un aumento del 233,8%. Dentro de las variables del estudio, el mes con más ingresos fue julio con 50 pacientes, la edad promedio son 64,9 años (DE 3,34 años), sexo femenino (60,95%), Casados (47,3%), no realizaban actividad física (76,5%), con Índice de Masa Corporal (IMC) normal (34,7%), dentro de las comorbilidades tuvo mayor incidencia la hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) con 329 y 209 diagnósticos respectivamente, la patología más derivada fueron las infecciones urinarias (32,2%).

Conclusiones: el presente trabajo muestra la variabilidad de los pacientes ingresados, se redujeron los costos y la menor utilización de insumos médicos, mejora de la actividad física y reducción de la discapacidad adquirida, disminuye la readmisión, siendo una modalidad de atención eficaz, eficiente, segura, con una alta tasa de satisfacción sin mermar la calidad y la seguridad del paciente.

Palabras clave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Signos y Síntomas; Características de la Población; Epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: Home hospitalization was born as a service that provides acute, home and complex interventions in the short term. In the Regional Hospital of Talca this unit is 7 years old, this study seeks to determine in the population that enters the unit, clinical characteristics and comorbidities.

Method: Retrospective, descriptive analytical study, information collected by interview, data are collected during the year 2019, with a descriptive analysis of the study variables, continuous variables were described as mean and standard deviations, categorical variables as absolute frequencies and percentages, for the statistical analysis was used Microsoft Excel 2016

Results: The Home Hospitalization Unit during 2019 admitted 484 patients, representing an increase of 233.8%. Within the study variables, the month with the most admissions was July with 50 patients, the average age was 64.9 years (SD 3.34 years), female (60.95%), Married (47.3%), did not perform physical activity (76.5%), with normal BMI (34.7%), within the comorbidities, HT and DM had a higher incidence with 329 and 209 diagnoses respectively, the most derived pathology was urinary infections (32.2%).

Conclusions: The present work shows the variability of admitted patients, reduced costs and less use of medical supplies, improved physical activity and reduced acquired disability, decreased readmission, being an effective, efficient, safe care modality, with a high satisfaction rate without compromising quality and patient safety.

Keywords: Home Care Services; Signs and Symptoms; Population Characteristics; Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Las unidades de hospitalización domiciliaria se implementan en los hospitales de Chile, mediante el Ministerio de Salud (MINSAL), en el año 2011. Se define hospitalización domiciliaria como un servicio que proporciona intervenciones agudas, domiciliarias y complejas a corto plazo con el objetivo de sustituir la hospitalización convencional por completo (Hospitalización domiciliaria) o parcialmente (Alta temprana)⁽¹⁾, así en el Hospital Regional de Talca Dr. Cesar Garavagno Buroto se creó la unidad de hospitalización domiciliaria en el año 2014 y estaba constituida sólo por un médico, un kinesiólogo, una enfermera y 2 técnicos (TENS) actualmente se han incorporado al equipo en lo que termina el año 2019 dos médicos, un kinesiólogo, 3 enfermeras y 4 TENS, más un nuevo equipo de neurorehabilitación que se compone de un kinesiólogo, un fonoaudiólogo y un terapeuta ocupacional, todo esto gracias a la importancia que ha tomado la unidad dentro del hospital regional de Talca.

Este modelo de atención está presente a nivel mundial lo cual se estima que es una posible solución a las actuales insuficiencias de atención en los actuales sistemas de salud tradicionales⁽²⁾.

El advenimiento de las tecnologías de telemedicina con la capacidad de monitorear de forma remota el estado clínico de los pacientes y realizar consultas de telesalud puede ayudar a abordar las barreras geográficas, reduciendo así la incertidumbre clínica y permitiendo una detección más temprana del deterioro mientras los pacientes están en casa⁽³⁾.

La hospitalización domiciliaria surgió como un método alternativo para brindar tratamientos médicos agudos, subagudos y un postquirúrgico rentables y programas de rehabilitación a los pacientes en sus propios hogares. Se asocia con tasas más bajas de mortalidad y reingreso de pacientes hospitalizados, y una mayor satisfacción de pacientes y cuidadores⁽³⁾.

Actualmente, por la contingencia nacional y mundial a causa de la pandemia por COVID-19, se han agregado nuevos equipos domiciliarios como son el equipo de toma de muestra COVID (consta de médica a cargo, enfermera y TENS), equipo domiciliario dependientes del servicio de salud del Maule (consta de médica a cargo, enfermera, TENS y Kinesiólogo) lo que ha permitido ampliar las atenciones a diferentes comunas de nuestra región (Talca rural, Penco, Pelarco, San Rafael, Maule y San Clemente).

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, analítico descriptivo, unicéntrico de seguimiento de una cohorte de los pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD), la información se recolectó mediante una entrevista con el tutor responsable en conjunto con el paciente y de las fichas clínicas exclusivas de la UHD, la recogida de datos se realizó durante todo el año 2019, Se efectuó un control activo de la calidad de la información recibida durante la fase de seguimiento de los pacientes con tal de minimizar los errores y las pérdidas de información.

Se ejecutó un análisis descriptivo de las variables del estudio. Las variables continuas se describieron como media y desviación estándar (DE) o como mediana y rango; y las variables categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. Para la recogida de datos y el análisis estadístico se utilizó una base de datos de Microsoft Excel 2016.

Las variables del estudio son el sexo, edad, estado civil, ocupación, actividad física, diagnóstico de ingreso, antecedentes mórbidos, desplazamiento, índice de masa corporal (IMC), elementos invasivos, presencia de consumo de alcohol, drogas, tabaco, forma de alimentación, rechazados.

Como criterios de inclusión se registraron todos los pacientes ingresados a la UHD previa evaluación en piso por el equipo médico y/o enfermería.

Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta, rechazo del tutor o paciente para ingresar a la UHD, paciente que no tenga un tutor responsable a cargo, el domicilio del paciente no se encuentra en la zona urbana de la ciudad de Talca.

El estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital regional de Talca.

RESULTADOS

Desde que se tienen registros fidedignos de los ingresos de los pacientes a la UHD del Hospital Regional de Talca, esto inicia en el año 2014 donde se ingresan 145 pacientes cuando la unidad estaba constituida sólo por un médico, un kinesiólogo, 1 enfermeras y 2 TENS, al siguiente año 2015 se ingresa un total de 170 paciente lo cual representa un aumento del 17,2% del año anterior, en el años 2016 se ingresa un total de 182 pacientes lo cual representa un aumento del 25,5% del año 2014 y un aumento del 8,3% con respecto del año anterior, en el año 2017 se ingresa un total de 281 pacientes lo cual representa un aumento del 93,8% con respecto al año 2014 y un aumento del 68,3% con respecto al año anterior, en el año 2018 se ingresa un total de 398 pacientes lo cual representa un aumento del 174,5% con respecto al año 2014 y un aumento del 80,7% con respecto al año anterior y durante el año 2019 se ingresaron un total de 484 pacientes lo cual representa un aumento del 233,8% con respecto al año 2014 y un aumento del 59,3% con respecto al año anterior, con esto se pudo observar como la UHD del Hospital Regional de Talca ha crecido de forma exponencial y las atenciones también han aumentado con una mayor disponibilidad para ingresar pacientes de los distintos servicios del HRT⁽¹⁾.

Edad

La edad de los pacientes es un indicador independiente que nos puede guiar en la dirección del abordaje hacia el paciente y sus diferentes patologías, en la Unidad de Hospitalización domiciliaria, se ingresaron pacientes con una gran variabilidad de edades durante el año 2019, pacientes desde los 15 años hasta los 97 años, en su mayoría fueron mayores de 65 años que se pueden ver en la tabla 1 el promedio mensual fue siempre sobre los 59 años y el promedio anual fue de 64,9 años (DE 3,34). La mayor prevalencia fue de mayores de 65 años en un 60,5% de la población total del año 2019.

Sexo

Se vio una distribución bastante homogénea, el sexo del paciente nos determina que debemos observar y como guiar la terapéutica en relación con el diagnóstico y los objetivos de rehabilitación.

La mayor cantidad de ingresos fue del sexo femenino donde predomina durante todos los meses del año a excepción de diciembre, se ingresaron un total de 295 mujeres las cuales representan el 60,95% de ingresos durante el año 2019 y los hombres el 39,05%, con un total de 189 ingresos durante el año 2019 en la UHD. Ver tabla 1.

Estado civil

Dentro de la población de pacientes que se ingresaron durante el 2019 los casados fueron un total de 229 lo que representa un 47,3% del total, los pacientes que su estado civil se identifica como soltero fue de 111 lo que representa un 22,9% del total anual, y los que enviudaron fueron un total de 120 pacientes lo que representa un 24,8% del total, lo cual se correlaciona con la gran cantidad de pacientes adultos mayores añosos. Ver tabla 1.

Ocupación

Los pacientes tienen una situación laboral indeterminada ya que en nuestro país existe una importante tasa de ocupación de trabajadores independientes y muchos adultos mayores jubilados o pensionados lo que se observa en los pacientes ingresados a la UHD es que los trabajadores dependientes con un contrato de trabajo al día fueron 50 personas que representan el 10,3% del total, los trabajadores independientes fueron 29 que representan el 6% del total, de los pacientes que en ese momento se encontraban cesantes fueron 18 que representan el 3,7% del total, los pacientes que se encontraban en situación de jubilados fueron 111 que representan el 23% de los pacientes, de los pacientes que estaban Pensionados fueron 204 que representan el 42,1% del total, de los pacientes que se encontraban estudiando fueron 13 que representan el 2,7% del total, también existe un población de mujeres que no estudiaron ni se integraron al mundo laboral, sino que se desempeñan en las labores del hogar y cuidado de los hijos, las dueñas de casa que ingresaron a la unidad fueron 54 que representan el 11,1% del total. Ver tabla 1.

Actividad física

Hoy en día entendemos perfectamente que el ejercicio físico es un importante factor protector sobre las diversas enfermedades que una persona puede tener, incluso hoy la medicina del deporte pide a sus colegas médicos dentro de las indicaciones agregar el ejercicio físico administrado por un profesional calificado para tal fin. La actividad física se asocia con una menor asistencia hospitalaria y uso de servicios de atención domiciliaria entre los adultos mayores diabéticos y múltiples comorbilidades⁽⁴⁾, del mismo modo, Nguyen et al.⁽⁵⁾, encontraron una reducción del 35% en las hospitalizaciones entre los adultos mayores con diabetes que participaban en un programa de acondicionamiento físico.

Dentro de los pacientes ingresados a la UHD, se evaluó quienes realizaban actividad física y si así fuese en qué intensidad, al consultar a los pacientes si realizaban algún tipo de actividad física regularmente 370 personas no realizaban ningún tipo de actividad física lo cual representa el 76,5% del total de pacientes ingresados el 2019. Por consecuencia existieron 114 pacientes que sí realizaban actividad física regularmente lo que representa al 23,5% del total, de este grupo de pacientes 101 realizan actividad física en leve intensidad que representa un 20,8% del total, de los que realizaban actividad física en moderada intensidad fueron 11 que representan un 2,3% del total y los que realizan actividad física de alta intensidad fueron 2 jóvenes deportistas de alto rendimiento que representan un 0,4% del total.

Por esto el acceso a la fisioterapia en todo nivel de atención en salud es muy importante ya que mejora la capacidad funcional y disminuye el uso y los costos de los servicios sociales y de salud. En los adultos mayores que viven en la comunidad, las intervenciones con ejercicios han sido eficaces para reducir o prevenir la fragilidad. En personas con signos de fragilidad, el ejercicio instruido y supervisado individualmente como se realiza en la unidad de hospitalización domiciliaria ha sido más efectivo en el funcionamiento físico que los ejercicios grupales⁽⁶⁾. Ver tabla 1.

Desplazamiento

Cuando un paciente es dado de alta del Hospital Regional de Talca se ingresa a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, siempre es valorado en piso donde se determina la capacidad de desplazamiento con el cual llegará a su hogar y la necesidad de rehabilitación que se deberá aplicar, dentro de las características del tipo de desplazamiento encontramos pacientes totalmente autovalentes, usuarios de bastones, andadores, sillas de ruedas y en el peor de los casos pacientes postrados. Dentro de los pacientes autovalentes tenemos 254 ingresos que representan el 52,5%, de los pacientes que usaban bastones tenemos 65 ingresos que representan el 13,4%, de los pacientes que usaban andador tenemos 32 ingresos que representan el 6,6%, de los pacientes que usaban silla de ruedas tenemos 25 ingresos que representan el 5,2% y de los pacientes que estaban en una situación de postrado tenemos 108 ingresos que representan el 22,3%. Ver tabla 1.

Índice de masa corporal

Un factor importante dentro del universo de los pacientes que ingresan a la unidad de hospitalización domiciliaria es el peso y la altura, en consecuencia qué tipo de índice de masa corporal, por fines prácticos la distribución se dividió en pacientes en con bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida, de los cuales 22 pacientes ingresados el año 2019 presentaron bajo peso correspondiente al 4,5% del total, de los que obtuvieron un peso normal fueron 168 pacientes que corresponden al 34,7% del total, de los que resultaron con sobrepeso fueron 153 pacientes que corresponden al 31,6% del total, luego estaban los pacientes sobrepeso que fueron 134 pacientes que corresponden al 27,7% del total y los que menos ingresaron fueron los pacientes con obesidad mórbida que fueron 7 pacientes que representan el 1,4% del total. Ver tabla 1.

Elementos invasivos

Al ingresar los pacientes a la unidad de hospitalización domiciliaria en algunos casos se van al domicilio con distintos tipos de elementos invasivos los cuales deben tener manejo de enfermería y dentro de las prestaciones de enfermería existe la instalación de distintos elementos invasivos los cuales representan un número importante de acciones sobre los pacientes, dentro de estos elementos existieron algunos que fueron intervenciones muy puntuales y específicas para ciertos pacientes como por ejemplo se ingresaron 4 pacientes con drenajes, 1 catéter percutáneo, 3 catéter venoso central, 3 fístula arteriovenosa y una cistostomía, del total de ingresos del año 2019 hubo 262 pacientes que requirieron la instalación de una vía venosa periférica que representó el 54,1% del total, dentro de los ingresos existió el requerimiento de instalar una CUP a 41 pacientes que representan el 8,5% del total, también se realizaron instalaciones de SNG a 18 pacientes que representan el 3,7% del total y 9 pacientes ingresaron con GTT que representan el 0,6% del total. Ver tabla 1.

Tipo de alimentación

Del universo de pacientes ingresado a la unidad de hospitalización domiciliaria, muchos fueron adultos mayores en condición de postrados y pacientes con una diversidad de patologías con requerimientos de asistencia externa como es en la alimentación, en este caso se evaluó dentro de la población ingresada en el año 2019 si estos necesitan ser asistidos en la alimentación, si esta se realizaba a través de instrumentos como una sonda nasogástrica o gastrostomía o si comían de

forma autovalente. de todos los pacientes ingresados a la unidad de hospitalización domiciliaria el año 2019 los que tienen una alimentación autovalente fueron 373 los cuales representan el 77,1% del total de la población, los que debieron ser alimentados de forma instrumentalizada fueron 29 los cuales representa el 6% y los que necesitaron algún tipo de asistencia para ser alimentado fueron 82 los cuales representan el 16,9% del total. Ver tabla 1.

Rechazados

Los pacientes rechazados dentro de la UHD son casos en los cuales se presentan principalmente los criterios de exclusión como son tener domicilio en una zona peligrosa de la ciudad, no vivir dentro de la zona urbana de Talca, no tener un tutor responsable que se encargue del paciente, no tener una red de apoyo tanto familiar como de alguna institución geriátrica, paciente hemodinámicamente inestable, y rechazo del servicio por tutor o paciente. Los rechazos totales del año 2019 fueron 65 los cuales tuvieron un promedio de 6 rechazos mensuales sin tomar en cuenta el mes de octubre que no se registraron rechazos durante ese periodo. Ver tabla 1.

Tabla 1. Datos epidemiológicos.

Variable. EDAD	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Menores de 20	1	1	2	2	0	1	1	0	0	1	0	1
Entre 21 y 35	1	6	8	5	5	4	4	5	3	3	2	3
Entre 36 y 50	4	4	4	5	3	7	4	4	0	4	2	5
Entre 51 y 64	4	7	4	5	6	11	12	9	8	7	10	2
Mayores de 65	23	21	22	18	25	25	29	30	29	25	23	23
ESTADO CIVIL												
Casado	14	18	22	12	21	25	22	27	18	18	14	18
Soltero	7	11	11	11	6	9	16	10	10	7	5	8
Viudo	11	9	6	11	10	12	9	9	11	11	13	8
Separado	0	0	1	0	3	2	2	1	1	1	5	0
SEXO												
Femenino	23	21	24	23	26	33	33	31	22	26	19	14

Variable. EDAD	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Masculino	10	18	16	12	14	15	17	17	18	14	18	20
OCUPACIÓN												
Trabajador Dependiente	3	8	3	5	3	5	5	2	3	6	5	2
Trabajador Independiente	2	2	1	0	5	5	1	5	2	3	3	0
Cesante	2	3	5	1	0	1	0	2	0	1	1	2
Jubilado	12	6	7	6	12	12	7	7	7	12	10	13
Pensionado	13	13	15	15	14	17	27	24	25	13	16	12
Estudiante	0	2	1	1	0	1	2	2	3	1	0	0
Dueña de Casa	1	5	8	6	6	7	7	6	0	3	2	3
No Aplica	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2
ACTIVIDAD FÍSICA												
No Realiza	24	24	24	26	38	41	45	32	30	32	29	25
Leve	7	10	13	8	2	6	5	15	10	8	8	9
Moderada	1	4	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Intensa	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DESPLAZAMIENTO												
Autovalente	16	22	22	17	21	31	27	24	17	21	22	14
Bastones	5	4	7	6	5	5	6	9	8	1	4	5
Andador	2	2	3	4	1	2	4	1	5	1	6	1
Silla de Ruedas	4	3	1	4	1	1	0	1	2	3	2	3

Variable. EDAD	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Postrado	6	8	7	4	12	9	13	13	8	14	3	11
ÍNDICE DE MASA CORPORAL												
Bajo Peso	4	3	3	1	0	1	5	1	0	0	4	0
Normal	13	17	14	11	13	12	17	17	14	12	13	15
Sobrepeso	7	9	13	10	17	23	10	14	15	12	14	9
Obesidad	9	9	8	12	10	12	18	15	11	14	6	10
Obesidad Mórbida	0	1	2	1	0	0	0	1	0	2	0	0
ELEMENTOS INVASIVOS												
VVP	20	22	23	26	22	26	28	23	10	18	20	24
CUP	6	2	3	5	4	2	1	3	4	2	4	5
SNG	1	1	1	1	1	2	3	1	1	4	0	2
GTT	0	0	1	0	2	0	1	2	1	0	1	1
ALIMENTACIÓN												
Autovalente	29	30	35	29	29	37	36	36	33	25	32	22
Instrumentalizada	3	1	2	1	3	1	4	3	2	5	1	3
Asistida	1	8	3	5	8	10	10	9	5	10	4	9
RECHAZADOS												
Rechazados	6	5	4	6	10	6	6	7	9	0	5	1

Alcohol

El consumo de alcohol es común dentro de la población, es un importante problema de salud precursor de una gran variedad de enfermedades y uno de los principales causales de accidentes de tránsito, también le preguntamos a nuestros pacientes sobre este hábito, dentro de los ingresos realizados un total de 352 pacientes no consumían alcohol que representa al 72,7% del total, dentro de los pacientes que a causas de su enfermedad en curso tiene suspendido su consumo fueron 12 que representan el 2,5% del total, existieron pacientes que nos informaron que su consumo se realizaba durante los fines de semana o sea era ocasional y son 106 pacientes que representan el 21,9% del total, ya pacientes que tenían problemas con el alcohol fueron los menos que nos informaron que consumían casi diariamente fueron 12 pacientes que representan el 2,5% del total, y por último pacientes alcohólicos declarados fueron solo 2 que representaban el 0,4% del total. Ver tabla 2.

Drogas

Hoy en día el consumo de drogas se está realizando de forma recreativa por lo cual hay una mayor cantidad de consumidores, el uso de estas drogas puede causar problemas de salud, físico, social o emocional, por lo cual es importante conocer si los ingresos a la unidad de hospitalización domiciliaria consumen regularmente, del grupo de pacientes que no consumen ningún tipo de droga fueron 478 que representan el 98,8% del total y los que consumen de forma ocasional fue de 1,2% del total, no existieron pacientes que presentaran problemas de adicción ni dependencia de las drogas, lo que se correlaciona con el rango etario de ingresos más jóvenes. Ver tabla 2.

Tabaco

Actualmente el tabaco es uno de los hábitos nocivos más consumido a nivel mundial después del alcohol, es muy dañino para la salud y es precursor de una gran variedad de enfermedades crónicas, dentro de los pacientes ingresados a la unidad de hospitalización domiciliaria del año 2019 se encuentran los que no consumen tabaco fueron 269 que representan el 55,6% del total de la población, de los que tenían suspendido su consumo fueron 155 que representan el 32% del total de la población, los que si consumen tabaco periódicamente fueron 60 pacientes que representan el 12,4% del total de la población, de lo cuales se dividieron en quienes consumían menos de 20 paquetes año fueron 35 pacientes que representan el 7,2%, también estaban los que consumen entre 20 y 40 paquetes año que fueron 10 pacientes que representan el 2,1% y por último los que tuvieron un mayor consumo sobre los 40 paquetes año fueron 15 pacientes que representan un 3,1% del total de la población. Ver tabla 2.

Comorbilidades

La mayoría de los pacientes ingresados tiene comorbilidades y enfermedades crónicas que complican su estado de salud, generalmente descompensados y de difícil tratamiento, por lo cual es importante conocerlas, dentro de toda la población de pacientes ingresados a la UHD existieron patologías particulares como lupus, demencia senil, depresión o esclerosis múltiple, dos pacientes con Alzheimer y Tuberculosis, tres pacientes con demencia o enfermedad de Parkinson. Las patologías que más se repitieron fueron HTA con 329 diagnósticos, La hipertensión es la principal causa de mortalidad y morbilidad cardiovascular en todo el mundo. La hipertensión no tratada puede provocar daños en órgano blanco, como ictus, infarto de miocardio, enfermedad renal crónica y

retinopatía hipertensiva se estima que para el año 2025 millón y medio de personas tendrán hipertensión⁽⁷⁾. La DM con 209 diagnósticos en donde los adultos mayores tiene la mayor prevalencia de esta patología⁽⁸⁾ y la descompensación por cetoacidosis diabética es la mayor causa de hospitalización⁽⁹⁾, estos pacientes con diabetes tienen altas tasas de enfermedades físicas y mentales, que son predictores de la utilización de los servicios sociales y de salud y que representan una carga significativa para los sistemas de salud⁽⁴⁾. Las Cardiopatías con 153 diagnósticos, Dislipidemia con 79 diagnósticos, Artrosis con 69 diagnósticos, EPOC e Hipotiroidismo con 56 diagnósticos, Enfermedades oncológicas con 48 diagnósticos y ACV con 39 diagnósticos. Ver tabla 2.

Diagnóstico médico

Conocer la patología del paciente es primordial para abordar al mismo de forma eficiente, expedita e integral, por eso fue muy importante determinar cuáles fueron las patologías que más se derivaron a la unidad de hospitalización domiciliaria, en total hubo una cantidad de 62 diferentes diagnósticos de todas las áreas de la medicina pero solo se estratifican las que tuvieron mayor incidencia, siendo la que más ingresos tuvo fue las ITU con 156 diagnósticos lo que representa un 32,2% del total de los ingresos, luego le sigue la Neumonía con 45 pacientes diagnosticados lo que representa el 9,3% del total, lo cual tiene correlación con los ingresos realizados en un estudio australiano de derivaciones a su unidad de hospitalización domiciliaria⁽⁹⁾, continuamos con la Trombosis venosa profunda con 38 pacientes que representa el 7,9%, el siguiente diagnóstico es el trastorno del ritmo cardiaco (FA) con 30 pacientes con esta indicación que representa el 6,2% del total, luego tenemos la siguiente indicación que tuvo 25 diagnósticos que fue la ECV y que representa el 5,2%, continuamos con la Exéresis de orjeos del pie diabético que tuvo 20 diagnósticos y representa el 4,1% del total, luego tenemos tres diagnóstico, UPP, infección de herida operada, dehiscencia o evisceración y úlcera que tuvieron 18 indicación cada uno que representan el 3,7% respectivamente, también tenemos la Celulitis que se diagnosticó 15 veces y representa el 3,1% del total, y por último tenemos dos la EPOC exacerbado que tuvieron 13 indicaciones que representa el 2,7%.

Durante los ingresos en la unidad de Hospitalización Domiciliaria se realizaron cuidados de rango hospitalario como curas complejas, control y pruebas específicas de laboratorio, antibioterapia endovenosa, ofreciendo el mismo tratamiento que se les habría realizado en el centro hospitalario y con una mejor recuperación en su entorno, ya que les proporciona una sensación de mayor seguridad⁽¹⁰⁾. Ver tabla 2.

Tabla 2. Hábitos nocivos, comorbilidades y diagnósticos.

Variable HÁBITOS NOCIVOS, ALCOHOL	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
No Consume	23	27	32	23	31	31	41	37	33	26	25	23
Suspendido	0	0	0	1	0	1	2	0	0	1	1	6
Ocasional	8	11	6	11	8	16	5	10	6	11	10	4

Variable HÁBITOS NOCIVOS, ALCOHOL	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diario	2	1	2	0	0	0	1	1	1	2	1	1
Alcohólico	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
DROGAS												
No Consume	32	38	39	34	40	48	50	48	40	39	37	33
Suspendido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ocasional	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Drogadicto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TABACO												
No Consume	21	23	21	24	25	21	27	24	20	24	19	20
Suspendido	6	7	11	8	10	21	21	15	17	15	14	10
Menos de 20 Paquetes año	4	6	2	3	3	5	1	3	2	1	3	2
Entre 21 a 40 Paquetes año	0	0	1	0	1	1	1	4	1	0	0	1
Más de 40 paquetes año	2	3	5	0	1	0	0	2	0	0	1	1
COMORBILIDADES												
HTA	22	23	20	22	29	37	38	34	34	25	23	22
DM	15	19	13	16	17	22	24	16	22	13	12	20
Asma	0	1	0	0	2	3	4	2	1	3	2	2
Epoc	2	3	3	5	8	6	9	5	6	2	2	5
ACV	1	0	4	3	6	4	6	4	2	3	3	3
Hipertiroidismo	0	0	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Hipotiroidismo	5	3	4	6	5	3	8	8	2	4	5	3

Variable HÁBITOS NOCIVOS, ALCOHOL	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Osteoporosis	3	2	2	0	2	1	2	1	1	0	1	0
Artritis	1	3	2	2	2	2	4	3	3	2	0	0
Artrosis	7	3	10	4	9	4	5	7	4	6	8	2
Dislipidemia	4	1	0	0	6	13	8	9	12	10	8	8
Cardiopatía	7	12	11	10	13	26	17	9	14	16	8	10
Epilepsia	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1
Enfermedad Hematológica	2	0	1	0	0	1	1	3	2	2	0	0
Enfermedad Oncologica	3	6	6	5	1	2	3	5	4	4	5	4
Enfermedades del colágeno	1	0	1	1	0	0	2	1	1	0	1	4
ERC	3	2	0	0	0	0	2	2	1	2	1	1
DIAGNÓSTICOS												
TVP de EEII	4	2	6	0	2	0	3	3	0	1	4	0
Trastorno del Ritmo Cardíaco (FA)	1	0	4	3	4	1	1	7	4	4	0	1
PNA	6	2	4	4	5	2	3	3	3	2	0	2
ITU	10	13	8	9	13	10	11	11	5	7	15	8
Neumonía	3	0	3	2	3	6	8	3	3	5	3	6
Cáncer	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
Exéresis	3	5	1	0	1	0	2	3	3	2	0	0
Amputación	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
UPP	1	3	1	3	4	0	1	2	0	1	0	2

Variable HÁBITOS NOCIVOS, ALCOHOL	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Fistula Vesical, Pancreatica	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
TEP de Bajo Riesgo	0	1	2	1	0	2	0	1	2	1	3	0
Infección, dehiscencia, evisceración herida operada	0	2	1	1	1	2	0	2	2	1	2	4
Celulitis	0	3	0	0	1	3	2	2	0	1	2	1
Bacteremia	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
ICC	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bronquitis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endocarditis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ulcera Venosa, pie diabetico	0	2	0	0	2	1	3	2	4	2	1	1
Absceso Inguinal, Cerebral, Plantar, renal	0	1	3	1	0	1	1	1	0	0	1	0
ECV	0	0	0	0	0	4	4	3	6	8	0	0
EPOC	0	0	0	1	1	5	2	2	1	0	1	0
Exacerbación FQ	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Anemia	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Prostatitis Aguda	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Peritonitis Bacteriana	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
IRA (respiratoria)	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0
EAO	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Días Cama	449	671	611	448	554	832	756	804	834	612	538	443
Promedio	13,6	17,2	15,3	12,8	13,9	17,3	15,1	16,8	20,9	15,3	14,5	13

DISCUSIÓN

El uso de la hospitalización domiciliaria sustitutiva en comparación con la atención habitual hospitalaria redujo la utilización de la hospitalización tradicional reflejado en el uso de días camas y mejoró la actividad física en el hogar gracias a la atención integral del equipo de Kinesiólogos.

El trabajo anterior sugiere indirectamente que la atención hospitalaria domiciliaria puede reducir los costos, mantener la calidad y la seguridad, y mejorar la experiencia del paciente para determinados adultos con enfermedades agudas que requieren tratamientos tradicionales.

También observamos tendencias hacia la reducción de discapacidad adquirida, readmisión y disposición a los servicios de salud.

Por lo tanto, este hallazgo resalta la importancia de que los servicios de atención domiciliaria adopten un modelo de revisión proactiva de los pacientes que ingresan al hospital y se relacionan regularmente con los médicos para identificar a los pacientes apropiados para los tratamientos domiciliarios. También se han desarrollado vías específicas de educación y derivación para el personal permanente de los equipos con uso frecuente de atención domiciliaria⁽⁹⁾, en nuestro caso sería el Servicio de Urgencias, Medicina, Cirugía, Urología y Neurocirugía.

La hospitalización a domicilio a pesar de ser una modalidad de atención al paciente eficaz, eficiente, segura y con una alta tasa de satisfacción, no está ampliamente aceptada y su implementación es irregular y variable debido a la gran variedad de modelos y recursos y una falta de estudios exhaustivos que confirmen sus resultados⁽¹⁰⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Soukkio P, Suikkanen S, Kääriä S, Kautiainen H, Sipilä S, Kukkonen-Harjula K, et al. Effects of 12-month home-based physiotherapy on duration of living at home and functional capacity among older persons with signs of frailty or with a recent hip fracture - protocol of a randomized controlled trial (HIPFRA study). *BMC Geriatr*. 2018;18(1):232. DOI: 10.1186/s12877-018-0916-y
2. Al Hayek AA, Alwin Robert A, Alotaibi ZK, Al Dawish M, Clinical characteristics of hospitalized and home isolated COVID-19 patients with type 1 diabetes. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(6):1841-1845. DOI: 10.1016/j.dsx.2020.09.013
3. Lim SM, Island L, Horsburgh A, Maier AB. Home First! Identification of Hospitalized Patients for Home-Based Models of Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(2):413-7.e1. DOI: 10.1016/j.jamda.2020.05.061
4. Nguyen HQ, Ackermann RT, Berke EM, Cheadle A, Williams B, Lin E, et al. Impact of a managed-Medicare physical activity benefit on health care utilization and costs in older adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30(1):43-8. DOI: 10.2337/dc06-1013
5. Russo A, Picciarella A, Russo R, Sabetta F. Clinical features, therapy and outcome of patients hospitalized or not for nursing-home acquired pneumonia, *J Infect Chemother*. 2020;26(8):807-2. DOI: 10.1016/j.jiac.2020.03.011
6. Gonzalez Barcala FJ, Pose Reino A, Paz Esquete JJ, De la Fuente Cid R, Masa Vazquez LA, Alvarez Calderon P, et al. Hospital at home for acute respiratory patients. *Eur J Intern Med*. 2006;17(6):402-7. DOI: 10.1016/j.ejim.2006.02.023

7. Hermida RC, Crespo JJ, Domínguez-Sardina M, Otero A, Moyá A, Ríos MT, et al. Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy Trial. *Eur Heart J.* 2020;41(48):4565-76. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz754.
8. Lopez-de-Andres A, de Miguel-Diez J, Hernandez-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Martínez-Huedo MA, del Barrio JL, et al. Effect of the economic crisis on the use of health and home care services among elderly Spanish diabetes patients, *Diabetes Res Clin Pract.* 2018;140:27-35. DOI: 10.1016/j.diabetes.2018.03.033.
9. 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.
10. Subirana H, Borrell N, Domènech A, Fraga A, Grau I, Castellví J. Unidad de Hospitalización a Domicilio del paciente quirúrgico durante la pandemia de la COVID-19. *Hosp Domic.* 2021;5(1):9-16. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i1.111

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i1.152>

Estudio epidemiológico de la prevalencia del síndrome de intestino corto en España

Epidemiological study of the prevalence of short bowel syndrome in Spain

Carmina Wanden-Berghe¹  0000-0002-6871-5737

Vanessa E. Oller-Arlandis²  0000-0003-4944-3796

Andrea Domingo-Pueyo²  0000-0001-5978-0679

1. Hospital General Universitario de Alicante. ISABIAL-FISABIO, Alicante, España.

2. Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición (CIVIN), Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

Carmina Wanden-Berghe
carminaw@telefonica.net

Recibido/Received

24.12.2021

Aceptado/Accepted

10.01.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

Las autoras declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Financiación/Funding

No se han recibido fuentes de financiación.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Las autoras declaran la inexistencia de conflicto de interés.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Wanden-Berghe C, Oller-Arlandis VE, Domingo-Pueyo A. Estudio epidemiológico de la prevalencia del síndrome de intestino corto en España. Hosp Domic. 2022;6(1):27-36.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de intestino corto (SIC) es una alteración de la absorción de los nutrientes causado, frecuentemente, por la resección quirúrgica del intestino delgado. El espectro de las manifestaciones clínicas varía ampliamente, según la longitud remanente del intestino delgado.

Objetivo: Conocer la prevalencia de los casos de SIC en España en el año 2018.

Método: Estudio observacional transversal multicéntrico, de base poblacional, mediante cuestionario telemático en el que se recogen los datos de los pacientes diagnosticados de SIC en 2018.

Resultados: De un total de 541 centros sanitarios seleccionados, del Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, participaron 101 hospitales. Con los datos obtenidos, la prevalencia de SIC en España se estimaría en 4,18 pacientes por millón de habitantes durante ese año.

Conclusiones: La falta de participación dificulta obtener resultados concluyentes, lo que resulta mucho más importante cuando se trata de problemas de salud poco prevalentes.

Palabras clave: Síndrome del Intestino Corto; Nutrición Parenteral en el Domicilio; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Epidemiología; Prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: Short bowel syndrome (SBS) is a disturbance in nutrient absorption often caused by surgical resection of the small intestine. The spectrum of clinical manifestations varies widely, depending on the remaining length of the small intestine.

Objective: To estimate the prevalence of cases of SBS cases in Spain in 2018.

Method: A population-based, multicenter cross-sectional study, using an online survey, that collects data from patients diagnosed with SBS in 2018.

Results: From a total of 541 health centers selected, of the National Catalog of Hospitals of the Ministry of Health, 101 hospitals took part in. With the data obtained, the prevalence of SIC in Spain would be estimated at 4.18 patients per million inhabitants during that year.

Conclusions: Lack of participation makes it difficult to obtain conclusive results, which is much more important when it comes to low prevalence health topics.

Keywords: Short Bowel Syndrome; Parenteral Nutrition, Home; Home Care Services; Epidemiology; Prevalence.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino corto (SIC) se define como la pérdida o ausencia de enterocitos o de masa intestinal causada por resección quirúrgica, defectos congénitos o cualquier enfermedad que pueda causar un defecto de la función intestinal⁽¹⁾. La longitud de intestino funcional necesaria para definirlo no es exacta, pero parece haber consenso en menos de 200 cm. De estos pacientes, un subgrupo presentará insuficiencia intestinal, con incapacidad para mantener un equilibrio hídrico y nutricional con la alimentación entérica, siendo necesaria la fluidoterapia y/o la nutrición parenteral (NP). Esto ocurre cuando el yeyuno es inferior a 35 cm con anastomosis yeyuno-ileal, a 60 cm con anastomosis yeyuno-cólica y a 150 cm con yeyunostomías terminales⁽²⁾. Mientras que los pacientes con y sin colon tienen problemas con la absorción de nutrientes, aquellos con yeyunostomía también tienen problemas de pérdidas de agua, sodio y magnesio. Las pérdidas por el estoma pueden exceder la ingesta oral y todos estos pacientes necesitan reposición hidroelectrolítica parenterales. Las pérdidas de líquidos y sodio pueden reducirse con octreótido, omeprazol o bloqueadores H₂, pero no lo suficiente como para evitar la necesidad de reposición intravenosa⁽³⁾.

El concepto de la atención domiciliaria del paciente con NP ha evolucionado en las últimas décadas, gran parte de la atención que precisan estos pacientes se ofrece principalmente en el hogar, es importante que contemplemos este servicio como crucial en su evolución⁽⁴⁻⁶⁾. Otro factor que afecta, o puede afectar, en la evolución de los pacientes con SIC es el tratamiento farmacológico que recientemente ha comenzado a tener un impacto significativo en el cuidado y el manejo nutricional de estos pacientes, de forma que surge la posibilidad de reducir las necesidades de NP en pacientes que antes dependían de ella.

La prevalencia e incidencia de este síndrome es difícil de conocer, en parte por la falta de acuerdo sobre su definición y en parte, por las diferentes especialidades y modalidades de seguimiento que presentan. Se suele estimar indirectamente a través del número de pacientes que reciben nutrición parenteral domiciliaria (NPD), reflejados anualmente en las publicaciones del Grupo de trabajo NADYA (Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria) de la sociedad española de nutrición clínica y metabolismo. Las estimaciones publicadas sobre la prevalencia indican que el SIC afecta a tres personas de cada millón en EE. UU. y de forma similar en Europa y en España⁽⁷⁻⁹⁾. Aunque de estos cálculos se escapan los pacientes que no requieren NP, pero necesitan líquidos y electrolitos y, también, los que se mantienen con estrategias de tratamiento enteral.

En este trabajo se ha planteado una encuesta dirigida a los diferentes servicios hospitalarios directamente relacionados con la atención del SIC, con el propósito de llegar a aproximarnos al conocimiento de la prevalencia durante el año estudiado.

El objetivo principal fue evaluar la prevalencia del SIC en la población y secundariamente:

- Conocer la distribución geográfica de la incidencia del SIC en España.
- Comparar la prevalencia de SIC entre las distintas regiones del territorio español.
- Describir las características de los pacientes con SIC.

MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional de corte transversal multicéntrico, de base poblacional.

Método

Mediante encuesta desarrollada *ad hoc*. Se entrevistó a los diferentes servicios implicados en la atención sanitaria de los pacientes con SIC de los hospitales españoles registrados en el catálogo nacional de hospitales (CHN) del Ministerio de Sanidad, actualizado a 2018⁽¹⁰⁾. Se registraron los casos diagnosticados de SIC a lo largo del año 2018 en España.

Criterios de inclusión y exclusión: se excluyeron los hospitales que no se adecuaron a los objetivos del proyecto principalmente porque su cartera de servicios no posibilitaba que se atendiera pacientes con SIC. Se eliminaron los que cumplieron los siguientes criterios de finalidad asistencial: hospitales geriátricos y/o de larga estancia, penitenciarios, psiquiátricos y monográficos (cirugía estética, osteoarticular).

Se contactó telefónicamente con los hospitales seleccionados, durante el periodo comprendido desde el 1 de abril de 2019 hasta el 31 de agosto de 2020, para solicitar su colaboración en el estudio mediante un primer contacto con los profesionales sanitarios responsables de los distintos servicios, tanto de farmacia hospitalaria como de gastro-entereología o endocrinología y nutrición, como aquellos que pudieran estar implicados en el tratamiento y/o seguimiento del SIC. Posteriormente, se remitió, vía correo electrónico, el enlace a la encuesta electrónica para su cumplimentación *online*, y se reenviaron correos semanales, a forma de recordatorio, durante 4 semanas consecutivas.

Análisis estadístico

La población de referencia del estudio estuvo constituida por la población de las áreas de los centros participantes en el estudio. Se calculó la tasa de prevalencia (número de casos por millón de habitantes durante el año 2018) y las tasas de prevalencia estandarizada por comunidad autónoma. Para el cálculo de las prevalencias se tomó como denominador el dato de población proporcionado por el Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2018 (46.658.447 habitantes) y los correspondientes por comunidad autónoma⁽¹¹⁾.

En las variables cualitativas se calcularon los porcentajes (con sus intervalos de confianza del 95%) y en las variables cuantitativas la media aritmética y la desviación estándar.

El almacenamiento y análisis estadístico se realizó con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS), versión 25 para Windows®.

Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones éticas internacionales para la investigación clínica en humanos recogidas en la Declaración de Helsinki de 1964 y sus sucesivas actualizaciones, y siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad. Fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) antes de su inicio.

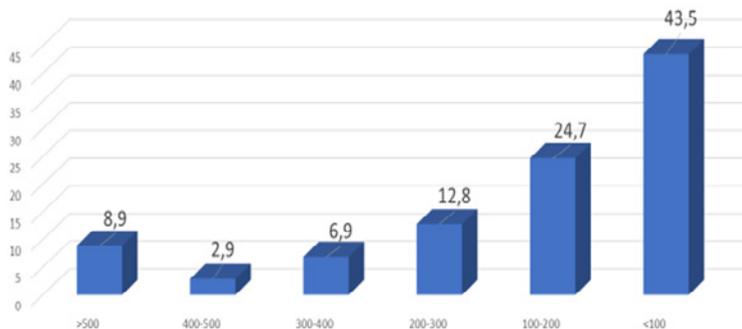
RESULTADOS

Un total de 541 hospitales del CNH del Ministerio de Sanidad -año 2018- cumplían con los criterios para ser incluidos en el presente trabajo. De ellos, 77 (14,23%) hospitales contactados manifestaron, en un primer contacto telefónico, no querer participar en el estudio por los siguientes motivos: 11 (14,29%) son únicamente depósito/botiquín de farmacia; otros 18 (23,38%) hospitales no tienen posibilidad de preparar o dispensar bolsas de NP; otros 8 (10,39%) indicaron que, por

su finalidad asistencial, no tienen cirugías digestivas o servicio de endocrinología y nutrición (o análogos) y, finalmente, 37 (48,05%) profesionales sanitarios manifestaron, abiertamente, no querer participar en ningún proyecto o encuesta. Destacar, además, que en 3 (3,90%) centros, el personal con el que se estableció contacto, manifestaron que debido a la situación de pandemia Covid-19 el hospital/clínica estaba cerrado (cese temporal de actividad) y toda la atención sanitaria había sido centralizada en el correspondiente hospital de referencia de la provincia.

Por último, señalar que hubo 15 (2,77%) hospitales cuyo contacto telefónico fue infructuoso, tras numerosos intentos en diferentes horarios y días. Por tanto, de los 449 (82,99%) centros sanitarios que aceptaron participar, se han obtenido 101 (18,67%; IC95% 15,39 - 21,95) cuestionarios cumplimentados. En la figura 1 se muestra el porcentaje de participación de los centros según el número de camas.

Figura 1.- Porcentaje de participación de los centros por número de camas



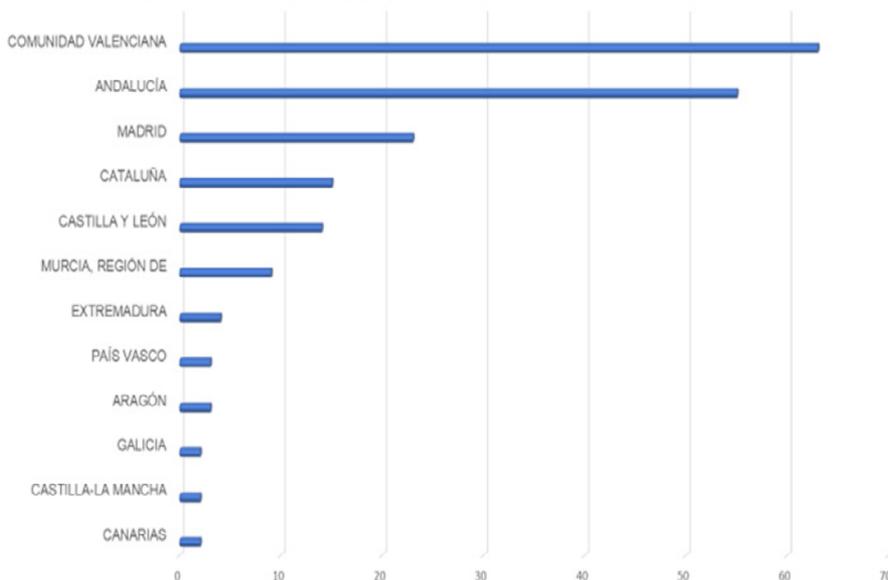
De los 101 hospitales que formaron parte de este estudio, la mayoría de los cuestionarios, 95, fueron cumplimentados por profesionales que pertenecían al servicio de farmacia (94,06%; IC95% 89,45 - 98,67) (tabla 1). Los centros más participativos fueron los de la provincia de Barcelona con 12 centros hospitalarios (11,88%; IC 95% 5,57 - 18,19), ver figura 2.

Tabla 1. Especialidades que han colaborado en el estudio

	Hospitales sin NP (%)	Hospitales con NP (%)
Farmacia hospitalaria	13 (86,66%)	82 (95,35%)
Endocrinología y Nutrición	—	3 (3,49%)

Unidad Hospitalización a Domicilio	—	1 (1,16%)
Enfermería	1 (6,66%)	—
Medicina general	1 (6,66%)	—
Total	15 (14,85%)	86 (85,15%)

Figura 2.- Distribución geográfica del Síndrome de Intestino Corto



Con respecto a las variables demográficas de los pacientes objeto de estudio, la edad se obtuvo en 31 de ellos, siendo 27 (87,1%; IC 95% 75,30 - 98,90) adultos con 60,07 ± 13, 49 años y 4 (12,9%; IC 95% 1,10 - 24,70) niños de 9 ± 2,16 años de edad media. Se obtuvo información sobre el género de 20 individuos, siendo en su mayoría mujeres 14 vs 6 (70,00%; IC 95% 49,92 - 90,08).

De los 101 hospitales que cumplimentaron la encuesta, 86 (85,15%; IC 95% 78,21 - 92,08) declararon administrar nutriciones parenterales en sus hospitales de forma habitual, si bien, 16 (18,60%; IC 95% 10,38 - 26,83) centros declararon no haber administrado ninguna durante ese año.

Conforme a las encuestas cumplimentadas, en el año 2018, recibieron NP 9840 pacientes, una media de 126,15 ± 206,33 por centro (mín. 1 - máx. 1095). Los pacientes nuevos registrados fueron 9109, con una media de 116,77 ± 182,65, la mayor incidencia por hospital fue 875 pacientes.

El motivo de la indicación de la NP fue en 196 pacientes (1,99%; IC95% 1,72 - 2,27) por presentar SIC, de los que 85 (43,37%; IC95% 36,43 - 50,31) fueron funcionales y 105 (53,57%; IC95% 46,59 - 60,55) quirúrgicos, y en 6 de los casos no se pudo obtener información. De los pacientes con resección intestinal, 94 (89,52%; IC95% 83,67 - 95,38) conservaban el colon o parte de él, 84

(80,00%; IC95% 72,35 - 87,65) mantenían válvula ileocecal y 54 (51,43%; IC95% 41,87% - 60,99) eran portadores de ostomía. Los pacientes tratados con análogos del GLP-2 fueron 15 (14,29%; IC95% 7,59 - 20,98).

En el momento de realizar el estudio 162 pacientes (82,65%; IC95% 77,35 - 87,95) se encontraban dados de alta, de los que 32 (19,75%; IC95% 13,62 - 25,88) necesitaron NPD y 65 (40,12%; IC95% 32,58 - 47,67) reposición hidroelectrolítica en su domicilio.

Con los datos obtenidos, la prevalencia de SIC en España se estimaría en 4,18 pacientes por millón de habitantes durante el año 2018. Las estimaciones de las prevalencias por comunidades autónomas se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Estimación de la prevalencia del SIC por comunidad autónoma

	Prevalencia (1.000.000 hab./año)
Andalucía	6,54
Aragón	2,28
Canarias	0,92
Castilla y León	5,79
Castilla-La Mancha	0,98
Cataluña	2,00
Comunidad Valenciana	12,73
Extremadura	3,74
Galicia	0,74
Madrid	3,51
Comunidad de Murcia	6,10
Región de País Vasco	1,38
España	4,18

DISCUSIÓN

Actualmente, la prevalencia real de SIC en todo el mundo no se conoce completamente debido, principalmente, a la ausencia de bases de datos fiables^(1,12). Las mejores estimaciones se basan en el número de pacientes que reciben nutrición parenteral a largo plazo, recogidos en los informes de NPD y/o soporte de líquidos por vía intravenosa. Estos registros estiman que el 37,3% de las NPD están motivadas por SIC⁽¹³⁾. También, se ha informado que la prevalencia de SIC es de 1,4 casos por millón de habitantes en Europa (que van desde 0,4 en Polonia a 40 en Dinamarca) y 30 casos por millón en los EE. UU.^(12,14,15). En el presente estudio, la prevalencia estimada se situaría en el rango inferior de las informadas en Europa. Este hecho coincide con las prevalencias de NPD que periódicamente informa el grupo NADYA que, también, se mueven en rangos bajos respecto al resto de países europeos⁽¹³⁾.

El SIC con fallo intestinal, por su baja prevalencia, se considera una enfermedad rara. En España, los primeros casos publicados en pacientes adultos datan de finales de los años ochenta y en niños de mediados de los noventa⁽¹⁶⁾. Pero no todos los pacientes con SIC están destinados a una insuficiencia intestinal ya que, con los tratamientos actuales, esta condición puede ser reversible. Entonces, ¿puede ser considerado realmente el SIC como una enfermedad rara en España? Desafortunadamente, debido a la escasa tasa de respuesta obtenida en este proyecto, por parte de los centros sanitarios seleccionados del CHN, no se puede presuponer de antemano este concepto ya que, como concluyó un estudio alemán, con una tasa de respuesta global a la encuesta del 85%, los datos de prevalencia obtenidos (34 pacientes por millón de habitantes) indicaban una aparición más frecuente del cuadro clínico de SIC de lo que se suponía basándose en datos de NPD y, por ende, no se podía considerar el SIC como una enfermedad rara⁽¹⁷⁾. En este sentido, no se puede descartar que el número real de pacientes en España esté infraestimado debido a la escasa cooperación de los centros seleccionados. A pesar de ello, cabe destacar que, en España, el síndrome de intestino corto congénito consta como una enfermedad catalogada en el «Registro de Pacientes de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III»⁽¹⁸⁾.

En cuanto a las características demográficas de los pacientes SIC, señalar que, respecto a la distribución por género, algunos autores han encontrado una prevalencia más elevada en mujeres que en varones, posiblemente debido a la longitud más corta del intestino delgado en mujeres⁽¹⁹⁾. De hecho, Underhill (1955) informó sobre la longitud del intestino delgado en varones en un rango entre 488 – 785 (media 637) cm y en mujeres de 335 – 716 (media de 592) cm⁽²⁰⁾. En este sentido, un reciente estudio internacional multicéntrico, en el que también había reclutados 21 pacientes españoles señaló, en adultos, una ratio de 2:1⁽²¹⁾. Lamentablemente en este trabajo, los datos respecto al sexo solo se han informado en un número muy escaso de pacientes sin que haya permitido sacar conclusiones al respecto.

Otro aspecto epidemiológico relevante es la edad de los pacientes. En referencia a este dato, este estudio no individualiza a los pacientes, sino que pretende aportar datos de prevalencia conjunta. Pero, dado que en los cuestionarios respondidos este parámetro se ha cumplimentado en muy pocas ocasiones, la escasez de la muestra, sobre todo pediátrica, tampoco permitiría extraer conclusiones válidas.

Finalmente, como alternativa a los periodos de larga hospitalización, las nuevas estrategias de tratamiento en NPD representan un método terapéutico seguro y eficaz para obtener un adecuado estado nutricional, evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes y, también, de sus familias y cuidadores^(16,22). Así, algunos estudios llevados a cabo en diferentes países europeos, sobre la prevalencia de la NPD en niños con insuficiencia intestinal crónica, han informado cifras en los <18 años de 9,56 casos por millón de habitantes, como es el caso de los Países Bajos en 2013 o de Italia con una prevalencia en los ≤19 años de 14,12 pacientes por millón de habitantes,

siendo en su mayoría (58%) causados por SIC^(22,23). En 2019, un estudio en Reino Unido publicó una prevalencia de NPD de 30 niños por millón, el 48% de ellos estaban diagnosticados de SIC⁽²⁴⁾. En España, el último informe publicado del grupo NADYA, en 2019, presentó datos de NPD siendo el SIC el primer motivo de indicación terapéutica tanto en niños (51,6%) como en adultos (37,3%)⁽¹³⁾.

Limitaciones: la principal limitación del estudio ha residido en la baja colaboración/respuesta de los centros contactados, lo que no ha permitido disponer de un número amplio de datos que posibiliten extraer conclusiones. Este problema junto a la pandemia de la Covid-19 han sido las mayores dificultades encontradas.

Se puede concluir que: la falta de participación dificulta obtener resultados concluyentes, lo que resulta mucho más importante cuando se trata de problemas de salud poco prevalentes. Con este trabajo se pretendió, por primera vez en España, obtener datos empíricos sobre la prevalencia del SIC en la población general, ya que, a día de hoy, no hay datos epidemiológicos validados que permitan conocer la situación real de esta enfermedad.

Sería interesante que con objeto de poder determinar la prevalencia y la incidencia del SIC, se estableciera un registro estatal obligatorio de pacientes con SIC para una comunicación precisa de los casos que sirva de herramienta en la toma de decisiones de futuras estrategias de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Keefe SJ, Buchman AL, Fishbein TM, Jeejeebhoy KN, Jeppesen PB, Shaffer J. Short bowel syndrome and intestinal failure: consensus definitions and overview. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;4(1):6-10. DOI: 10.1016/j.cgh.2005.10.002
2. Carbonnel F, Cosnes J, Chevret S, Beaugerie L, Ngô Y, Malafosse M, et al. The role of anatomic factors in nutritional autonomy after extensive small bowel resection. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1996;20(4):275-80. DOI: 10.1177/0148607196020004275
3. Nightingale JM, Lennard-Jones JE. The short bowel syndrome: what's new and old? *Dig Dis*. 1993;11(1):12-31. DOI: 10.1159/000171397
4. Mullady DK, O'Keefe SJ. Treatment of intestinal failure: home parenteral nutrition. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2006;3(9):492-504. DOI: 10.1038/ncpgasthep0580
5. Nightingale J, Woodward JM, Gastroenterology SBaNCotBSO. Guidelines for management of patients with a short bowel. *Gut*. 2006;55(Suppl 4):1-12. DOI: 10.1136/gut.2006.091108
6. Carroll RE, Benedetti E, Schowalter JP, Buchman AL. Management and Complications of Short Bowel Syndrome: An Updated Review. *Curr Gastroenterol Rep*. 2016;18(7):e40. DOI: 10.1007/s11894-016-0511-3
7. Pironi L, Goulet O, Buchman A, Messing B, Gabe S, Candusso M et al. Outcome on home parenteral nutrition for benign intestinal failure: a review of the literature and benchmarking with the European prospective survey of ESPEN. *Clin Nutr*. 2012;31(6):831-45. DOI: 10.1016/j.clnu.2012.05.004
8. Higuera I, García-Peris P, Cambolor M, Bretón I, Velasco C, Romero R, et al. Outcomes of a general hospital-based home parenteral nutrition (HPN) program; report of our experience from a 26-year period. *Nutr Hosp*. 2014;30(2):359-65. DOI: 10.3305/nh.2014.30.2.7592
9. Howard L. Home parenteral nutrition: survival, cost, and quality of life. *Gastroenterology*. 2006;130(Suppl 2):S52-9. DOI: 10.1053/j.gastro.2005.09.065

10. Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). Informe Sanidad Privada: Aportando Valor. Análisis de situación 2014 [Internet]. Madrid, España: IDIS; 2014 [consultado 5 noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3pyEgyt>
11. Instituto Nacional de Estadística (INE). INEBASE (sede Web). Madrid, España: INE; 2016 [consultada 5 noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3Es1pGX>
12. Buchman AL, Scolapio J, Fryer J. AGA technical review on short bowel syndrome and intestinal transplantation. *Gastroenterology*. 2003;124(4):1111–34. DOI: 10.1016/s0016-5085(03)70064-x
13. Wanden-Berghe C, Virgili Casas N, Cuerda Compes C, Ramos Boluda E, Pereira Cunill JL, Maiz Jiménez MI, et al.; Grupo NADYA-SENPE. Nutrición parenteral domiciliaria en España, 2019: informe del Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria NADYA. *Nutr Hosp*. 2021;38(6):1304-9. DOI: 10.20960/nh.03720
14. DiBaise JK, Young RJ, Vanderhoof JA. Intestinal rehabilitation and the short bowel syndrome: part 1. *Am J Gastroenterol*. 2004;99(7):1386–95. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2004.30345.x
15. Jeppesen PB. Teduglutide, a novel glucagon-like peptide 2, in the treatment of patients with short bowel syndrome. *Therap Adv Gastroenterol*. 2012;5(3):159-71. DOI: 10.1177/1756283X11436318
16. González Aguilera B, Oliveira G, García-Luna PP, Pereira Cunill JL, Luengo LM, Pérez de la Cruz A, Irlles Rocamora JA. Documento de Consenso de expertos de Andalucía y Extremadura sobre la nutrición parenteral domiciliaria. *Nutr Hosp*. 2017;34(4):784-91. DOI: 10.20960/nh.881
17. von Websky MW, Liermann U, Buchholz BM, Kitamura K, Pascher A, Lamprecht G, et al. Short bowel Syndrome in Germany: Estimated prevalence and standard of care. *Chirurg*. 2014;85(5):433-9. DOI: 10.1007/s00104-013-2605-x
18. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Portal de registro de enfermedades raras [Internet]. Madrid, España: ISCIII; [consultado 12 diciembre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3qqxKZt>
19. Nightingale JM, Lennard-Jones JE, Gertner DJ, Wood SR, Bartram CI. Colonic preservation reduces need for parenteral therapy, increases incidence of renal stones, but does not change high prevalence of gall stones in patients with a short bowel. *Gut*. 1992;33(11):1493–7. DOI: 10.1136/gut.33.11.1493
20. Underhill BM. Intestinal length in man. *Br Med J*. 1955;19:2(4950):1243-6. DOI: 10.1136/bmj.2.4950.1243
21. Pironi L, Steiger E, Joly F, Jeppesen PB, Wanten G, Sasdelli AS, et al. Characteristics of adult patients with chronic intestinal failure due to short bowel syndrome: An international multicenter survey. *Clin Nutr ESPEN*. 2021;45:433-44. DOI: 10.1016/clinesp.2021.07.004
22. Neelis EG, Roskott AM, Dijkstra G, Wanten GJ, Serlie MJ, Tabbers MM, et al. Presentation of a nationwide multicenter registry of intestinal failure and intestinal transplantation. *Clin Nutr*. 2016;35(1):225-9. DOI: 10.1016/clinu.2015.01.010
23. Diamanti A, Capriati T, Gandullia P, Di Leo G, Lezo A, Lacitignola L, et al. Pediatric Chronic Intestinal Failure in Italy: Report from the 2016 Survey on Behalf of Italian Society for Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (SIGENP). *Nutrients*. 2017;9(11):1217. DOI: 10.3390/nu9111217
24. Wiskin AE, Russell R, Barclay AR, Thomas J, Batra A; BANS committee of BAPEN. Prevalence of home parenteral nutrition in children. *Clin Nutr ESPEN*. 2021;42:138-41. DOI: 10.1016/J.CLNESP.2020.12.029

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i1.153>

Home Hospital and Health Education: Legal documentation analysis pre COVID

Hospital a Domicilio y Educación para la Salud: análisis legislativo pre COVID

Das Does, Ricardo¹  0000-0002-4725-4492

Clara, Ana Rita²  0000-0002-5587-0842

1. Universidad de Huelva, Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte. Huelva, España.
2. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

Correspondencia/Correspondence

Ricardo das Does
ricardo.m.a.dores@gmail.com

Recibido/Received

06.01.2022

Aceptado/Accepted

10.01.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

There is no conflict of interest.

Financiación/Funding

Study conducted without funding.

Contribuciones de autoría/Author contributions

All authors have contributed equally.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Das-Does R, Clara AR. Home Hospital and Health Education: Legal documentation analysis pre COVID. Hosp Domic. 2022;6(1):37-45.

RESUMEN

Introducción: La Hospitalización Domiciliaria es una alternativa válida y competente al internamiento clásico. No obstante, a pesar de contar con una existencia desde el siglo XX, solo recientemente fue una opción concreta para los pacientes del *Serviço Nacional de Saúde*. La educación para la salud y la alfabetización en salud son criterios fundamentales para un ejercicio de ciudadanía plena y acceso a cuidados de salud.

Método: Estudio de análisis documental basada en una revisión de los documentos legales (leys) de los últimos cinco años (2015-2020) y relacionado con la hospitalización domiciliaria y alfabetización en salud y educación para la salud. Al final se realizó un análisis discursivo de los documentos elegidos.

Resultados: Un total de 27 documentos resultaron de la búsqueda en el *website* del *Diário da República Portuguesa Online*. Dentro de este, 3 eran del *Ministério da Saúde* y su alcance era la Hospitalización Domiciliaria. El análisis discursivo demostró que no hay énfasis en el soporte legal para la Hospitalización Domiciliaria y sus unidades sobre la educación para la salud o alfabetización en salud.

Conclusiones: La educación para la salud y la alfabetización en salud son promotores de comportamientos saludables y el conocimiento puede servir para manejar enfermedades crónicas. La Hospitalización Domiciliaria maneja, mayoritariamente, enfermos con condiciones crónicas en fase aguda. La Hospitalización Domiciliaria es un contexto importante para desarrollar procesos de educación para la salud y promoción de la alfabetización en salud. Es fundamental que la documentación que regula el funcionamiento de la Hospitalización Domiciliaria tenga soporte para intervenciones para la promoción de la alfabetización y educación para la salud.

Palabras clave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Educación en Salud; Comunicación en Salud; Alfabetización para la Salud.

ABSTRACT

Introduction: Hospital from home (HH) is a valid and stable alternative to the conventional hospital admission. Although it has been used since early XX century only recently was implemented in Portugal, on the public sector. Health literacy is a *sine qua non* condition to exercise of citizenship and informed consenting.

Method: document analysis based on a review process of public legal documents from the last 5 years related with the implementation of HH and the development and role that health literacy plays on the process on HH. A discourse analysis was undertaken after documents gathering.

Results: a total of 27 documents were recovered from the Portuguese public legal database (*Diário da República Portuguesa*). From those, a total of 3 versed HH. Discourse analysis presented the lack of emphasis on health literacy on the documents and, thus, on the legal fundamentals of implementation of HH units.

Conclusions: Health literacy is a key element to included individuals on their health seeking behaviors and to manage their own health balance. Thus, to accept a different kind of hospital admission (when conditions are met) individuals should be provided with fundamental tools to overcome and develop their health literacy and to have an informed decision and consenting. Health literacy and health education are the core of HH units and, therefore, should be present on the discourse that establishes the units implementation on a legal basis.

Keywords: Home Care Services; Health Education; Health Communication; Health Literacy.

INTRODUCTION

Home Hospital (HH) or hospital at home are concepts that are associated with an alternative to traditional hospital inpatient admittance. The first experience appears in the 40's in New York's Montefiore Hospital where, to promote quality of care and provide extra space for patients, it is put into practice the first sketch of home hospital⁽¹⁻³⁾. In Europe the first HH experience takes place in France, in 1957, and consistently during the 60's it spreads out through the continent^(2,3). It only arrives to Portugal in 2015 with the first Home Hospital unit is created at Hospital Garcia da Orta, Lisbon. In 2018 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho starts another HH unit⁽⁴⁾. From 2019 onwards the development of several HH units was promoted. Nowadays the presence of HH units is unanimous on the majority of Portuguese public hospitals.

Home Hospital units aim to promote quality healthcare similar to conventional inpatient in hospital settings admittance with the possibility of reducing associated risks: crossed infections, falls, acute confusion, etc. Additionally the possibility for a patient to be receiving high quality healthcare in his home promote an environment that prompts healing conditions and better psychological conditions for the patient⁽⁴⁾.

The main features that constitute the core of a HH unit are the commitment to substitute completely an inpatient acute hospital admission; offers and provides the same level of care that would be provided in-hospital; it provides care that is commonly provided in a acute hospital and not in usual community based home care services⁽¹⁾.

Health Literacy is of paramount importance for the development and quality life-styles and based on knowledge, personal skills and confidence⁽⁵⁾: "Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health".

Home Hospital depends greatly on informal caregivers and/or family members support while patient is admitted to HH. Their support is composed on early warning signs of deterioration, vital signs observations and recording, non-IV medication monitoring, administration and recording and a variety of data required to be provided to healthcare professionals when the visit is due. Health literacy must be one the components and should be a tool widely spread on legislation and official documents in order to be enforced by healthcare professionals. Health literacy is of paramount importance for the successful development of HH. Therefore this retrospective descriptive study analyses the legal documentation related to HH issued by Portuguese health authorities in order to seek the relevance given to Health Literacy in this context.

METHODS

In order to develop this review and document analysis the authors established search on the website "*Diário da República Eletrónico - DRE*" which is the online repository for Portuguese Legislation using the following terms: "*hospitalização domiciliária*" - between 01st January 2015 and 06th July 2020 and corresponding only to the "*Ministério da Saúde*" (Health Minister). A total of 27 documents were found containing the terms above mentioned and only 3 were considered for this review, after the title and purpose reading. Only laws or decree of laws were included in this search.

Table 1. Search results and inclusion/exclusion criteria

Law or decree of law	Inclusion criteria	Exclusion criteria
Aviso n.º 5078/2015 - Diário da República n.º 89/2015, Série II de 2015-05-08		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.
Regulamento n.º 742/2015 - Diário da República n.º 210/2015, Série II de 2015-10-27		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.
Aviso n.º 2718/2016 - Diário da República n.º 42/2016, Série II de 2016-03-01		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.
Portaria n.º 165/2016 - Diário da República n.º 112/2016, Série I de 2016-06-14		Not related to Home Hospital Units. Palliative care related.
Regulamento n.º 639/2016 - Diário da República n.º 131/2016, Série II de 2016-07-11		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.
Regulamento n.º 973/2016 - Diário da República n.º 206/2016, Série II de 2016-10-26		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.

Law or decree of law	Inclusion criteria	Exclusion criteria
Regulamento n.º 596/2017 - Diário da República n.º 220/2017, Série II de 2017-11-15		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.
Portaria n.º 66/2018 - Diário da República n.º 46/2018, Série I de 2018-03-06		Not related to Home Hospital Units. Palliative care related.
Aviso n.º 3063/2018 - Diário da República n.º 47/2018, Série II de 2018-03-07		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.
Deliberação (extrato) n.º 561/2018 - Diário da República n.º 88/2018, Série II de 2018-05-08		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.
Despacho n.º 7219/2018 - Diário da República n.º 145/2018, Série II de 2018-07-30		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.
Despacho n.º 8807/2018 - Diário da República n.º 179/2018, Série II de 2018-09-17	Home Hospital national coordination election.	
Despacho n.º 9323-A/2018 - Diário da República n.º 191/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-10-03	Home Hospital units: national implementation strategy.	

Law or decree of law	Inclusion criteria	Exclusion criteria
Lei n.º 70/2018 - Diário da República n.º 251/2018, Série I de 2018-12-31		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.
Despacho n.º 3721/2019 - Diário da República n.º 66/2019, Série II de 2019-04-03		Not related to Home Hospital Units. Palliative care related.
Deliberação n.º 616/2019 - Diário da República n.º 98/2019, Série II de 2019-05-22		Staff nomination.
Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2019 - Diário da República n.º 100/2019, Série I de 2019-05-24		Staff nomination.
Resolução do Conselho de Ministros n.º 99/2019 - Diário da República n.º 119/2019, Série I de 2019-06-25		Staff nomination.
Resolução do Conselho de Ministros n.º 129-A/2019 - Diário da República n.º 146/2019, 1º Suplemento, Série I de 2019-08-01		Staff nomination.
Despacho n.º 7871/2019 - Diário da República n.º 171/2019, Série II de 2019-09-06		Miscellaneous physical resources items.
Regulamento n.º 743/2019 - Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25		Non-Health Minister originated.

Law or decree of law	Inclusion criteria	Exclusion criteria
Deliberação n.º 1002/2019 - Diário da República n.º 187/2019, Série II de 2019-09-30		Staff nomination.
Despacho n.º 9402/2019 - Diário da República n.º 200/2019, Série II de 2019-10-17		Staff nomination.
Despacho n.º 12333/2019 - Diário da República n.º 246/2019, Série II de 2019-12-23	Home Hospital implementation enhancement.	
Despacho n.º 1721/2020 - Diário da República n.º 26/2020, Série II de 2020-02-06		Staff nomination.
Despacho n.º 3728/2020 – Diário da República n.º 61/2020, Série II de 2020-03-26		Staff nomination.
Lei n.º 2/2020 - Diário da República n.º 64/2020, Série I de 2020-03-31		Not Health Minister originated. Not related to Home Hospital Units.

On the 3 documents above mentioned a discourse analysis⁽⁶⁾ was implemented following the "in-document" search of the terms: "*literacy em saúde*" (health literacy) AND/OR "*educação para a saúde*" (health education).

RESULTS

The 3 legislative documents versed Home Hospital units directly: on the 17th September 2018 is nominated the national coordinator responsible for the implementation of several Home Hospital Units throughout the country. Despite the fact that this document is mainly based on logistic details, the terms "*educação para a saúde*" and/or "*literacia em saúde*" were not presented nor mentioned in this document.

On the 03rd of October of 2018 the legal document number 9329-A/2018 describes the national strategy for Home Hospital Units implementation throughout several public hospitals in the country. The document enumerates the patient's rights and duties, medication and range of availability, units timetable and staffing, motoring and evaluation, human resources and main goals for Home Hospital units. The minister mandates the "*Direcção Geral da Saúde*" to produce the ground rules for Home

Hospital units function. This document has no mention to “*educação para a saúde*” nor “*literacia em saúde*”.

On the 23rd December of 2019 the legal document number 12333/2019 reinforces that all public hospitals should have a working Home Hospital Unit. This document has no mention to “*educação para a saúde*” nor “*literacia em saúde*”.

Following the results above stated the author searched the “*Direção Geral da Saúde*” (Directorate General Health) website for the ground rules or standard operation procedure (SOP) for portuguese Home Hospital Units: SOP 020/2018 regulates all the activities and healthcare delivered through these type of hospital admission. The SOP regulates criteria for patients inclusion/admission and refusal, diagnostic test and therapies expected too held in this type of admission, patients pathway, audit criteria and evaluation standards. Although this legal document is the pivotal for the development, regulation and daily healthcare deliver for Home Hospital units it has no mention to the expressions: “*educação para a saúde*” nor “*literacia em saúde*”. However there is indication that healthcare professionals should teach and instruct - therefore promote literacy - to patient and main carer regarding treatment being delivered, infection control strategies and, as well, to promote knowledge development in healthcare professionals through research and/or academic placements.

DISCUSSION

Health literacy is a powerful asset that healthcare professionals may develop on their patients. Home Hospital units have the power to provide quality healthcare and decrease in hospital admission length of stay and improve patients quality of life⁽⁷⁾. If perceived has an asset that promotes healthy lifestyles and health seeking behaviors, health literacy can be portrayed has a powerful weapon to patients take control of their life on a healthy manner⁽⁸⁾. The implications on quality of life and costs savings are obvious. Empowering citizens to play an active role in improving their own health and to promote a health equity context is pivotal to abolish inequalities and disadvantages and marginalized societies⁽⁵⁾.

Portugal is the country that, when compared to another European countries, presents the lowest percentage (8,6%) of individuals with Excellent Health Literacy levels^(8,9). The European average percentage of individuals that possessed a Sufficient level of Health Literacy is 36% whereas in Portugal is 42,4%. Portugal presents 38,1% of individuals with Problematic level of Health Literacy when compared with 35,2% of European average. The Inadequate level of Health Literacy is in Portugal of 10,9% whereas in Europe is 12,4%^(8,9). The most vulnerable part of Portuguese population on Health Literacy levels are individuals with 65 or above years of age, low income and low degree of literacy, with chronic diseases, with a poor perception of their health status and with limitations due to chronic conditions^(8,10).

Health Literacy is a tool crucial to promote equity on healthcare access and maintenance of quality of life. Home Hospital units seek to deliver excellent healthcare to patients, avoid iatrogenic complications, reduce costs and avoid functional decline⁽¹⁾. The range of pathologies that area admitted to Home Hospital is focus on chronic conditions and acute phase of chronic conditions.⁽⁸⁾ It is extremely important that the opportunity is seized to provide tailored healthcare to a patient when a admitted in Home Hospital setting and, as well, to establish a diagnosis and plan of intervention to overcome any possible needs on Health Literacy. Home Hospital is an emergent tool to provide Health Literacy tailored to patient needs in his own setting. These conditions are prosperous for a successful interaction and acquisition of knowledge. Additionally literature states that the majority of conditions that establish admissions to Home Hospital are chronic conditions⁽⁷⁾. How to manage

chronic conditions and alarm signs are just two examples on how healthcare providers may promote Health Literacy on their patients. Although, with effort, one can withdraw an educational intention and inclination on the elaboration of the legal documents evaluated, this is not clear and explicit. The lack of Health Literacy dimension and wording on legal documents that support Home Hospital units regulation is presented on this analysis review. Additionally the relevance of Health Literacy on promoting equity on access to healthcare and decreasing the gap between marginalized individuals and health is well established. Therefore authors conclude that it is extremely important that legislative documentation provide support to healthcare professionals increase Health Literacy in their practice to individuals admitted in Home Hospital units.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leff B, Montalto M. Home hospital-toward a tighter definition. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(12):2141. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52579_1.x
2. Cotta R, Suarez-Varela M. La Hospitalización Domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Pam Am J Public Health.* 2001;10(1):45-55.
3. Escarrabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria.* 2002;30(5):304-9.
4. Direção Geral de Saúde. Hospitalização em Idade Adulta: Norma 020/2018 [Internet]. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde; 2018 [accessed January 10, 2021]. Available at <https://bit.ly/3td5IZX>
5. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary (WHO/HPR/HEP/98.1) [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 1998 [accessed January 10, 2021]. Available at <https://bit.ly/3FeTInP>
6. Bogdan R, Biklen S. *Investigação Qualitativa em Educação.* Porto, Portugal: Porto Editora; 1994.
7. Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6(6):CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4
8. Direção Geral da Saúde. Plano de Acção para a Literacia em Saúde Portugal 2019-2021 [Internet]. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde; 2019 [accessed January 10, 2021]. Available at <https://bit.ly/3GdInpr>
9. Sørensen K, Pelikan J, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al; The HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1053-8. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043
10. Espanha R, Ávila P, Veloso-Mendes R. *Literacia em Saúde em Portugal Relatório Síntese.* Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016.

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i1.150>

Lidocaína endovenosa domiciliaria en cuidados paliativos

Domiciliary endovenous lidocaine treatment in palliative care patients

Iago Villamil-Cajoto¹  0000-0002-3971-2748

Alicia Alvarez-Pérez¹

Mariana Marcos-Fernández¹

Lucía Balea-Vázquez¹

Iñigo Melchor-Armiño¹

1. Hospital da Costa, Unidade de Hospitalización a Domicilio, Burela, Lugo, España.

Correspondencia/Correspondence

Iago Villamil Cajoto; iago.villamil.cajoto@sergas.es
Unidad Hospitalización a Domicilio- Cuidados paliativos.

Recibido/Received

12.12.2021

Aceptado/Accepted

13.12.2021

Conflicto de Intereses/Competing interest

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Financiación/Funding

Este trabajo no ha tenido ningún tipo de financiación.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Los autores y autoras de este trabajo han contribuido por igual.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Villamil-Cajoto I, Alvarez-Pérez A, Marcos-Fernández M, Balea-Vázquez L, Melchor-Armiño I. Lidocaína endovenosa domiciliaria en cuidados paliativos. *Hosp Domic.* 2022;6(1):47-52.

RESUMEN

Introducción: El dolor neuropático es, en numerosas ocasiones, un dolor de difícil manejo que precisa la combinación de diferentes grupos terapéuticos para su control óptimo.

Método: La lidocaína es un anestésico local y su uso endovenoso es necesario ocasionalmente para el tratamiento del dolor neuropático; no hay experiencia en su uso domiciliario.

Resultados: Realizamos la infusión endovenosa domiciliaria con lidocaína en 2 pacientes con dolor neuropático refractario con mejoría clínica.

Conclusiones: La infusión de lidocaína endovenosa en domicilio es una técnica segura y eficaz en pacientes con dolor neuropático.

Palabras clave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Lidocaína; Cuidados Paliativos; Dolor; Dimensión del Dolor.

ABSTRACT

Introduction: Neuropathic pain is a often difficult to control pain and is suitable of different therapeutic approaches.

Method: Lidocaine is a local anesthetic and its endovenous use is sometimes necessary to control neuropathic pain. There is no reported use of this drug at home.

Results: We performed the lidocaine endovenous infusion in two patients with neuropathic pain achieving significant clinical improvement.

Conclusions: Endovenous lidocaine infusion at home, is a safe and effective proceeding for patients with neuropathic pain.

Keywords: Home Care Services; Lidocaine; Palliative Care; Pain; Pain Measurement.

INTRODUCCIÓN

En el paciente oncológico en cuidados paliativos, el dolor es un síntoma muy frecuente⁽¹⁾. El dolor neuropático (DNP) es en numerosas ocasiones de difícil control y precisa la combinación de diferentes grupos terapéuticos. Los pacientes oncológicos pueden desarrollar DNP por distintas causas: compresión o infiltración directa de estructuras nerviosas, traumatismos directos nerviosos, como consecuencia de procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, y lesiones nerviosas secundarias a tratamientos como la radioterapia o la quimioterapia (neuropatía inducida por quimioterapia). Su presencia interfiere en la calidad de vida de los pacientes⁽²⁾.

La correcta aplicación de la escala analgésica de la OMS hasta su tercer escalón permite controlar el dolor en numerosos casos, pero no en todos. Entre los diferentes tratamientos precisos para el control del DNP, desde hace años y tras su experiencia en el control del dolor postoperatorio⁽³⁾, se usa la lidocaína endovenosa.

La lidocaína, un anestésico local tipo amida actúa bloqueando los canales de sodio dependientes de voltaje en tejidos neuronales, interrumpiendo la transmisión nerviosa⁽⁴⁾. Su uso endovenoso lo hace casi exclusivo hospitalario, aunque no existe limitación para uso extrahospitalario siempre que se realice en condiciones de seguridad. Presentamos la experiencia de nuestra unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) de lidocaína endovenosa en el domicilio de dos pacientes a tratamiento paliativo con DNP.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Nuestra unidad pertenece a un Hospital Comarcal para un área sanitaria de 75000 pacientes. Durante los meses de agosto a diciembre de 2020, tratamos a 2 pacientes de 57 y 58 años con lidocaína endovenosa en domicilio para control de DNP.

De acuerdo con la unidad de dolor del servicio de Anestesia y Reanimación, protocolizamos la infusión de lidocaína endovenosa domiciliaria. Los pacientes ya habían recibido previamente lidocaína endovenosa sin incidencias en el ámbito hospitalario. Ambos pacientes disponían de reservorio endovenoso. Su ECG basal no presentaba patología. Se disponía durante el procedimiento, de expansores de volumen y del equipo estándar de reanimación avanzada disponible en HaD. Se realiza monitorización continua de TA, saturación y frecuencia cardíaca con equipo médico de facultativo y enfermería. Los pacientes firmaron un consentimiento informado para la administración de la medicación.

Se utilizaron viales de 50 mg/ml de lidocaína en 250 cc de glucosado 5%, pasando en 40 minutos a dosis estimadas de 3 mg/kg.

Paciente 1

Varón de 58 años con diagnóstico 5 años antes de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de pulmón estadio IV con masa lobulada, basal posterior lóbulo inferior izquierdo, que contacta con la pleura a nivel posterior, y afección del músculo escaleno anterior izquierdo. Presenta impotencia funcional (antiálgica) e hiperestesia de características neuropáticas en la extremidad superior izquierda.

Recibe analgesia con 125 µg de fentanilo transdérmico, rescates transmucosos de 200 µg, pregabalina 75 mg/12 horas. así como dexametasona 2mg/24 horas, dexketoprofeno 25 mg/12 horas

y ocasionalmente metamizol (550 mg). Su situación basal: Escala Visual Analógica (EVA) 5 con picos de 8-9.

Se planifican perfusiones de lidocaína intravenosa (IV), 10 sesiones con el siguiente esquema en dosis ascendentes: 1º día: 100 mg lidocaína; 2º día: 100 mg; 3º día: 150 mg, 4º día: 150 mg; 5º día: 150 mg; 6º día: 200 mg; 7º día: 200 mg; 8ª día 250 mg; 9º día: 300 mg; 10º día: 300 mg; dosis final de 3 mg/kg.

Se realiza la administración sin incidencias en ninguna de las sesiones de tratamiento. Durante el tratamiento, presenta una mejoría clínica evidente pasando a un EVA basal 2-3 con picos mucho menos frecuentes y considerados 5-7 por el paciente. En el final de tratamiento EVA basal 2-3, picos de 5-6 y destaca mejoría en la respuesta a rescates con fentanilo transmucoso.

Paciente 2

Mujer de 57 a con diagnóstico 9 años antes de timoma mediastínico con progresión tras varias cirugías y líneas de citostático, en este momento irreseccable. Presenta polineuropatía paraneoplásica de características neuropáticas en extremidades inferiores por la que recibe 2 ciclos de inmunoglobulinas endovenosas con mejoría limitada, se encuentra a tratamiento con fentanilo transdérmico a dosis de 150 µg, rescates transmucosos de 200 µg, gabapentina 300 mg/8 horas y dexametasona 2 mg/24 horas. Persisten las molestias en relación con polineuropatía sensitiva dolorosa subaguda paraneoplásica.

Se realiza tratamiento endovenoso de 10 ciclos a dosis completas con lidocaína 300 mg (3mg/kg).

La situación basal con respecto al dolor era un EVA 2-3 con picos de EVA 9. Durante la infusión se consigue control absoluto de molestias. La situación basal tras el ciclo de 10 días de lidocaína pasa a EVA 2 picos aislados de 5-6. Presenta así mismo una mejoría notable de la percepción de calidad de vida (aunque no medida con instrumento-escala) al mejorar la deambulaci3n, afectada por el dolor previo.

CONCLUSIONES

El dolor refractario al uso de opiáceos, especialmente el DNP, es un desafío para los sanitarios a cargo de estos pacientes. El efecto analgésico de la lidocaína por vía endovenosa está comprobado desde hace años y se consigue al interrumpir la transmisión nerviosa de las descargas ectópicas provocadas en un neuroma⁽⁵⁾. Podría tener así mismo un efecto central, a nivel espinal a través del enlace con el receptor del N-metil-D aspartato⁽⁶⁾. Hay evidencia de seguridad en su uso controlado con algún reciente meta-análisis que resume los escasos ensayos clínicos disponibles⁽⁷⁾ y confirma su idoneidad en casos como los que presentamos en nuestro trabajo. El uso del fármaco es seguro y los efectos adversos infrecuentes en perfusiones controladas⁽⁸⁾, pero la práctica habitual hace que su manejo sea hospitalario, siendo en algunos casos como en nuestro centro, su uso supervisado por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

La lidocaína por vía endovenosa presenta efectos adversos a nivel del Sistema Nervioso Central como convulsiones, efectos cardiovasculares (hipotensi3n severa, bradicardia y arritmias), mareo, somnolencia, agitaci3n y llanto⁽⁹⁾. Otros efectos adversos descritos con su infusi3n son: fotofobia, somnolencia, parestesia perioral, nausea, cefalea, disartría, xerostomía y sabor metálico. Nuestros pacientes únicamente presentaron somnolencia, que experimentaron previamente en su infusi3n

hospitalaria; en ninguno de los casos interfirió posteriormente en el sueño nocturno ni en las actividades en el resto del día.

Se ha demostrado que las infusiones endovenosas de lidocaína administradas a dosis bajas de 1.5 mg/kg a 2-3 mg/min disminuye significativamente el dolor neuropático⁽⁷⁾. La dosis correcta de lidocaína endovenosa para la resolución del dolor permanece en discusión⁽⁷⁾. Algunos estudios recogen control de dolor con dosis de 1 mg/kg, y otros ensayos comparativos de 3 dosis de lidocaína endovenosa (1,3 y 5 mg/kg)⁽⁷⁾, concluyen que la infusión de lidocaína a dosis de 1 y 3 mg/kg/h no era mejor que placebo para resolver el dolor neuropático. Nuestros pacientes recibieron dosis de 3 mg/kg con mejoría de las molestias como hemos indicado.

Desde hace años algunos sistemas de salud como el francés, tiene protocolizado el uso endovenoso de anestésicos locales en uso parenteral para uso paliativo⁽¹⁰⁾, una iniciativa que bien podríamos plantear en nuestro sistema. Consideramos la administración domiciliaria de lidocaína endovenosa paliativa como una alternativa eficaz y segura. Creemos que el uso del fármaco es seguro y supone una mejora asistencial para pacientes y familiares, por lo que debería considerarse su administración domiciliaria en condiciones de seguridad como como las descritas en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regan JM, Peng P. Neurophysiology cancer pain. *Cancer Control*. 2000;7(2):111-9. DOI: 10.1177/107327480000700201
2. Stute P, Soukup J, Menzel M, Sabatowski R, Grond S. Analysis and treatment of different types of neuropathic cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2003;26(6):1123-31. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2003.04.002
3. Tavares Mendonça F, Campos Reis M, Alvene Aguiar J, Calvano LA. Systemic lidocaine for perioperative analgesia: A literature review. *J Anesth Inten Care Med*. 2015;1(1):e555551. DOI: 10.19080/JAICM.2015.01.555551
4. Scholz A. Mechanisms of (local) anaesthetics on voltage-gated sodium and other ion channels. *Br J Anaesth*. 2002;89(1):52-61. DOI: 10.1093/bja/aef163
5. Tanelian DL, Brose WG: Neuropathic pain can be relieved by drugs that are use-dependent sodium channel blockers: lidocaine, carbamazepine, and mexiletine. *Anesthesiology*. 1991;74(5):949-51. DOI: 10.1097/0000542-199105000-00026
6. Biella G, Sotgiu ML. Central effects of systemic lidocaine mediated by glycine spinal receptors: an iontophoretic study in the rat spinal cord. *Brain Res*. 1993;603(2):201-6. DOI: 10.1016/0006-8993(93)91238-n
7. Zhu B, Zhou X, Zhou Q, Wang H, Wang S, Luo K. Intra-Venous Lidocaine to Relieve Neuropathic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Neurol*. 2019;10:954. DOI: 10.3389/fneur.2019.00954.
8. Dunn LK, Durieux ME. Perioperative use of intravenous lidocaine. *Anesthesiol*. 2017;126(4):729-7. DOI: 10.1097/ALN.0000000000001527
9. Carroll IR, Younger JW, Mackey SC. Pain quality predicts lidocaine analgesia among patients with suspected neuropathic pain. *Pain Med*. 2010;11(4):617-21. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2010.00807.x
10. Salas S, Auquier P, Duffaud F, Garnier SR, Deschamps M, Honoré S, et al. Efficacy of lidocaine in patients receiving palliative care with opioid-refractory cancer pain with a neuropathic compo-

nent: study protocol for a randomized controlled study. *Trials* 2014;15:e318. DOI: 10.1186/1745-6215-15-318



<https://twitter.com/revistahad>



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

