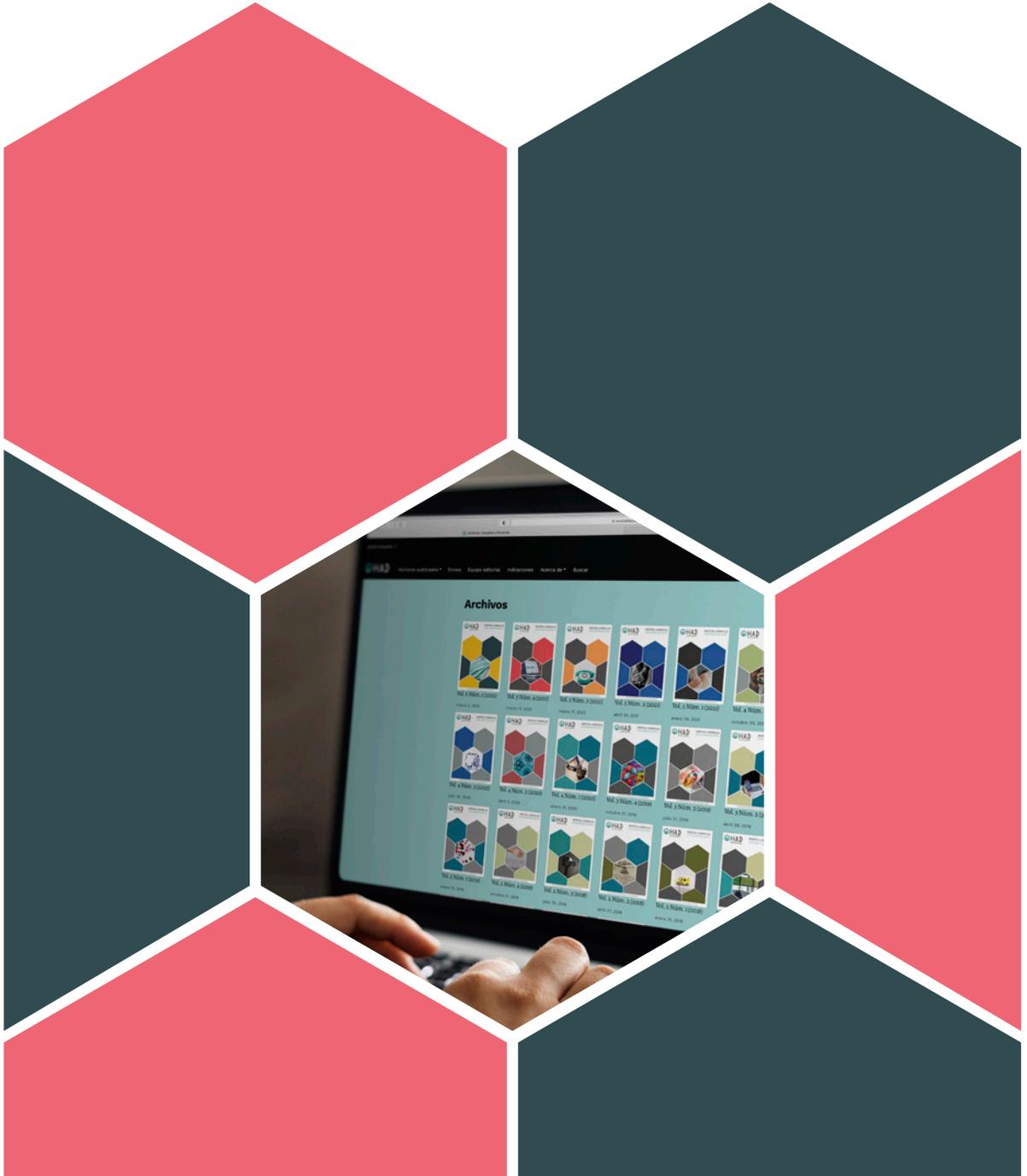




HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO
VOL.6(2) · 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>

ENVÍO DE TRABAJOS

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

EVALUACIÓN POR PARES

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

DISEÑO

MOTU ESTUDIO
www.motuestudio.com
Fotografía de cubierta
motuestudio

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(2) · AÑO 2022 · ABRIL-JUNIO

SUMARIO

EDITORIALES

- 59-65 Visibilidad de la revista Hospital a Domicilio
[Visibility of Hospital a Domicilio journal](#)
Carmina Wanden-Berghe, Javier Sanz Valero

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 67-78 Descripción y manejo del paciente traqueostomizado en Hospitalización Domiciliaria: Experiencia en el Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río
[Description and management of the tracheostomy patient in Hospital at Home: Experience in the Doctor Sótero del Río Care Complex](#)
Francisco Freire-Figueroa, Christian Poblete-Figueroa, Camilo Villarroel-Sgorbini, Viviana Marín-Navarro, Fernanda González-Cuesta, Camila Muñoz-Sotelo, Oscar Calderón-Alvarado, Romina Zúñiga-Azócar, José Tomas de Ossó-Acuña

NOTAS CLÍNICAS

- 79-83 Uso de adrenalina en el tratamiento de la hematuria persistente
[Use of epinephrine in the treatment of persistent hematuria](#)
Rubén Escribano-Castillo, Verónica González-Beneyto, Rafael López-Bas-Valero

- 85-92 Importancia de la sospecha clínica del síndrome de psoas maligno en cuidados paliativos domiciliarios
[Importance of the Clinical Suspect of Malignant Psoas Syndrome in Home Palliative Care](#)
Ana M^a Tierra-Rodríguez, Carmen Astorgano-De la Puente, M^a Jesús Menéndez-Colunga
- 93-97 Mejora de la calidad de vida de un paciente domiciliario de 76 años tras 38 cambios de medicación con la ayuda de un Sistema Personalizado de Dosificación: Un caso de Atención Farmacéutica Domiciliaria (SPD)
[Improvement of the quality of life of a 76-year-old home-care patient after 38 medication changes with the help of a Personalized Dosing System: A case of Home Pharmaceutical Care \(SPD\)](#)
Andrea Domingo-Pueyo, Beatriz Campos-Martínez



DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i2.162>

Visibilidad de la revista Hospital a Domicilio

Visibility of Hospital a Domicilio journal

Carmina Wanden-Berghe¹  0000-0002-6871-5737

Javier Sanz Valero²  0000-0002-8735-0075

1. Directora de la revista Hospital a Domicilio, Alicante, España.

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

Correspondencia/Correspondence

Carmina Wanden-Berghe
carminaw@telefonica.net

Recibido/Received

18.04.2022

Aceptado/Accepted

18.04.2022

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

Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. Visibilidad de la revista Hospital a Domicilio. Hosp Domic. 2022;6(2):59-65.

La calidad de una revista depende de tres factores fundamentales: la gestión editorial, el impacto y la visibilidad de sus publicaciones. Las revistas científicas más prestigiosas en cualquier área de conocimiento trabajan de manera constante por mejorar en estos tres aspectos y, de manera muy especial para maximizar su visibilidad, lo cual implica que sus artículos serán visibles para investigadores y potenciales autores de todo el mundo⁽¹⁾.

En los últimos años, la publicación científica se ha posicionado como uno de los productos más visibles del trabajo de los investigadores, hasta tal punto que en algunos ámbitos se podría aplicar la máxima no escrita de «si no publicas, no existes». La consecuencia directa de ello es que el volumen actual de contenidos científicos alcanza tales cotas (cada año se publican más de 2 millones de artículos, según datos de Thompson-Reuters) que, aunque los investigadores dedicaran las 24 horas del día a leer todo lo que se publica en su ámbito, no tendrían tiempo para acceder a todos estos contenidos. A ello hay que unir los nuevos escenarios de divulgación que, además de incrementar las opciones de publicar, aumentan la visibilidad de estos trabajos⁽²⁾.

VISIBILIDAD DE LA REVISTA

Desde el nacimiento de la revista, en enero de 2017, la gestión editorial adoptada buscaba la mayor calidad científica, la integridad en la divulgación del conocimiento, la sostenibilidad de la revista, así como una amplia visibilidad de la misma y su difusión internacional⁽³⁾.

Como puede verse en los mapas interactivos, la revista Hospital a Domicilio (HaD) se ha consultado desde prácticamente todas las partes del mundo; ver figura 1. Incluso se pudo comprobar que el día 10 de abril de 2022 fue consultada desde 17 países distintos, predominando las consultas de España y de los países latinoamericanos; ver figura 2.



Figura 1. Lugares desde donde se ha consultado la revista Hospital a Domicilio (fecha de consulta 10 de abril de 2022; <https://bit.ly/3uw95pX>)

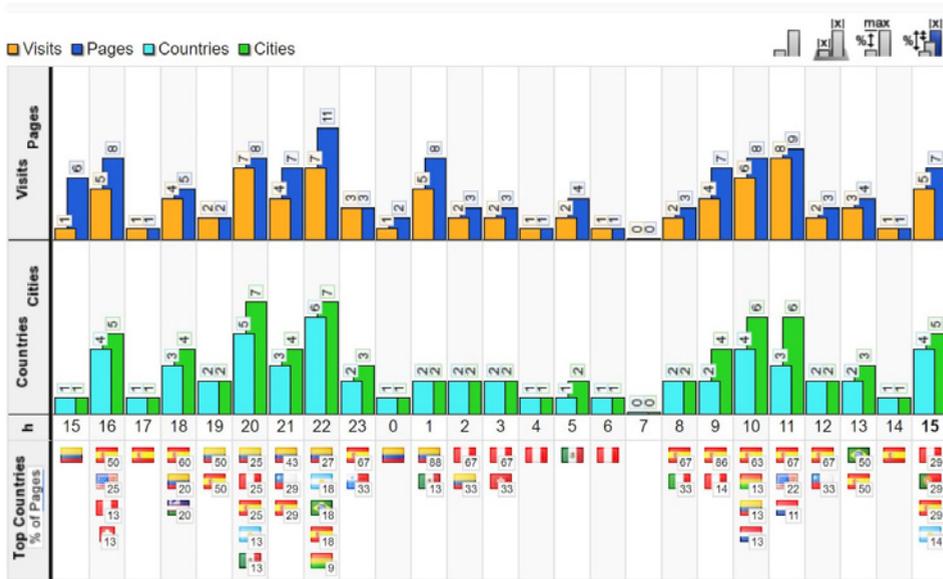


Figura 2. Visitas realizadas a la revista Hospital a Domicilio, incluyendo páginas consultadas y págses en 24 horas (fecha de consulta 10 de abril de 2022; <https://bit.ly/3uw95pX>)

VISIBILIDAD DE LOS ARTÍCULOS A TRAVÉS DE LA WEB DE LA REVISTA

Para este fin, se apostó por un sistema administrativo electrónico de tramitación de artículos, el *Open Journal System* (OJS), que permitía el seguimiento de todas las acciones (recepción, revisión, aceptación o rechazo) de todos los artículos que llegan a esta plataforma de la revista. El OJS es un programa que, además de administrar la gestión editorial de una revista, sirve como plataforma de difusión de los estudios que se publican y de plataforma intermediaria entre los editores, autores y las bases de datos bibliográficas internacionales⁽⁴⁾.

De esta forma, cualquier autor puede conocer el número de descargar que ha tenido su publicación en el último año; ver figura 3.

Por otra parte, el equipo editorial puede consultar las estadísticas descriptivas a través de la aplicación OJS (acceso restringido) para conocer la evolución de varios indicadores. Por ejemplo, se muestra la evolución de la consulta de los artículos en el último mes; ver figura 4.

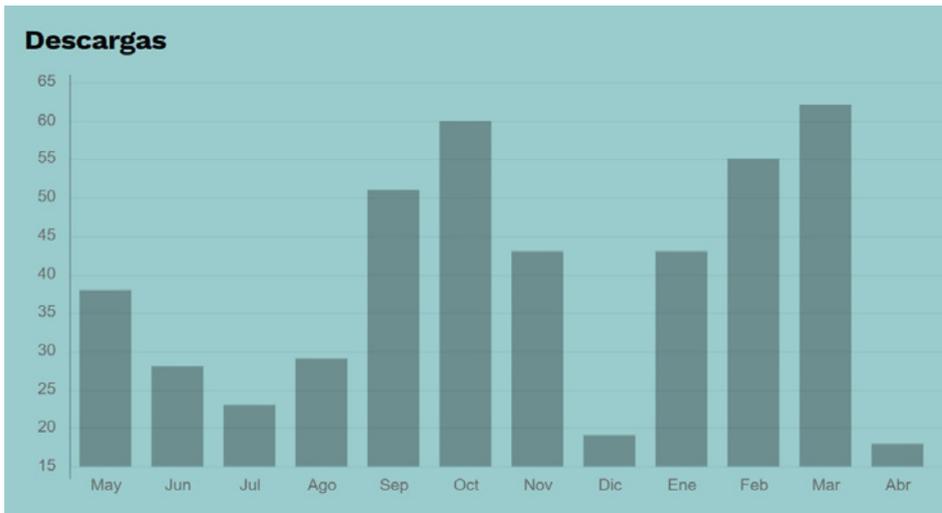


Figura 3. Gráfico de descarga del artículo «Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España» publicado en la revista Hospital a Domicilio (fecha de consulta 10 de abril de 2022; <https://bit.ly/3E7NcQP>)



Figura 4. Gráfico de la consulta a los artículos de la revista Hospital a Domicilio, facilitada por la aplicación OJS (fecha de consulta 10 de abril de 2022)

VISIBILIDAD A TRAVÉS DE LOS CATÁLOGOS DE REVISTAS

Para un autor es fundamental identificar aquellas revistas que estén situadas en bases de datos, hemerotecas selectivas, catálogos selectivos o bibliotecas universitarias⁽¹⁾.

Por ello se trabajó para indizar la revista en el mayor número de catálogos de revistas que se pudo (<https://bit.ly/3NVbja1>), consiguiendo en el año, en el año 2020, la inclusión en la colección SciELO⁽⁵⁾, lo que representaba el reconocimiento nacional e internacional de la revista.

El modelo SciELO nació con el objetivo estratégico de contribuir al avance de la investigación científica generada en los países Ibero-latinoamericanos, contribuyendo a la mejora de la calidad de sus revistas y aumentando su visibilidad, accesibilidad, uso e impacto⁽⁶⁾. Por ejemplo, podemos conocer los artículos más consultados a través de la colección SciELO; ver figura 5 (obviamente solo se dispone de los datos SciELO desde la fecha de acceso).

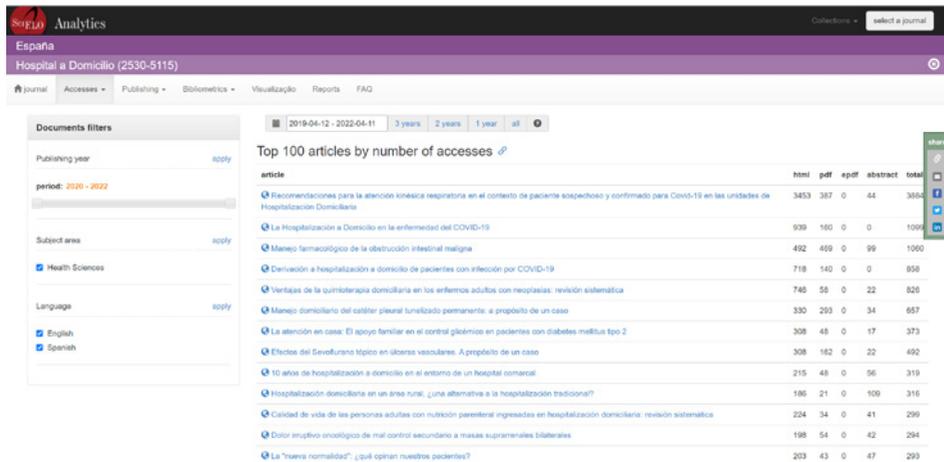


Figura 5. Listado de artículos más consultados a través de la colección SciELO (fecha de consulta 10 de abril de 2022)

VISIBILIDAD A TRAVÉS DE GOOGLE ACADÉMICO (GOOGLE SCHOLAR)

Google Scholar es una base de datos inclusiva, que a diferencia de bases de datos selectivas como Scopus o la Web of Science, no ponen trabas a las revistas para la inclusión de sus contenidos. Pero, lo más importante es la gran visibilidad que esta base ofrece a las revistas científicas que aún no han logrado estar presentes en las citadas bases selectivas.

La visibilidad a través de esta base se puede conocer mediante el perfil en Google Scholar Citations que, además, ofrece datos de las citas calculadas; ver figura 6.



Revista Hospital a Domicilio

CIVIN y SEHAD
 Dirección de correo verificada de revistahad.eu - [Página principal](#)
 Hospital a Domicilio

SEGUIENDO

CREAR MI PROPIO PERFIL

TÍTULO	CITADO POR	AÑO
La Bibliometría en la evaluación de la actividad científica V Tomás-Górriz, V Tomás-Castellá Hospital a Domicilio 2 (4), 145-163	58	2018
Análisis bibliométrico de la producción científica, indizada en MEDLINE, sobre los servicios de salud proporcionados por las unidades de hospitalización a domicilio J Sanz-Valero, C Wanden-Berghe Hospital a Domicilio 1 (1), 21-34	48	2017
Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España OE Cuxart, BM Domínguez, MAP González, MM Rubio, AT Cortés, ... Hospital a Domicilio 1 (2), 63-117	21	2017
La hospitalización a domicilio en el siglo XXI B Masca Domínguez Hospital a domicilio 1 (1), 7-9	19	2017
La red SciELO (Scientific Electronic Library Online): perspectiva tras 20 años de funcionamiento C Bojo-Canales Hospital a Domicilio 1 (4), 211-220	12	2017
Infografías en las ciencias de la salud: aplicación al cuidado domiciliario M Sanz-Lorente, R Castañón-Bolea Hospital a Domicilio 2 (2), 67-78	10	2018
Evaluación de la calidad de vida según el estado nutricional del paciente paliativo adulto: revisión sistemática E Aracil-Laveda, C Wanden-Berghe, J Sanz-Valero Hospital a Domicilio 1 (4), 199-210	10	2017
Tendencias temporales de los patrones de búsqueda de información sobre cuidado domiciliario "Home Care" u hospitalario "Hospital Care" a través de Google	9	2018



Figura 6. Listado de artículos más citados en Google Scholar Citations (fecha de consulta 10 de abril de 2022)

Durante estos años, la revista ha logrado cumplir sus objetivos y compromisos con respecto al incremento paulatino y significativo de la calidad y cantidad de artículos científicos y ha conseguido una buena visibilidad, tal y como queda reflejado en los datos ofrecidos por Google Scholar Citations que proporciona una manera fácil de medir la visibilidad y la influencia de los artículos incluidos en publicaciones académicas. Pero, como ya se dijo anteriormente, hay que seguir trabajando para no solo mantenernos, sino conseguir, cuanto antes, nuevas metas⁽⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Ruiz R. La visibilidad de los artículos: presencia de las revistas en bases de datos internacionales. Huelva, España: Revista Comunicar; 2019.
2. Elsevier Connect. Escribir, publicar y difundir: las claves de la visibilidad del artículo científico. Ámsterdam, Países Bajos: Elsevier; 2019.
3. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. La revista Hospital a Domicilio, algunos logros. Hosp Domic. 2019;3(3):191-2. DOI: 10.22585/hospdomic.v3i3.83
4. Wanden-Berghe C, Sanz Valero J. Hospital a Domicilio: nueva plataforma web. Hosp Domic. 2021;5(3):135-8. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i3.142

5. Wanden-Berghe C, Sanz Valero J. La revista Hospital a Domicilio incluida en SciELO. Hosp Domic. 2020;4(3):107-10. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i3.103
6. Bojo Canales C. La red SciELO (Scientific Electronic Library Online): perspectiva tras 20 años de funcionamiento. Hosp Domic. 2017;1(4):211-20. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i4.31
7. Wanden-Berghe C. Hospital a Domicilio: nuevos retos, mismo compromiso. Hosp Domic. 2021;5(1):5-7. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i1.128

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i2.154>

Descripción y manejo del paciente traqueostomizado en Hospitalización Domiciliaria: Experiencia en el Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río

Description and management of the tracheostomy patient in Hospital at Home: Experience in the Doctor Sótero del Río Care Complex

Francisco Freire-Figueroa¹  0000-0002-2261-5271

Christian Poblete-Figueroa¹

Camilo Villarroel-Sgorbini¹

Viviana Marín-Navarro¹  0000-0001-7597-932X

Fernanda González-Cuesta¹

Camila Muñoz-Sotelo¹

Oscar Calderón-Alvarado¹

Romina Zúñiga-Azócar²

José Tomas de Ossó-Acuña²

1. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Provincia Cordillera, Santiago de Chile.
2. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Unidad de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Provincia Cordillera, Santiago de Chile.

Correspondencia/Correspondence

Francisco Freire Figueroa
f.freire.figueroa@gmail.com

Recibido/Received

10.01.2022

Aceptado/Accepted

14.03.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

Sin conflicto de interés.

Financiación/Funding

Sin financiamiento

Contribuciones de autoría/Author contributions

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Agradecimientos/Acknowledgments

Sin agradecimientos

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Freire-Figueroa F, Poblete-Figueroa C, Villarroel-Sgorbini C, Marín-Navarro V, González-Cuesta F, Muñoz-Sotelo C, Calderón-Alvarado O, Zúñiga-Azócar R, Ossó-Acuña JT. Descripción y manejo del paciente traqueostomizado en Hospitalización Domiciliaria: Experiencia en el Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río. Hosp Domic. 2022;6(2):67-78.

RESUMEN

Introducción: La traqueostomía (TQT) es uno de los procedimientos más antiguos y frecuentes realizados en los pacientes críticos. Se estima que 1 de cada 10 pacientes con apoyo de ventilación mecánica requerirán una TQT, siendo el manejo clínico en hospitalización domiciliaria (HD) muy similar de lo reportado en la literatura intrahospitalaria

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes traqueostomizados ingresados a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río desde enero del año 2016 hasta abril del 2020. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS 24.

Resultados: Un total de 96 pacientes traqueostomizados ingresaron al estudio, con una mediana de 64,5 (min. 16; máx. 88) años, el principal motivo de ingreso a HD fue por tratamiento de patologías respiratorias agudas (41,7%); los principales motivos por lo que estos pacientes poseían una TQT fue a causa de patologías neurológicas y debido a ventilación mecánica prolongada (40,6%). La mediana de uso de TQT previo al ingreso a HD fue de 90 (min. 2; máx. 3960) días y la mediana de estadía en HD fue de 22 (min. 2; máx. 150) días. En 87 (90,6%) usuarios se planteó el objetivo de manejo y educación en traqueotomía, y en 9 (9,3%) la rehabilitación para decanulación; teniendo éxito en 8 (88,8%) de ellos. Con relación a su manejo se basó en cuidados generales de TQT y estoma, educación, manejo de urgencias y decanulación.

Conclusión: Resulta importante el abordaje multidisciplinario de los pacientes traqueostomizados en HD bajo el lineamiento de protocolos y estándares mínimos de atención, pudiéndose realizar procedimientos que antes se creían exclusivos de la atención intrahospitalaria (decanulación y cambios de cánula). Esto podría ser una alternativa viable en relación con el ahorro de la estancia hospitalaria y mejor gestión del recurso cama.

Palabras clave: Traqueostomía; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction. Tracheostomy (TQT) is one of the oldest and most frequent procedures performed in critically ill patients. About 1 in 10 patients with mechanical ventilation support will require a TQT, with clinical management in hospital at home (HAH) being very similar to that reported in the in-hospital literature.

Methods. Retrospective descriptive study of tracheostomized patients admitted to hospital at home Unit of Dr. Sótero del Río Care Complex from January 2016 to April 2020. The statistical program IBM SPSS 24 was used for data analysis.

Results: A total of 96 tracheostomized patients entered the study, with a median of 64.5 (min. 16; max. 88) years of age, the main reason for admission to HAH was treatment of acute respiratory diseases (41.7%); the main reasons why these patients had TQT was due to neurological pathologies and due to prolonged mechanical ventilation (40.6%). The median used of TQT prior to admission to HD was 90 (min. 2; max. 3960) days and the median stay on HD was 22 (min. 2; max. 150) days. In 87 (90.6%) users the objective of tracheostomy management and education was set, and in 9 (9.3%) rehabilitation for decannulation; succeeding in 8 (88.8%) of them. In relation to its management, it was based on general TQT and stoma care, education, emergency management and decannulation.

Conclusion: The multidisciplinary approach of tracheostomized patients on HAH is important under the guidelines of protocols and minimum standards of care, being able to perform procedures that were previously believed exclusive to in-hospital care (decanulation and cannula changes). This could be a viable alternative for decreasing hospital stay and optimize bed resource management.

Keywords: Tracheostomy; Home Care Services; Home Care Services, Hospital-Based; Rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La traqueostomía (TQT) es uno de los procedimientos más antiguos y frecuentes realizados en los pacientes críticos el cual consiste en una apertura en la pared anterior de la tráquea donde se inserta un tubo o cánula estableciendo una comunicación directa con el medio ambiente, su principal objetivo es establecer una vía aérea segura para permitir una adecuada función respiratoria. Este procedimiento puede realizarse a través de dos técnicas principales (quirúrgica o percutánea) y tener fines terapéuticos o profilácticos⁽¹⁻³⁾. La indicación más frecuente corresponde a la necesidad de ventilación mecánica prolongada, alcanzando los dos tercios de los casos; otras causas frecuentes corresponden a obstrucción de la vía aérea superior, imposibilidad del manejo de secreciones de manera autónoma y traumatismo craneofacial grave, entre otras⁽⁴⁾.

En las unidades de paciente crítico se reportan dos beneficios importantes de destacar: una mayor comodidad del usuario con TQT al requerir menor sedación durante su hospitalización y un manejo más adecuado de la vía aérea debido a la menor resistencia que el dispositivo genera^(1,5). Por el contrario, dentro de los inconvenientes que presentan los usuarios con TQT tenemos: Funcionamiento pulmonar insuficiente y Mayor riesgo de atelectasia y de infecciones de la vía aérea inferior. Lo primero debido a la incapacidad para humidificar el aire inspirado, lo segundo a raíz de la pérdida de la presión positiva fisiológica al final de la inspiración, y lo último a causa de la alteración en la mecánica de deglución y del reflejo tusígeno⁽⁶⁾.

Epidemiología

Se estima que 1 de cada 10 pacientes con apoyo de ventilación mecánica requerirán una TQT⁽⁷⁾. Se reporta una prevalencia de un 24% en unidades de paciente crítico en América del Norte y del Sur, España y Portugal en la publicación de Esteban et al.⁽⁸⁾.

El promedio de traqueostomías realizadas anualmente en Inglaterra corresponde a 15.000 procedimientos⁽⁹⁾, mientras que en Estados Unidos la cifra aumenta a 100.000^(1,9). En otros países europeos la prevalencia oscila entre el 1,3 al 10% en los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intermedios⁽⁵⁾.

En México se reportan entre 13 a 22 traqueostomías realizadas al año en algunos centros. En Chile, se reportaron 130 procedimientos en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Dr. Sótero del Río, en una investigación prospectiva realizada el año 2011 por Pérez Et al⁽¹⁰⁾.

Manejo clínico de paciente con TQT

El manejo clínico de los pacientes con TQT en hospitalización domiciliaria no difiere mucho de lo reportado en la literatura intrahospitalaria. La aspiración de secreciones en domicilio debe realizarse con técnica limpia, utilizando bomba de aspiración con manómetro y frasco recolector fácilmente extraíble, se debe mantener el sistema de aspiración cerrado, limpio y seco, utilizar la menor presión de aspiración posible (< 100 - 150 mm Hg en adultos y adolescentes) y no superar los 10 - 15 segundos de succión⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Se debe limpiar la endocánula de manera mecánica (cepillos o gasas) con agua estéril o suero además de inspeccionar su permeabilidad cada 8 horas⁽¹⁵⁾. La presión del *cuff* se debe mantener bajo los 35 cm H₂O (20-25 mm Hg), desinflarlo a cuatro manos y con objetivos terapéuticos y/o de urgencia⁽¹⁶⁻¹⁹⁾, la humidificación pasiva debe cambiarse cada 24 horas y/o si se encuentra visiblemente sucio^(14,20,21). El cambio de cánula debe realizarse por 2 profesionales, evaluando el riesgo/beneficio y se sugiere una periodicidad de 3 meses⁽²²⁻²⁴⁾, por otro lado, se recomienda decanular una vez resuelta la necesidad por la cual se colocó la TQT⁽²⁵⁻²⁷⁾.

En el cuidado del ostoma con el fin de disminuir la probabilidad de infección o sangrado, se debe considerar su curación al menos 2 veces al día o según necesidad asociado a la cantidad y tipo de secreciones, junto con uso de gasa para evitar dermatitis por humedad, eritema, granulomas, entre otros. Además, se debe realizar cambios de cintas de fijación procedimiento que debe realizarse a 4 manos (2 personas)⁽⁹⁾.

Hospitalización Domiciliaria (HD)

Las unidades de HD se definen como el traslado al hogar del paciente el personal, los servicios y la tecnología necesaria para su recuperación o tratamiento en igual cantidad y calidad que en el hospital, propiciando la participación del paciente y su familia en el proceso terapéutico brindando a los usuarios un ambiente más humano y favorable para su recuperación, contribuyendo además en el ahorro de la estancia hospitalaria⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Se han reportado distintos estudios de manejo domiciliario de pacientes con traqueostomía concluyendo que pueden ser manejados en forma segura en su hogar, cuando los familiares y/o cuidadores están adecuadamente instruidos. Esto permite la integración familiar y social, además de un ahorro económico importante para el sistema de salud⁽³¹⁾. Siendo en algunos casos más beneficioso que el manejo hospitalario de larga estadía^(32,33).

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes traqueostomizados ingresados a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río desde enero del año 2016 hasta abril del 2020. La recolección de datos se obtuvo desde el registro en las fichas clínicas electrónicas de los pacientes, de donde se extrajo la información para su caracterización e intervención (tabla 1 y tabla 2). Para contabilizar los días de estadía total en HD se consideró la fecha de ingreso y la fecha de egreso (alta médica).

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS 24. Se realizó estadística descriptiva de acuerdo con la naturaleza de cada variable, reportando en valor absoluto y relativo [n (%)] las variables categóricas nominales, en mediana y rango (mínimo a máximo) las variables cuantitativas continuas y discretas con distribución no normal (Kolmogórov-Smirnov $p < 0,05$). Para la estadística inferencial se utilizó el test no paramétrico de rangos asignados de Wilcoxon para muestras pareadas considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. El estudio contó con la aprobación del comité de ética científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).

RESULTADOS

Un total de 96 (100%) pacientes traqueostomizados ingresaron al estudio, con una mediana de 64,5 (min. 16; máx. 88) años, en su mayoría de género masculino [56 (58,3%)], siendo el mayor motivo de ingreso a HD el tratamiento de patologías respiratorias agudas [40 (41,7%)]; los principales motivos por lo que estos pacientes poseían una TQT fue a causa de patologías neurológicas y debido a ventilación mecánica prolongada [78(81%)] sumando ambos casos. Se realizaron 76 (100%) cambios de cánula, en su mayoría por obstrucción de esta [31 (32,3%)]. La mediana de uso

de TQT previo al ingreso a HD fue de 90 (min. 2; máx. 3960) días y la mediana de estadía en HD fue de 22 (mínimo 2; máximo 150) días recibiendo una mediana de 16 (mínimo 1; máximo 85) visitas del equipo de Kinesiología/Fonoaudiología. En 87 (90.6%) usuarios se plantearon objetivos de manejo y educación en traqueotomía, y en los 9 (9,3%) restantes la rehabilitación para decanulación; teniendo éxito en 8 (88,8%) de ellos, previa evaluación por Otorrinolaringología.

El principal motivo de ingreso a HD en los pacientes con objetivo de rehabilitación fue por patologías neurológicas [3 (28,1%)] requirieron una mediana de 58 (mínimo 23; máximo 88) días para lograr la decanulación con una mediana de 16 (mínimo 5; máximo 48) visitas de kinesiología y 5 (mínimo 2; máximo 15) visitas de Fonoaudiología. Se visualiza en detalle en tablas 1 y 2. Dentro de este grupo, la mediana de edad fue de 71 (mínimo 23; máximo 88) años, el principal motivo de colocación de TQT dentro del hospital fueron las patologías neurológicas [64 (66,7%)] y el periodo desde la colocación de la cánula hasta su ingreso a HD fue de 270 (mínimo 30; máximo 1870) días.

Tabla 1. Características generales de los pacientes adultos con TQT ingresados a HD

Características	Valor
Edad, Mediana (rango)	64,5 (72)
Min	16
Max	88
Género, n (%)	
Femenino	40 (41,7%)
Masculino	56 (58,3%)
Motivo de realización de TQT, n (%)	
Patologías Neurológicas	39 (40,6%)
VM prolongada	39 (40,6%)
Patologías de VAS	18 (18,8%)
Motivo de Ingreso a UHD, n (%)	
Patologías Respiratorias	40 (41,7%)
Patologías Neurológicas	27 (28,1%)
Patologías Oncológicas	19 (19,8%)
Manejo y Educación en TQT	10 (10,4%)

Días desde la colocación de la TQT hasta el ingreso a UHD, Mediana (Rango)	90 (3958)
Min	2
Max	3960
Días de estadía en UHD, Mediana (Rango)	22 (148)
Min	2
Max	150
Motivo de cambio de cánula en UHD, n (%)	
Cambio programado	28 (29,2%)
Obstrucción	31 (32,3%)
Disfunción de la cánula	12 (12,5%)
Decanulación accidental	5 (5,2%)

Tabla 2. Característica de los pacientes con objetivo de decanulación ingresados a HD

Característica	Valor
Paciente con objetivos de decanulación, n (%)	9 (9,3%)
Días desde colocación de TQT hasta ingreso a UHD, Mediana (Min - Max)	270 (30- 1860)
Días de entrenamiento en HD hasta decanulación, Mediana (Min - Max)	58 (23-88)
Número de Visitas de Kinesiología, Mediana (Min - Max) Número de Visitas de Fonoaudiología, Mediana (Min - Max) Evaluación por otorrino antes de decanulación, Mediana (Min - Max)	16 (5-48) 52-15 2 (1-3)
Total, de pacientes con objetivos de decanulación exitosa, n (%)	8 (88,8%)

La figura 1, muestra la relación entre el tiempo de estadía y el motivo de ingreso a HD, no existiendo una diferencia significativa entre los motivos de ingreso (Kruskal Wallis, $p = 0,75$). Cabe señalar que los pacientes que ingresaron por patologías neurológicas tuvieron un mayor tiempo

de estadía. La figura 2, muestra la relación entre el tiempo de estadía y el objetivo que se planteó al ingreso de los pacientes a HD. No existiendo una diferencia significativa en el tiempo de estadía según motivo de ingreso (Mann-Witney, $p=0,48$). Sin embargo hay un leve diferencia de un tiempo de estadía mayor en paciente que ingresaron con objetivo de decanulación.

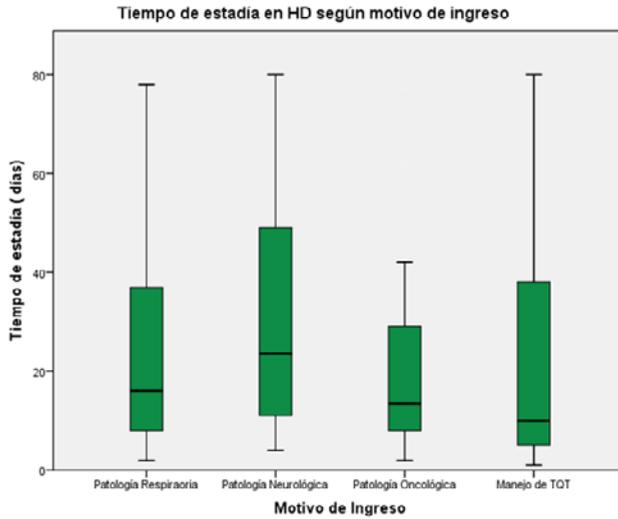


Figura 1. Tiempo de estadía Según motivo de ingreso a HD

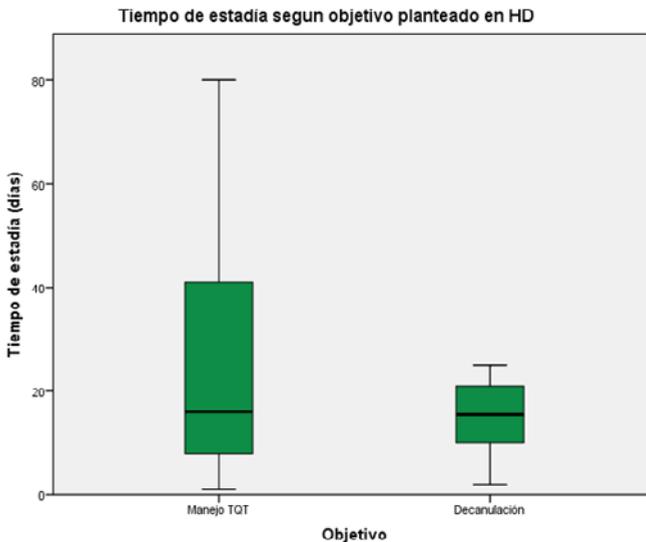


Figura 2. Tiempo de estadía según objetivo planteado al ingreso de HD

Procedimientos realizados en HD: En el contexto de HD es importante señalar que, para evitar complicaciones en domicilio, es fundamental el manejo multidisciplinario del equipo de salud y la educación de familiares a cargo (figura 3). Por otro lado, se hace igual de necesario la existencia de protocolos para el proceso de decanulación en domicilio (figura 4).

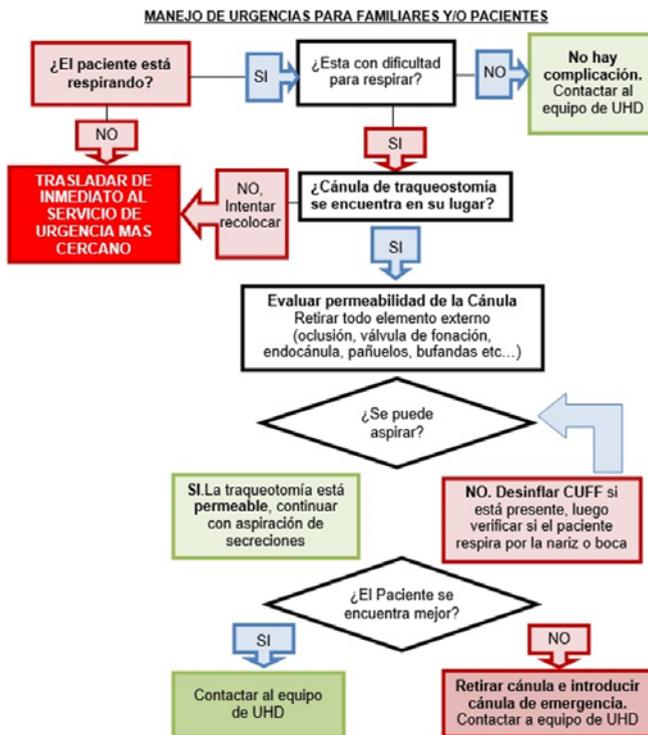


Figura 3. Manejo de urgencia en HD

Decanulación⁽²⁵⁻²⁷⁾

La mayoría de las veces, el proceso de decanulación es lento y prolongado, lo que lleva a una mayor estadía en la UCI, aumentando el riesgo de infecciones nosocomiales y costos asociados a la hospitalización⁽³⁴⁾.

Se hace difícil predecir el éxito de la decanulación debido al alto número de variables que afectan el procedimiento y a la heterogeneidad de éstas considerando la parte respiratoria y manejo de secreciones del usuario, debido a que las alteraciones deglutorias no siempre se dan exclusivamente por la TQT sino por cambios mecánicos y fisiológicos en el complejo hiolaríngeo^(35,36).

Para realizar el procedimiento de manera segura, se deben cumplir ciertos criterios mínimos y se sugiere implementar el flujograma de la siguiente figura^(37,38) diseñado por los autores para poder ser utilizado en domicilio y que se basa principalmente en la oclusión progresiva de la cánula de traqueostomía.

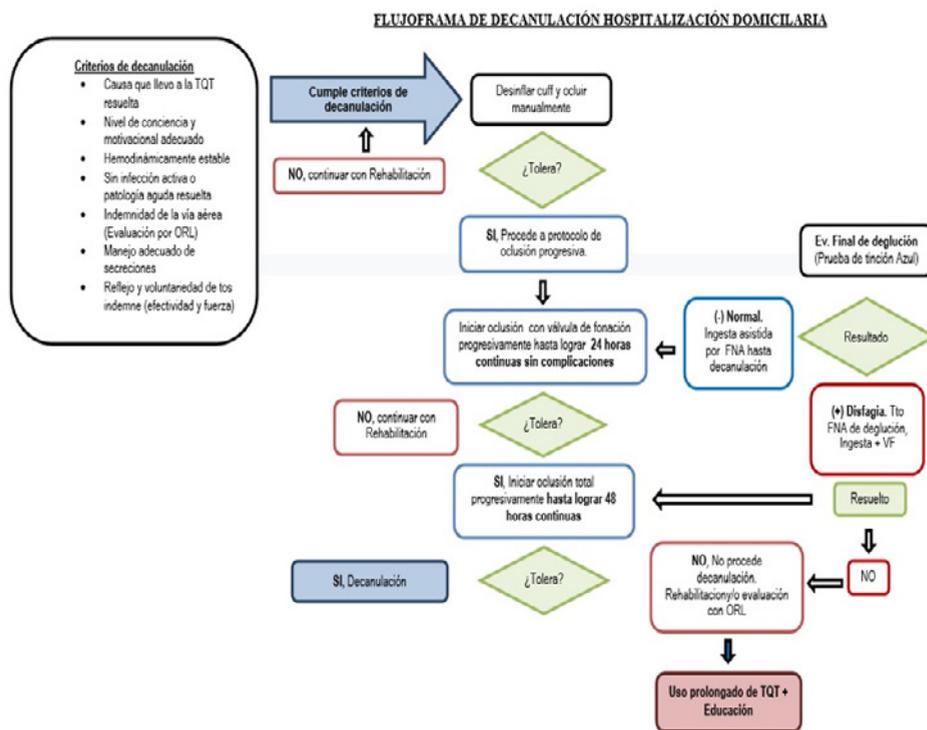


Figura 4. Flujoograma de decanulación en HD

DISCUSIÓN

En la literatura los protocolos para manejo y decanulación de TQT son variados, y la elección del mejor método a utilizar parece depender de cada centro y la disponibilidad de sus recursos. En HD la información es más escasa aún, haciendo relevante la unificación y estandarización tanto del manejo como de la rehabilitación en este tipo de pacientes; esta última se hace más compleja debido a la alta variabilidad de factores que influyen en la decanulación. Por otra parte, la educación en los procedimientos de aspiración de secreciones, humidificación, limpieza de endocánula y manejo de urgencias se hacen imprescindibles para los equipos de HD, buscando además el empoderamiento de familiares y cuidadores lo cual contribuye de manera positiva a la recuperación del paciente en domicilio centrándose en sus necesidades biopsicosociales.

Esta investigación tuvo un éxito de decanulación de un 88,8% de los usuarios en los que se planteó dicho objetivo, con una mediana de tiempo desde la colocación de la TQT al ingreso a HD de 270 días (9 meses) y una mediana de estadía de 58 días (1,9 meses). Es importante señalar que ninguno de esos pacientes ingresó con el objetivo de decanular a HD, dicho objetivo se planteó por el equipo de Kinesioterapia y Neurorehabilitación una vez el paciente se encontraba ya en

tratamiento. Dando a conocer la importancia de contar con un equipo de rehabilitación en HD que favorecería el aumento y seguridad de estos procedimientos.

Estos resultados son muy difíciles de contrastar con estudios similares, ya que en la literatura no existen reportes de decanulación en HD; no obstante Cortes y cols. (2018), reportaron una mediana de 22 días de entrenamiento para lograr la decanulación en un centro de rehabilitación. Mackeckiewicz y cols. (2008), reportaron entre 1 a 389 semanas de rehabilitación para poder retirar la cánula especificando, además, las dificultades para ser retiradas cuando se utiliza a largo plazo. Este último punto cobra especial relevancia en HD, ya que la gran variabilidad de tiempo desde su colocación hasta la rehabilitación podría ser un factor determinante en el éxito de la decanulación del paciente.

Teniendo en consideración lo último mencionado, cobra especial relevancia la derivación precoz y el trabajo coordinado entre la especialidad de Otorrinolaringología y el equipo UHD, aún más en pacientes que portan una cánula sin cambios por más de 3 meses, debido a los riesgos asociados.

CONCLUSIÓN

Si bien la implementación de la traqueostomía ha permitido mejorar la sobrevida y los cuidados de los pacientes durante las últimas décadas, también existen una serie de complicaciones asociadas a este procedimiento. Dado este contexto resulta de real importancia el abordaje multidisciplinario de los pacientes traqueostomizados en HD bajo el lineamiento de protocolos y estándares mínimos de atención, pudiéndose realizar procedimientos que antes se creían exclusivos de la atención hospitalaria tradicional (decanulación y cambios de cánula), evitando de esta manera el traslado innecesario del paciente a un centro hospitalario y por lo tanto, la congestión de éstos. Esto podría ser una alternativa viable con relación al ahorro de la estancia hospitalaria y mejor gestión del recurso cama. Tema interesante para tratar en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cheung NH, Napolitano LM. Tracheostomy: epidemiology, indications, timing, technique, and outcomes. *Respir Care*. 2014;59(6):895-919. DOI: 10.4187/respcare.02971
2. Hernandez C, Bergeret JP, Hernandez M. Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica *Cuad Cir*. 2007;21: 92-8. DOI: 10.4206/cuad.cir. 2007.v21n1-13
3. Celedón C, Walker K, Naser A, Neumann P, Nazar R. Traqueostomía abierta versus traqueostomía percutánea. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2007;67(3):222-8. DOI: 10.4067/S0718-48162007000300003
4. De Leyn P, Bedert L, Delcroix M, Depuydt P, Lauwers G, Sokolov Y, et al. Tracheotomy: clinical review and guidelines. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007;32(3):412-21. DOI: 10.1016/j.ejcts.2007.05.018
5. McGrath BA, Lynch J, Bonvento B, et al. Evaluating the quality improvement impact of the Global Tracheostomy Collaborative in four diverse NHS hospitals. *BMJ Qual Improv Rep*. 2017;6(1):bmjqr.u220636.w7996. DOI:10.1136/ bmjquality. u220636.w7996
6. Che-Morales JL, Díaz-Landero P, Cortés-Tellés A. Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Neumol Cir Tórax*. 2014;73(4):254-62.

7. Durbin CG Jr. Tracheostomy: why, when, and how? *Respir Care*. 2010;55(8):1056-68.
8. Esteban A , Anzueto A, Alía I , Gordo F , Apezteguía C, Pálizas F, et al. How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? An International Utilization Review. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161(5):1450-8. DOI: 10.1164/ajrccm.161.5.9902018
9. Yu M. Tracheostomy patients on the ward: multiple benefits from a multidisciplinary team? *Crit Care* 2010;14(1):109. DOI: 10.1186/cc8218
10. Perez E, Yañez R, Aviles E, Alarcon C, Weisse O, Curi M, et al. Traqueostomía percutánea en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Chil Cir*. 2011;63(4):356-60. DOI: 10.4067/S0718-40262011000400004
11. National Tracheostomy Safety Project (Web Site). Suctioning. Manchester, United Kingdom: University of Manchester; 2022 (accessed 7 March 2022). Available from: <http://www.tracheostomy.org.uk/healthcare-staff/basic-care/suctioning>
12. American Association for Respiratory Care. AARC Clinical Practice Guideline, Endotracheal Suctioning of the Patient in the Home. *Respir Care*. 2010;55(6):758-64.
13. Overend T, Anderson C, Brooks D, Cicutto L, Keim M, McAuslan D, et al. Updating the evidence base for suctioning adult patients: A systematic review. *Can Respir J*. 2009; 16(3):e6-17. DOI: 10.1155/2009/872921
14. Sherman JM, Davis S, Albamonte-Petrick S, Chatburn RL, Fitton C, Green C, et al. Care of the child with a chronic tracheostomy: This official statement of the American Thoracic Society was adopted by the ATS Board of Directors, July 1999. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161(1):297-308. DOI: 10.1164/ajrccm.161.1.ats1-00
15. National Tracheostomy Safety Project (Web Site). Cleaning or Changing the Inner Cannula. Manchester, United Kingdom: University of Manchester; 2022 (accessed 7 March 2022). Available from: <http://www.tracheostomy.org.uk/healthcare-staff/basic-care/inner-cannula-care>
16. National Tracheostomy Safety Project (Web Site). Managing Cuff Pressure. Manchester, United Kingdom: University of Manchester; 2022 (accessed 7 March 2022). Available from: <http://www.tracheostomy.org.uk/healthcare-staff/basic-care/managing-cuff-pressure>
17. Rosales Lillo FG. Revisión literaria del rango apropiado de la presión del cuff para el manejo de usuarios adultos con vía aérea artificial. *Rev Investig Logop*. 2019;9(1):51-66. DOI: 10.5209/RLOG.61482
18. Muñoz VE, Mojica S, Gómez J, Soto R. Comparación de la presión del manguito del tubo oro-traqueal estimada por palpación frente a la medición tomada con un manómetro. *Rev Cienc Salud*. 2011;9(3):229-36.
19. Soberanes L, Martínez, Baltazar J, Salazar D, Oláis C. Correlación entre la presión del globo de la cánula traqueal medida por el método electrónico y la medida por el esfigmomanómetro de mercurio. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 2006;20(2):69-74.
20. National Tracheostomy Safety Project (Web Site). Humidification. Manchester, United Kingdom: University of Manchester; 2022 (accessed 7 March 2022). Available from: <http://www.tracheostomy.org.uk/healthcare-staff/basic-care/humidification>
21. Lewarski JS. Long-term care of the patient with a tracheostomy. *Respir Care*. 2005;50(4):534-7.
22. National Tracheostomy Safety Project (Web Site). Changing a Tracheostomy Tube. Manchester, United Kingdom: University of Manchester; 2022 (accessed 7 March 2022). Available from: <http://www.tracheostomy.org.uk/healthcare-staff/basic-care/changing-a-tracheostomy-tube>

23. Backman S, Bjorling G, Johansson UB, Lysdahl M, Markstrom A, Schedin U, et al. Material wear of polymeric tracheostomy tubes: a six-month study. *Laryngoscope*. 2009;119(4):657-64. DOI: 10.1002/lary.20048
24. Alexander C, Sucharita K, O'Connor H. When to Change a Tracheostomy Tube. *Respir Care*. 2010;55(8):1069-75.
25. Díaz P, Villalba D, Andreu M, Escobar M, Morel G, Lebus J, Rositi E. Decanular: Factores predictores de dificultad para la decanulación: Estudio de cohorte multicéntrico. *Rev Am Med Respir*. 2017;17(1):12-24.
26. Villalba D, Lebus J, Quijano A, Bezzi M, Plotnikow G. Retirada de la cánula de traqueostomía: Revisión bibliográfica. *Med Intensiva*. 2014;31(1):1-12.
27. Cortes C, Galvez MJ, Moya F, Perrot D, Guerra P, Papuzinski C. Evaluacion del proceso de decanulación en pacientes traqueostomizados en el Hospital Carlos van Buren: Una cohorte retrospectiva. *Rev. Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2018;78(3):251-8. DOI: 10.4067/s0717-75262018000300251
28. Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(S1):S39-S50. DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.012
29. Cuxart Mèlich A, Estrada Cuxart O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(8):355-60. DOI: 10.1016/j.medcli.2011.04.008
30. Freire Figueroa F, Marín Navarro V. Descripción e impacto económico de los pacientes con patologías respiratorias ingresados con indicación de kinesioterapia en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Dr. Sótero del Río. *Hosp Domic*. 2019;3(4):243-54. DOI: 10.22585/hospdomic.v3i4.86
31. Caussade S, Paz F, Ramírez M, Navarro M, Bertrand P, Zúñiga S, et al. Experiencia clínica en el manejo domiciliario de niños traqueostomizados. *Rev Med Chile*. 2000;128(11):1221-6. DOI: 10.4067/S0034-98872000001100006
32. Oberwaldner B, Eber E. Tracheostomy care in the home. *Paediatr Respir Rev*. 2006;7(3):185-190. DOI: 10.1016/j.prrv.2006.06.003
33. Zia S, Arshad M, Nazir Z, Awan S. Pediatric tracheostomy: complications and role of home care in a developing country. *Pediatr Surg Int*. 2010;26(3):269-73. DOI:10.1007/s00383-009-2494-8
34. Heffner JE, Hess D. Tracheostomy management in the chronically ventilated patient. *Clin Chest Med*. 2001;22(1):55-69. DOI: 10.1016/s0272-5231(05)70025-3
35. Alvarenga S, Berretin G, Silva M. Cánulas traqueais e disfagia orofaríngea: Uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Cir*. 2015;44(4):187-93.
36. Singh R, Saran S, Baronia A. The practice of tracheostomy decannulation: a systematic review. *J Intensive Care*. 2017;5:38. DOI: 10.1186/s40560-017-0234-z
37. Christopher K. Tracheostomy Decannulation. *Respir Care*. 2005;50(4):538-41.
38. Maruvala S, Chandrashekhar R, Rajput R. Tracheostomy Decannulation: When and How? *Res Otolaryngol*. 2015;41(1):1-6. DOI: 10.5923/j.otolaryn.20150401.01



DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i2.157>

Uso de adrenalina en el tratamiento de la hematuria persistente

Use of epinephrine in the treatment of persistent hematuria

Rubén Escribano-Castillo¹  0000-0002-3981-2781

Verónica González-Beneyto¹  0000-0003-1949-2204

Rafael López-Bas-Valero²  0000-0003-2006-9243

1. Hospital Universitario de San Juan de Alicante, Servicio de Urgencias Hospitalarias, Sant Joan d'Alacant, España.

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

Correspondencia/Correspondence

Rubén Escribano Castillo
rubencas94@gmail.com

Recibido/Received

06.02.2022

Aceptado/Accepted

15.03.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

Sin conflicto de interés.

Financiación/Funding

No se han recibido fuentes de financiación.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Los autores y la autora han contribuido por igual en la realización de este trabajo.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Escribano-Castillo R, González-Beneyto V, López-Bas-Valero R. Uso de adrenalina en el tratamiento de la hematuria persistente. Hosp Domic. 2022;6(2):79-83.

RESUMEN

La hematuria persistente es un signo habitual en los cuidados paliativos cuyo tratamiento sigue siendo un desafío. En este caso, la hematuria se presentó en una paciente de 78 años anticoagulada en el contexto de una fractura iliopúbica que se complicó con trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. Para el tratamiento, se optó en un primer momento por lavados vesicales continuos con suero fisiológico. Dada la persistencia de la hematuria y la agudización de la anemia, se decidió añadir a los lavados con suero una ampolla de adrenalina. La paciente presentó buena tolerancia hemodinámica al tratamiento con adrenalina y mostró una mejoría clínica significativa, lo que permitió retirar la adrenalina y añadir a los lavados con suero ácido tranexámico (no realizado antes por el riesgo de obstrucción de la sonda por coágulos). Tras dos días con orina de aspecto claro se retiraron los lavados continuos.

Palabras clave: Hematuria; Terapéutica; Epinefrina.

ABSTRACT

Persistent hematuria is a common sign in palliative care whose treatment is still a challenge. In this case, hematuria occurred in a 78-year-old anticoagulated patient in the context of an iliopubic fracture complicated by deep vein thrombosis and pulmonary thromboembolism. For treatment, the first option was continuous bladder irrigation with saline solution. Given the persistence of hematuria and the worsening anemia, it was decided to add an ampoule of epinephrine to the bladder irrigation with saline solution. The patient presented good hemodynamic tolerance to adrenaline treatment and showed significant clinical improvement. This allowed withdrawal of epinephrine and addition of tranexamic acid to the serum (which was not done before because of the risk of catheter obstruction due to clots). After two days with clear urine, the continuous bladder irrigation were withdrawn.

Keywords: Hematuria; Therapeutics; Epinephrine.

INTRODUCCIÓN

La hematuria persistente es un signo habitual en el ámbito de los cuidados paliativos que, a pesar de las diversas opciones de tratamiento, sigue siendo un desafío, considerándose la mayoría de los métodos estudiados hasta el momento experimentales⁽¹⁾. En la bibliografía disponible sobre el tratamiento paliativo de este signo se observa que la elección terapéutica depende, en la mayoría de los casos, de la etiología de la misma⁽²⁾. En el caso de la neoplasia de vejiga, se ha podido observar una tasa de respuesta favorable de hasta el 90% con mínimas complicaciones empleando técnicas endovasculares como la embolización, con el objetivo de ocluir la arteria que origina el sangrado⁽²⁾. Otras técnicas que se han utilizado en la medicina paliativa, que no requieran el desplazamiento del paciente al hospital, son los lavados manuales con distintas soluciones medicamentosas, que favorezcan el fin del sangrado. Una de ellas es la compuesta por ácido tranexámico, con la cual se ha podido objetivar que la resolución del sangrado, al menos durante las 24 horas siguientes a la perfusión del lavado, fue significativamente superior con ácido tranexámico que con placebo, aunque este beneficio no se reflejó en el número de transfusiones que precisaron los pacientes⁽³⁾. Sin embargo, el uso de este medicamento puede exponer al paciente a un riesgo de trombosis, con la consecuente obstrucción de la sonda vesical⁽⁴⁾. Ante esta complicación, se ha estudiado la respuesta de los coágulos a lavados con soluciones de peróxido de hidrógeno al 3% combinado con suero salino fisiológico, resultando eficaz en la disolución de dichos coágulos en un 87% de los casos⁽⁵⁾. Es por este riesgo de obstrucción de la sonda por lo que no se empleó inicialmente ácido tranexámico en el caso clínico expuesto a continuación, optándose por lavados con adrenalina y suero salino fisiológico, objetivándose mejoría del sangrado en los sucesivos controles. Aunque no existe mucha bibliografía en el momento actual sobre este uso de la adrenalina como homeostático en la hematuria, ya se ha utilizado este fármaco con éxito⁽⁶⁾.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Se presenta el caso clínico de una paciente de 78 años derivada a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) para tratamiento y control evolutivo de hematuria macroscópica en el contexto de fractura iliopúbica derecha que requirió ingreso hospitalario prolongado. Durante el mismo, presenta episodio de trombosis venosa profunda izquierda y tromboembolismo pulmonar que requiere de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular 100 mg/24h.

En un primer contacto, se inician lavados continuos con suero salino fisiológico (SSF) mediante sondaje vesical cediendo inicialmente el sangrado. Sin embargo, al día siguiente vuelve a presentar hematuria franca en siguiente visita (Figura 1), por lo que se decide realizar analítica de control para valorar hemoglobina (Hb), objetivándose Hb 10.5 mg/dL. Se opta en ese momento por reducir la pauta de anticoagulación a 40mg/24h y añadir a los lavados manuales media ampolla de adrenalina en 3000cc de SSF. En la siguiente consulta a las 48 horas, persiste hematuria, aunque de menor intensidad y en nueva analítica de control se objetiva empeoramiento de Hb hasta 9.6 mg/dL. En base a evolución clínica y analítica, junto con el estado general de la paciente, se comenta situación con la familia y se decide retirar anticoagulación por el momento. En controles sucesivos cada 24-48 horas, presenta progresiva mejoría de la hematuria (Figura 2) y buena tolerancia hemodinámica a la adrenalina, por lo que se mantiene actitud con lavados manuales añadiendo al lavado en perfusión media ampolla más de adrenalina (una en total).



Figura 1: Tratamiento con lavados de SSF exclusivamente.



Figura 2: Tratamiento con lavados de SSF + ampolla de adrenalina.

En los siguientes controles, presenta orina colúrica sin restos de hematuria macroscópica ni coágulos, permaneciendo hemodinámicamente estable, y mejorando progresivamente hasta objetivarse una orina mucho más clara. Es en ese momento en el que se decide retirar adrenalina y realizar lavados con 2 ampollas de ácido tranexámico (no realizado antes por el riesgo de obstrucción de la sonda por coágulos). Tras 48 horas permanece orina de aspecto claro por lo que se retiran los lavados continuos.

CONCLUSIONES

El uso de adrenalina en lavados vesicales puede considerarse una alternativa en casos refractarios a tratamiento exclusivo con suero fisiológico o en los que exista riesgo de obstrucción de la sonda por coágulos en tratamiento con ácido tranexámico. Sería interesante contar con nuevos estudios que continúen investigando el uso de adrenalina como opción terapéutica de la hematuria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abt D, Bywater M, Engeler DS, Schmid HP. Therapeutic options for intractable hematuria in advanced bladder cancer. *Int J Urol.* 2013;20(7):651-60. DOI:10.1111/iju.12113
2. Ghahestani SM, Shakhssalim N. Palliative treatment of intractable hematuria in context of advanced bladder cancer: A systematic review. *Urol J.* 2009;6(3):149-56.
3. Moharamzadeh P, Ojaghihaghighi S, Amjadi M, Rahmani F, Farjamnia A. Effect of tranexamic acid on gross hematuria: A pilot randomized clinical trial study. *Am J Emerg Med.* 2017;35(12):1922-5. DOI: 10.1016/j.ajem.2017.09.012
4. Hunt BJ. The current place of tranexamic acid in the management of bleeding. *Anaesthesia.* 2015;70:e18-53. DOI: 10.1111/anae.12910
5. Xu M, Jin L, Shan Y, Zhu J, Xue B. A simple and effective method for bladder blood clot evacuation using hydrogen peroxide. *J Int Med Res.* 2020;48(5):300060520924546. DOI: 10.1177/0300060520924546
6. Ortega A, Ruiz A, Almodóvar MC, Fernández I. Medicina Paliativa por neoplasia vesical-infiltrante. 2016;23(4):207-9.

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i2.158>

Importancia de la sospecha clínica del síndrome de psomas maligno en cuidados paliativos domiciliarios

Importance of the Clinical Suspect of Malignant Psomas Syndrome in Home Palliative Care

Ana M^a Tierra-Rodríguez¹  0000-0002-2379-0020

Carmen Astorgano-De la Puente¹

M^a Jesús Menéndez-Colunga¹

1. Unidad de Hospitalización a domicilio (UHD), Hospital el Bierzo, Ponferrada, España.

Correspondencia/Correspondence

Ana M^a Tierra-Rodríguez
atierrar@saludcastillayleon.es

Recibido/Received

11.02.2022

Aceptado/Accepted

15.03.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiación/Funding

Sin financiación.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Las autoras han contribuido por igual en la realización de este trabajo.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Tierra-Rodríguez AM, Astorgano-De la Puente C, Menéndez-Colunga MJ. Importancia de la sospecha clínica del síndrome de psomas maligno en cuidados paliativos domiciliarios. Hosp Domic. 2022;6(2):85-92.
2.

RESUMEN

El síndrome del psoas maligno (SPM) es una entidad rara, de origen tumoral, que cursa con dolor severo al flexionar la cadera debido a la afectación metastásica del músculo psoas mayor. No existe un tratamiento específico eficaz, siendo su progresión rápidamente invalidante, lo cual dificulta el diagnóstico y ensombrece la calidad de vida y pronóstico de los enfermos.

Palabras clave: Músculo Psoas; Plexopatía sacra; Cadera; Dolor.

ABSTRACT

Malignant psoas syndrome (MPS) is a rare tumoral disease that causes severe pain when flexing the hip. The origin is a metastatic involvement of the psoas major muscle. There isn't specific treatment and disease progression is rapidly disabling. The diagnosis is difficult and the quality of life of patients is very poor.

Keywords: Psoas Muscle; Sacral plexopathy; Hip; Pain.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del psoas maligno (SPM) es una entidad poco frecuente, con una incidencia menor al 1% en pacientes oncológicos, que se describió por primera vez en 1990 por Stevens y Gonet⁽¹⁾. Suele aparecer en pacientes con tumores abdominales avanzados o recidivantes. La mayoría de las series documentadas se relacionan con neoplasias ginecológicas⁽²⁾, seguidas de cáncer colorrectal⁽³⁾ y genitourinario⁽⁴⁾. El diagnóstico de presunción es fundamentalmente clínico, caracterizado por una plexopatía lumbosacra proximal con flexión dolorosa de la cadera ipsilateral debida a la afectación maligna del músculo psoas mayor. Las características del dolor son mixtas, de tipo nociceptivo (somático profundo) y neuropático, de alta intensidad y severamente incapacitante. El diagnóstico de certeza se establece con pruebas de imagen⁽¹⁻³⁾ y/o estudio anatomopatológico positivo⁽⁴⁾. Para su abordaje se recomienda una combinación de fármacos analgésicos con coadyuvantes, aunque es frecuente la necesidad de radioterapia^(2,5) o medidas intervencionistas. A pesar de todo ello, lograr un control sintomático aceptable es una tarea especialmente difícil, ya que no existe un régimen de tratamiento efectivo establecido y suele ser refractario al uso de terapias múltiples.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Exponemos el caso de una mujer de 59 años diagnosticada en septiembre de 2017 de carcinoma colorrectal, tratado inicialmente con cirugía (resección sigmoidea más colostomía) y posteriormente con quimioterapia. En marzo de 2019 presentó progresión tumoral local avanzada por lo que se trató nuevamente con cirugía (exanteración pélvica posterior), radioterapia radical y quimioterapia. A pesar de ello y de insistir con varias líneas de quimioterapia, presentó progresión de la enfermedad, con afectación pulmonar, hepática, carcinomatosis peritoneal e infiltración local ureterovesical y en cúpula vaginal.

Ingresó en la unidad hospitalaria de cuidados paliativos oncológicos por suboclusión intestinal en marzo de 2021.

En abril de 2021, fue traída a urgencias por deterioro del estado general y dolor abdominal, evidenciándose en la tomografía un nuevo cuadro suboclusivo secundario a compresión extrínseca por progresión tumoral. Dada la situación de la enferma y sus voluntades expresas de permanecer en domicilio con rechazo a más estudios, se decidió ingreso en la unidad de hospitalización a domicilio (UHD) estableciéndose consensuadamente un plan de cuidados puramente sintomático en contexto de adecuación de esfuerzo terapéutico.

Durante el seguimiento por UHD la paciente mejoró de su clínica digestiva, pero posteriormente presentó de forma brusca un dolor intenso de tipo nociceptivo a nivel lumbar bajo derecho, irradiado por la región anterior del muslo derecho hasta la rodilla de características neuropáticas. La prueba de estiramiento del psoas fue positiva. Revisamos con radiología su tomografía abdominal urgente previa en la que se informaba de una gran masa pélvica extendida desde recto con infiltración de vejiga y pared abdominal anterior, además de asas intestinales dilatadas y contenido fecal abundante (en relación con patología subobstructiva), sin conseguir visualizar todo el trayecto del psoas para descartar afectación a ese nivel.

A pesar de dosis crecientes de fentanilo transdérmico y rescates de morfina rápida, el dolor incapacitante para flexionar la cadera derecha motivó una posición antiálgica permanente que se controló parcialmente al añadir coadyuvancia con corticoides. A los pocos días tuvo un severo

empeoramiento a situación agónica, por lo que finalmente necesitó sedación paliativa y falleció en mayo 2021.

El SPM es una entidad rara, pero a su vez infradiagnosticada. Esta condición se debe sobre todo a dos factores: por un lado, a la falta de reconocimiento general⁽²⁾, y por otro, a que en muchas ocasiones no puede demostrarse con pruebas complementarias dada la limitación de los propios enfermos paliativos que desean permanecer en su domicilio. Con nuestro artículo pretendemos mostrar el impacto que conlleva este último aspecto y el interés terapéutico y pronóstico que supone.

Como en otras entidades, cabe señalar la diferencia entre diagnóstico de presunción o sospecha en contraposición al diagnóstico de certeza o confirmatorio. Destacar que en el SPM el diagnóstico de presunción es puramente clínico, y para una correcta identificación es necesario conocer su existencia, por lo que nuestro caso puede servir de apoyo. Como se puede observar en la tabla 1, los criterios diagnósticos actuales son cuatro: los tres primeros basados en la clínica y el último en función a las pruebas complementarias^(1,6-8). Para sospechar SPM basta con cumplir los criterios clínicos (I-III) dentro de un marco médico compatible (tumor abdominal avanzado...); mientras que para establecer el diagnóstico certero⁽⁷⁾ además de existir alguno de los criterios clínicos (I, II y/o III), es obligatorio evidenciar la invasión del psoas en tomografía o anatomía patológica (IV).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de SPM: Sospecha VS confirmación

Dolor nociceptivo ipsilateral en cadera o muslo	Criterios clínicos: Sospecha diagnóstica ante situación médica compatible si se cumplen los tres.
Dolor neuropático ipsilateral (L1-L4)	
Espasmo muscular del psoas que provoca flexión en cadera con resistencia a la extensión: signo del psoas positivo.	
Evidencia de invasión maligna del psoas en tomografía o biopsia.	Criterio de imagen: Confirma el diagnóstico si se acompaña de algún criterio clínico.

Como vimos, la mayoría de los casos descritos en la literatura se deben a tumores avanzados abdominales, por lo que la paciente que presentamos tiene un marco clínico compatible. Además, cumple todos los criterios clínicos diagnósticos (I-III) por lo que pensamos en la posibilidad de SPM. Si bien para establecer un diagnóstico seguro sería necesario demostrar la infiltración tumoral muscular (criterio IV)^(2,3), en nuestra paciente no fue posible por las circunstancias anteriormente mencionadas (tabla 2). Consideramos imprescindible saber establecer un diagnóstico de presunción de SPM porque creemos que esta serie de limitaciones que impiden confirmarlo pueden darse con frecuencia en enfermos paliativos.

Tabla 2. Situaciones que dificultan confirmar el diagnóstico de SPM por criterio de imagen

Rechazo del paciente a pruebas complementarias. Instrucciones previas de no realizar más estudios.
Enfermos paliativos en situación terminal. Situación de últimos días.
Empeoramiento clínico rápidamente progresivo.
Adecuación del esfuerzo terapéutico. Plan de confort.
Deseo de permanecer en domicilio. Atención domiciliaria.

El único tratamiento existente hasta la fecha es el control sintomático. Un manejo correcto puede ser difícil de conseguir⁽⁷⁾ a pesar de combinaciones multimodales⁽⁸⁾ (opioides, antiinflamatorios, antiepilépticos coadyuvantes, relajantes musculares, radioterapia⁽⁹⁾, quimioterapia, ...). Además, se debe individualizar la utilidad de técnicas invasivas (analgesia epidural, catéter intratecal, rizotomía dorsal...) en casos refractarios seleccionados.

El SPM tiene mal pronóstico, con una supervivencia media generalmente menor de un año. El deterioro en la calidad de vida de los enfermos es notable ya que el dolor invalidante evoluciona a un encamamiento progresivo.

Por todo lo descrito, sospechar SPM es fundamental por dos motivos: En primer lugar, por esforzarnos en proporcionar un tratamiento óptimo que consiga el máximo confort posible; y en segundo lugar, para poder ofrecer una correcta información clínica y apoyo psicoemocional adecuados al paciente y su familia.

CONCLUSIONES

Se pretende destacar que el diagnóstico de presunción del SPM es clínico, y esa sospecha tiene una repercusión pronóstico-terapéutica importante. Aunque los casos hasta ahora publicados^(5,8) demuestran que son necesarias pruebas de imagen y/o de confirmación anatomopatológica para el diagnóstico de certeza, sabemos que estas no siempre se pueden realizar dada la situación avanzada o terminal de los enfermos paliativos, lo que contribuye a su infradiagnóstico.

Debemos pensar en SPM ante la aparición de una plexopatía lumbosacra proximal con dolor severo al flexo-extender la cadera en pacientes con tumores abdominales avanzados. Esta entidad supone un dramático empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, que a día de hoy no tiene tratamiento específico eficaz y su pronóstico es infausto.

INTRODUCTION

Malignant psoas syndrome (MPS) is a rare disease, with an incidence of less than 1% in patients with cancer, which was first described in 1990 by Stevens and Gonet⁽¹⁾. It usually appears in patients with advanced or recurrent abdominal tumors. Most of the documented series are related to gynecological tumors⁽²⁾, followed by colorectal⁽³⁾ and genitourinary⁽⁴⁾ cancers. The presumptive diagnosis is fundamentally clinical, characterized by a proximal lumbosacral plexopathy with painful flexion of the ipsilateral hip due to malignant involvement of the psoas major muscle. The pain is very intense, mixed (nociceptive and neuropathic), and severely disabling. The definitive diagnosis is established with imaging tests⁽¹⁻³⁾ and/or a positive pathological anatomy study⁽⁴⁾. It's recommended to combine different analgesics, although radiotherapy^(2,5) or invasive measures are often necessary. Despite all this, achieving acceptable symptom control is an especially difficult mission because there is no established effective treatment and it's often resistant to multiple therapies.

EXPERIENCE DEVELOPMENT

We present the case of a 59-year-old woman diagnosed in September 2017 with colorectal carcinoma. She was initially treated with surgery (sigmoid resection plus colostomy) and subsequent chemotherapy. In March 2019, she presented advanced local tumor progression for which she was treated again with surgery (posterior pelvic exenteration), radical radiotherapy and chemotherapy. Despite this and insisting on multiple lines of chemotherapy, the disease progressed, with lung and liver involvement, peritoneal carcinomatosis, and local ureterovesical and vaginal infiltration.

She was hospitalized in palliative care for intestinal sub-occlusion in March 2021.

In April 2021, she came very ill with abdominal pain to the emergency department. A tomography showed a new subocclusive episode secondary to extrinsic compression caused by tumor progression. The delicate patient refused to continue doing tests and she wanted to stay at home. Then, she was admitted to Home Hospital Care with a symptomatic care plan only.

During follow-up, the digestive symptoms improved, but later, she suddenly presented intense nociceptive pain at the lower right lumbar level, radiating from the anterior region of the right thigh to the knee, with neuropathic characteristics. The psoas stretch test was positive. We reviewed her previous urgent abdominal tomography with radiology service, which reported a large pelvic mass extending from the rectum with infiltration of the bladder and anterior abdominal wall. In addition to dilated intestinal loops and abundant fecal content (in relation to sub-obstructive pathology), but it wasn't possible to see the psoas muscle completely to rule out metastasis at this level.

Although increasing doses of retard fentanyl and rapid morphine were used, the incapacitating pain to flex the right hip resulted in a permanent analgesic position. This was partially controlled by adding corticosteroids, but after a few days she had a severe worsening to agony, for which she needed palliative sedation. She died in May 2021.

MPS is a rare and also underdiagnosed entity. This condition is caused by two reasons: on the one hand, poor general recognition⁽²⁾, and on the other hand, frequently in terminal palliative patients who want to stay at home, it's not possible to prove it with complementary tests. With our article we try to show the impact of this situation and how important treatment and prognosis are.

As in other diseases, the presumed or suspected diagnosis is different from the certain or confirmatory diagnosis. The presumed diagnosis of MPS is purely clinical, and for a correct identification it is necessary to know that it exists. For this, our case serves as support. Table 1 shows the current diagnostic criteria, there are four: the first three based on clinical symptoms and the last based on

complementary tests^(1,6-8). To suspect MPS is enough to meet the clinical criteria (I-III) if the medical situation is compatible (advanced abdominal tumor...); while to establish the confirmatory diagnosis⁽⁷⁾, in addition to having some clinical criteria (I, II and/or III), it is mandatory to demonstrate the affected psoas in tomography or pathological anatomy (IV).

As we have mentioned, most of the cases described in the literature are caused by advanced abdominal tumors, so the patient we present has a compatible clinical situation. We believe that MPS is possible because she meets all the clinical diagnostic criteria (I-III). Although to establish a confirmatory diagnosis it would have been necessary to demonstrate muscle tumor infiltration (VI)^(2,3), in our patient it was not possible due to the circumstances mentioned above (Table 2). We consider it essential to know how to establish a presumptive diagnosis of MPS because we believe that in palliative patients there are often limitations that prevent confirmation.

Today the only one treatment available is symptomatic control. Correct management can be difficult to achieve⁽⁷⁾ with multimodal combinations⁽⁸⁾ (opioids, anti-inflammatories, antiepileptic drugs, muscle relaxants, radiotherapy⁽⁵⁾, chemotherapy, ...). The use of invasive techniques (epidural analgesia, intrathecal catheter, dorsal rhizotomy, ...) must be individualized in selected resistant cases.

MPS has a poor prognosis, with a median survival of less than one year frequently. The worsening of the quality of life is important and the disabling pain progresses to a permanent life in bed.

As we said, suspecting MPS is essential for two reasons: Firstly, because we strive to provide optimal treatment that achieves the maximum possible comfort; and secondly, to be able to offer correct clinical information and appropriate psycho-emotional support to the patient and her family.

CONCLUSIONS

It's intended to insist that the presumptive diagnosis of MPS is clinical, and thinking about it has important prognostic-therapeutic repercussions. Although current evidence^(5,8) shows that imaging and/or pathological confirmation tests are necessary for confirmatory diagnosis, we know that these tests cannot always be done due to the terminal situation of palliative patients, so MPS is underdiagnosed.

When a proximal lumbosacral plexopathy appears with severe pain on hip movement in patients with advanced abdominal tumors, we should consider MSP. This disease causes a dramatic worsening in the quality of life of patients, there is no specific treatment and the prognosis is unfortunate.

BIBLIOGRAFÍA / REFERENCES

1. Stevens MJ and Gonet YM. Malignant psoas syndrome: Recognition of an oncologic entity. *Australas Radiol.* 1990;34 (2):150-4. DOI: 10.1111/j.1440-1673.1990.tb02831.x
2. Takamatsu S, Murakami K, Takaya H, Tobiume T, Nakai H, Suzuki A, et al. Malignant psoas syndrome associated with gynecological malignancy: Three case reports and a review of the literature. *Mol Clin Oncol.* 2018;9(1):82-6. DOI: 10.3892/mco.2018.1635
3. Yang WT, Yeo W and Metreweli C. Imaging of iliopsoas metastasis. *Clin Radiol.* 1999;54(2):85-9. DOI: 10.1016/s0009-9260(99)91065-6

4. Tsuchiyama K, Ito H, Seki M, Inai K, Yokoyama O. Advanced bladder cancer with malignant psoas syndrome: A case report with a focus on physical findings and complications. *Urol Case Rep.* 2019;26:100958. DOI: 10.1016/j.eucr.2019.100958.
5. McKay TA, Bishop S, McKay MJ. Primary psoas sarcoma causing psoas syndrome: favourable response to radiotherapy. *Ann Transl Med.* 2017;5(5):105. DOI: 10.21037/atm.2017.03.08
6. Arrazubi V, Gonzalez J, Serrano G, Porta J. Síndrome del psoas maligno por infiltración de un linfoma no Hodgkin: un hallazgo infrecuente y el manejo del dolor. *Med Paliat.* 2004;11:205-7.
7. Erquiaga I, Picco G, Gromelski M, Asparren J. Dolor difícil: síndrome del psoas maligno en paciente con neurofibromatosis 1. *Med Paliat.* 2016; 23(2):99-101. DOI: 0.1016/j.medi-pa.2014.03.004
8. Agar M, Broadbent A, Chye R. The management of malignant psoas syndrome: case reports and literature review. *J Pain Symptom Manage.* 2004 Sep; 28(3):282-93. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2003.12.018

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i2.159>

Mejora de la calidad de vida de un paciente domiciliario de 76 años tras 38 cambios de medicación con la ayuda de un Sistema Personalizado de Dosificación: Un caso de Atención Farmacéutica Domiciliaria (SPD)

Improvement of the quality of life of a 76-year-old home-care patient after 38 medication changes with the help of a Personalized Dosing System: A case of Home Pharmaceutical Care (SPD)

Andrea Domingo-Pueyo^{1,2}  0000-0001-5978-0679

Beatriz Campos-Martínez³  0000-0002-4063-146X

1. Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición.
2. Farmacia Beatriz Gómez Romero, Coslada (Madrid), España.
3. Farmacia Marta Mayor Segrelles, Alfaz del Pi (Alicante), España

Correspondencia/Correspondence

Andrea Domingo-Pueyo
Andreadp79@hotmail.com

Recibido/Received

08.03.2022

Aceptado/Accepted

09.03.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

Los autores manifiestan no presentar conflicto de interés alguno

Financiación/Funding

Este trabajo no ha sido financiado por ninguna entidad pública ni privada.

Contribuciones de autoría/Author contributions

ADP ha desarrollado la escritura del borrador del artículo, así como la idea original, su contenido intelectual, el diseño, análisis e interpretación de los datos. La recolección de datos lo han realizado tanto BCM como ADP.

Agradecimientos/Acknowledgments

Las autoras agradecen el apoyo incondicional a su Farmacéutica Titular Dña Marta Mayor Segrelles así como los conocimientos y formación que les ha ofrecido para la correcta implantación y desarrollo de los diferentes Servicios Farmacéuticos Profesionales. También agradecen a la Técnica en Farmacia Dña Carolina Catejo por la participación en el Servicio de SPD de esta Farmacia Comunitaria mediante el reemplazado de las diferentes formas farmacéuticas.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Domingo-Pueyo A, Campos-Martínez B. Mejora de la calidad de vida de un paciente domiciliario de 76 años tras 38 cambios de medicación con la ayuda de un Sistema Personalizado de Dosificación: Un caso de Atención Farmacéutica Domiciliaria (SPD). *Hosp Domic.* 2022;6(2):93-7.

RESUMEN

El paciente domiciliario de 76 años acude a la farmacia sita en Alfaz del Pi (Alicante) a retirar su medicación. Durante el acto de dispensación y tras observar la amplia farmacoterapia, se le ofrece formar parte del Servicio de Sistema Personalizado de Dosificación (SPD).

Durante los 11 meses que el paciente domiciliario forma parte del Servicio, el médico le modifica 38 veces el tratamiento. Con la ayuda del SPD, el paciente ha aumentado la adherencia a su amplia polifarmacia y consecuentemente ha mejorado su calidad de vida y disminuir el número de comprimidos diarios.

Con la participación del farmacéutico en el Sistema de Salud a través de los SPD, se consigue por un lado evitar los posibles problemas relacionados con la medicación, evitar los resultados negativos asociados a la misma, mejorar la salud del paciente al aumentar la adherencia a los tratamientos y consecuentemente suponer un ahorro económico a la Sanidad Nacional.

Palabras clave: Servicio De Salud A Domicilio; Servicios Comunitarios De Farmacia; Polifarmacia; Calidad De Vida; Cumplimiento Y Adherencia Al Tratamiento; Sistema Personalizado De Dosificación.

ABSTRACT

The 76-year-old home-care patient goes to the pharmacy located in Alfaz del Pi (Alicante) to pick up his medication. During the act of dispensing and after observing the extensive pharmacotherapy, pharmacist offered him to be part of the Personalized Dosing System Service (SPD).

During the 11 months that the home-care patient is part of the Service, the doctor modifies the treatment 38 times. With the help of the SPD, the home-care patient has increased adherence to his extensive polypharmacy and consequently has improved his quality of life and decreased the number of daily tablets.

With the participation of the pharmacist in the Health System through the SPD, it is possible, on the one hand, to avoid possible problems related to the medication, avoid the negative results associated with it, improve the patient's health by increasing adherence to treatments and consequently suppose an economic saving to the National Health.

Keywords: Home Care Services; Community Pharmacy Services; Polypharmacy; Quality Of Life; Treatment Adherence And Compliance; Personalized Dosage System.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE DOMICILIARIO

El paciente domiciliario es un hombre de 76 años belga que acude a la farmacia sita en Alfaz del Pi (Alicante) para recoger su medicación habitual.

SITUACIÓN INICIAL

El paciente domiciliario toma los siguientes medicamentos:

- Adiro® 100mg 0-1-0-0
- Atorvastatina 10mg 0-0-01
- Carduran Neo® 4 mg 0-1-0-1
- Coropres® 6,25mg 0-2-0-2
- Eplerenona 50mg 0-0-1-0
- Kalpress® 320mg 0-0-0-1
- Lorazepam 1mg 0-0-1-1
- Lantus Solostar® 100UI 0-40-0-0
- Metformina 850mg 0-0-1-0
- Pantoprazol 20mg 1-0-0-0
- Pazital 0-1-0-1
- Seguril 40mg 0-1-0-1
- Zolpidem 10mg 0-0-0-1
- Eliquis® 2,5mg 0-1-0-1
- Nolotil® 0-1-0-1
- Dacortin® 30mg 1-0-0-0
- Claversal® supositorios 0-1-1-1
- Pentasa® 1g sobres 0-1-1-1

distribuidos en tomas de antes del desayuno, después del desayuno, comida y cena.

Además, acude a la farmacia con botes de plástico blancos utilizados en formulación magistral para acondicionar cápsulas, con el nombre de cada medicamento recortado del cartonaje original y adherido con celo a dicho recipiente y TODOS los medicamentos desemblistados dentro de cada bote (Figura 1), viéndose afectados probablemente las características físico-químicas de los comprimidos.



Figura 1. Ejemplo del almacenaje de medicamentos de este paciente domiciliario

Durante el acto de dispensación se observa que el paciente domiciliario no conoce para qué es cada medicamento ni tampoco reconoce la equivalencia entre medicamentos genéricos y marcas comerciales con lo que, en diferentes botes, presenta, por ejemplo, Dacortin® y Prednisona y en sendos envases escrito con rotulador la leyenda «1 comprimido al día», con lo que entendemos que el paciente domiciliario está duplicando medicación. Dicho fenómeno no ocurre con todos los medicamentos.

EVALUACIÓN

Queda patente que, ante dicha situación, el paciente domiciliario está tomando de manera errónea la medicación, además de que la conservación no es la adecuada y la comunicación con él es dificultosa puesto que no habla castellano de una manera fluida.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Se le ofrece prepararle el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) semanalmente y éste accede.

Siguiendo nuestro Protocolo Normalizado de Trabajo (PNT) transpuesto del PNT del Grupo de Trabajo de Sistemas Personalizados de Dosificación del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos⁽¹⁾, procedemos a revisar medicación y a emitir carta al médico informándole de la inclusión del paciente domiciliario en el servicio y de los problemas relacionados con la medicación⁽²⁾ y posibles resultados negativos⁽³⁾ derivados del tratamiento.

RESULTADOS

Durante los 11 meses que el paciente domiciliario forma parte del Servicio de SPD, sufre 38 cambios en alguno de sus tratamientos. Nos intentamos poner en contacto con el médico 4 veces y sólo recibimos respuesta en 3 ocasiones, 2 de las cuáles, vía telefónica (tras nuestra insistencia), es con el médico sustituto que reactivó tratamientos ya cancelados; sin embargo, a pesar de ser mínimas las respuestas y de verse una comunicación prácticamente unilateral, la disminución del número de comprimidos queda manifiesta alcanzándose la cifra de 12 comprimidos en lugar de los 24 iniciales. Además, tiene lugar la cancelación de ciertos medicamentos que estaban provocando reacciones adversas en el paciente y de las que el médico fue informado a través del mismo por parte nuestra.

CONCLUSIONES

Coincidiendo con Martín Oliveros A et al.⁽⁴⁾, gracias al apoyo del SPD, los tratamientos fueron disminuyendo en número y cantidad, pero cabe preguntarse si por un lado el paciente domiciliario solo hubiera podido afrontar de manera satisfactoria los 38 cambios propuestos por el médico y por otro lado si estos se hubieran podido llevar a cabo con la adherencia o no que el paciente domiciliario

tenía en el momento de incorporarse en el Servicio. Por otro lado, en línea con otros autores⁽⁶⁾, a través del SPD, se ha promovido el uso racional de los medicamentos evitando así el almacenamiento en los hogares y una mala utilización.

En este caso resulta algo utópico afirmar que la comunicación con el médico ha sido fluida, puesto que en contraposición con lo que aseguran Casamayor Sebastián FA et al.⁽⁵⁾, ha sido de manera unilateral (farmacéutico-médico).

A pesar de lo anteriormente descrito, se considera que el Servicio de SPD con este paciente ha sido todo un éxito puesto que no sólo se ha disminuido su polifarmacia sino que además se ha mejorado la calidad de vida del paciente domiciliario al informar de cierta reacción adversa que le estaba provocando con una alta probabilidad edemas.

Con la participación del farmacéutico en el Sistema de Salud a través de los SPD, se consigue por un lado evitar los posibles problemas relacionados con la medicación, evitar los resultados negativos asociados a la medicación, mejorar la salud del paciente domiciliario al aumentar la adherencia a los tratamientos y consecuentemente suponer un ahorro económico a la Sanidad Nacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de Sistemas Personalizados de Dosificación del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Sistemas Personalizados de Dosificación: Procedimiento Normalizado de Trabajo. Madrid, España: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2013.
2. Espejo J, Fernández-Llimós F, Machuca M, Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA. Pharm Care Esp. 2002;4:122-7.
3. Ruiz de Adana Pérez R. Resultados negativos asociados a la medicación. Aten Primaria. 2012;44(3):135-7. DOI: 10.1016/j.aprim.2011.11.008
4. Martín Oliveros A, Ruiz Maldonado JM, Iracheta Todó M, Labrador Barba E, Orera Peña ML, Gómez Martínez JC. Evaluación del impacto clínico y económico de un servicio de indicación y preparación de SPD en pacientes hipertensos polimedcados en farmacia comunitaria. Farmacéuticos Comunitarios. 2016;8 Suppl 1.
5. Casamayor Sebastián FA. Valor añadido del spd en la resolución de PRM's. Farmacéuticos Comunitarios. 2016;8 Suppl 1.



<https://twitter.com/revistahad>



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

