HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL. 2(1) · AÑO 2018 · ISSN-L 2530-5115

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

HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

ISSN-L 2530-5115 · DOI: 10.22585

ENTIDADES EDITORAS

CIVIN Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición

SEHAD Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

ENTIDADES COLABORADORAS

Vegenat HEALTHCARE

Shire

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL. 2(1) · AÑO 2018 · ENERO-MARZO

SUMARIO

EDITORIALES

5-9 Editorial: Declaración de Sant Joan d'Alacant en defensa del Acceso Abierto a las publicaciones científicas, del grupo de editores de revistas españolas sobre ciencias de la salud (GERECS)
Editorial: Sant Joan d'Alacant declaration in defense of Open Access to scientific publications, by the group of editors of Spanish journals on health sciences (GERECS)

ARTÍCULOS ORIGINALES

11-18 Adherencia a la Nutrición Enteral Domiciliaria
Adherence to Home Enteral Nutrition
Carmina Wanden-Berghe[1], Kamela Cheikh Moussa[2], Javier Sanz-Valero[3]

ORIGINALES BREVES

19-25 Transfusiones sanguíneas Domiciliarias en Pacientes Paliativos
Home Blood Transfusions in Palliative Patients
Catalina Cases Alarcón, Nieves Santacruz Carmona

27-32 Ingresos en hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias: una alternativa eficaz y segura
Admissions in hospital at home directly from the emergency department: an effective and safe alternative
Leticia María Dopico Santamariña

RESEÑAS

33-35 Reseña de libro: Revistas científicas: Situación actual y retos de futuro
Book review:
Helena Martín-Rodero

INFORME SOBRE EL PROCESO EDITORIAL

37-38 Listado de revisores y revisoras
List of Peer Reviewers

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v2i1.36

Editorial: Declaración de Sant Joan d'Alacant en defensa del Acceso Abierto a las publicaciones científicas, del grupo de editores de revistas españolas sobre ciencias de la salud (GERECS)

Editorial: Sant Joan d'Alacant declaration in defense of Open Access to scientific publications, by the group of editors of Spanish journals on health sciences (GERECS)

Correspondencia/Correspondence
Javier Sanz Valero
jsanz@umh.es

Recibido/Received
10.12.2017

Aceptado/Accepted
16.12.2017

Conflicto de Intereses/Competing interest
No existe ningún conflicto de interés en la presente declaración.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Grupo de editores de revistas españolas sobre ciencias de la salud (GERECS). Declaración de Sant Joan d'Alacant en defensa del Acceso Abierto a las publicaciones científicas. Hosp Domic. 2018;2(1):5-9

Noviembre de 2017

«Este documento se publica simultáneamente en las revistas que han suscrito la Declaración de Sant Joan d'Alacant del Grupo de Editores de Revistas Españolas sobre Ciencias de la Salud (GERECS) el día 25 de noviembre de 2017».

El concepto de Acceso Abierto (*Open Access*, OA) no sólo tiene que ver con la accesibilidad al documento científico, sino también con los permisos de reutilización más o menos restrictivos en función de los derechos reservados para su distribución. A partir de esta idea, surgieron numerosas iniciativas, con o sin ánimo de lucro, con el fin de facilitar el acceso universal a través de internet a las publicaciones científicas.

Proyectos como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO, 1998), *The Scholarly Publishing and Academic Resources Coalition* (SPARC, 1998), PubMed Central (PMC, 2000), *The Public Library of Science* (PLOS, 2000) o BioMed Central (BMC, 2001), fueron pioneros de una revolución que haría replantear las estrategias comerciales de la edición científica. Otros como Dialnet (2001), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc, 2003) y el *Directory of Open Access Journals* (DOAJ, 2003), también extenderían el movimiento del acceso abierto y ayudaron al proceso de globalización del conocimiento en las comunidades científicas del ámbito iberoamericano.

Las primeras Declaraciones que sentaron las bases del futuro desarrollo del acceso abierto fueron: la *Budapest Open Access Initiative* (2002), *Berlin Declaration on Open Access to Knowledge in the Sciences and Humanities*, (2003) y *Bethesda Statement on Open Access Publishing* (2003), esta última considerada como la declaración de principios para las ciencias de la salud.

Por otro lado, se han promovido manifiestos, impulsados generalmente en reuniones de editores de revistas científicas que proponían algunas recomendaciones para el correcto desarrollo del acceso abierto a la ciencia. En España se podría citar la Declaración de la Alhambra (2010), que aportó recomendaciones para las políticas y plan de acción para el desarrollo del acceso abierto en el sur de Europa. Más reciente y en el ámbito latinoamericano, se elaboró la Declaración de la reunión de Consorcios de Iberoamérica y el Caribe (2017), que entre sus recomendaciones discute la desviación del concepto de *Open Access* por la creciente aparición de revistas de pago por publicación con precios a veces abusivos (APC, *article processing charges*) con la etiqueta de *Open Access*.

La pasada conferencia de Ámsterdam, «*Open Science – From Vision to Action*» (2016) formuló dos importantes objetivos paneuropeos a alcanzar en el año 2020:

- Acceso abierto completo para todas las publicaciones científicas.
- Un nuevo enfoque orientado hacia la reutilización óptima de los datos de investigación.

Para alcanzar estos objetivos, se propuso la aplicación de nuevos sistemas de evaluación y recompensa de los trabajos científicos y la generación de políticas de buenas prácticas.

En esta línea, los ministros de ciencia de las naciones de la Unión Europea acordaron, en la sesión celebrada el 27 de mayo de 2016, el documento *The transition towards an Open Science system - Council conclusions*, recomendando que las publicaciones resultantes de la investigación financiadas con fondos públicos estén disponibles de forma gratuita en el año 2020, para lo cual, cada país deberá implementar su propia política de publicación.

Este acuerdo subraya que el principio para la reutilización óptima de los datos de investigación debería ser «lo más abierto posible, tan cerrado como sea necesario» y hace hincapié en que las oportunidades para la reutilización óptima de los datos de investigación solo pueden realizarse

si los datos son consistentes con los principios FAIR (*findable, accessible, interoperable and reusable*) dentro de un entorno seguro y confiable.

Así, la *European Open Science Policy Platform*, en su tercera reunión de marzo de 2017, adoptaba las siguientes recomendaciones:

- Las comunidades interesadas, los Estados miembros y la Comisión Europea deberían evaluar e identificar conjuntamente cómo se debe alcanzar el mandato de *Open Access* para 2020.
- El progreso hacia un OA completo debe tener en cuenta la rapidez con la que cambia el sistema de publicación y cómo las comunicaciones académicas crecen en riqueza y variedad.
- No hay una solución única, aunque el objetivo final para todas las disciplinas pueda ser el mismo. Las cuestiones relacionadas con el cumplimiento, incluidos los incentivos y la observancia, deberían proponerse, aclararse y armonizarse de una manera que sea sensible a todas las disciplinas.
- Las opciones de las condiciones de pago por la publicación deben ser claras y de fácil localización en las condiciones establecidas por cada revista.
- A partir de 2020 la Comisión Europea debe avanzar hacia una definición más amplia de OA, que incorpore toda la gama de formatos y aplicaciones emergentes como resultado de la investigación científica.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, conscientes de los futuros cambios que tendrán que asumir los editores de las revistas españolas sobre ciencias de la salud, estos proponen las siguientes **recomendaciones y peticiones:**

1. Adherirse a los criterios emanados de la reunión de marzo de 2017 de la *European Open Science Policy Platform*.
2. Alentar a nuestras instituciones a que respalden la Expresión de Interés OA2020 (https://oa2020.org/) y, en consecuencia, firmen sus principios.
3. Instar a las agencias de investigación a nivel nacional a poner en marcha políticas científicas que requieran a sus investigadores que depositen sus publicaciones en repositorios institucionales.
4. Teniendo en cuenta el compromiso social de las revistas en OA con la accesibilidad del conocimiento, incluyendo a la ciudadanía, se solicita el reconocimiento como mérito académico/profesional la publicación en revistas de acceso abierto que estén indizadas en plataformas comprometidas con la excelencia, como SciELO, Redalyc o DOAJ.

Asimismo, en línea con la Declaración de San Francisco de Evaluación de la Investigación (*San Francisco Declaration on Research Assesment*, DORA, 2012), los editores de revistas de ciencias de la salud consideran necesario apoyar la adopción de las siguientes prácticas:

1. Reducir el énfasis del índice de impacto, u otras métricas basadas en indicadores sobre la revista en que fue publicado, como una herramienta de promoción personal.
2. Promover nuevos indicadores relacionados con el contenido científico del artículo en lugar de métricas sobre la revista en que fue publicado.

En Sant Joan d'Alacant, a 25 de noviembre de 2017

Firmantes:

- Javier Sanz-Valero: Editor jefe de la revista Medicina y Seguridad del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Madrid, España.
- Remedios Melero Melero: Miembro del grupo de trabajo Acceso Abierto a La Ciencia. Instituto de Agroquímica y Tecnología de Alimentos-CSIC, Valencia, España.
- Cristina Bojo Canales: Coordinadora de la red SciELO España. Instituto de Salud Carlos III, Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, Madrid, España.
- Enrique Perdiguero Gil: Director de la revista Doctorado. Universidad Miguel Hernández, Elche, España.
- Jesús Manuel Culebras Fernández: Director de la revista Journal of Negative and No Positive Results. Asociación para el Progreso de la Medicina, León, España.
- Carmina Wanden-Berghe: Directora de la revista Hospital a Domicilio. Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición (CIVIN), Alicante, España.
- Maria Dolores Ruiz López. Editora de la revista Ars Pharmaceutica. Universidad de Granada, Granada, España.
- Manuel Amezcua Martínez. Director de la revista Index de Enfermería. Fundación Index, Granada, España.
- Carlos Alvarez-Dardet. Director de la revista Gaceta Sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS), Barcelona, España.
- Mikel Astrain Gallart. Director de la revista Dynamis. Universidad de Granada, Granada, España.
- María del Mar Vaquero Pérez. Directora de la revista Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP) y Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE), Madrid, España.
- María José López Montesinos. Directora de la revista Enfermería Global. Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Manuel Sosa Henríquez. Director de la revista Osteoporosis y Metabolismo Mineral. Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral (SEIOMM), Madrid, España.
- José Luis Pardal-Refoyo. Director de la revista ORL. Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
- Agustín Romero Medina. Director de la revista Anales de Psicología. Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Elena Primo Peña. Directora de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.
- Ángel Hernández Merino. Director de la Revista Pediatría de Atención Primaria. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Madrid, España.
- Luis Miguel Torres Morera. Director de la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Sociedad Española del Dolor, Cádiz, España.
- Antonio Bascones Martínez. Director de la revista Avances en Odontoestomatología. Ediciones Avances, Madrid, España.
- Fernando Fernandez-Llimos. Editor jefe de la revista Pharmacy Practice. Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas, Granada, España.
- Mariano Rodriguez Portillo. Director de la revista Nefrología. Sociedad Española de Nefrología, Santander, España.
- J. Javier Soldevilla Agreda. Director de la revista GEROKOMOS. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Barcelona, España.

- José Miguel Soriano del Castillo. Editor jefe de la Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. Fundación Academia Española de Nutrición y Dietética, Pamplona, España.
- Elena Ronda Pérez. Directora de la revista Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. *Societat Catalana de Salut Laboral*, Barcelona, España.
- Martín Rodríguez Álvaro. Director de ENE Revista de Enfermería. Grupo de enfermería ENE, La Palma, España.
- Jose Manuel Moreno Villares. Director de la revista Nutrición Hospitalaria. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), Madrid, España.
- Teresa del Campo Balsa. Directora de la Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, Madrid, España.
- Marta Molina Olivas. Editora de la Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, España.
- Julián Almaraz Carretero. Director de la revista Escritos de Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Ernest Abadal. Editor de la revista BiD. *Universitat de Barcelona*, Barcelona, España.
- Rodolfo Crespo Montero. Director de la revista Enfermería Nefrológica. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Madrid, España.
- Ana Dago Martínez. Directora de la revista Pharmaceutical Care España. Fundación Pharmaceutical Care España, Madrid, España.

ISSN-L: 2530-5115

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v2i1.33

Adherencia a la Nutrición Enteral Domiciliaria

Adherence to Home Enteral Nutrition

Carmina Wanden-Berghe[1], Kamela Cheikh Moussa[2], Javier Sanz-Valero[3]

1 Hospital General Universitario de Alicante; Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España.

2 Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante ISABIAL – FISABIO , Alicante, España.

3 Universidad Miguel Hernández, Sant Joant d´Alacant , Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

Carmina Wanden-Berghe
carminaw@telefonica.net

Recibido/Received

15.11.2017

Aceptado/Accepted

12.01.2018

Conflicto de Intereses/Competing interest

No existe ningún conflicto de interés en el presente estudio.

Agradecimientos/Acknowledgments

Este trabajo es parte de la tesis doctoral de Al Cheikha Kamela Cheikh Moussa y ha contado para su desarrollo con una beca concedida por VEGENAT HEALTHCARE.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Wanden-Berghe C, Cheikh Moussa K, Sanz-Valero J. Adherencia a la Nutrición Enteral Domiciliaria. Hosp Domic. 2018;2(1):11-8

RESUMEN

Objetivo: Elaborar un cuestionario que permita evaluar la adherencia terapéutica de los pacientes con nutrición enteral domiciliaria (NED).

Método: Generación y validación de un cuestionario para evaluar la adherencia a la NED. Los ítems se determinaron mediante consenso se expertos. La consistencia interna se comprobó mediante el estadístico de Kuder–Richardson Formula 20. La validez de constructo fue analizada con el método de Rotación Varimax con normalización de Kaiser. La concordancia intra-observador e inter-observador se calculó mediante el índice de Kappa.

Resultados: Se determinaron 6 ítems de respuesta dicotómica (si.no) mediante el consenso agrupados en dos categorías: conocimientos y dificultades. Estos ítems ofrecieron una puntuación final relacionada con la adherencia de 0 a 2 = baja; 3 a 4 = moderada; 5 a 6 = alta. La fiabilidad intra-observador obtuvo una concordancia igual a 1 e inter-observadores de 0,93. La consistencia interna fue de 0,721. La validez de constructo analizada mediante un análisis factorial por análisis de componentes principales con método de Rotación Varimax con normalización de Kaiser, identificó 2 componentes principales que agruparon a los ítems en las dos dimensiones del cuestionario.

Conclusión: El cuestionario de adherencia nutricional desarrollado se ha mostrado fiable y útil para obtener la información sobre adherencia al tratamiento nutricional, observándose alta validez de contenido, consistencia interna, validez de constructo y estabilidad.

Palabras clave: Encuestas y Cuestionarios; Cumplimiento de la Medicación; Estudios de Validación; Nutrición Enteral.

ABSTRACT

Objective: To develop a questionnaire that allows to evaluate the therapeutic adherence of the patients with home enteral nutrition (NED).

Method: Generation and validation of a questionnaire to evaluate medication adherence to NED. The internal consistency was verified by the Kuder-Richardson Formula 20 statistics. The construct validity was analyzed with the Varimax Rotation method with Kaiser normalization. The intra-observer and inter-observer concordance was calculated using the Kappa index.

Results: Six items of dichotomous response were determined (yes.no) by consensus grouped into two categories: knowledge and difficulties. These items offered a final score related to the adherence from 0 a 2 = low; 3 a 4 = moderate; 5 a 6 = high. The intra-observer reliability obtained a concordance equal to 1 and inter-observers 0.93. The internal consistency was 0.721. Construct validity analyzed by factor analysis by principal component with Varimax Rotation method with Kaiser normalization identified 2 main components that grouped the items in the two dimensions of the questionnaire.

Conclusion: The nutritional adherence questionnaire developed has been shown to be reliable and useful in obtaining information on adherence to nutritional treatment, with high content validity, internal consistency, construct validity and stability.

Keywords: Surveys and Questionnaires; Medication Adherence; Validation Studies; Enteral Nutrition.

INTRODUCCIÓN

La eficacia de un tratamiento va a venir determinada por varios factores; unos son intrínsecos a la propia eficacia del tratamiento, otros derivados de la enfermedad y otros que vienen determinados por la adherencia al tratamiento (1-2).

La preocupación por la adherencia al tratamiento cobró importancia en la segunda mitad del siglo XX, cuando los avances de las ciencias médicas hicieron que los tratamientos fueran más seguros y eficaces, pero donde la falta de cumplimiento seguía generando la no resolución del motivo de indicación y la aparición de problemas concomitantes. Esta compleja situación continúa siendo un problema vigente, probablemente porque en los últimos años se ha evidenciado un aumento progresivo de la incidencia de enfermedades crónicas (3) que conllevan la coexistencia de múltiples y variados tratamientos simultáneos en un mismo paciente por un prolongado periodo (1).

El concepto y la definición de adherencia ha venido siendo discutida y controvertida (4-6) por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un informe en junio del 2003 sobre «Adherencia a terapias a largo plazo» donde pone de manifiesto que la definición considerada hasta entonces (5) se centra estrictamente en la adherencia al tratamiento farmacológico o las indicaciones médicas, y que no contempla ningún otro tipo de intervención o recomendación respecto a cambios sobre estilos de vida (higiene, ejercicio, alimentación, nutrición, etc.) quedando obviados un gran número de comportamientos del paciente que comprometen la evolución de su patología y de su bienestar. Por lo que la OMS propuso en el *Adherence Project* (7) actualizar el concepto como «El grado en que el comportamiento de una persona al tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y realizar cambios en su estilo de vida se corresponda con las recomendaciones acordadas con su referente sanitario».

Las sociedades europea y americana de nutrición enteral y parenteral pusieron de manifiesto, en sus guías clínicas, la existencia de discrepancias entre las cantidades prescritas y las recibidas por los pacientes a los que se les administró nutrición artificial por sonda (8,9). Estudios en el entorno hospitalario han tratado de evaluar la adherencia durante el periodo de ingreso (10). Aunque, estos resultados puedan considerarse como una aproximación a la valoración de la adherencia no se puede suponer que con ellos se tiene una visión real, ni siquiera aproximada de lo que sucede con los pacientes que tienen prescrita nutrición enteral por tiempo prolongado, sobre todo si se refiere al entorno domiciliario, donde los controles, registros, bombas, dedicación e interés porque se cumpla el régimen terapéutico nutricional establecido es, sin duda, de lo más variable.

No se ha identificado ninguna herramienta dirigida a la valoración de la adherencia terapéutica al tratamiento nutricional enteral, siendo éste uno de los principales tratamientos en más de la mitad de los pacientes crónicos. Parece razonable y necesario disponer de algún instrumento validado que permita tener un control de la adherencia nutricional. En este estudio se propone el desarrollo de un cuestionario para evaluar la adherencia a la nutrición enteral de los pacientes en el entorno domiciliario.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la construcción del cuestionario se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica, utilizando los descriptores *Medical Subject Headings* (MeSH): “Medication Adherence” y “Enteral Nutrition” con los que se construyeron las ecuaciones de búsqueda para su uso en las bases de datos MEDLINE, a través de PubMed, CUIDEN, SCOPUS y la Web of Science, utilizando conectores booleanos. Se empleó el filtro “humans” y la búsqueda se restringió a los últimos siete años, como

periodo de obsolescencia establecido para las publicaciones en el campo de ciencia de la salud y nutrición (11-13). Partiendo de los artículos identificados se elaboró una propuesta de cuestionario.

Para evaluar la «validez de contenido» se realizó una entrevista con expertos en nutrición e investigación en la que se definieron los conceptos. Se procedió a la verificación de los mismos en una muestra de 30 pacientes. A continuación, se formularon los diferentes ítems para evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento nutricional que se agruparon bajo tres dimensiones. Para establecer la validez de constructo se solicitó al grupo de expertos que puntuaran cada uno de los ítems (0 = muy poco relevante hasta 10 = muy relevante) valorando la pertinencia, relevancia, corrección e inteligibilidad, aportando comentarios y sugerencias. El criterio para conservar cada pregunta fue obtener una puntuación media superior a 6 y que presentaran un coeficiente de variación inferior al 25%.

La validez interna se evaluó mediante una prueba piloto con los 30 sujetos para determinar la claridad de las preguntas y se determinó la consistencia interna mediante el estadístico de Kuder–Richardson Formula 20 (KR 20). La validez de constructo fue analizada mediante un análisis factorial por análisis de componentes principales con método de Rotación Varimax con normalización de Kaiser. La validez de criterio externo no pudo ser evaluada al no disponer de un *gold estándar* que permitiese el análisis.

La estabilidad del cuestionario se evaluó en el grupo de 30 sujetos realizando el cuestionario en dos ocasiones con un periodo de descanso mínimo de 7 días para evitar el sesgo de memoria. La concordancia intra-observador por el mismo encuestador y la concordancia inter-observador por dos encuestadores. Se calculó el índice de Kappa, considerando > 60% como buena concordancia (14).

RESULTADOS

La búsqueda bibliográfica localizó 632 artículos y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 6 estudios (figura 1) en los que se identificaron 9 cuestionarios y 5 escalas validadas para el cumplimiento del tratamiento farmacológico. No se encontró ningún cuestionario o método de evaluación de la adherencia al tratamiento nutricional.

Se desarrolló un primer borrador de tres bloques de preguntas que tras la primera evaluación de contenido y constructo, y siguiendo la opinión de los expertos se eliminaron los ítems sobre la conducta del paciente o su cuidador y un cuarto ítem de dificultades, al considerar que dicha información queda recogida en las otras dos dimensiones (conocimientos y dificultades del paciente), esto dio paso a un cuestionario con dos bloques de preguntas y 6 ítems dicotómicos (si.no); ver tabla 1.

En los dos bloques de preguntas, la evaluación de los expertos, sobre la pertinencia de los ítems propuestos, todos obtuvieron una puntuación por encima de los 6 puntos (media 8,72 ± 1,32). El coeficiente de variación obtenido osciló entre 11,4% en el ítem D3 y 21,1% en el C2. Se estableció una puntuación para cada pregunta, Clasificando al paciente con «baja adherencia al tratamiento» entre 0 o 2 puntos, «adherencia media» de 3 o 4 puntos y «alta adherencia al tratamiento» entre 5 y 6 puntos. Permitiendo identificar el motivo de la adherencia en el desconocimiento o en la falta de cumplimiento al evaluarse los dos bloques por separado (ver tabla 1).

La fiabilidad intra-observador obtuvo una concordancia entre las dos observaciones con un índice de Kappa igual a 1 y la fiabilidad inter-observadores Kappa de 0,93. La consistencia interna mediante el estadístico KR (20) fue de 0,721. La validez de constructo analizada mediante un análisis factorial por análisis de componentes principales con método de Rotación Varimax con

normalización de Kaiser, identificó 2 componentes principales que agrupó a los ítems en las dos dimensiones definidas por el cuestionario.

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos

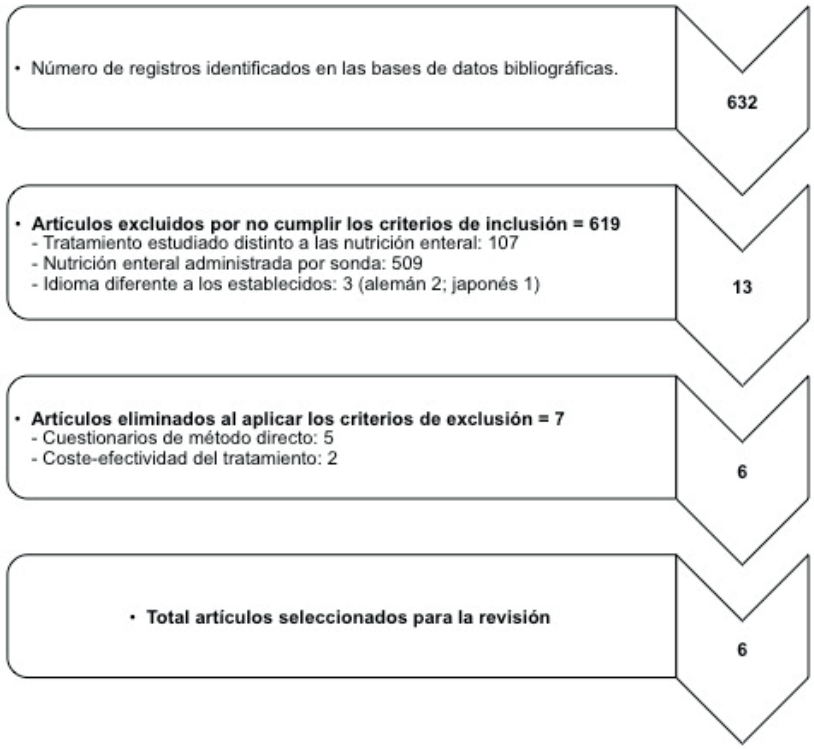


Tabla 1. Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Nutricional

Dimensión	Ítems		Respuesta (puntuación)	
Conocimientos	C1	¿Sabe usted porque está tomando la nutrición?	Sí (1)	No (0)
	C2	¿Conoce usted el nombre comercial de la nutrición que se le administra?	Sí (1)	No (0)
	C3	¿Considera usted que conoce la forma en la que se tiene que tomar la nutrición?	Sí (1)	No (0)
	Puntuación de la dimensión	Clasificación		
	0	Desconocedor		
	1-2	Conocedor medio		
	3	Buen conocedor		
Dificultades	D1	¿Ha tenido en algún momento que dejar de tomarse o administrarse la nutrición?	Sí (0)	No (1)
	D2	¿Varió alguna vez la cantidad que se le ha indicado?	Sí (0)	No (1)
	D3	¿Cambia por algún motivo los horarios de las tomas?	Sí (0)	No (1)
	Puntuación de la dimensión	Clasificación		
	0	Mal cumplidor		
	1-2	Cumplidor medio		
	3	Buen cumplidor		
Puntuación Total Adherencia al Tratamiento Nutricional		Suma de las dos dimensiones	Clasificación	
		0-2	Baja	
		3-4	Media	
		5-6	Alta	

DISCUSIÓN

Es de resaltar el carácter novedoso del presente trabajo ya que hasta este momento no se había propuesto un cuestionario normalizado para medir la adherencia al tratamiento nutricional, aun siendo una necesidad reivindicada por la Organización Mundial de la Salud a través de sus políticas iniciadas en el año 2001 sobre la adherencia en las terapias a largo plazo (7,15). A esto, se le suma que en los últimos trabajos sobre adherencia terapéutica, únicamente se encontraron herramientas estandarizadas para el tratamiento farmacológico, mientras que para el estudio del cumplimiento en la ingesta de suplementos nutricionales y nutrición enteral se siguen utilizando métodos indirectos no estandarizados (16); encontrando algunos trabajos que utilizan el conteo del número de envases consumidos, medir la cantidad de producto restante para determinar las calorías ingeridas al día y otros como es el uso de registros o diarios dietéticos de cinco días, métodos útiles pero no libres de sesgos importantes como es introducir en los resultados la propia sobreestimación del paciente (16-18).

La elaboración de este cuestionario, aunque se trata de un método indirecto de medida de la adherencia, ya que no se dispone de métodos inmediatos de monitorización de la ingesta que sean accesibles, se basó en los factores más influyentes sobre el resultado de la terapia recibida (19); el grado de conocimiento de la enfermedad por el paciente, causa por la que está recibiendo la nutrición y su suficiencia para seguir las indicaciones recibidas.

El instrumento está dotado de validez racional al haber utilizado el conocimiento previo sobre adherencia terapéutica y además se ha conseguido en su creación una buena validez de contenido y validez de constructo al contemplar las dos dimensiones determinantes de la adherencia, los resultados de la consistencia interna, la alta fiabilidad y el coeficiente de correlación en el test–retest indica que en las dos ocasiones los sujetos han quedado ordenados de la misma o parecida manera. Este hecho podemos entenderlo como un indicador de estabilidad o de no ambigüedad del cuestionario. Por todo ello, probablemente constituya un instrumento estandarizado útil para determinar el grado de adherencia al tratamiento nutricional y que permita desarrollar estrategias de seguimiento e intervención para mejorar la adherencia de los pacientes a este tratamiento.

Conocer la adherencia al tratamiento es determinante para el resultado terapéutico. Y, en consecuencia, se puede concluir que el cuestionario de adherencia nutricional se ha mostrado fiable y útil para obtener la información sobre adherencia al tratamiento nutricional, observándose alta validez de contenido, consistencia interna, validez de constructo y estabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Marín J, Martínez M y Valcárcel MP. Psicología Social y Psicología de la Salud. En: Rodríguez-Marín J, coordinador. Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad. Barcelona, España: PPU Editorial; 1990.
2. Bishop GD. Health Psychology: Integrating Mind and Body. Boston, USA: Allyn and Bacon; 1994.
3. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
4. Meichenbaum D, Turk D. Facilitating treatment adherence. Nueva York, USA: Plenum Press; 1987.

5. Haynes RB, Sackett DL. Compliance in health care. 2nd edition. Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press; 1979.
6. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. Am J Cardiol. 1993;72(10):68–74D. DOI: 10.1016.0002-9149(93)90014-4; PMID: 8213501
7. Sabaté E, editor. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
8. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2002;26(1):1SA–138SA. PMID: 11841046
9. Howard P, Jonkers-Schuitema C, Furniss L, Kyle U, Muehlebach S, Od-lund-Olin A, et al. Managing the patient journey through enteral nutritional care. Clin Nutr. 2006;25(2):187–95. DOI: 10.1016.j.clnu.2006.01.013; PMID: 16697502
10. van den Broek PWJH, Rasmussen-Conrad EL, Naber AHJ, Wanten GJA. What you think is not what they get: significant discrepancies between prescribed and administered doses of tube feeding. Br J Nutr. 2009;101(1):68–71. DOI: 10.1017.S0007114508986852; PMID: 18768101
11. Villar Alvarez F, Estrada Lorenzo JM, Peréz Andrés C, Rebollo Rodrí-guez MJ. Estudio bibliométrico de los artículos originales de la Revista Española de Salud Pública (1991-2000). Parte tercera: análisis de las referencias bibliográficas. Rev Esp Salud Pública. 2007;81(3):247–59. DOI: 10.1590.S1135-57272007000300002; PMID: 17694632
12. Castera VT, Sanz Valero J, Juan-Quilis V, Wanden-Berghe C, Culebras JM, García de Lorenzo y Mateos A, et al. Estudio bibliométrico de la revista Nutrición Hospitalaria en el periodo 2001 a 2005: parte 2, análisis de consumo; las referencias bibliográficas. Nutr Hosp. 2008;23(6):541–6. PMID: 19132261
13. Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de la producción científica, indizada en MEDLINE, sobre los servicios de salud proporcionados por las unidades de hospitalización a domicilio. Hosp Domic. 2017; 1(1):21-34. DOI: 10.22585.hospdomic.v1i1.3
14. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159–74. DOI: 10.2307.2529310; PMID: 843571
15. Sabaté E. WHO Adherence Project: Toward Policies for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
16. Hubbard GP, Buchan B, Sanders K, Brothers S, Stratton RJ. Improved compliance and increased intake of energy and protein with a high energy density, low volume multi-nutrient supplement. Proc Nutr Soc. 2010;69(OCE2):E164. DOI: 10.1017.S0029665109993600
17. Gianotti L, Braga M, Nespoli L, Radaelli G, Beneduce A, Di Carlo V. A randomized controlled trial of preoperative oral supplementation with a specialized diet in patients with gastrointestinal cancer. Gastroenterology. 2002;122(7):1763–70. DOI: 10.1053.gast.2002.33587; PMID: 12055582
18. Fearon KCH, Von Meyenfeldt MF, Moses AGW, Van Geenen R, Roy A, Gouma DJ, et al. Effect of a protein and energy dense N-3 fatty acid enriched oral supplement on loss of weight and lean tissue in cancer cachexia: a randomised double blind trial. Gut. 2003;52(10):1479–86. DOI: 10.1136.gut.52.10.1479; PMID: 12970142
19. Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. Pharm Care Esp. 1999;1:97–106.

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v2i1.34

Transfusiones sanguíneas Domiciliarias en Pacientes Paliativos

Home Blood Transfusions in Palliative Patients

Catalina Cases Alarcón, Nieves Santacruz Carmona

Hospital General Universitario de Alicante. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante ISABIAL-FISABIO, Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

Catalina Cases Alarcón
cathycases@ono.com

Recibido/Received

04.12.2017

Aceptado/Accepted

12.01.2018

Conflicto de Intereses/Competing interest

No existe ningún conflicto de interés en el presente estudio.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Cases Alarcón C, Santacruz Carmona N. Transfusiones sanguíneas Domiciliarias en Pacientes Paliativos. Hosp Domic. 2018;2(1):19-25

RESUMEN

Introducción: La asistencia a los pacientes crónicos complejos ocupa gran parte de la actividad asistencial de las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD), en los que son frecuentes los cuadros de anemia crónica que precisan ocasionalmente transfusiones por clínica secundaria al déficit de la capacidad de oxigenación de los tejidos por falta de aporte.

Objetivo: Conocer la prevalencia de transfusiones y las características de los pacientes en la HAD del Hospital General Universitario de Alicante.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal de los pacientes transfundidos en la HAD del Hospital Universitario General de Alicante desde el 1 de Octubre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2017.

Resultados: Se realizaron 136 transfusiones a 52 pacientes con una mediana de 82 años IIQ [68-88] de los que 53,8% eran varones. Fueron mayoritariamente paliativos. La Hemoglobina media con la que se transfundieron fue de 7,8 g/dl ± 0,9 y todos presentaron sintomatología. No se registró ningún tipo de reacción adversa. El grado de satisfacción de los pacientes y familiares fue de elevado $\bar{x}$ 9,7± 0,3. La prevalencia fue de 121,86 transfusiones /1000 pacientes en la HAD.

Conclusiones: Las transfusiones han sido un procedimiento seguro en el domicilio del paciente. La mayor parte de los pacientes que han recibido transfusiones eran paliativos. Todas las transfusiones realizadas estaban indicadas analítica y clínicamente. El elevado grado de satisfacción de pacientes y familiares hace inferir que se está contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Transfusión Sanguínea; Transfusión de Componentes Sanguíneos; Anemia.

ABSTRACT

Introduction: Assistance of complex chronic patients occupies much of the health care activity of home care hospital bassed (HCHB). The chronic anemias are frequent as a secondary clinic picture due to the deficit of the tissues oxygenation capacity for lack of contribution.

Aim: to know the prevalence of transfusions and the characteristics of the patients in the HCHB of the Hospital General Universitario de Alicante.

Material and methods: Descriptive, cross-sectional study of transfused patients in the HCHB of General University of Alicante from the 1st of October 2016 until the 31th of march of 2017.

Results: 136 transfusions were performed in 52 patients with a median of 82 years IQ [68-88]. The most of them were palliatives and the 53,8% were males.

They were transfused using an average hemoglobin of 7,8g/dl ± 0,9 and all of them showed symptomatology. No type of adverse reaction was registered.

The degree of patient satisfaction and their relatives was high. $\bar{x}$ 9.7 ± 0.3. The prevalence was 121.86 transfusions / 1000 patients in the HAD.

Conclusions: The transfusions have been a safe procedure at the patient's home. The most part of the transfused patients were palliatives. All the recorded transfusions were indicated analytical and clinically. The high degree of patients satisfaction and their relatives makes infer that we are contributing to improve their quality of life.

Keywords: Home Care Services, Hospital-Based; Blood Transfusion; Blood Component Transfusion; Anemia.

INTRODUCCIÓN

Las transfusiones de sangre son un procedimiento médico por el cual un paciente recibe sangre o alguno de sus componentes por vía intravenosa. Están indicadas en aquellos pacientes que presentan una falta de componentes sanguíneos y que no tienen otra alternativa de corregirlos.

La anemia constituye una de las patologías o comorbilidades más prevalentes, especialmente en población de edad avanzada (17-63%) (1,2). Es una de las principales causas de necesidad de ingreso hospitalario e incremento de la estancia hospitalarias, deterioro de la calidad de vida y mortalidad. Según la definición de los criterios de la OMS, es común en las personas mayores que viven en la comunidad y es particularmente común en los residentes de hogares de ancianos y en aquellos que ingresan en el hospital. (1).

En las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD), la asistencia de los pacientes crónicos complejos ocupa gran parte de la actividad asistencial. En estos pacientes son frecuentes los cuadros de anemia crónica, y las transfusiones están indicadas cuando la anemia es sintomática y refractaria a otros tratamientos etiológicos, manteniendo un déficit en la capacidad de oxigenación de los tejidos por falta de aporte. Habitualmente se emplea el valor de hemoglobina (hb) como indicador tanto de la masa de hematíes como de la liberación de O2, aunque no está perfectamente definido el valor de hb por debajo del cual, se comprometa la liberación de oxígeno y se manifieste la hipoxia tisular, por lo menos en situaciones de anemia crónica (3,4). Por lo que la decisión de la indicación se basa en parámetros indirectos (saturación de oxígeno, etc.) considerando el umbral transfusional en pacientes normovolémicos sin patología cardiovascular en torno a 7g/dl de hb (4-6). En estos casos, las transfusiones de eritrocitos son necesarias para aumentar la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre, incrementando de esta manera la concentración de hemoglobina. Sin embargo, no hay consenso sobre las indicaciones precisas para su uso, a pesar de los numerosos intentos en forma de directrices y los acuerdos alcanzados en las Conferencias de Consenso (7). Los síntomas de la anemia crónica dependen de la edad del paciente, el nivel de actividad y los problemas médicos coexistentes, como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hematológicas malignas y tumores sólidos entre otras. Los síntomas más frecuentes son la fatiga y la disnea, incluso pueden aparecer dolores precordiales, algunos de estos síntomas pueden ser subjetivos, pero siguen siendo útiles para determinar la necesidad de transfusión de glóbulos rojos en pacientes con anemia crónica. En una revisión sistemática que incluye 12 estudios de pacientes con cáncer avanzado con anemia para identificar si la transfusión de sangre es un tratamiento útil para ellos. Estos estudios indicaron que la fatiga y la disnea mejoraron inmediatamente después de la transfusión, pero esta mejoría comenzó a disminuir después de un período de dos semanas. De los pacientes que recibieron una transfusión del 31% al 70% presentó un beneficio transitorio que se prolongó alrededor de dos semanas (8).

En la anemia crónica se desarrollan una serie de mecanismos adaptativos que la hacen mejor tolerada que la anemia aguda, debido a una mejor administración de oxígeno asociada con un aumento de 2,3-difosfoglicerato (DPG) y un cambio en la curva de disociación de oxígeno. La reserva de capacidad de transporte de oxígeno es tal, que el gasto cardíaco en reposo no suele aumentar hasta que la concentración de hemoglobina cae por debajo de 7 g/dl.

Es notable el beneficio que las HAD han proporcionado a estos pacientes permitiendo su tratamiento en el domicilio. Hay que tener en cuenta el perfil de estos pacientes que tienen disminución de la capacidad funcional, una movilidad reducida y gran dependencia, todo ello condiciona grandes dificultades para su traslado hasta el hospital. La asistencia de estos pacientes en la HAD conlleva además de la realización de la analítica previa y de la indicación de la pertinencia de la transfusión, una atención integral y multidisciplinar. Para ello es necesaria una buena coordinación con el Servicio de Banco de sangre, lo que permite que se realice el procedimiento en el mismo día.

En este trabajo se propone revisar las transfusiones realizadas por una HAD durante un semestre de actividad, para conocer la prevalencia y las características de los pacientes y del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal de los pacientes transfundidos en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario General de Alicante desde el 1 de Octubre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2017.

Criterios de inclusión: pacientes de cualquier grupo patológico que precisara transfusión de sangre durante su ingreso en la HAD, que estuviese en Seguimiento programado o mediante interconsulta de otro Servicio con este motivo. No se aplicó ningún criterio de exclusión.

Los datos se obtuvieron del registro de la historia clínica de enfermería. El grupo patológico se registró como; paliativo oncológico, paliativo no oncológico y no paliativo. Para el cálculo de la prevalencia se estimaron el número de altas realizadas en la HAD durante ese periodo siendo de 1116 pacientes. El grado de adecuación de la indicación de la transfusión (bien indicada / mal indicada) se determinó por el nivel de hemoglobina y la presencia de síntomas. Para determinar el grado de satisfacción de los pacientes con la asistencia sanitaria recibida en su domicilio, se utilizó una escala analógico visual graduada desde 0 = muy insatisfactoria hasta 10 = muy satisfactoria.

Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas descriptivas mediante el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) de las variables cualitativas y en el caso de las cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central, y de dispersión de los datos (desviación estándar SD o intervalo intercuartílico IIQ).

El control de calidad de los datos se efectuó a de dobles tablas y búsqueda activa de errores, cuando fueron encontrados se corrigieron mediante la consulta con la fuente original de los datos.

Para el análisis se utilizó el paquete estadístico *Statistical Packageforthe Social Sciences* SPSS® 22.0.

RESULTADOS

Se han realizado 136 transfusiones a 52 pacientes ($\bar{x}$ 2,62 ± 3,07) con una mediana de edad 82 años IIQ [68-88] de los que 53,8% eran varones. La prevalencia fue de 121,86 transfusiones /1000 pacientes en la HAD.

El tipo de paciente que recibieron transfusión (ver figura 1) fueron con mayor frecuencia los clasificados como “oncologicos paliativos” 26 (50%) seguidos de los “paliativos no oncológicos” 14 (26,9%)

La Hemoglobina media con la que se transfundieron fue de 7,8 g/dl ± 0,9. Todos los pacientes presentaron sintomatología previa a la transfusión, siendo el síntoma predominante la debilidad extrema (ver figura 2), por lo tanto el 100% de las transfusiones estaban correctamente indicadas.

Los pacientes presentaban un buen estado cognitivo 82,7% y 7,7% demencia leve-moderada, en el 9,6% no se registró el dato. Recibieron concentrado de hematíes el 90,4%, plaquetas 1,9% y ambos el 7,7%. No se registró ningún tipo de reacción adversa. El grado de satisfacción de los pacientes y familiares fue de $\bar{x}$9,7± 0,3.

Fig. 1. Tipo de pacientes

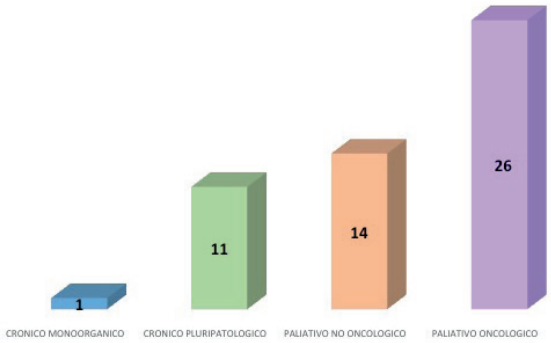
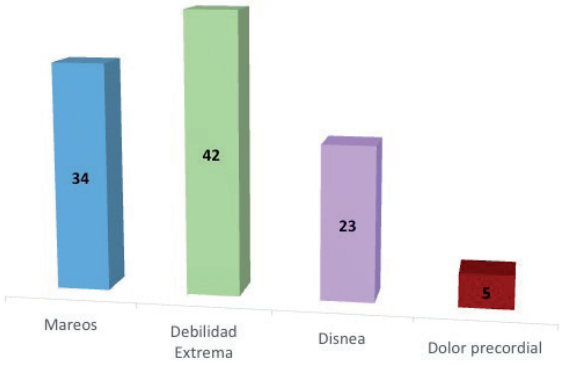


Fig. 2. Síntomas presentados antes de la transfusión



DISCUSIÓN

Este trabajo es una de las mayores series recogidas de pacientes con transfusión de hemoderivados en hospitalización a domicilio. Habitualmente los trabajos científicos consultados se refieren a las transfusiones dentro de la descripción de otros tratamientos o intervenciones que se han realizado en las Unidades de Hospitalización a Domicilio con un número muy escaso. Kodama y cols. (9), en 2009, en un estudio con intervención de 10 unidades de hospitalización a domicilio de 8 localidades diferentes, de 580 pacientes ingresados en las HAD realizan tan solo 3 transfusiones en 15 pacientes con enfermedad hematológica maligna con Performance Status (PS) 3-4, sin que aporten más datos sobre las mismas.

García Sanchez y cols. (10) en 68 pacientes ingresados en HAD del Hospital Marqués de Valdecilla durante el año 2013 realizan 216 transfusiones de concentrado de hematíes. En esta serie,

la edad de los pacientes coincide con la del presente trabajo, aunque no especifican el estadio evolutivo del paciente, hablan de "enfermedad hematológica" en casi el 50% de los casos y neoplasia sólida en el 22,2% con lo que podemos aproximar que las poblaciones son bastante similares. Declaran que un 13,7% de las transfusiones tenían una indicación dudosa o no conveniente, esta condición en el presente trabajo no se ha observado, estando todas las transfusiones indicadas.

No se ha registrado ninguna reacción adversa a pesar de que no se utilizó medicación pretransfusional. La satisfacción de pacientes y familiares nos hacen inferir que este procedimiento puede estar contribuyendo al aumento de la calidad de vida en esta etapa evolutiva tan compleja. A pesar de que la calidad de vida no se ha evaluado objetivamente en este trabajo, consideramos que sería una recomendación importante para tener en cuenta en estudios futuros con este tipo de población.

Preston y cols. (2012) (8) ante la incertidumbre del posible beneficio que la transfusión de sangre pueda proporcionar a los pacientes con cáncer avanzado y para responder a ¿quién presenta mayores probabilidades de mejoría y por cuánto tiempo?, plantearon una revisión sistemática en la que no encontraron ensayos clínicos e identificaron 12 estudios de intervención «antes y después» con 653 participantes que mostraron una tasa de mejoría subjetiva del 31% al 70%. Cinco de los estudios evaluaron específicamente la mejoría de la fatiga mediante unas de escalas de fatiga observando una mejoría inmediata después de la transfusión que comenzó a disminuir sobre el día 14 después de la misma. Encontrando resultados similares para la disnea. En el presente estudio no se han evaluado objetivamente la mejoría de los síntomas, reconociendo este hecho como una limitación.

Conclusiones: La prevalencia fue de 121,86 transfusiones /1000 pacientes en la HAD.

Las transfusiones han sido un procedimiento seguro en el domicilio del paciente.

La mayor parte de los pacientes que han recibido transfusiones eran paliativos.

Todas las transfusiones realizadas estaban indicadas analítica y clínicamente.

El elevado grado de satisfacción de pacientes y familiares hace inferir que se está contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaskell H, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Prevalence of anaemia in older persons: systematic review. BMC Geriatrics. 2008;8(1):1-8. DOI: 10.1186/1471-2318-8-1; PMID: 18194534
2. McClellan W, Aronoff SL, Bolton WK, Hood S, Lorber DL, Tang KL, et al. The prevalence of anemia in patients with chronic kidney disease. Curr Med Res Opin. 2004;20(9):1501-10. DOI: 10.1185/030079904X2763; PMID: 15383200
3. Gramm J, Smith S, Gamelli RL, Dries DJ. Effect of transfusion on oxygen transport in critically ill patients. Shock. 1996;5(3):190-3. PMID: 8696982
4. Napolitano LM, Kurek S, Luchette FA, Anderson GL, Bard MR, Bromberg W, et al; EAST Practice Management Workgroup; American College of Critical Care Medicine (ACCM) Taskforce of the Society of Critical Care Medicine (SCCM). Clinical practice guideline: red blood cell transfusion in adult trauma and critical care. J Trauma. 2009;67(6):1439-42. DOI: 10.1097/TA.0b013e3181ba7074; PMID: 20009700
5. Liumbruno G, Bennardello F, Lattanzio A, Piccoli P, Rossetti G. Recommendations for the transfusion of red blood cells. Blood Transfus. 2009;7(1):49-64. DOI: 10.2450/2008.0020-08; PMID: 19290081

6. Pape A, Stein P, Horn O, Habler O. Clinical evidence of blood transfusion effectiveness. Blood Transfus. 2009;7(4):250-8. DOI: 10.2450/2008.0072-08; PMID: 20011636
7. Murphy MF, Wallington TB, Kelsey P, Boulton F, Bruce M, Cohen H, et al; British Committee for Standards in Haematology, Blood Transfusion Task Force. Guidelines for the clinical use of red cell transfusions. Br J Haematol. 2001; 113(1):24-31. PMID: 11328275
8. Preston N, Hurlow A, Brine J, Bennett M. Blood transfusions for anaemia in patients with advanced cancer. 2012;(2):CD009007. DOI: 10.1002/14651858.CD009007.pub2; PMID: 22336857
9. Kodama Y1, Takita M, Kawagoe S, Hirahara S, Kimura Y, Onozawa S, et al. Retrospective study on home care for patients with hematologic malignancies. Jpn J Clin Oncol 2009; 39(9)606–11. DOI: 10.1093/jjco/hyp064; PMID: 19535385
10. García Sánchez D, Neila Calvo S, Sanroma Mendizábal P, Aguilera Zubizarreta A, Sgaramella G, González C, et al. Transfusiones de Hemoderivados en Hospitalización a Domicilio (HAD). ¿Hacemos un uso óptimo de la sangre? Rev Clin Esp. 2014;214(Espec Congr):1136.

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v2i1.21

Ingresos en hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias: una alternativa eficaz y segura

Admissions in hospital at home directly from the emergency department: an effective and safe alternative

Leticia María Dopico Santamariña
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Unidad de Hospitalización a Domicilio, A Coruña, España.

Correspondencia/Correspondence
Leticia María Dopico Santamariña
leticiadopico@gmail.com

Recibido/Received
13.06.2017

Aceptado/Accepted
08.11.2018

Conflicto de Intereses/Competing interest
La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos/Acknowledgments
Agradecimientos al Dr. Hassan Abdulkadir Asaad por su colaboración en el proceso de recogida de datos y al Dr. Fernando Lamelo Alfonsín por la aportación de ideas durante la realización del presente estudio.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Dopico Santamariña LM. Ingresos en hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias: una alternativa eficaz y segura. Hosp Domic. 2018;2(1):27-32

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil de pacientes con patología infecciosa que ingresan en HaD tras captación en Urgencias, soporte y calidad asistencial.

Método: Estudio observacional retrospectivo. Variables: características del paciente, infección, tratamiento, parámetros de hospitalización e indicadores de calidad.

Resultados: Incluidos 255 pacientes con edad media 71 años (48.63% varones; 51.37% mujeres) e índice medio de Charlson 4.91. Diagnósticos más frecuentes: infección urinaria (25.10%) y respiratoria (24.71%), sin identificación microbiológica en 62.75%. Aislamiento más frecuente: E.coli (21.32%) documentándose 10.20% bacteriemia y 14.51% criterios de sepsis. Todos necesitaron antibioterapia parenteral con media 6.5 días, siendo más empleados carbapenems (34.31%). Estancia media en Urgencias 21 horas y en HaD 7 días. Se registraron 9.41% de complicaciones obteniéndose tasa de reingreso 2.75%.

Conclusiones: Tras estancia corta en Urgencias es posible el manejo eficaz de infecciones con criterios variables de gravedad y alta comorbilidad, dando el soporte necesario desde HaD, sin aumentar complicaciones ni reingresos.

Palabras clave: hospitalización a domicilio; urgencias; infección; resistencia antimicrobiana; antibioterapia parenteral; terapia de infusión ambulatoria.

ABSTRACT

Objective: To analyze the profile of patients with infectious pathology who enter hospital at home after collection in the emergency department, support and quality of care.

Method: Retrospective observational study. Variables: characteristics of the patient, type of infection, treatment, hospitalization parameters and quality indicators.

Results: Including 255 patients with mean age 71 years (48.63% male, 51.37% female) and average Charlson index 4.91. Most frequent diagnoses: urinary tract infection (25.10%) and respiratory infection (24.71%), without microbiological identification in 62.75%. Most frequent isolation: E. coli (21.32%), with bacteremia being documented in 10.20% and criteria of sepsis in 14.51%. All of them required parenteral antibiotic therapy with average 6.5 days, with carbapenems being the most used (34.31%). Average stay in emergency department 21 hours and in hospital at home 7 days. There were 9.41% of complications, obtaining a reentry rate of 2.75%.

Conclusions: After a short stay in emergency department, it´s possible to manage infections with variable criteria of severity and high comorbidity, giving the necessary support from hospital at home, without increasing complications or readmissions.

Keywords: hospital-based home care; emergency department; infection; antimicrobial drug resistance; intravenous antibiotic; outpatient infusion therapy.

INTRODUCCIÓN

Las unidades de hospitalización a domicilio (HaD) constituyen una alternativa asistencial en aquellos pacientes que precisan ingreso hospitalario por diversas causas y cumplen una serie de criterios que los convierten en candidatos válidos para recibir dicha atención en su domicilio (1). Se trata, por tanto, de proporcionar asistencia sanitaria especializada en el hogar del paciente cuya situación clínica hace que se requieran tratamientos de rango hospitalario que, de otro modo, implicarían su ingreso en una planta de hospitalización convencional (2).

Desde el año 1981, este modelo asistencial se ha implantado progresivamente en nuestro país destacando una gran heterogeneidad entre las distintas unidades, tanto a nivel organizativo como en lo referente a su actividad, sin olvidar las desigualdades en su distribución geográfica (3).

La unidad de hospitalización a domicilio del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña fue creada en el año 1987 y, a lo largo de los últimos años, ha ido adaptando su modelo organizativo a las necesidades surgidas como consecuencia del envejecimiento poblacional y la alta incidencia de patología infecciosa, en muchos casos, debido a gérmenes multirresistentes. De la creciente demanda de atención en el servicio de urgencias (4) y el aumento de ingresos hospitalarios caracterizados por un perfil de pacientes con un alto grado de comorbilidad, nace, en Diciembre de 2013, un proyecto estratégico de captación activa de pacientes en el servicio de urgencias. Dichos pacientes son ingresados directamente en la unidad de hospitalización a domicilio, sin previo paso por planta de hospitalización convencional ni unidades de corta estancia médica (5).

Para la puesta en marcha del proceso de captación, un médico de la unidad realiza diariamente la revisión de las historias clínicas de los pacientes, que se encuentran en el servicio de urgencias en espera de ser ingresados en una planta de hospitalización; y aquellos en observación pendientes de decidir su destino según la evolución. Tras dicha revisión, se realiza una selección de posibles candidatos y su posterior valoración en el servicio de urgencias, en base a criterios médicos (estabilidad clínica, diagnóstico establecido y posibilidad de realizar el tratamiento en el domicilio) y criterios sociodemográficos (domicilio en el área de cobertura de HaD, medios de contacto, existencia de un cuidador principal que se responsabilice del paciente y aceptación voluntaria del ingreso en la unidad).

De acuerdo a lo expuesto, se plantea un estudio con el objetivo de analizar el perfil de pacientes que ingresan en nuestra unidad con diagnóstico de patología infecciosa tras captación activa en el servicio de urgencias, su manejo, el soporte requerido y las implicaciones en la calidad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional descriptivo retrospectivo incluyendo una muestra de 255 pacientes cuyo criterio de inclusión se basó en haber ingresado en la unidad de HaD del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, procedentes del servicio de urgencias con diagnóstico de enfermedad infecciosa entre el 1 de junio de 2014 y el 30 de junio de 2015.

Las variables estudiadas se dividieron en los siguientes grupos: características del paciente (edad, sexo, índice de comorbilidad de Charlson); tipo de infección (diagnóstico, identificación microbiológica, germen aislado, bacteriemia documentada, criterios de sepsis/síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) según el American College of Chest Psysicians y la Society of Critical Medicine); tratamiento parenteral (tipo de antibiótico, duración del tratamiento, terapia secuencial, causas de no realizar tratamiento secuencial); parámetros de hospitalización (estancia en urgen-

cias, estancia en HaD) e indicadores de calidad (complicaciones, reingreso durante la estancia en HaD, reingreso hospitalario por el mismo motivo durante el primer mes tras el alta).

La recogida de datos se realizó mediante el acceso a la historia clínica electrónica del Servicio Gallego de Salud (programa IANUS) con registro posterior en hoja de cálculo tipo Excel. Las variables cuantitativas se expresaron mediante medidas de centralización y dispersión, mientras que las cualitativas fueron representadas por sus valores absoluto y relativo. El análisis estadístico se realizó mediante el Programa de Análisis Epidemiológico de Datos EPIDAT, versión 4.2.

RESULTADOS

Durante el período estudiado, ingresaron en nuestra unidad 382 pacientes procedentes del servicio de urgencias, de los cuales 255 (66.75%) presentaron patología infecciosa como motivo de ingreso siendo incluidos en el estudio. La edad media de los pacientes fue de 71 años con una desviación estándar de 19 años. Por sexos, la muestra estuvo formada por 124 varones (48.63%) y 131 mujeres (51.37%). El índice medio de comorbilidad de Charlson fue de 4.91 con una desviación estándar de 2.97.

Respecto al tipo de infección, el diagnóstico más frecuente fue la infección urinaria (25.10%), seguida de infección respiratoria (24.71%) y neumonía (21.96%). El aislamiento microbiológico más frecuente fue E. coli con un valor absoluto de 62 (24.03%), de los cuales, 7 (11.29% del total de E. coli y 2.71% del total de aislamientos) fueron productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). Si bien, en 160 casos (62.75%) no se dispuso de identificación microbiológica, se documentó bacteriemia en 26 (10.20%) y criterios de sepsis/SIRS en 37 (14.51%).

Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico parenteral siendo los carbapenems los más empleados (34.31%), seguidos de cefalosporinas (33.21%) y quinolonas (28.10%). La duración media del tratamiento parenteral fue de 6.5 días (mediana: 5) con una desviación estándar de 4.68 días. En 171 pacientes (67.06%) se realizó tratamiento secuencial con antibiótico por vía oral, restando 84 que no lo recibieron por diversas razones: 51 habían completado la pauta de tratamiento por vía intravenosa (60.71%), 11 presentaban dificultad para la deglución (13.10%) y en 6 casos no se disponía de alternativa antimicrobiana por vía oral (13.10%).

Respecto a los parámetros de hospitalización, la estancia media en el servicio de urgencias fue de 20.55 horas (mediana: 21 horas) con una desviación estándar de 10.24 horas. En HaD, la estancia media fue de 8.77 días (mediana: 7 días) con una desviación estándar de 7.38 días.

Por último, 231 pacientes (90.59%) finalizaron su ingreso en HaD sin presentar complicaciones frente a 24 (9.41%) que sí las presentaron siendo en su mayoría alteraciones analíticas reversibles. La tasa de reingreso hospitalario durante el ingreso en HaD fue del 2.75% (7 pacientes) con una tasa de reingreso en el primer mes tras el alta del 7.06% (18 pacientes).

DISCUSIÓN

La patología infecciosa es la primera causa de ingreso hospitalario en los pacientes que acuden al servicio de urgencias, ya sea de forma aguda o crónica agudizada. Frecuentemente, se trata de pacientes de edad avanzada con alta comorbilidad y riesgo de complicaciones (6), presentando criterios variables de gravedad incluyendo bacteriemia, sepsis y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Esto implica la necesidad de dar soporte mediante la administración de antibioterapia parenteral en el domicilio, para la cual han de tenerse en cuenta las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas del antibiótico. En la medida de lo posible, se elegirán fármacos que requieran administración endovenosa una vez al día con el fin de disminuir la manipulación del catéter y facilitar la asistencia en el horario de cobertura de la unidad. Si bien, existe la posibilidad de la utilización de bombas elastoméricas o electromecánicas en casos seleccionados, debiendo considerar la estabilidad del antibiótico a temperatura ambiente. Este tipo de terapias han sido estudiadas a lo largo de las últimas décadas, habiendo demostrado seguridad y eficacia comparable con la administración en el medio hospitalario (7,8).

Por otro lado, en los últimos años, se ha incrementado la incidencia de infecciones causadas por gérmenes multirresistentes, lo cual dificulta la elección del tratamiento antimicrobiano empírico pudiendo ensombrecer el pronóstico a largo plazo. Cabe mencionar que en nuestro estudio no se dispuso de identificación microbiológica en más de la mitad de los casos.

Con una estancia media en urgencias inferior a 21 horas, hemos comprobado que es posible el manejo eficaz de estos pacientes proporcionando el soporte necesario desde una unidad de hospitalización a domicilio, sin detectarse un aumento de las complicaciones ni en la tasa de reingreso hospitalario, manteniendo una estancia media en la unidad equiparable a otros sistemas de hospitalización convencional (9).

Como limitación en este estudio hay que destacar la obtención de datos en relación con la admisión del paciente en el servicio de urgencias y, posteriormente, en la unidad dado que el registro horario es realizado por personal administrativo una vez reciben el historial en soporte papel del paciente. Por tanto, es probable que la estancia media en urgencias sea incluso menor al resultado obtenido.

Estos hallazgos refuerzan a las unidades de HaD como una alternativa válida (10) de ingreso desde la puerta de entrada al sistema hospitalario, manteniendo la calidad asistencial y contribuyendo a una mejor gestión de las camas hospitalarias así como a la desaturación del servicio de urgencias, especialmente, en épocas de mayor demanda asistencial coincidiendo con el aumento de patología infecciosa estacionaria.

En el futuro, cabría valorar la posibilidad de evaluar la adecuación de los tratamientos antibióticos empíricos instaurados en el servicio de urgencias con respecto a los pautados posteriormente durante el ingreso, así como la realización de un análisis comparativo y coste-efectivo con respecto a las plantas de hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuxart A, Estrada O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. Med Clin (Barc). 2012;138(8):355–360. DOI: 10.1016/j.medcli.2011.04.008.
2. Shepperd S, Harwood D, Jenkinson C, Gray A, Vessey M, Morgan P. Randomized controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. BMJ. 1998;316:1786-91. PubMed PMID: 9624068.
3. Hermida M, Dopico L, Lamelo F, Aldámiz-Echevarría B, Silva M, Vidán L. Hospitalización a Domicilio en hospitales públicos gallegos. Galicia Clin. 2015; 76(1):7-12.
4. Tudela P, Mòdol J. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias. 2015;27:113-20.

5. Alonso G, Escudero J. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativa a la hospitalización convencional. An. Sist. Sanit. Navar. 2010;33 Suppl 1:97-105.
6. Shepperd S, Lannin N, Clemson L, McCluskey A, Cameron I, Barras S. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub4.
7. Mujal A, Solá J, Hernández M, Aragüás C, Machado M, Oristrell J. Eficacia y seguridad del tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso en pacientes con patología infecciosa procedentes del servicio de urgencias. Emergencias. 2013;25:31-6.
8. Pérez J, San José A, Alemán C, Pardos-Gea J, Vilardell M. Antibioterapia intravenosa domiciliaria en una unidad de hospitalización a domicilio: factores pronósticos de reingreso hospitalario. Med Clin (Barc). 2008;131(8):290-2. DOI: 10.1016/S0025-7753(08)72260-7.
9. Conley J, O'Brien C, Leff B, Bolen S, Zulman D. Alternative Strategies to Inpatient Hospitalization for Acute Medical Conditions. A Systematic Review. JAMA Intern Med. 2016;176(11):1693-1702. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.5974.
10. Jiménez S, Antolín A, Aguiló S, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde urgencias: una opción posible y eficiente. Med Clin (Barc). 2010;134(2):87–92. DOI: 10.1016/j.medcli.2008.12.031.

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v2i1.39

Reseña de libro: Revistas científicas: Situación actual y retos de futuro

Book review: Scientific journals: Current situation and future challenges

Helena Martín-Rodero

Biblioteca, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

Correspondencia/Correspondence

Helena Martín-Rodero

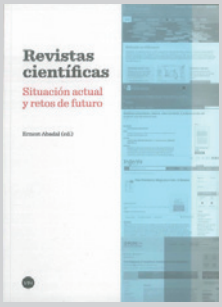
helena@usal.es

Conflicto de Intereses/Competing interest

No existe ningún conflicto de interés en el presente estudio

Ficha editorial

- Título: Revistas científicas: Situación actual y retos de futuro
- Editor: Ernest Abadal
- Editorial: Edicions de la Universitat de Barcelona
- Número de páginas: 276
- ISBN: 978-84-9168-004-8
- Copyright © Edicions de la Universitat de Barcelona
- Este documento está sujeto a la licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada de Creative Commons



CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Martin-Rodero H. Reseña de libro: Revistas científicas: Situación actual y retos de futuro. Hosp Domic. 2018;2(1):31-5

El libro que aquí presentamos, publicado por la Universitat de Barcelona, constituye una excelente contribución al debate suscitado, en los últimos tiempos, sobre el futuro de las revistas científicas.

Se trata de una completísima obra que ofrece a los lectores una amplia panorámica sobre el tema, construida a partir de las diferentes perspectivas y enfoques ofrecidos por los autores.

El contenido se estructura en tres grandes secciones y once capítulos. Comienza con un prólogo de Mikael Laakso que, aunque correcto, no deja ver del todo en sus líneas la excelente obra que anticipa. Le sigue una presentación del editor Ernest Abadal, y finaliza con las notas biográficas de los expertos que han hecho posible esta monografía.

La primera sección, la más general y amplia, es introducida por Ángel Borrego que realiza un recorrido histórico desde la aparición de las revistas científicas, como principal medio de comunicación de la ciencia, hasta la actualidad. Sin duda, este primer capítulo sirve de marco ideal para el desarrollo de los capítulos que vienen a continuación.

Miguel Navas muestra la evolución de las revistas científicas a nivel internacional, ofreciendo datos sobre los países que concentran una mayor producción de títulos, la situación de los llamados países emergentes o la actividad de la llamados países periféricos; sobre cómo se distribuyen las revistas por campos de investigación y por idiomas. Asimismo, analiza las principales bases de datos, tanto las de carácter más 'global' como algunas de las bases de datos alternativas de cobertura nacional y regional, para finalmente pasar a describir cuál es la situación actual y la naturaleza de las editoriales.

Francisca Abad aborda el sistema de revisión por pares como pilar fundamental de los procesos de comunicación científica, haciendo un análisis detallado de los sistemas de revisión desde sus orígenes hasta el momento actual. Señala cuáles son las características generales, beneficios, críticas y principales limitaciones de los 'modelos tradicionales'. Asimismo describe los nuevos sistemas de revisión por pares surgidos para mejorar o al menos complementar los ya existentes.

Emilio Delgado realiza un repaso de los criterios y métodos empleados para evaluar las revistas científicas. Pone de manifiesto que la evaluación de las revistas es multidimensional y que sus medidas no tienen un carácter absoluto y objetivo. En este sentido, afirma que lo que cabría esperar es que la evaluación de las revistas fuera multifacética, donde se tengan en consideración más variables, más indicadores y más fuentes.

Igualmente subraya la transformación que ha supuesto la irrupción del medio digital que ha favorecido la aparición de nuevas interacciones con los contenidos de las revistas y la presencia de nuevas variables e indicadores. La existencia de nuevas aplicaciones y nuevas plataformas de comunicación científica han propiciado el nacimiento de nuevas métricas que van a permitir valorar aisladamente los documentos y a los autores que los producen.

Completa esta primera sección Lluis Anglada con una revisión de los sistemas de compra de este tipo de publicaciones. Nos habla de lo que ha significado la transición de las revistas en papel al formato digital, de la oferta editorial de paquetes de revistas (*Big Deals)*, de los consorcios de compras y de los cambios derivados del acceso abierto. Aunque todo apunta a que el acceso abierto será una realidad, no están todavía claros los mecanismos económicos que lo sustentarán. Iniciativas como SCOAP3 pueden ser una solución. El autor dibuja, no obstante, un futuro incierto, donde las bibliotecas deben seguir siendo las facilitadoras de información y han de ayudar a potenciar la publicación en abierto.

La segunda parte de la obra está dedicada, de manera especial, a la situación de las revistas científicas en España. Remedios Melero, a partir de los datos que ofrece la base de datos Dulcinea, realiza un estudio de la situación actual de las revistas españolas, describiendo cuál es el perfil de estas publicaciones en relación con las áreas disciplinares, el tipo de acceso en la web, la titularidad de los derechos de explotación o la reutilización de los contenidos.

Melba Claudio y Anna Villarroya ofrecen, a través de las encuestas realizadas a los editores de las revistas científicas españolas incluidas en la base de datos Dulcinea, un minucioso estudio económico de las mismas, que arroja como resultado la caracterización de los perfiles de las revistas españolas y

la obtención de información sobre los procesos de la gestión editorial. Asimismo el estudio ha permitido identificar y analizar cuatro modelos de negocio comunes en el ámbito de la edición científica en España.

Por último, Marta Somoza, Javier Guallar, Josep-Manuel Rodríguez-Gairín y Ernest Abadal analizan la presencia de las revistas españolas en las bases de datos internacionales como criterio de calidad de las mismas.

El estudio considera tres grandes grupos de bases de datos en función de la relevancia otorgada por investigadores, universidades o agencias evaluadoras: a) Web of Science (WoS) y Scopus; b) *Directory of open access journals* (DOAJ); c) Bases de datos multidisciplinares y especializadas.

Los autores utilizaron los registros y herramientas de la base de datos MIAR (Matriz de Información para el Análisis de Revistas) para seleccionar las revistas etiquetadas como españolas en enero de 2017 (3.382 títulos).

La última sección se centra en los nuevos desarrollos y tendencias que van a definir la edición de las revistas científicas.

Ernest Abadal trata de la transformación que el modelo de acceso abierto ha supuesto en los procesos de comunicación científica y analiza cuáles son los principales retos que las revistas en acceso abierto deben afrontar en el momento actual: incrementar su crecimiento, superar el debate sobre sus niveles de calidad tratando de evitar 'la contaminación de las llamadas revistas depredadoras', consolidar las vías de financiación y lograr la sostenibilidad económica o impulsar el desarrollo y ampliación de políticas favorables al acceso abierto.

El penúltimo capítulo, a cargo de Candela Ollé y Alexander López-Borrull, está dedicado a las redes sociales y a la utilización de métricas complementarias, *almetrics*. Los autores ponen de manifiesto cómo las redes sociales han transformado el modelo de comunicación y las formas de relación entre los actores que intervienen en la generación del conocimiento y cómo éstas se han convertido en potentes herramientas de difusión y de construcción colaborativa del mismo. Describen seis redes sociales académicas y analizan su potencial utilidad para las revistas científicas.

En la segunda parte del capítulo los autores tratan de las *almetrics* como nuevos indicadores para medir el impacto y difusión de la ciencia, analizando sus características y reflexionando sobre las implicaciones y retos futuros.

El último capítulo firmado por Alexander López-Borrul está dedicado a los aspectos más innovadores adoptados por las revistas científicas: desde los *megajournals* a los *data journals*, o los nuevos modelos y formatos de artículos o las nanopublicaciones como unidades de información más pequeñas publicables. El autor abre camino a la reflexión sobre nuevos modelos de publicación científica encaminados a satisfacer los requerimientos ahora existentes en las revistas científicas.

En definitiva, nos encontramos ante una obra equilibrada, bien estructurada y desarrollada, escrita con un lenguaje directo, sencillo y claro que constituye, sin duda alguna, una referencia indispensable para editores, revisores, investigadores, bibliotecarios y estudiantes universitarios.

La publicación ha sido promovida por parte del proyecto de investigación «Acceso abierto a la ciencia en España». Está accesible en papel y también puede ser descargada desde el portal de Edicions de la Universitat de Barcelona [http://www.publicacions.ub.edu/ficha.aspx?cod=08744].

ISSN-L: 2530-5115

CC BY NC SA

DOI: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v2i1.43

Listado de revisores y revisoras:

Carmina Wanden-Berghe, directora de la revista Hospital a Domicilio, certifica que las personas enunciadas a continuación han participado en el proceso de revisión de los artículos publicados durante el año 2017, agradeciéndoles los servicios prestados:

Apellidos, Nombre	Institución
Ballester Añón, Rosa	Universidad Miguel Hernández, Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Campus de Sant Joan d'Alacant, España.
Alonso Roris, Victor Manuel	Universidad de Vigo, Escola de Enxeñaría de Telecomunicación, Vigo, España.
Bernabeu Martinez, Mª Ángeles	Hospital General Universitario de Alicante, Servicio de Farmacia, Alicante, España.
Bojo Canales, Cristina	Instituto de Salud Carlos III, Biblioteca nacional de Ciencias de la Salud. Madrid, España.
Domingo-Pueyo, Andrea	Farmacia Comunitaria. Alfaz del Pi, España.
Echániz Martínez, Berta	Universidad Miguel Hernández, Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Campus de Sant Joan d'Alacant, España.
Estrada Cuxart, Oriol	Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.
Franco López, Ángeles	Hospital Universitario del Vinalopó, Servicio de Radiología, Elche, España.
Franco Pérez, Álvaro Moisés	Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, Centro de Salud de Playa Blanca, Lanzarote, España.
Guardiola Wanden-Berghe, Rocio	Consorci Parc de Salut Mar, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD), Barcelona, España
Martín Rodero, Helena	Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina, Biblioteca, Salamanca, España.
Massa Domínguez, Beatriz	Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Gerencia del Departamento, Sant Joan d'Alacant, España.
Mujal Martinez, Abel	Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, España.
Oller Arlandis, Vicente	Hospital de Manises, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Manises, España
Ramos Merino, Mateo	Universidad de Vigo, Escola de Enxeñaría de Telecomunicación, Vigo, España.

Apellidos, Nombre	Institución
Ruíz López, María-Dolores	Universidad de Granada, Departamento de Nutrición y Bromatología, Granada, España.
Sanz Lorente, María	Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, Centro de Salud de Manises, Manises, España.
Torres Corts, Ana Mª	Hospital Dos de Maig, Barcelona, España.

Alicante, a 12 de enero de 2018

Fdo. Carmina Wanden-Berghe

https://twitter.com/revistahad

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

HAD
www.revistahad.eu