



HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL.8(2) · AÑO 2024 · 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
Foto creada por motu
en midjourney



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. 8(2) · AÑO 2024 · ABRIL-JUNIO

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 47-60 Un antes y un después en la hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos: estudio transversal descriptivo
[From past to present in surgical home hospitalization: a descriptive retrospective cross-sectional study](#)
M^ª Carmen Mias-Carballal, Frank Fulthon Vela-Polanco, María Rufas-Acín, Noemí Martín Ruano, Alfredo Escartín-Arias, Rafael Villalobos-Mori, Jorge Juan Olsina-Kissler

ARTÍCULOS ORIGINALES BREVES

- 61-67 Prioridades del paciente paliativo en su domicilio
[Palliative patient priorities at home](#)
Carmina Wanden-Berghe

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 69-84 Necesidades y recomendaciones en la nutrición parenteral domiciliaria en pacientes adultos: una revisión exploratoria
[Needs and recommendations in home parenteral nutrition in adult patients: a scoping review](#)
Olga Lucía Pinzón-Espitia, Luisa Murcia-Soriano, Adriana Forero-Hincapié

NOTAS CLÍNICAS


- 85-90 Infección protésica endovascular por *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterococcus faecium* y *Candida albicans*
[Endograft infection by *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterococcus faecium* and *Candida albicans*](#)
Marta Teresa Matía Sanz, Isabel Fiteni Mera, Soledad Isasi de Isasmendi Perez, Martín Gericó Aseguinolaza, Laura Peiro Muntadas, Paula Aragonés Pequerul

- 91-92 A propósito del artículo "La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2"
[About the article "Home care: Family support in glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus"](#)
Elian Analí Camero-Ortiz

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v8i2.211>

Un antes y un después en la hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos: estudio transversal descriptivo

From past to present in surgical home hospitalization: a descriptive retrospective cross-sectional study

M^a Carmen Mias-Carballal^{1,2,3}  0000-0002-3138-3652

Frank Fulthon Vela-Polanco^{1,3}

María Rufas-Acín^{1,2,3}

Noemí Martín Ruano³

Alfredo Escartín-Arias^{1,2,3}

Rafael Villalobos-Mori^{1,2,3}

Jorge Juan Olsina-Kissler^{1,3}

1. Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Servicio de Cirugía General, Lleida, España.
2. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Lleida, España.
3. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida), Lleida, España.

Correspondencia/Correspondence

M^a Carmen Mias Carballal
mcmias.lleida.ics@gencat.cat

Recibido/Received

16.04.2024

Aceptado/Accepted

26.06.2024

Conflicto de Intereses/Competing interest

No existe ningún conflicto de interés.

Financiación/Funding

Este trabajo no ha sido financiado.

Contribuciones de autoría/Author contributions

FFVP (traducción inglés), RVM (revisión contenido), AEA (revisión estadística); MRA, NMR (recogida datos), JJOK (revisión crítica).

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Mias-Carballal MC, Vela-Polanco MF, Rufas-Acín M, Martín N, Escartín-Arias A, Villalobos-Mori R, Olsina-Kissler JJ. Un antes y un después en la hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos: estudio transversal descriptivo. *Hosp Domic.* 2024;8(2):47-60.

RESUMEN

Introducción: La Hospitalización a domicilio quirúrgica (HaDQ) es una prestación hospitalaria para pacientes quirúrgicos con indicación de HaD, estabilidad clínica, cuidador y voluntariedad. Facilita acortar estancias hospitalarias quirúrgicas (early discharge), o evitar ingresos hospitalarios (admission avoidance). Es segura y eficiente. Su flexibilidad organizativa le permite adaptarse a las necesidades cambiantes de los servicios hospitalarios quirúrgicos.

Método: Estudio transversal comparativo de la actividad de la HaDQ de nuestro hospital en dos momentos de su funcionamiento: inicio (2010) y ahora (2021), para analizar los cambios que se han producido y si justifican la evolución y el futuro de la HaDQ.

Se analizan las variables: ingresos, estancia media, procedimientos, visitas, modalidad de HaD, unidad derivativa, procedencia, zona de cobertura.

Resultados: Los cambios destacados en el 2021 son: mayor demanda de HaD para pacientes quirúrgicos (+69%), representando el 22% de las altas del servicio de cirugía general; cambio del perfil de pacientes, más pacientes quirúrgicos no operados, y postoperatorios complicados; incremento de curas complejas (+10%) y controles de drenajes abdominales (+20%); cambio del número y tipo de visitas, realizando menos visitas domiciliarias programadas y no esperadas (-43%), pero incorporando visitas telefónicas de seguimiento, visitas en Hospital de Día, e incrementando CCEE preferentes médicas (+189%); incremento de la modalidad admission avoidance (30%) ; e inclusión de pacientes de fuera de zona de cobertura (33%).

Conclusiones: Los cambios en la HaDQ han permitido atender con hospitalización a domicilio a un mayor número de pacientes quirúrgicos, adaptándose a las necesidades del servicio de cirugía general.

Palabras clave: Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios; ; Infecciones por Coronavirus; Capacidad de Camas en Hospitales; Ocupación de Camas; Alta del Paciente; Hospitalización.

ABSTRACT

Introduction: Surgical Home Hospitalization (SHH) is a program for surgical patients eligible for Home Hospitalization (HH), focusing on clinical stability and voluntary participation. It aims to reduce surgical hospital stays or prevent unnecessary admissions, prioritizing safety and efficiency. Its adaptable structure meets evolving surgical service needs.

Method: A comparative cross-sectional study of SHH activity was conducted in our hospital spanning two periods: from its establishment in 2010 to the present year, 2021. The objective was to analyze the observed changes and assess whether they justify the progression and sustainability of SHH. Various variables were examined, including admissions, average length of stay, procedures, visits, SHH modality, derivative unit origin, and coverage area.

Results: Significant changes were observed in 2021, including a substantial 69% increase in demand for SHH among surgical patients, comprising 22% of discharges from the general surgery ward. There was a notable shift in patient demographics, with a higher proportion of non-operated surgical cases and complex postoperative scenarios. Additionally, complex wound care saw a 10% increase, while abdominal drainage controls rose by 20%. Although there was a 43% decrease in scheduled and unscheduled home visits, alternative forms of engagement such as follow-up phone calls, Day Hospital visits, and preferred medical consultations increased by 189%. Furthermore, there was a 30% rise in the utilization of admission avoidance modalities and a 33% expansion in patients from outside the coverage area.

Conclusions: In conclusion, SHH evolution has enhanced care for surgical patients, aligning with general surgery service needs.

Keywords: Home Care Services, Hospital-Based; Home Care Services; Ambulatory Surgical Procedures; SARS Virus; Coronavirus Infections; SARS-CoV-2; Hospital Bed Capacity; Bed Occupancy; Patient Discharge; Hospitalization.

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a domicilio (HaD) nos es sólo es una prestación sanitaria incluida en la cartera de servicios hospitalaria por el Ministerio de Sanidad (RD/1030/2006) como soporte a la Atención Primaria⁽¹⁾, sino una modalidad asistencial⁽²⁾ capaz de ofrecer atención en el domicilio durante un periodo de tiempo limitado para realizar procedimientos en cantidad y calidad de rango hospitalario por un equipo asistencial dependiente del hospital cuando los pacientes ya no precisan de la infraestructura hospitalaria, pero sí de un control activo y de atención especializada⁽²⁻⁷⁾.

La Hospitalización a domicilio quirúrgica (HaDQ) ofrece esta prestación a los pacientes quirúrgicos que cumplan los requisitos fundamentales de HaD: estabilidad clínica, cuidador y voluntariedad⁽³⁾. Se convierte así, en otra modalidad asistencial^(2,3,6,15) para acortar estancias hospitalarias quirúrgicas (*early discharge*)^(5,8), pero también para evitar ingresos hospitalarios (*admission avoidance*)^(5,9) de pacientes quirúrgicos^(11,16), mejorando su calidad de vida, y alejándolos de los riesgos del hospital^(2,4,5,8,11,12).

La HaD no es un modelo asistencial estático, ya que su flexibilidad organizativa le permite adaptarse a las nuevas necesidades asistenciales de los servicios hospitalarios^(2,7), médicos o quirúrgicos⁽¹⁰⁾.

La innovación tecnológica en cirugía como la cirugía mínimamente invasiva, la laparoscopia y actualmente la robótica han modificado el uso de recursos hospitalarios para los pacientes quirúrgicos creando nuevas modalidades asistenciales alternativas a la hospitalización como la cirugía mayor ambulatoria, en la que el paciente no pernocta en el hospital⁽¹⁵⁾, o la cirugía de corta estancia, con una estancia mínima en el hospital⁽¹⁶⁾. La hospitalización a domicilio, se incorpora como una alternativa asistencial más de apoyo en el domicilio por un periodo de tiempo limitado, por un equipo del hospital, para evitar ingresos o disminuir estancias hospitalarias, mejorando la calidad de vida de los pacientes quirúrgicos^(8,15,16).

La HaD está todavía poco usada por los servicios quirúrgicos^(10,15,16), porque precisa de una unidad de HaD, de la que no disponen todos los hospitales, y su funcionamiento es diferente según los países, o los mismos hospitales^(2,4,5), porque dependen de las distintas políticas sanitarias. Pero precisamente esa diversidad es la que puede permitir que cada servicio de cirugía adapte la prestación hospitalización a domicilio a sus necesidades^(12,13), y negocie con las gerencias correspondientes un modelo de HaD adaptado y consensuado, como se produjo durante la pandemia por el SarsCov2⁽¹²⁻¹⁶⁾.

En nuestro hospital disponemos de una HaDQ desde el año 2010, aunque nuestra experiencia en pacientes quirúrgicos en HaD ya es anterior⁽¹¹⁾. En el 2010 se remodeló la unidad de Hospitalización a domicilio del hospital, y se creó una unidad dentro del mismo servicio de Cirugía General en la que un cirujano se encargaba de controlar todos los pacientes que se derivaban a HaD, que se denominó Unidad de Curas Hospitalarias domiciliarias (UCHD). Para ello se consensuó con la unidad de HaD la disponibilidad de un pequeño equipo de la enfermería de la HaD del hospital que se formó específicamente en atención al paciente quirúrgico⁽¹⁰⁾.

Actualmente existe la figura de enfermera referente experta en paciente quirúrgico^(10,14), encargada de coordinar con el cirujano responsable las tareas diarias que se deben realizar en los pacientes quirúrgicos ingresados. Este grupo de enfermeras se comparte con otras especialidades quirúrgicas que también utilizan la HaD como Cirugía Vasculat y COT.

A partir del 2013 se incluyeron en la HaDQ pacientes quirúrgicos de zona de no cobertura⁽¹⁰⁾. Inicialmente sólo se pretendía la realización preferente de analíticas y pruebas, ofreciendo un control telefónico, o una consulta preferente de apoyo. Posteriormente se rediseñó la HaDQ para poder incluir la atención de este tipo de pacientes, incorporando el control telefónico (*call center*), el hospital

de día, la consulta externa preferente, y los equipos de soporte de Atención Primaria mediante las gestoras de casos. Durante el período inicial de la pandemia por Sars-Cov2 del 2020 esta opción fue fundamental para poder liberar camas hospitalarias⁽¹⁴⁾. En la actualidad ingresan habitualmente pacientes quirúrgicos de zona de no cobertura⁽¹⁴⁾, y se informa y gestiona el tipo de atención que HaDQ puede ofrecer a cada paciente.

En este trabajo compararemos la actividad de la HaDQ, es decir los pacientes procedentes del Servicio de Cirugía General que ingresaron en la HaDQ en dos momentos seleccionados: el primer año de funcionamiento (2010), y actualmente (2021) para identificar los cambios que se han producido, y como pueden condicionar el futuro de la HaDQ.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo transversal analítico de la actividad tras 11 años de funcionamiento del modelo "Hospitalización a Domicilio quirúrgica" (HaDQ) de nuestro hospital.

Para ello, a partir de la base de datos de la unidad de CHD del servicio de cirugía general que recoge todos los pacientes ingresados en la HaDQ, revisaremos la actividad del primer año de inicio del nuevo modelo de HaDQ (2010) y la del año 2021 para analizar los cambios que se han producido durante estos años y valorar su impacto en el futuro funcionamiento de la HaDQ.

Se recogen las variables: ingresos (HaD, HaDQ, cirugía), edad, tipo pacientes (perfil 1 o postoperatorios precoces, perfil 2 o complicaciones postoperatorias, perfil 3 o patología quirúrgica no operada), días de estancia (HaD, hospital), tipo visita (presencial, teléfono, hospital de día, consultas externas), profesional que realiza la visita (médico, enfermera), visitas (presencial, telefónica), procedimientos realizados (analíticas, curas, drenajes, pruebas, analíticas, suplementación nutricional (oral, NaD), otras), derivación (hospital, urgencias, consultas externas, otros dispositivos asistenciales), procedencia (unidad de derivación de Cirugía: HBP, COLON, END, PARED, CHD), domicilio del paciente (zona cobertura HaD, zona no cobertura HaD), reingresos (hospital, HaDQ); tipo de reingresos (urgentes, nueva patología).

Se definen como variables de impacto (VI): ingresos (1), perfil de pacientes (2), procedimientos (3), visitas (4), estancia (5), modalidad HaD (6), unidad derivativa (7), zona de cobertura (8), sobre las que se analizarán los cambios que se han producido en el funcionamiento de la HaDQ

Se realiza un análisis estadístico cuantitativo y descriptivo de las variables de impacto (frecuencia, porcentajes e incrementos porcentuales), y un análisis cualitativo comparativo de los mismos, para identificar modificaciones relevantes para el futuro de la HaDQ.

RESULTADOS

Exponemos a continuación los resultados del análisis descriptivo y comparativo de las variables de impacto.

Ingresos

En el año 2021 hubo más ingresos totales. Se produjo un incremento de un 69% con respecto a los ingresos del 2010 (Tabla 1).

Tabla 1: Resultados globales de las variables con impacto

VI	HAD quirúrgica	2010	%	2021	%	Incremento %
1	Ingresos.	296		501		69,3
2	Perfil 1 (postop).	119	40,2	7	1,4	-94,1
	Perfil 2 (complicaciones).	125	42,2	182	36,3	45,6
	Perfil 3 (otros).	52	17,6	312	62,3	500,0
3	Procedimientos.	480		1098		128,8
	VI.	2089	88,6	1366	73,2	-34,6
4	VM.	269	11,4	501	26,8	86,2
5	EM HADQ	6,7		6,1		-9,1
6	Altas precoces.	271	91,6	307	61,3	13,3
	Evitación ingresos.	25	8,4	194	38,7	676,0
7	Procedencia HBP.	194	65,5	307	61,3	58,2
	Procedencia COLON.	77	26,0	72	14,4	-6,5
	Procedencia END.	11	3,7	2	0,4	-81,8
	Procedencia PARED.	6	2,0	23	4,6	283,3
	Procedencia UCHD.	8	2,7	75	15,0	837,5
	Otras unidades*.	0		22	4,4	
8	Zona cobertura.	296	100,0	267	53,3	-9,8
	Zona NO cobertura*.	0		168	33,5	

Este incremento de pacientes ingresados se refleja en un incremento del 31% de las altas de cirugía con HaDQ en el 2021 (Tabla 2).

La HaDQ continúa representando el 32% de los ingresos de toda la HaD, como en el 2010 (Tabla 2).

Tabla 2: Incremento de la HADQ para HAD y servicio de cirugía

	Altas CIR	%	Ingr HADQ	%	Ingr HAD
2010	1998	14,8	296	32,3	916
2021	2328	21,5	501	31,8	1576
Incremento.		31,2		-1,7	

Perfil de paciente

En 2021 se han mantenido los tres tipos de perfiles de pacientes iniciales (2010), pero han cambiado sus proporciones. Así, el perfil 1 (postoperatorio alta precoz/CMA) ha presentado un decremento del 94% en el 2021, el perfil 2 (complicaciones postoperatorias) un incremento del 45%, y el perfil 3 (paciente quirúrgico no operado) un incremento del 500% en el 2021 (Tabla 1). En el 2021 el perfil más frecuente es el perfil 3, pacientes con patología quirúrgica no operados (62%), mientras que en el 2010 era el menos frecuente (18%). El perfil 1, que en el 2010 representaba el 41% de los ingresos, en el 2021 sólo representó el 1,4%. El perfil 2 que en el 2010 era el más frecuente (42%), se mantuvo, y en el 2021 representó el 36% de los pacientes ingresados (Tabla 1).

Procedimientos

Se realizaron en total más procedimientos en el 2021 (+128%) (Tabla 1). Se observó un incremento de la gestión de pruebas (+773%), de las analíticas (+250%), y del control de drenajes (+53%), pero un decremento del nº total de curas de heridas (-25%) (Tabla 3). Se ha producido un cambio en el tipo de procedimiento que precisan los pacientes quirúrgicos en HaDQ. El más demandado en 2010, las curas (84,5%), en el 2021 sólo representó el 37,3%. Los más solicitados en 2021 fueron las analíticas (57%) y la gestión de pruebas (66%). (Tabla 3).

Tabla 3: Resultados desglosados de las variables con impacto

VI	HAD QUIRURGICA	2010	%	2021	%	Increm %
1	Ingresos en HaDQ.	296		501		69,3
2	Perfil 1 (postop).	119	40,2	7	1,4	-94,1
	Perfil 2 (complicaciones).	125	42,2	182	36,3	45,6
	Perfil 3 (otros).	52	17,6	312	62,3	500,0
3	Curas.	250	84,5	187	37,3	-25,2
	Drenajes.	53	17,9	81	16,2	52,8

VI	HAD QUIRURGICA	2010	%	2021	%	Increment %
	Medicación ev.	57	19,3	62	12,4	8,8
	Analítica.	82	27,7	287	57,3	250,0
	Gestión pruebas.	38	12,8	332	66,3	773,7
	PCRCOVID 19.	0	0,0	30	6,0	
	Cultivos*.	0	0,0	18	3,6	
	Preoperatorios*.	0	0,0	23	4,6	
	SNO*.	0	0,0	39	7,8	
	NAD*.	0	0,0	13	2,6	
	Otras*.	0	0,0	26	5,2	
4	VID.	2012	96,3	1219	86	-39,4
	VIT.	77	3,7	116	8	50,6
	VIHD*.	0	0,0	81	6	
	VMD.	170	63,9	15	3,0	-91,2
4	VMHD*.	0	0,0	51	10,2	
	VMT*.	0	0,0	149	29,7	
	CCEE.	99	37,2	286	57,1	188,9
5	EtHaDq.	1980		3053		54,2
	EmHaDQ.	6,7		6,1		-9,1
	EmHOSP.	7,27		5,95		-18,2
	Pacientes/día.	5,4		8,4		55,6
6	Derivaciones HOSP.	271	91,6	307	61,3	13,3
	Derivaciones CCEE.	10	3,4	103	20,6	930,0
	Derivaciones URG.	10	3,4	87	17,4	770,0

VI	HAD QUIRURGICA	2010	%	2021	%	Increment %
	Derivaciones CMA.	5	1,7	2	0,4	-60,0
	Derivaciones AP/SS.	0	0,0	2	0,4	
7	Procedencia HBP.	194	65,5	307	61,3	58,2
	Procedencia COLON.	77	26,0	72	14,4	-6,5
	Procedencia END.	11	3,7	2	0,4	-81,8
	Procedencia PARED.	6	2,0	23	4,6	283,3
	Procedencia UCHD.	8	2,7	75	15,0	837,5
	Otras unidades*.	0	0,0	22	4,4	
8	Zona cobertura.	296	100,0	267	53,3	-9,8
	Zona NO cobertura*.	0	0,0	168	33,5	

En detalle (Tabla 4), se observan cambios relevantes entre los dos años en algunos de ellos (tipo de drenajes, soporte nutricional, curas y medicación endovenosa). Así, en el 2021 se observa un aumento del control de drenajes intraabdominales (56%) y un descenso de los subcutáneos (12%), así como la necesidad de control de otros tipos de drenajes, como torácicos en un 18% (Tabla 4). También se observa la administración no sólo de nutrición enteral (NED), sino de nutrición parenteral en el domicilio (NPD) (Tabla 4). Las curas que ya hemos visto que sólo representan el 37% de los procedimientos en 2021, el 47% fueron curas complejas y un 19% curas complejas con TPN (tabla 4). Sobre la medicación endovenosa observamos que la antibioterapia endovenosa desciende en el 2021 (73%), pero se registra otro tipo de medicación endovenosa (27%), que hace que la medicación endovenosa aumente globalmente en el 2021 un 9% (Tabla 4).

Tabla 4: Procedimientos más relevantes

Drenajes	2010	%	2021	%
Subcutáneos	33	61,1	10	12,2
Intraabdominales	19	35,2	46	56,1
Torácicos.	0	0,0	15	18,3
Otros.	2	3,7	11	13,4
Total.	54		82	

NAD.	2010	%	2021	%
NED.	0		8	61,5
NPD.	0		5	38,5
Total.	0		13	
Curas.	2010	%	2021	%
Planas.	158	62,9	64	34,2
Complejas.	92	36,7	87	46,5
Complejas con TPN.	1	0,4	36	19,3
Total.	251		187	
Medicación ev.	2010	%	2021	%
Antibiótico ev.	57	100	41	73,2
Otra medicación ev.	0		15	26,8
Total.	57		56	

Visitas

Las **visitas de enfermería** (VI) disminuyeron globalmente en el 2021, lo que representa un decremento del 34%, a pesar del incremento de pacientes ingresados. Las **visitas médicas** globales se incrementaron en un 86%. (Tabla 1). La disminución global de las visitas de enfermería en el 2021 fue a expensas de las visitas presenciales (VID), que representaron un 39%, pero se incrementaron las visitas telefónicas (VIT) en un 51%, y se registró un nuevo tipo de visitas, las que se realizan en Hospital de Día (VIHD) del hospital, representando el 2% de todas las VI (Tabla 3). Las visitas médicas también sufrieron cambios en el 2021, disminuyendo drásticamente las visitas en domicilio (VMD) (-91%), y aumentando las visitas en consultas externas (+189%), representando el 57% de todas las visitas médicas. Se registran también otro tipo de visitas médicas: telefónicas (VMT), al 30% de los pacientes ingresados, y en Hospital de Día (VMHD), al 10% de los pacientes ingresados en HaDQ (Tabla 3).

Estancia media

La estancia media de la HaDQ se recortó en 0,5 días en el 2021, situándose en 6,1 días (Tabla 1). La estancia total en la HaDQ se incrementa en un 54,2% (Tabla 3), lo que comporta un incremento sobre el nº pacientes/día ingresados en la HaDQ, de 5,4 en el 2010 a 8,4 pacientes/día en el 2021 (Tabla 3).

Modalidad de HaD

En el 2021 se produjo un gran incremento de ingresos en la *modalidad HaD evitación de ingreso*, (+676%), representando en el 2021 el 39% de todos los ingresos (Tabla 1). A pesar su incremento global, se observa una disminución de los ingresos procedentes de CMA, con un decremento del 60%, pero un incremento importante de los ingresos procedentes de urgencias (+770%), representando el 17% de todos los ingresos en el 2021, frente al 3% del 2010 (tabla 3), y un aumento de los ingresos desde consultas externas (+990%), representando en el 2021 el 20% de todos los ingresos. Los pacientes procedentes de hospitalización (*modalidad de HaD alta precoz*) continúan siendo los más prevalentes, con un incremento del 13% (Tabla 1) representando el 61% de los ingresos en el 2021. (Tabla 1).

Unidad derivativa

Los pacientes proceden de las distintas unidades del servicio de cirugía general: Hepato-bilio-pancreática (HBP), Colon, Endocrino, Pared, UCHD, y otras (plástica y torácica) (tabla 1). Se observa que las unidades que han incrementado las derivaciones en el 2021 han sido HBP (+58%), Pared (+283%) y la propia UCHD (837%), y que ha sufrido un importante decremento de derivaciones Endocrino (-81%) (Tabla 1). La unidad HBP sigue siendo la unidad que deriva más pacientes representando el 61% del total de ingresos en el 2021 (tabla 2). La unidad de Colon derivó el 2021 el 14% (menor que en el 2010), Pared el 5% (mayor que en el 2010), Endocrino un 0,4% (inferior al 4% del 2010), UCHD un 15% (mayor al 8% del 2010), y se han registrado un 5% desde derivaciones desde las nuevas unidades del servicio de cirugía (Tabla 1).

Zona de cobertura

En el 2010 el 100% de los pacientes eran de zona de cobertura, pero en el 2021 sólo representan el 53%, el resto (34%) son pacientes quirúrgicos que residen fuera de la zona de cobertura geográfica de la HaD (Tabla 3), y por lo tanto pacientes que no ingresaban en la HaDQ en el 2010.

DISCUSIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es un modelo asistencial de atención domiciliaria que da soporte a la atención primaria durante un periodo de tiempo determinado⁽¹⁾, a pacientes que precisarían estar ingresados en el hospital por la complejidad o intensidad de los procedimientos que precisa, o por necesitar la supervisión de especialistas hospitalarios^(2,3).

La flexibilidad del modelo asistencial HaD^(2,3,10), permite que se adapte fácilmente a las necesidades generadas por los distintos equipos de HaD^(4,5,9,11-14,18,19), pero al mismo tiempo condiciona una heterogeneidad de funcionamiento entre ellos, que impiden una valoración adecuada de la utilidad del modelo^(2,6-8,14,16,18,19). La Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) trabaja para editar documentos de consenso que puedan servir de directrices a las distintas unidades de HaD, y puedan trabajar de manera homogénea, respetando sus necesidades y posibilidades estratégicas^(6,7,9-14,18,20,21).

En nuestro hospital existe unidad de HaD (UHAD) desde el año 1997, y tiene diferenciada una HaD para pacientes quirúrgicos (HaDQ) desde el 2010⁽¹⁴⁾. Está formada por enfermería entrenada

en atención a pacientes quirúrgicos, con un enfermero experto referente que los coordina. Trabajan con los especialistas quirúrgicos (cirugía general, cirugía vascular y COT). El servicio de cirugía es el que deriva más pacientes, por lo que dispone de un cirujano dedicado exclusivamente a HaDQ. Si se precisa más enfermería se gestiona con el resto de personal de la HAD^(10,11,14).

En el año 2013 se incluyeron en la HaDQ pacientes de fuera de zona de cobertura, muy útil durante la pandemia por SarsCov2⁽¹⁴⁾. Fue necesario gestionar la coordinación con la Atención Primaria (gestoras de casos hospitalarias), y el acceso a consultas externas de cirugía, hospital de día y pruebas diagnósticas de manera preferente con un tiempo de respuesta similar al del paciente ingresado en el hospital⁽¹⁴⁾.

En nuestro trabajo hemos identificado cambios en las variables estudiadas que se justifican por la adaptación de la HaDQ a las necesidades progresivas de HaD de los pacientes del servicio de cirugía de nuestro hospital, referente de una región sanitaria geográficamente muy extensa.

En primer lugar, se observa un aumento de pacientes ingresados en la HaDQ en el 2021, con respecto al 2010, lo que indica una mayor demanda (+69%) de esta prestación hospitalaria⁽¹⁾ o modalidad asistencial⁽³⁾.

Este incremento ha comportado un aumento de las estancias totales en HaDQ, pero no de estancia media, que se ha acortado 0,5 días, por una gestión más eficiente. Sin embargo, se ha producido un incremento del número de pacientes/día ingresados en la HaDQ en el 2021, que repercutirá en las cargas de trabajo diarias, así como del personal de enfermería necesario.

Por otra parte, no ha variado su impacto en los ingresos totales de la UHAD del hospital, ya que sigue representando el 32% de sus ingresos, lo que indica un incremento de la demanda general de HaD en el hospital.

En el servicio de Cirugía en el 2021 representan el 22% de las altas del servicio, frente al 14% del 2010, pero su impacto es desigual. La unidad HBP sigue aumentando sus derivaciones (+58%), siendo la unidad que realiza más ingresos (61%). La unidad de pared también ha aumentado las derivaciones (+283%), pero sólo representa el 5% de los ingresos. Se observa la aparición de ingresos procedentes de otras unidades de cirugía que no existían en el 2010. La patología hepato-bilio-pancreática es muy frecuente en nuestro hospital, siendo necesario revisar cuál es su impacto real en la HaDQ, así como averiguar cuáles son las necesidades de HaDQ para cada unidad y poder estimar su impacto en un futuro.

En segundo lugar, observamos un cambio en el tipo de paciente ingresado en HaDQ, que se manifiesta por los resultados del perfil de pacientes, procedimientos y visitas, sugiriendo una mayor complejidad de los pacientes ingresados, repercutiendo en las cargas de trabajo de la unidad y en la manera de realizarlo.

Así se observan cambios en el porcentaje entre los tres perfiles de pacientes definidos en el 2010⁽¹⁰⁾, y que se ajustan a los consensuados en la Cartera de Servicios de la SEHAD⁽⁷⁾. En el 2010 el más frecuente era el perfil 2 (complicaciones postoperatorias), mientras que en el 2021 aumenta mucho (+500%) el perfil 3 (quirúrgicos no operados) y disminuye (-94%) el perfil 1 (postoperatorios con alta precoz). Ello conlleva cambios en la organización y funcionamiento de la HaDQ recogidos en los resultados de procedimientos y visitas fundamentalmente.

Así los procedimientos aumentaron en el 2021, como era de esperar, por el incremento de ingresos, pero de manera distinta para los diferentes tipos de procedimientos que precisan los pacientes ingresados en HaDQ. En el 2021 se realizaron menos curas, pero más complejas (66%), y concretamente curas con TPN (19%), y aumentó el número de pacientes con drenajes (53%), el 56% intraabdominales, lo que indica pacientes más complejos. La administración de medicación endovenosa también aumentó, pero menos de lo esperado, debido a la disminución de la antibioterapia endovenosa, pero se realizaron otras perfusiones endovenosas como Nutrición Parenteral (NPD). Identificamos la utilidad de la HaDQ para la administración de nutrición artificial domiciliaria

(NAD) en el paciente quirúrgico, aunque su impacto en nuestra unidad, todavía es pequeño cuantitativamente con respecto a otras unidades de HaD^(19,20). Aumentó la gestión de pruebas y analíticas de control, relacionado con el tipo del perfil de pacientes ingresados en el 2021. El perfil 3 es un tipo de paciente quirúrgico demandante de pruebas preferentes para evitar el ingreso hospitalario preoperatorio (8). Por último, en cuanto a procedimientos realizados se han incorporado en el 2021, pruebas de laboratorio que no se realizaban en el 2010, como la PCRCOVID19, que se empezó a realizar con la pandemia por el Sars-Cov2⁽¹⁴⁾, los cultivos y los niveles antibióticos cada vez más usados para garantizar la seguridad en la administración de determinados antibióticos^(21,22).

Respecto a las visitas realizadas por el equipo de HaDQ, se ha producido un cambio en el número, tipo de visitas y profesional que las realiza. En el 2010 las enfermeras realizaban visitas presenciales, (programadas y no programadas) y telefónicas. En el 2021, las visitas de enfermería disminuyen globalmente (-34%) a expensas de las presenciales (-39%), pero aumentan las telefónicas (+51%) y se realizan otras visitas en HD (2%). En cuanto a las visitas médicas aumentaron globalmente en el 2021 (+86%), pero disminuyendo las presenciales (-91%), y aumentando telefónicas de seguimiento o *call center* (30%), en HD (10%) y en CCEE preferente (+189%). Se ha objetivado un cambio en la manera de atender a los pacientes en HaDQ, debido tanto a los perfiles de pacientes como al aumentar los pacientes de fuera de zona de cobertura. El perfil 3 conlleva más gestión de pruebas (menos visitas presenciales, y más consultas telefónicas), y el perfil 2 (complicaciones postoperatorias) más visitas presenciales en domicilio, en HD y CCEE⁽⁸⁾. Estos cambios implicarán una reorganización de las cargas de trabajo del equipo de HaDQ, así como un cambio estructural a favor de digitalizar la HaDQ, como ya existe en algunos hospitales que disponen de tele-asistencia^(12,17).

En tercer lugar, se han producido cambios en el tipo de modalidad asistencial de la HaD. La modalidad *HaD evitación de ingresos* ha aumentado en el 2021, aunque la modalidad *HaD alta precoz*^(4,16) continúa siendo la prioritaria para liberar camas quirúrgicas hospitalarias (tabla1). Ello ha sido debido al incremento de pacientes procedentes de Urgencias (17%), y CCEE (21). En el 2021 se han mantenido las derivaciones desde la CMA, para evitar ingresos hospitalarios (15) aunque sólo hayan representado el 0,4%. Pensamos que deberían revisarse los protocolos existentes de CMA en el hospital, y valorar nuevas indicaciones de ambulatorización de procesos quirúrgicos que precisen de control por HaDQ durante 24-48h^(8,15).

En cuarto lugar, existe un nuevo tipo de paciente candidato a HaDQ en el 2021. Se trata de pacientes de fuera de zona de cobertura, hasta ahora uno de los criterios de ingreso en HaD (2,3,7). En el 2021 representa un 33% del total de los ingresos en la HaDQ. En el 2010 no se atendía en HaDQ, y se quedaba ingresado en el hospital. Nuestro hospital es referente de dos regiones sanitarias con una gran dispersión geográfica, por lo que se decidió ingresar en HaDQ pacientes de zona de no cobertura en el 2013. Se adaptó el modelo organizativo de la HaDQ con consultas telefónicas de seguimiento, uso preferente de recursos hospitalarios de atención ambulatoria (HD, CCEE) para realizar visitas presenciales, y colaboración de la Atención Primaria. Así se pueden ingresar más pacientes del perfil 3 directamente desde Urgencias, y pacientes del perfil 2, que antes no ingresaban. Para ello ha sido indispensable la figura de las gestoras de casos hospitalarias que coordinan la HaDQ con la Atención Primaria⁽¹⁴⁾. Esta iniciativa se potenció en el inicio la pandemia por Sars-Cov2 para liberar camas quirúrgicas⁽¹⁴⁾.

Por último, queremos destacar el impacto de la HaDQ sobre la gestión de camas hospitalarias. En el 2021 se ingresaron en HaDQ 501 pacientes, de los cuales 307 procedían del hospital y 194 no ingresaron, lo que implica que cada día se liberaron 1,4 camas quirúrgicas, de las que el hospital puede disponer, mientras que en el 2010 sólo fueron 0,8 camas/día.

En resumen, la HaDQ de nuestro hospital ha aumentado su actividad y ha modificado su funcionamiento para poder ofrecer atención de HaD a un mayor número de pacientes quirúrgicos, dando respuesta a la demanda actual del servicio de cirugía general.

La flexibilidad organizativa y el esfuerzo de gestión realizado por la propia HaDQ lo ha hecho posible, pero será necesario revisar las cargas de trabajo para poder planificar los recursos humanos del futuro.

La HaDQ ha de ampliar su cartera de servicios incluyendo más pacientes del perfil 1 (postoperatorios precoces de cirugía más compleja (pancreática, hepática, obesidad mórbida, etc.) o como soporte a la CMA para la ambulatorización de más procedimientos quirúrgicos (eventroplastias, colecistectomías, tiroidectomías totales, etc.), ingresando más pacientes del perfil 2 (estables de sus complicaciones complejas postoperatorias) para acortarles estancias en el hospital, y aumentando los pacientes del perfil 3, incluyendo la rehabilitación preoperatoria, y el soporte nutricional artificial enteral o parenteral, entre otros.

La HaD para pacientes quirúrgicos es una modalidad eficaz, eficiente y segura que mejora la calidad de vida del paciente y del cuidador empoderándolos en su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. «BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con> [consultado el 2/4/24]
2. Massa Domínguez, B. (2017). La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic.* 2017;1(1):7-9. DOI: 0.22585/hospdomic.v1i1.8
3. González VJ, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc).* 2002;118(17):659-64. DOI: 10.1016/S0025-7753(02)72488-3
4. Servei Català de la Salut. Model Organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya: Una alternativa a l'hospitalització convencional [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020 [consultado 02/04/2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4bfg2xB>
5. Alepuz L, Antón F, Arias J, Espallargues M, Estrada MD, Estrada O, et al. Hospitalización a domicilio. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.
6. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic.* 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
7. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Proyecto HAD 2020 [Internet]. Madrid: SEHAD; 2020 [consultado 02/04/2024]. Disponible en: <https://www.sehad.org/index.php/sehad/proyecto-had-2020>
8. Gonçalves-Bradley DC, Iltis S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:CD000356. DOI: 10.1002/14651858
9. Mujal A, Regalado J, Ruiz M, Mirón M, Basterretxea A, Estrada O, et al. (2020) Derivación a hospitalización a domicilio de pacientes con infección por COVID-19. *Hosp Domic.* Vol 4(2): 59-67. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i2.104

10. Mias-Carballal MC. Reflexiones sobre la Hospitalización a domicilio quirúrgica. *Hosp Domic.* 2023;7(2):69-72. DOI: 10.22585/hospdomic.v7i2.192
11. Mias MC, Pérez-Ruiz L, Rodríguez S, Massoni A, Solá R, Ros S. Impacto de la hospitalización a domicilio en la cirugía tiroidea: estudio comparativo con la hospitalización convencional. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(8):619-23. DOI: 10.1016/S1134-282X(02)77554-4
12. Subirana H, Borrell N, Domènech A, Fraga A, Grau I, Castellví J. (2021). Unidad de Hospitalización a Domicilio del paciente quirúrgico durante la pandemia de la COVID-19. *Hosp Domic.* 2021;5(1):9-16. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i1.111
13. Álvarez Gallego M, Gortázar de las Casas S, Pascual Migueláñez S, Rubio-Pérez I, Barragán Serrano C, Álvarez Peña E, et al. (2020). Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre la actividad y profesionales de un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo en un hospital terciario. *Cir Esp.* 2020;98(6):320-7. DOI: 10.1016/j.ciresp.2020.04.001
14. Mias MC, Villalobos R, Escartín A, Maestre Y, Fulthon F, Ribalta R, et al. Hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos ante una pandemia por SARS-CoV-2: nuestra experiencia. *Hosp Domic.* 2023;7(1):11-24. DOI: 10.22585/hospdomic.v7i1.182
15. Carlos Martínez-Ramos (2009) Hospitalización Domiciliaria y Cirugía Mayor Ambulatoria. *Reduca Serie Medicina.* 2009;1(1):356-69.
16. Pajarón-Guerrero M, Fernández MF, Dueñas JC, Cagigas C, Allende I, Cristóbal L, et al. Early Discharge Programme on Hospital-at-Home: Evaluation for Patients with Immediate Postoperative Course after Laparoscopic Colorectal Surgery. *Eur Surg Res.* 2017;58(5-6):263-73. DOI: 10.1159/000479004
17. Torres-Corts AM, Diez B, Lopez-Arellano EM, Pena-Pachón L. Impacto de las llamadas telefónicas en una unidad de hospitalización a domicilio. *Hosp Domic.* 2021;5(3):153-9. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i3.133
18. Estrada O, Massa B, Ponce MA, Mirón M, Torres A, Mujal A, Alepuz L, Antón F, Del Río M, Fernandez M, Hermida L; Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (ESHAD). Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic.* 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
19. Martínez-González R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Calidad de vida de las personas adultas con nutrición parenteral ingresadas en hospitalización domiciliaria: revisión sistemática. *Hosp Domic.* 2020;4(3):117-31. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i3.109
20. Campos Cañuelo D, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Consecuencias de la nutrición parenteral domiciliaria en adultos con síndrome de intestino corto: revisión exploratoria. *Hosp Domic.* 2019;3(2):149-62. DOI: 10.22585/hospdomic.v3i2.60
21. Sears N, Ross G, Barnsley J, Shortt S. The incidence of adverse events among home care patients. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(1):16-28. DOI 10.1093/intqhc/mzs075
22. Pajarón Guerrero M. Auto-administración de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (ATADE) en la endocarditis infecciosa: un modelo asistencial seguro y eficiente [tesis doctoral]. Santander: Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria; 2016 [consulta: 04/04/2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/8491>

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v8i2.214>

Prioridades del paciente paliativo en su domicilio

Palliative patient priorities at home

Carmina Wanden-Berghe¹  0000-0002-6871-5737

1. Instituto de Investigaciones Sanitarias y Biomédicas de Alicante (ISABIAI), Hospital General Universitario, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

Carmina Wanden-Berghe
carminaw@telefonica.net

Recibido/Received

24.06.2024

Aceptado/Accepted

09.07.2024

Conflicto de Intereses/Competing interest

La autora declara que no hay ningún posible conflicto de interés.

Financiación/Funding

No se ha recibido ninguna beca o apoyo económico para la investigación de la que deriva el artículo.

Agradecimientos/Acknowledgments

A los pacientes y sus cuidadores que han participado en este trabajo.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Wanden-Berghe C. Prioridades del paciente paliativo en su domicilio. Hosp Domic. 2024;8(2):61-7.

RESUMEN

Introducción: Describir las prioridades que plantean los pacientes paliativos en su domicilio.

Método: Estudio descriptivo de 66 pacientes que ingresaron en la Unidad de Hospitalización a Domicilio con el diagnóstico de "oncológico paliativo". Se elaboró una entrevista dirigida para conocer cuáles eran las prioridades de los pacientes respecto a sus expectativas en el momento evolutivo en que se encontraban.

Resultados: La edad media de los 66 pacientes fue de $72,39 \pm 9,17$. La estancia media fue de $34,09 \pm 25,83$ días hasta el alta, el primer deseo de los pacientes fue no tener dolor, seguido de la comodidad y la permanencia en su domicilio.

Conclusiones: Los pacientes que conocían su diagnóstico y pronóstico tenían preferencia por permanecer y fallecer en el domicilio, así como mantener medidas de confort. El dolor y la disnea fueron los síntomas más temidos por los pacientes.

Palabras clave: Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos al Final de la Vida; Neoplasias; Prioridad del Paciente; Voluntad en Vida.

ABSTRACT

Introduction: To describe the priorities that palliative patients have at home.

Method: Descriptive study of 66 patients who were admitted to the Home Hospitalization Unit with the diagnosis of "palliative oncology." A targeted interview was carried out to find out what the patients' priorities were regarding their expectations at the evolutionary stage in which they were.

Results: The mean age of the 66 patients was 72.39 ± 9.17 . The average stay was 34.09 ± 25.83 days until discharge. The patients' first wish was not to have pain, followed by comfort and staying at home.

Conclusions: Patients who knew their diagnosis and prognosis had a preference for staying and dying at home, as well as maintaining comfort measures. Pain and dyspnea were the symptoms most feared by patients.

Keywords: Home Care Services; Home Care Services, Hospital-Based; Palliative Care; Hospice Care; Neoplasms; Patient Preference; Living Wills.

INTRODUCCIÓN

En las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HaD) se proporciona asistencia y cuidados a un abanico amplio de pacientes, muy frecuentemente a pacientes crónicos y paliativos⁽¹⁾. Los cuidados paliativos ofrecen atención para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave que es irrecuperable y pone la vida en peligro, como es el caso del cáncer. Se enfocan de forma holística en la valoración integral e integrada en el contexto de la persona, y no solo en la enfermedad. La meta es evitar o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y del tratamiento lo antes posible, además de enfocar cualquier problema psicológico, social y espiritual relacionado⁽²⁾.

La llegada del paciente paliativo a su domicilio no está exenta de incertidumbre y temores. En algunos casos, el paciente ha hecho una reflexión previa sobre sus voluntades anticipadas, muy pocos incluso las tienen registradas. En cualquiera de los casos, es necesario, dentro de la valoración integral, explorar los deseos y prioridades del paciente respecto a su situación actual. Con ese objetivo planteamos este trabajo, reflejar la experiencia en nuestra HaD y describir, en un grupo de pacientes oncológicos paliativos, sus preferencias respecto a su situación clínica.

MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo cuali-cuantitativo de los pacientes que ingresaron en la zona sur de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, del Hospital General de Alicante, a cargo de uno de los facultativos, con el diagnóstico de "oncológico paliativo". Se elaboró una entrevista dirigida adaptada al momento y a las características de cada uno de los pacientes, para conocer las prioridades de los pacientes respecto a sus expectativas en el momento evolutivo en que se encontraban.

Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UHD que tuvieran como motivo de ingreso "asistencia paliativa" y que se les hubiera diagnosticado algún proceso oncológico sin considerar el tiempo de evolución del proceso pero que fueran conocedores de su diagnóstico y pronóstico.

Se consideraron las variables socio-demográficas

Para la descripción de la población estudiada se utilizaron técnicas descriptivas; cálculo de frecuencias y, en el caso de las cuantitativas, medidas de tendencia central y desviación estándar.

El análisis cualitativo se expone mediante las expresiones que agotaron el discurso.

RESULTADOS

De los 705 pacientes que ingresaron en la zona sur, 203 (28,79%) presentaron diagnóstico oncológico paliativo, de ellos se incluyeron en el estudio 66. La edad media fue de $72,39 \pm 9,17$ el paciente más joven tenía 56 años y el más longevo 91. El sexo predominante fue el femenino con 35 mujeres (53,0%). Todos los pacientes declararon que conocían su diagnóstico, 12 (18,18%) al ingreso no conocían su pronóstico, pero quisieron ser informados por lo que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio. La localización del tumor se muestra en la **tabla 1**.

Tabla 1. Localización del tumor en los pacientes

Localización	n	%
Pulmón.	20	(30,3%)
Colon.	6	(9,09%)
Páncreas.	6	(9,09%)
Hematológicos.	5	(7,57%)
Gástrico.	5	(7,57%)
Recto.	4	(6,06%)
Próstata.	4	(6,06%)
Vejiga.	3	(4,54%)
Colangiocarcinoma.	2	(3,03%)
Ovario.	2	(3,03%)
Mama.	2	(3,03%)
Mesenquimal.	2	(3,03%)
Endometrio.	1	(1,51%)
Cavum.	1	(1,51%)
Glioblastoma.	1	(1,51%)
Melanoma.	1	(1,51%)
Sincrónico de próstata y pulmón.	1	(1,51%)
Total.	66	(100%)

Era su primer ingreso en la Unidad de Hospitalización a Domicilio para 51 de los pacientes (77,3%) La estancia media fue de 34,09±25,83 días hasta el alta. La procedencia de los pacientes se muestra en la **tabla 2**.

Tabla 2. Procedencia de los pacientes al ingreso en UHD

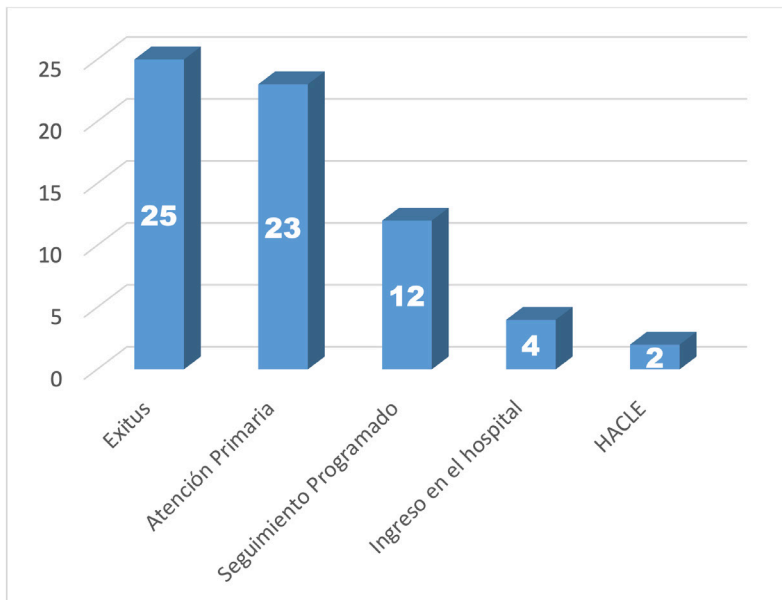
Procedencia		n
Consultas Externas (CCEE).		30
	Oncología.	27
	Hematología.	3
Paliativos.		14
Atención Primaria.		13
Oncología.		3
Medicina Interna.		2
Digestivo.		1
Cirugía.		1
Urología.		1
HACLE*.		1
Total.		66

*HACLE: Hospital de Atención a pacientes Crónicos y de Larga Estancia

El destino al alta de estos pacientes mayoritariamente fue el *exitus*, seguido por la derivación a su centro de atención primaria y a seguimiento programado (**figura 1**).

Todos los pacientes excepto una, 65 (98,49%) expresaron su voluntad de permanecer y de fallecer en su domicilio. Los pacientes que ya habían estado ingresados en alguna ocasión en HaD se mostraron más confiados y con menor ansiedad que aquellos para los que era su primer ingreso. El sentimiento predominante ante la proximidad de la muerte fue la tristeza y el miedo fundamentalmente al dolor y a la disnea. Hubo pacientes que expresaron su deseo de que se les hiciera todo lo posible para alargar su vida, pero lo más común fueron los discursos sobre querer finalizar lo antes posible. El deseo más habitual era el de no querer sufrir, referido como un sufrimiento global tanto orgánico como psicológico. El deseo más repetido, de los pacientes, fue no tener dolor, poder respirar bien y encontrarse cómodos. En todas las ocasiones, excepto en dos, ante la perspectiva de no poder conseguir un buen control del sufrimiento deseaban una sedación analgésico-paliativa, los dos pacientes que no querían la sedación, la rechazaban por convicciones religiosas. Alguno de los pacientes refirió que se les estaba haciendo muy largo el camino y en 14 ocasiones solicitaron información sobre la eutanasia. Por iniciativa de la propia paciente, junto a

su familia, 3 de ellas, solicitaron esta información y en 11 ocasiones la información la pidieron los familiares sin el conocimiento de los pacientes. Ningún paciente solicitó, al equipo, apoyo espiritual de ninguna religión, si bien los cuidadores gestionaron esa parcela de la atención de forma íntima y privada. No apreciamos diferencias en los discursos, ni en las manifestaciones de ansiedad y/o miedo por razón de género.



*HACLE: Hospital de Atención a pacientes Crónicos y de Larga Estancia

Figura 1. Destino al alta de los pacientes

DISCUSIÓN

Conversar sobre la muerte en general incomoda, pero hacerlo con normalidad puede mejorar el vínculo médico – paciente⁽³⁾. En este estudio, hablar con los pacientes sobre su propia muerte estando cerca del final fue una experiencia que, en general, les ayudo a aceptar ese delicado momento evolutivo. Por otro lado, todavía hoy, existe un desplazamiento institucional de la muerte en los hospitales, y esta realidad creciente no siempre coincide con lo que el paciente desea. En un estudio realizado en Cataluña⁽⁴⁾, el 61,5% de la población quería morir en casa y tan solo el 9,7% escoge el hospital como lugar de muerte, situándose la elección del resto en otros espacios como los centros socio-sanitarios, o de larga estancia, sin embargo, tan solo el 16% de todos los pacientes fallecían en su domicilio. Estos datos suponen un verdadero problema, ya que no solamente se cuestiona el derecho de autonomía del paciente, sino que se reduce la calidad del cuidado al final de la vida, además de aumentar el coste de la asistencia sanitaria⁽⁵⁾. Los posibles motivos por lo que esté sucediendo esto probablemente sean multifactoriales y dependan de los protagonistas de la atención al final de la vida en cada entorno de la geografía sanitaria. Lo que parece más importante es que no suele consultarse al paciente acerca de sus preferencias, por lo que no se realiza una planificación anticipada del cuidado al final de la vida. La mayoría de pacientes desean morir en

casa, pero la falta de información sobre el documento de voluntades anticipadas está relacionada con la muerte en un entorno hospitalario. Por otro lado, cuando la elección recae sobre la familia, en ocasiones, el hospital suele ofrecer mayor seguridad ante la creencia de que los cuidados tienen una mayor calidad en este espacio, que los recursos y apoyo profesional en el domicilio va a ser menor, y a las inseguridades sobre cómo gestionar el proceso de la enfermedad, la sintomatología y los tratamientos, y cómo contribuir al bienestar y alivio del sufrimiento del ser querido.

Limitaciones

No hemos registrado datos sobre el papel fundamental de los cuidadores de estos pacientes en el domicilio y consideramos que deben realizarse proyectos que focalicen su objetivo en ellos para valorar y estudiar sus necesidades en el proceso de final de vida de sus seres próximos.

Conclusiones

Consideramos que una buena planificación de la asistencia sanitaria al final de la vida y de los cuidados deben necesariamente fundamentarse en el conocimiento de los deseos de los pacientes.


BIBLIOGRAFÍA

1. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic.* 2017;1(1):7-9. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.8
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados paliativos [Internet]. Ginebra, Suiza, OMS, 2020 [accedido 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3xdLsXd>
3. Poveda-Monge F, Royo-Garrido A, Aldemunde-Pérez C, Fuentes-Cuenca R, Montesinos de Astorza C, Juan Ten C, et al. Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes. *Aten Primaria.* 2000;26(7):446-52. DOI: 10.1016/s0212-6567(00)78701-4
4. Llobet Vila L, Carmona Segado JM, Martínez Díaz I, Martí Martínez C, Soldado Ordóñez C, Manresa Domínguez JM. Aceptación de la muerte y su deshospitalización. *SEMERGEN.* 2020;46(3):186-93. DOI: 10.1016/j.semerg.2019.10.009.
5. Porcar Rodado E, Peral Sánchez D, Gisbert Grifo M. El documento de voluntades anticipadas: Comparativa de la legislación actual en el marco de la UE. *Rev Esp Med Leg.* 2021;47(2):66-73. DOI: 10.1016/j.reml.2020.05.009

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v8i2.209>

Necesidades y recomendaciones en la nutrición parenteral domiciliaria en pacientes adultos: una revisión exploratoria

Needs and recommendations in home parenteral nutrition in adult patients: a scoping review

Olga Lucía Pinzón-Espitia^{1,2}  0000-0002-9827-2244

Luisa Murcia-Soriano^{2,3}  0000-0003-2998-8561

Adriana Forero-Hincapié³  0009-0001-6642-6579

1. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Nutrición Humana, Bogotá, Colombia.

2. Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria-ACISD. Colombia, Bogotá, Colombia.

3. Departamento de Investigación. Hospital Universitario Mayor Méderi, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

Correspondencia/Correspondence

Olga Lucía Pinzón-Espitia
olpinzone@unal.edu.co

Recibido/Received

06.04.2024

Aceptado/Accepted

24.06.2024

Conflicto de Intereses/Competing interest

El presente documento es el resultado del Proyecto de Investigación Nutrición Parenteral en Entornos domiciliarios llevado a cabo por la Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria -ACISD. Los autores declaran independencia profesional y autonomía en el proceso de investigación.

Financiación/Funding

Este trabajo ha sido financiado por el Proyecto de Investigación Nutrición Parenteral en Entornos domiciliarios llevado a cabo por la Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria -ACISD, el cual se postuló al Grant de Contribuciones para apoyar la generación de evidencia que contribuya a mejorar la práctica clínica en nutrición y la calidad de vida de los pacientes en manejo nutricional parenteral domiciliario otorgado por Baxter International Inc.

Contribuciones de autoría/Author contributions

LFMS lideró la metodología de la investigación. OLPE, LFMS Y AFH han contribuido por igual en la concepción del tema y pregunta de investigación, así como a la recolección de datos, análisis e interpretación de los éstos. Las autoras OLPE y LFMS participaron en la escritura del artículo, AFH realizó la revisión crítica de su contenido intelectual. El presente documento cuenta con la aprobación final de la versión a ser publicada.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Pinzón-Espitia OL, Murcia-Soriano L, Forero-Hincapié A. Necesidades y recomendaciones en la nutrición parenteral domiciliaria en pacientes adultos: una revisión exploratoria. *Hosp Domic.* 2024;8(2):69-84.

RESUMEN

Introducción: la población de pacientes que reciben nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en el mundo está en aumento y proporcionarla presenta desafíos importantes tanto para los pacientes como para los proveedores de salud. El objetivo de la revisión fue identificar y reportar la evidencia disponible sobre el uso de la nutrición parenteral domiciliaria, explorando las necesidades logísticas para los equipos de salud, las estrategias para el cumplimiento de objetivos clínicos, de prevención y manejo de complicaciones, el impacto en la calidad de vida de los pacientes y los costos asociados.

Método: revisión exploratoria de revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica centradas en el manejo de pacientes adultos con indicación de nutrición parenteral (mixta o exclusiva), excluyendo aquellos con requerimiento por bypas o en estado de embarazo. Fueron incluidas las publicaciones identificadas en las bases Cochrane, MEDLINE, LILACS y EMBASE, desde 2018 hasta 2023 y sin restricción de idioma.

Resultados: 15 artículos fueron analizados, 12 enfocados principalmente en resultados en salud, 2 en las necesidades logísticas para la atención y 1 en costos asociados a la NPD. En relación con el tipo de publicación, se identificaron 7 revisiones sistemáticas de literatura, 5 metaanálisis y 3 guías de práctica clínica.

Conclusiones: se identificaron las recomendaciones clínicas de la NPD. Sin embargo, se requiere mayor investigación sobre la evaluación de la calidad de vida de los pacientes, los requerimientos logísticos y la evaluación de costos, soportado en un programa domiciliario estructurado.

Palabras clave: Servicios de Atención Domiciliaria; Nutrición Parenteral; Hogar; Calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: the population of patients receiving home parenteral nutrition (HPN) worldwide is increasing and present significant challenges for both patients and healthcare providers. The objective of the review was to identify and report the available evidence on the use of home parenteral nutrition, exploring the logistical needs for health care teams, clinical strategies based on nutritional objectives, prevention and management of complications, and the impact on quality of life of patients and associated costs.

Method: exploratory review of systematic reviews, meta-analyses and clinical practice guidelines focused on the management of adult patients with indication for parenteral nutrition (mixed or exclusive), excluding those requiring bypass surgery or those who are pregnant. Publications identified in the Cochrane, MEDLINE, LILACS and EMBASE databases were included, from 2018 to 2023 and without language restriction.

Results: 15 articles were analyzed, 12 focused mainly on health outcomes, 2 on the logistical needs for care and 1 on costs associated with DPN. In relation to the type of publication, 7 systematic literature reviews, 5 meta-analyses and 3 clinical practice guidelines were identified.

Conclusions: We identified clinical recommendations on HPN. More research is required focused on the evaluation of quality of life, logistical requirements and cost evaluation, supported by a structured homecare program.

Keywords: Home Care Services; Parenteral Nutrition; Home; Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

La nutrición parenteral (NP) consiste en la administración de los nutrientes por vía endovenosa en pacientes incapaces de mantener un estado nutricional adecuado mediante la alimentación oral o la nutrición enteral⁽¹⁾. Su modalidad domiciliaria (NPD) permite la administración de las soluciones de nutrición parenteral en el domicilio, permitiendo mantener con vida a los pacientes con fallo intestinal y mejorando su calidad de vida gracias a la reintegración a su medio sociofamiliar habitual.

Para iniciar el proceso de atención nutricional en el domicilio en pacientes que requieren nutrición parenteral, es indispensable que el paciente cumpla con los criterios establecidos que incluyen el consentimiento, las características clínicas, requerimientos en el domicilio y la red de apoyo. Adicionalmente, se debe definir el régimen nutricional y los seguimientos en función de las metas individuales y la disponibilidad de una red eficaz de suministro de la fórmula, material y equipamiento. Finalmente, la educación del paciente y su familia basada en un programa individual de formación y capacitación es una dimensión importante para garantizar la calidad y seguridad durante el proceso^(1,2).

La nutrición parenteral en domicilio se constituye en una terapia nutricional técnica que ha permitido mejorar la supervivencia de pacientes con enfermedades con imposibilidad de alimentación enteral en el domicilio, teniendo en cuenta las características de este entorno para favorecer mejores desenlaces clínicos, impactar la calidad de vida del paciente, su familia y el entrenamiento de los cuidadores, favoreciendo a su vez la reducción de la demanda de capacidad de camas hospitalarias y la reducción de costos para los actores del sistema de salud^(3,4).

Generalmente, los pacientes con NPD son atendidos por un equipo de apoyo nutricional, que incluye un médico, una enfermera especialista en nutrición, un nutricionista clínico y un farmacéutico, además del personal logístico de apoyo. El equipo asistencial sigue protocolos para facilitar la educación y capacitación del paciente en el manejo de la nutrición parenteral en el hogar, enfocado en el logro de los objetivos nutricionales, la prevención y minimización de complicaciones⁽¹⁾, el mejoramiento de la calidad de vida y el control de costos en la atención^(5,6).

Este estudio pretende identificar y reportar la evidencia disponible sobre el uso de la nutrición parenteral domiciliaria, explorando las necesidades logísticas para los equipos de salud, las estrategias para el cumplimiento de objetivos clínicos, de prevención y manejo de complicaciones, el impacto en la calidad de vida de los pacientes y los costos asociados.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión de alcance siguiendo los lineamientos del manual del Instituto Briggs para la síntesis de evidencia: orientación metodológica actualizada para realizar revisiones de alcance⁽⁷⁾ y las recomendaciones de la extensión PRISMA para revisiones de alcance (PRISMA-ScR)⁽⁸⁾. El protocolo final está disponible en *Open Science Framework* (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/5J3VC>).

Identificación de la pregunta de investigación

Para la presente revisión se definieron las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las necesidades o requerimientos a nivel de insumos, personal y estructura con las que deben disponer los centros de atención domiciliaria para la administración de la Nutrición Parenteral Domiciliaria?

¿Cuáles son las estrategias para el cumplimiento de objetivos clínicos y de prevención y manejo de complicaciones relacionadas con la nutrición parenteral domiciliaria?

¿Cuál es el impacto a nivel de la calidad de vida y costos de atención de la nutrición parenteral domiciliaria?

Identificación de estudios: criterios de elegibilidad

Población: adultos con indicación de nutrición parenteral (mixta o exclusiva), excluyendo aquellos con requerimiento por *bypass* o en estado de embarazo.

Concepto: se definió como elegibles aquellos documentos que proporcionaron el estudio de (a) el uso de nutrición parenteral domiciliaria mixta o exclusiva, y (b) la descripción de requerimientos a nivel de personal, insumos o infraestructura para la administración de la nutrición domiciliaria y/o (c) la presentación de complicaciones y actividades asistenciales para su prevención y manejo y/o (c) la descripción del impacto en la calidad de vida y los costos asociados a la administración de la NPD.

Contexto: la revisión se centró en la presentación de la evidencia para entornos domiciliarios, excluyendo centros de atención especializados como hospicios, hogares geriátricos y similares.

Fuentes de información y selección de estudios

Se incluyeron publicaciones de tipo revisión sistemática de literatura con y sin metaanálisis y guías de práctica clínica, identificadas en las bases Cochrane, MEDLINE (Ovid interface), LILACS y EMBASE (Ovid interface), publicadas desde 2018 hasta 2023, sin restricción de idioma. La búsqueda fue realizada a partir de términos de lenguaje controlados (MeSH, DeCs), utilizando los operadores booleanos (AND, OR y NOT).

Identificación y extracción de datos

Los resultados de la búsqueda fueron sistematizados en RAYYAN⁽⁹⁾. Dos revisores examinaron de forma independiente los registros para evaluar su elegibilidad para la revisión de texto completo y toma de decisión final sobre la inclusión. Los revisores resolvieron las diferencias por consenso; en su defecto, un tercer revisor intervino para la evaluación final. El proceso de selección de estudios se resume en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

Una vez finalizada la identificación de documentos, se extrajo la información identificando (a) la descripción general (autores, año y país de publicación, (b) aspectos metodológicos (tipo de publicación, población, metodología y evaluación de la calidad de la evidencia reportada) y, (c) dimensiones clave para el análisis en función de las preguntas de investigación (personal, insumos y requerimientos para la administración; resultados en salud: complicaciones, cumplimiento de objetivos, calidad de vida; costos).

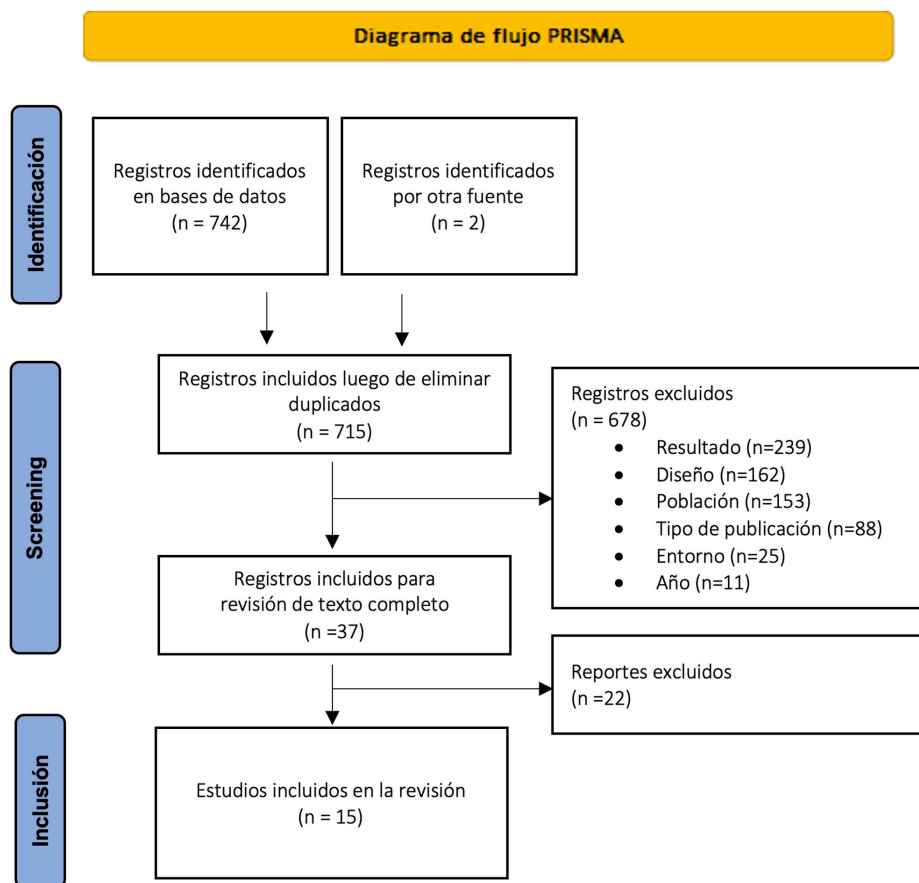


Figura 1. Diagrama PRISMA

RESULTADOS

Se identificaron 744 publicaciones a partir de la búsqueda inicial y 15 artículos fueron analizados para la revisión final. De los documentos evaluados, 12 se enfocaban principalmente en resultados en salud^(2,10-19) (complicaciones, cumplimiento de objetivos, calidad de vida); 2 en las necesidades logísticas de personal, insumos y requerimientos para la atención⁽²⁰⁻²¹⁾ y 1 enfocado en los costos asociados a la NPD⁽⁴⁾. En relación con el tipo de publicación, se identificaron 7 revisiones sistemáticas de literatura, 5 metaanálisis y 3 guías de práctica clínica. Estas y otras características de los estudios se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción general de publicaciones incluidas

Nº	Autor(es)	Sociedad científica / Institución de referencia	Diseño del estudio	Estudios (n)	Gradación de la evidencia	Recomendación/ Observación	Enfoque
1	Kovacevich, Debra S et al ⁽²⁾	Sociedad Estadounidense de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN).	Guía de práctica clínica.	564	SI. GRADE.	Prácticas en la selección y el cuidado de dispositivos de acceso venoso central (CVAD).	Resultados en salud.
2	O'Hanlon, Francis J et al ⁽¹⁰⁾	University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido. Hospital Busto Arsizio, Busto Arsizio, Italia.	Revisión sistemática y un metanálisis.	22	SI. Herramienta Colaboración Cochrane.	Valoración del impacto de la nutrición parenteral en la supervivencia, la calidad de vida y el estado nutricional/ rendimiento.	Resultados en salud.
3	Hon, Kay et al ⁽¹¹⁾	Universidad de Flinders, Australia del Sur, Australia. Unidad de Nutrición Parenteral Domiciliaria de Australia del Sur, Centro Médico Flinders, Australia del Sur, Australia.	Metanálisis.	17	SI. National Institutes of Health Quality Assessment Tool.	La decisión sobre qué tipo de catéter es más adecuado para los pacientes con NPD debe basarse en la duración del tratamiento, el nivel de atención, la destreza de los pacientes, así como las comorbilidades subyacentes de los pacientes que potencialmente pueden contribuir a otras complicaciones relacionadas con el catéter.	Resultados en salud.
4	Gompelman, Michelle et al ⁽¹²⁾	Centro Médico de la Universidad de Radboud, Nijmegen, Países Bajos. Fundación del Real Servicio Nacional de Salud de Salford, Salford, Reino Unido. IQ Healthcare, Instituto Radboud de Ciencias de la Salud, Centro Médico de la Universidad de Radboud, Nijmegen, Países Bajos. Universidad de Radboud, Nijmegen, Países Bajos. Universidad de Manchester, Manchester, Reino Unido.	Revisión sistemática y un metanálisis.	62	SI. Escala Newcastle-Ottawa (NOS).	La infección del torrente sanguíneo relacionada con catéter (CRBSI) es una complicación potencialmente mortal de la nutrición parenteral. Por lo tanto, se requiere un manejo óptimo, idealmente con rescate del catéter, para mantener el acceso venoso a largo plazo. La adición de una solución de bloqueo antimicrobiana parece beneficiosa para el rescate exitoso del catéter en pacientes con CRBSI dependientes de NPD.	Resultados en salud.

Nº	Autor(es)	Sociedad científica / Institución de referencia	Diseño del estudio	Estudios (n)	Gradación de la evidencia	Recomendación/ Observación	Enfoque
5	Keane, Niamh et al ¹³³	University College London Hospitals NHS Foundation Trust. University College London.	Revisión sistemática.	9	NO.	Los pacientes deben ser examinados de forma rutinaria para detectar desnutrición. La NPD es una terapia eficaz para pacientes con enfermedad avanzada e insuficiencia intestinal.	Resultados en salud.
6	Carey, Sharon et al ¹⁴⁴	Escuela Clínica Central, Sydney, NSW, Australia. Royal Prince Alfred Hospital, Camperdown, Nueva Gales del Sur, Australia. Instituto de Cirugía Académica, Camperdown, Nueva Gales del Sur, Australia. Distrito de Salud Local de Sydney, Sydney, NSW, Australia. Centro Charles Perkins, Escuela Clínica Central, Sydney, NSW, Australia.	Revisión sistemática.	9	SI. GRADE.	El impacto de las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida en pacientes que reciben nutrición parenteral domiciliaria incluye educación, telemedicina, preparación de mezclas de infusión, terapia cognitiva basada en mindfulness y un enfoque multimodal.	Resultados en salud.
7	Kirk, Colette et al ¹⁵⁵	Fundación NHS de los Hospitales Newcastle Upon Tyne y Universidad de Newcastle, Reino Unido.	Revisión sistemática.	7	SI. Herramienta Colaboración Cochrane.	Los lípidos endovenosos que contienen aceite de oliva y/o pescado son prometedores con respecto a la función hepática y los perfiles de ácidos grasos en sangre y células. Es probable que un tipo de solución NPD por sí solo no pueda aplicarse de manera uniforme a la atención del paciente, y cada paciente debe evaluarse de forma individual.	Resultados en salud.
8	Jones, Charis J, and Philip C Calder ¹⁶⁶	Universidad de Southampton, Reino Unido.	Revisión sistemática.	3	SI. Herramienta Colaboración Cochrane.	Puede haber beneficios en el uso de emulsiones lipídicas intravenosas alternativas en lugar de emulsiones convencionales a base de aceite puro de soja en adultos con NPD, pero actualmente hay muy pocos ECA para llegar a una conclusión firme.	Resultados en salud.

N°	Autor(es)	Sociedad científica / Institución de referencia	Diseño del estudio	Estudios (n)	Gradación de la evidencia	Recomendación/ Observación	Enfoque
9	Mercer-Smith, Gavin William et al ⁽¹⁶⁾	Hospitales de Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, Reino Unido.	Guía de la British Intestinal Failure Alliance (BIFA).	24	NO.	Se recomienda que los parámetros bioquímicos se controlen al inicio de la evaluación de la NPD, posteriormente con más frecuencia si surgen dudas y con menos frecuencia cuando la condición del paciente sea estable, según la evaluación del equipo multidisciplinario con experiencia en NPD.	Resultados en salud.
10	Pironi, Loris et al ⁽¹⁹⁾	Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo.	Guía de práctica clínica.	176	SI. GRADE.	71 recomendaciones que abordan las indicaciones de NPD, dispositivo de acceso venoso central (CVAD) y bomba de infusión, catéter de infusión y cuidado del sitio del CVAD, mezclas nutricionales, seguimiento y gestión del programa.	Resultados en salud.
11	Sowerbutts et al ⁽²²⁾	Centro Académico de Ciencias de la Salud de Manchester (MAHSC), Universidad de Manchester.	Revisión sistemática de literatura.	12	SI. Lista de verificación de evaluación crítica - Instituto Joanna Briggs.	La principal herramienta para la medición de calidad de vida en los estudios fue la SF36. Las prescripciones de nutrición parenteral domiciliaria podrían influir en la calidad de vida. Sin embargo, la certeza de la evidencia fue de muy baja a baja, por lo que hay muy poca o limitada confianza sobre el efecto. En vista de la ausencia de medición de la calidad de vida de los cuidadores, se pone en evidencia la necesidad de investigaciones con este enfoque.	Resultados en salud.

N°	Autor(es)	Sociedad científica / Institución de referencia	Diseño del estudio	Estudios (n)	Gradación de la evidencia	Recomendación/ Observación	Enfoque
12	Ozcelik et al ⁽²³⁾	Hospital Universitario de Akdeniz, Turquía. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Facultad de Enfermería, Universidad de Akdeniz, Turquía.	Revisión sistemática de literatura.	20	NO.	Se evidencia que la nutrición parenteral domiciliaria influye positivamente en la calidad de vida, el estado funcional y el nivel de nutrición de los pacientes con cáncer. Las complicaciones observadas con mayor frecuencia son aquellas relacionadas con el catéter: infecciones, obstrucción mecánica y trombosis venosa, por lo que, esta revisión destaca la importancia del cuidado del catéter en la formación tanto del paciente como del cuidador.	Resultados en salud.
13	Wouters, Yannick et al ⁽²⁰⁾	Centro Médico de la Universidad de Radboud, Nijmegen, Países Bajos. Hospital Memorial de Stanley Dudrick, Skawina, Polonia.	Revisión sistemática y un metanálisis.	5	SI. Herramienta Colaboración Cochrane.	Las tasas de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéteres (CRBSI) disminuyeron significativamente en pacientes que usaron taurolidina en comparación con solución salina o heparina. La proporción acumulada de pacientes libres de CRBSI que usaron taurolidina, solución salina y heparina después de 1 año fue del 88%, 56% y 14%, respectivamente. Se identificaron tres factores de riesgo para CRBSI: tipo de soluciones de bloqueo de catéteres (CLS), dismotilidad intestinal como condición subyacente y uso de catéteres venosos centrales.	Necesidades logísticas de personal, insumos y requerimientos para la atención.
14	Vernon-Roberts, Angharad et al ⁽²¹⁾	Universidad de Otago, Christchurch, Nueva Zelanda. Hospital Infantil Starship, Auckland, Nueva Zelanda.	Metanálisis.	34	SI. Lista de verificación de evaluación crítica - Instituto Joanna Briggs.	En general, la evidencia reportada sugiere que el uso profiláctico de la solución de bloqueo de taurolidina es rentable en comparación con el costo del tratamiento para CRBSI.	Necesidades logísticas de personal, insumos y requerimientos para la atención.

N°	Autor(es)	Sociedad científica / Institución de referencia	Diseño del estudio	Estudios (n)	Gradación de la evidencia	Recomendación/ Observación	Enfoque
15	Arhip, L et al ⁽⁴⁾	Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España; Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.	Revisión sistemática.	23	SI. Lista de chequeo para evaluaciones económicas propuesta por Drummond et al ⁽²⁴⁾	La NPD aunque puede ser un tratamiento caro, ahorra costos en comparación con la nutrición parenteral (NP) hospitalaria. Las evaluaciones económicas completas demostraron que la NPD es más rentable que la NP hospitalaria; sin embargo, se necesita más investigación para confirmar esto en todos los entornos.	Costos asociados a la NPD.

Resultados en Salud

A partir de los 15 artículos analizados^(2,4,10-16,18-23), se presenta como recomendación principal para los pacientes que requieren Nutrición Parenteral Domiciliaria -NPD- la necesidad de ser evaluados de forma rutinaria para detectar desnutrición y establecer en el manejo clínico integral la NPD como una terapia eficaz para pacientes con enfermedad avanzada e indicación de dicho tipo de nutrición⁽¹³⁾, de manera que se pueda evaluar el impacto en la mejora de la calidad de vida y el estado nutricional incluyendo en el abordaje acciones de educación y un enfoque multimodal como por ejemplo^(10,14).

Por otra parte dos artículos hacen referencia a la importancia del seguimiento de los parámetros bioquímicos desde el inicio de la evaluación de la NPD, de acuerdo con la evaluación del equipo multidisciplinario con experiencia en NPD⁽¹⁸⁾, así como establecer las pautas para el seguimiento y gestión del programa de NPD⁽¹⁾.

Respecto a los accesos venosos se identificaron cuatro documentos que indican la importancia de procesos sistemáticos que incluyan adecuadas prácticas en la selección y el cuidado de dispositivos de acceso venoso central⁽²⁾, análisis de la decisión sobre qué tipo de catéter es más adecuado para los pacientes con NPD teniendo en cuenta la duración del tratamiento, el nivel de atención y la destreza de los pacientes, así como el estado clínico de los pacientes que potencialmente pueden contribuir a otras complicaciones relacionadas con el catéter⁽¹¹⁾, dado el riesgo de infección del torrente sanguíneo relacionada con catéter, la cual se constituye en una complicación potencialmente mortal de la nutrición parenteral, requiriendo de un manejo óptimo, idealmente con rescate del catéter, para mantener el acceso venoso a largo plazo^(12,17).

Con relación a los componentes de la NPD, dos artículos hacen referencia a la identificación de lípidos endovenosos que mejoren los resultados en salud, relacionados con la función hepática y los perfiles de ácidos grasos evaluados de forma individual, según el estado clínico del paciente, resaltando que lípidos endovenosos con aceite de oliva y/o pescado son prometedores⁽¹⁵⁾, y los beneficios en el uso de emulsiones lipídicas intravenosas alternativas en lugar de emulsiones convencionales a base de aceite puro de soya⁽¹⁶⁾, sin embargo, dichas publicaciones hacen referencia a que actualmente hay muy pocos ECA para llegar a una conclusión firme.

Necesidades logísticas de personal, insumos y requerimientos para la atención

Se identificaron dos estudios enfocados principalmente en las necesidades en relación con la suficiencia de los insumos en el proceso de atención que contribuyan a la prevención de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéteres (CRBSI), dado que se ha demostrado que el uso de una solución de bloqueo del catéter es beneficioso para prevenir la CRBSI en varias poblaciones que utilizan catéteres venosos centrales⁽²¹⁾. Por otra parte, se pone en evidencia la relevancia del cumplimiento de los protocolos de higiene preventiva y los programas de capacitación para el personal, en el manejo de dispositivo de acceso venoso central (CVAD), y además, protocolos asépticos al manipular los CVAD para la prevención de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéteres, como estrategia clave de estricto cumplimiento⁽²⁰⁾.

Costos asociados a la nutrición parenteral domiciliaria

Se identificó un estudio enfocado en el análisis de costo de la enfermedad en el marco de una evaluación económica de la nutrición parenteral domiciliaria, cuyo objetivo fue medir la carga económica de la enfermedad para la sociedad, proporcionando información para apoyar el proceso político, así como las funciones de gestión en los diferentes niveles de las organizaciones sanitarias⁽⁴⁾.

Arhip et al, elaboraron un análisis de costos en relación con el entrenamiento del paciente, el requerimiento de insumos como catéteres, bolsas de NP y otros consumibles, el personal, el seguimiento y la atención de complicaciones, así como los gastos estructurales, el transporte y los cuidados en el hogar, entre otros. A partir del análisis de evaluaciones económicas parciales y completas, se reporta un ahorro de costos de la NPD en comparación con el tratamiento hospitalario, adicionalmente las evaluaciones económicas completas demostraron que la NPD era rentable⁽⁴⁾.

Además, en el estudio se reporta que según Detsky et al⁽²⁵⁾ el ahorro potencial para NPD en lugar de NP hospitalaria fue de \$19,232 por paciente durante el período de 12 años y un aumento de la supervivencia, ajustado por calidad de vida, de 3,3 años.

DISCUSIÓN

A continuación se presentan las necesidades y recomendaciones, derivadas a partir del análisis crítico por parte de los investigadores.

Los resultados se clasificaron en tres categorías resultados en salud, necesidades logísticas de personal, insumos y requerimientos para la atención, y costos asociados a la NPD, a partir de las cuales, se presentan las siguientes sugerencias clave en la nutrición parenteral domiciliaria en pacientes adultos soportados en tres guías de práctica clínica^(1,2,18).

Cumplimiento de objetivos

La Guía práctica ESPEN sobre Nutrición parenteral domiciliaria, establece que la importancia en el cumplimiento de objetivos en el programa de nutrición parenteral domiciliaria (NPD) deben ser monitoreados periódicamente para revisar las indicaciones, la eficacia y los riesgos del tratamiento. Dicho monitoreo es crucial para asegurar y mejorar la calidad de vida de las personas con NPD, así

como para prevenir, diagnosticar y tratar de manera oportuna las complicaciones relacionadas con la NPD, además, se debe medir la satisfacción de los pacientes para identificar y abordar cualquier área que requiera mejoramiento⁽¹⁾.

ESPEN sugiere que el cumplimiento de objetivos del programa debe ser evaluado anualmente en la práctica actual, junto con cuestionarios sobre la satisfacción de los pacientes, con el fin de que este seguimiento sea esencial para impulsar la mejora de la calidad⁽¹⁾.

Complementariamente las Directrices de la Sociedad Estadounidense de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) hace referencia a las principales recomendaciones proporcionadas para el cumplimiento de objetivos las cuáles deben incluir el uso de catéteres venosos centrales (CVAD) en el hogar, la selección de CVAD basada en la duración esperada del tratamiento, y el uso de bloqueos antimicrobianos para el tratamiento o prevención de infecciones relacionadas con CVAD. Además, recomienda la realización de más investigaciones multidisciplinarias para continuar mejorando la atención de los pacientes con nutrición parenteral en el domicilio⁽²⁾.

La Guía de la *British Intestinal Failure Alliance* (BIFA) para la monitorización hematológica y bioquímica de pacientes adultos que reciben nutrición parenteral domiciliaria, recomienda para el cumplimiento de objetivos realizar el monitoreo regular de electrolitos, urea, creatinina, bilirrubina y glucosa, con una frecuencia de 1-3 meses, así como la evaluación de la función renal mediante la medición de creatinina, con una frecuencia de 1-3 meses, monitoreo de la concentración de triglicéridos, con una frecuencia de 3 meses y la evaluación de la concentración de vitaminas y minerales como zinc, cobre, manganeso y selenio, con una frecuencia de 6 meses a 1 año, y de manera complementaria la realización de pruebas de laboratorio adicionales, como el perfil lipídico, hierro, ferritina, manganeso y vitamina D, con una frecuencia de 3-6 meses⁽¹⁸⁾.

Estas recomendaciones se basan en la necesidad de monitorear de cerca la función fisiológica y el estado nutricional de los pacientes en nutrición parenteral en el domicilio para garantizar la eficacia del tratamiento y prevenir deficiencias nutricionales⁽¹⁸⁾.

Complicaciones

Con relación al manejo de las complicaciones en el programa de nutrición parenteral domiciliaria ESPEN recomienda incluir el monitoreo regular de la eficacia y los riesgos del tratamiento, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de las complicaciones relacionadas con la NPD, además, establece desarrollar protocolos claros para el manejo de las complicaciones relacionadas con la NPD, y que estos protocolos deben ser compartidos con el hospital local del paciente, en caso de que sea probable que el paciente sea admitido primero en ese hospital en lugar del centro⁽¹⁾.

También resalta que se debe mantener una técnica de antisepsia estricta para el cuidado del dispositivo de acceso venoso central en el hogar, y la necesidad de utilizar indicadores de calidad, como la incidencia de infecciones relacionadas con el catéter, la tasa de re-hospitalización y la calidad de vida, para evaluar el manejo de las complicaciones y la calidad del programa de NPD⁽¹⁾.

Por otra parte, ASPEN establece las siguientes recomendaciones para la prevención de complicaciones, incluye la selección de catéteres de acceso venoso central (CVAD) basada en la duración esperada del tratamiento, con preferencia por los CVAD tunelizados para pacientes que requieren infusión diaria de nutrición parenteral a largo plazo, y el uso de bloqueos antimicrobianos, evaluando como un punto de partida la terapia de nutrición parenteral individualizada basada en evidencia científica⁽²⁾.

Las recomendaciones para la prevención de complicaciones dadas por la *British Intestinal Failure Alliance* – BIFA⁽¹⁸⁾ incluyen a partir de la recomendación de la Asociación Británica de Nutrición Parenteral y Enteral (BAPEN), el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en el Cuidado

(NICE), la ESPEN y la Sociedad Australiana de Nutrición Parenteral y Enteral (AuSPEN) monitorear electrolitos, así como INR si está anticoagulado, perfil lipídico y examen hematológico, teniendo en cuenta que la inflamación puede provocar una disminución de la concentración de colesterol y la hiperlipidemia secundaria es una complicación que puede asociarse a la administración.

Complementariamente, reviste una importancia crucial tanto desde la perspectiva de seguridad del paciente como desde el punto de vista logístico, el poder disponer del NPD en sistema cerrado. En primer lugar, el sistema cerrado minimiza considerablemente el riesgo de infecciones asociadas a los accesos venosos, ya que evita la contaminación del sistema por microorganismos externos durante la manipulación y administración de la nutrición. Además, desde una perspectiva logística, el uso de sistemas cerrados simplifica la gestión de los suministros y reduce la necesidad de manipulación frecuente, lo que a su vez disminuye el potencial de errores y optimiza la eficiencia en la atención domiciliaria. Por lo tanto, la implementación de la NPD en sistema cerrado no solo garantiza la seguridad del paciente, sino que también mejora la calidad de vida al facilitar un manejo más cómodo y eficaz de su tratamiento nutricional en el hogar⁽¹⁹⁾.

Calidad de vida

Las recomendaciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes en NPD incluyen la selección cuidadosa de los pacientes, el consentimiento informado, la estabilidad metabólica, evaluación del entorno domiciliario adecuado y la capacitación para la administración de la nutrición parenteral⁽¹⁾.

También se enfatiza la importancia de la participación del paciente, familia y cuidador en la toma de decisiones y la necesidad de equipos especializados de apoyo nutricional para la administración segura y efectiva de la NPD. Además, se recomienda el monitoreo regular de los pacientes, el entrenamiento de los pacientes y cuidadores, y la evaluación de la idoneidad del entorno de atención domiciliaria antes de comenzar con NPD. Estas recomendaciones buscan garantizar la seguridad y la calidad del programa de NPD, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes⁽¹⁾.

La asociación científica ASPEN, describe la importancia de la nutrición parenteral domiciliaria para la calidad de vida de los pacientes que la necesitan, ya que les permite recibir los nutrientes necesarios cuando no pueden alimentarse por vía oral, lo cual es crucial para mantener un estado nutricional adecuado, prevenir la desnutrición y sus consecuencias negativas, y apoyar la recuperación de enfermedades subyacentes⁽²⁾.

La nutrición parenteral en el hogar también puede permitir que los pacientes permanezcan en su entorno familiar, lo que puede contribuir significativamente a su bienestar emocional y psicológico, además, al evitar hospitalizaciones prolongadas, la nutrición parenteral en el hogar puede ayudar a reducir el estrés y la interrupción en la vida diaria de los pacientes, lo que a su vez puede mejorar su calidad de vida⁽²⁾.

Se resalta la importancia de identificar las herramientas para la medición de la calidad de vida de los pacientes con NPD, ajustada a las condiciones clínicas particulares. Además, se requiere de una evaluación a largo plazo que permita poner en evidencia el cambio en el tiempo de la calidad de vida del paciente tanto física como mental⁽²²⁾.

Necesidades logísticas de personal, insumos y requerimientos para la atención

Las guías de práctica clínica identificadas publicadas por ASPEN y ESPEN^(1,2), presentan como exigencia de la atención, la existencia de un centro de atención domiciliar que permita la coor-

dinación de actividades, la gestión del suministro y la suficiencia de personal, de estructuras y de protocolos para la atención de la NPD.

A nivel de necesidades de personal, se hace énfasis en la necesidad del seguimiento por parte de un médico de cabecera, además del personal de apoyo como enfermeras especialistas (incluso en el cuidado de catéteres, heridas y estomas), nutricionistas dietistas, farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos, así como un profesional adecuado con experiencia en la colocación de CVC. Adicionalmente, se debe garantizar el seguimiento periódico de los pacientes adaptado al entorno de atención y la duración del apoyo nutricional, que permita la verificación de las indicaciones, la eficacia y los riesgos del tratamiento y las acciones a tomar frente al proceso de atención, incluyendo cualquier complicación relacionada con la enfermedad subyacente del paciente y otras condiciones no relacionadas a la NPD⁽¹⁾.

Finalmente, entre otros requerimientos para la atención, se resalta la capacitación a los pacientes y cuidadores para el autocontrol de su estado nutricional, el uso de los dispositivos médicos, así como para reconocer signos y síntomas tempranos de complicaciones y responder a cambios adversos tanto en su bienestar como en su salud⁽¹⁾.

LIMITACIONES

Esta revisión de alcance se desarrolló a partir de la necesidad de presentar el estado de conocimiento actualizado sobre las necesidades y requerimientos para la nutrición parenteral domiciliaria, que además de abordar las implicaciones clínicas, pudiera identificar otro tipo de enfoques como las necesidades logísticas en cuanto a personal, insumos y procesos de atención, además de los resultados en cuanto a los costos asociados. Si bien se presentan los resultados derivados, se evidencian algunas limitaciones. En primer lugar, la metodología de revisión del alcance proporciona una información amplia y no profunda sobre un tema en particular y los estudios no se sometieron a una evaluación de calidad ya que esto está fuera del alcance de la propuesta. Por otro lado, si bien se llevó a cabo una revisión estructurada, los documentos seleccionados se basaron en estudios realizados principalmente en regiones como Europa y América del Norte, lo que implica potenciales diferencias socioculturales y dietéticas, dificultando las generalizaciones y la precisión de sugerencias aplicables en contextos distintos. Finalmente, esta revisión de alcance puso en evidencia el reporte aún incipiente de estudios centrados en las necesidades para atención desde el enfoque logístico, de personal e insumos y análisis de costos, lo que impidió generar observaciones específicas sobre esta dimensión.

CONCLUSIONES

A partir del análisis detallado de 15 artículos y la revisión de tres guías de práctica clínica, se extraen valiosas recomendaciones para la implementación efectiva de la Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) en pacientes adultos. Se destaca la importancia de la evaluación rutinaria de los pacientes para detectar desnutrición, establecer la NPD como terapia eficaz en casos de enfermedad avanzada, y adoptar un enfoque multimodal en el manejo clínico. La atención al seguimiento de parámetros bioquímicos, especialmente en la selección y cuidado de dispositivos de acceso venoso central, emerge como un aspecto crucial para prevenir complicaciones, destacando el riesgo de infecciones del torrente sanguíneo. Además, se abordan las necesidades logísticas, insumos

y requerimientos para la atención, resaltando la importancia de centros de atención domiciliaria, personal multidisciplinario especializado y la capacitación de pacientes y cuidadores. En términos económicos, se subraya el ahorro potencial de la NPD en comparación con el tratamiento hospitalario. En la mejora de la calidad de vida, se enfatiza la participación activa del paciente, la selección cuidadosa de candidatos, y la identificación de herramientas para evaluar la calidad de vida ajustada a las condiciones clínicas particulares. En resumen, estas recomendaciones proporcionan un marco integral para garantizar la eficacia, seguridad y calidad de la NPD, mejorando así la atención y la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, et al. ESPEN practical guideline: Home parenteral nutrition. *Clin Nutr.* 2023 Mar;42(3):411-430. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.12.003
2. Kovacevich DS, Corrigan M, Ross VM, McKeever L, Hall AM, Braunschweig C. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Guidelines for the Selection and Care of Central Venous Access Devices for Adult Home Parenteral Nutrition Administration. *J Parenter Enteral Nutr.* 2019 Jan;43(1):15-31. DOI: 10.1002/jpen.1455
3. Kopczynska M, Teubner A, Abraham A, Taylor M, Bond A, Clamp A, et al. Home Parenteral Nutrition in Patients with Advanced Cancer: Quality Outcomes from a Centralized Model of Care Delivery. *Nutrients.* 2022;14(16):3379. DOI: 10.3390/nu14163379
4. Arhip L, Serrano-Moreno C, Romero I, Cambor M, Cuerda C. The economic costs of home parenteral nutrition: Systematic review of partial and full economic evaluations. *Clin Nutr.* 2021 Feb;40(2):339-49. DOI: 10.1016/j.clnu.2020.06.010
5. Reber E, Staub K, Schönenberger KA, Stanga A, Leuenberger M, Pichard C, et al. Management of Home Parenteral Nutrition: Complications and Survival. *Ann Nutr Metab.* 2021;77(1):46-55. DOI: 10.1159/000515057
6. Li W, Guo H, Li L, Cui J. Cost-Effectiveness Analyses of Home Parenteral Nutrition for Incurable Gastrointestinal Cancer Patients. *Front Oncol.* 2022; 12:858712. DOI: 10.3389/fonc.2022.858712
7. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth.* 2020;18(10):2119-2126. DOI: 10.11124/JBIES-20-00167
8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Vol. 169, *Ann Intern Med.* 2018 Oct 2;169(7):467-473. DOI: 10.7326/M18-0850
9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210. DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4
10. O'Hanlon FJ, Fragkos KC, Fini L, Patel PS, Mehta SJ, Rahman F, et al. Home Parenteral Nutrition in Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutr Cancer.* 2021;73(6):943-55. DOI: 10.1080/01635581.2020.1784441
11. Hon K, Bihari S, Holt A, Bersten A, Kulkarni H. Rate of Catheter-Related Bloodstream Infections Between Tunneled Central Venous Catheters Versus Peripherally Inserted Central Catheters in Adult Home Parenteral Nutrition: A Meta-analysis. *J Parenter Enteral Nutr.* 2019 Jan;43(1):41-53. DOI: 10.1002/jpen.1421

12. Gompelman M, Paus C, Bond A, Akkermans RP, Bleeker-Rovers CP, Lal S, et al. Comparing success rates in central venous catheter salvage for catheter-related bloodstream infections in adult patients on home parenteral nutrition: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2021 Sep 1;114(3):1173-88. DOI: 10.1093/ajcn/nqab164
13. Keane N, Ghannam A, Fragkos KC, Rahman F. Oral, enteral and parenteral nutritional therapies in scleroderma: A systematic review. *Clin Nutr ESPEN.* 2022;51:174-84. DOI: 10.1016/j.clnesp.2022.06.108
14. Carey S, Men M, Cunich M. The impact of targeted interventions aimed to improve quality of life in patients receiving home parenteral nutrition: A systematic literature review. *J Hum Nutr Diet.* 2023 Oct;36(5):1741-50. DOI: 10.1111/jhn.13225
15. Kirk C, Haigh L, Thompson NP, Pearce M, Jones DE, Mathers JC. The effects of different parenteral nutrition lipid formulations on clinical and laboratory endpoints in patients receiving home parenteral nutrition: A systematic review. *Clin Nutr.* 2022;41(1):80-90. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.11.009
16. Ahmed S, Innes JK, Calder PC. Influence of different intravenous lipid emulsions on fatty acid status and laboratory and clinical outcomes in adult patients receiving home parenteral nutrition: A systematic review. *Clin Nutr.* 2021;40(3):1115-22. DOI: 10.1016/j.clnu.2020.07.014
17. Pérez Illidge LC, Ramisch D, Valdivieso L, Guzman C, Antoni D, Rumbo C, et al. Non-conventional vascular accesses for the management of superior vena cava syndrome in patients with Intestinal Failure. Case series and systematic review. *Clin Nutr ESPEN.* 2021;45:275-83. DOI: 10.1016/j.clnesp.2021.08.008
18. Mercer-Smith GW, Kirk C, Gemmell L, Mountford C, Nightingale J, Thompson N. British Intestinal Failure Alliance (BIFA) guidance-haematological and biochemical monitoring of adult patients receiving home parenteral nutrition. *Frontline Gastroenterol.* 2021;12(7):656-63. DOI: 10.1136/flgastro-2020-101758
19. Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, et al. ESPEN guideline on home parenteral nutrition. *Clin Nutr.* 2020;39(6):1645-66. DOI: 10.1016/j.clnu.2020.03.005
20. Wouters Y, Causevic E, Klek S, Groenewoud H, Wanten GJA. Use of Catheter Lock Solutions in Patients Receiving Home Parenteral Nutrition: A Systematic Review and Individual-Patient Data Meta-Analysis. *J Parenter Enteral Nutr.* 2020 Sep;44(7):1198-209. DOI: 10.1002/jpen.1761
21. Vernon-Roberts A, Lopez RN, Frampton CM, Day AS. Meta-analysis of the efficacy of taurolidine in reducing catheter-related bloodstream infections for patients receiving parenteral nutrition. *J Parenter Enteral Nutr.* 2022;46(7):1535-52. DOI: 10.1002/jpen.2363
22. Sowerbutts AM, Jones D, Lal S, Burden S. Quality of life in patients and in family members of those receiving home parenteral support with intestinal failure: A systematic review. *Clin Nutr.* 2021;40(5):3210-20. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.02.009
23. Ozcelik H, Gozum S, Ozer Z. Is home parenteral nutrition safe for cancer patients? Positive effects and potential catheter-related complications: A systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2019 May;28(3):e13003. DOI: 10.1111/ecc.13003
24. Drummond MF, Jefferson TO. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ: The BMJ Economic Evaluation Working Party. *BMJ.* 1996;313(7052):275-83. DOI: 10.1136/bmj.313.7052.275
25. Detsky AS, McLaughlin JR, Abrams HB, Whittaker JS, Whitwell J, L'Abbé K, et al. A cost-utility analysis of the home parenteral nutrition program at Toronto General Hospital: 1970-1982. *J Parenter Enteral Nutr.* 1986;10(1):49-57. DOI: 10.1177/014860718601000149

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v8i2.208>

Infección protésica endovascular por *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterococcus faecium* y *Candida albicans*

Endograft infection by *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterococcus faecium* and *Candida albicans*

Marta Teresa Matía Sanz¹  0009-0005-5470-0066

Isabel Fiteni Mera¹  0000-0003-3171-7787

Soledad Isasi de Isasmendi Perez¹  0000-0001-6246-9072

Martín Gericó Aseguinolaza¹  0000-0003-0992-4018

Laura Peiro Muntadas¹  0000-0003-1974-5873

Paula Aragonés Pequerul¹  0000-0003-2429-5838

1. Hospital Royo Villanova de Zaragoza, Servicio de Medicina Interna, España.

Correspondencia/Correspondence

Marta Teresa Matía Sanz

Marta.msanz@gmail.com

Recibido/Received

05.04.2024

Aceptado/Accepted

26.06.2024

Conflicto de Intereses/Competing interest

No existen conflictos de intereses.

Financiación/Funding

Este trabajo no ha sido financiado por ninguna entidad.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Todas las autoras y los autores de este trabajo han contribuido por igual.

Agradecimientos/Acknowledgments

No ha habido apoyo ni financiero ni no financiero para la realización de este trabajo.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Matía MT, Fiteni I, Isasi de Isasmendi S, Gericó M, Peiro L, Aragonés P. Infección protésica endovascular por *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterococcus faecium* y *Candida albicans*. *Hosp Domic*. 2024;8(2):85-90.

RESUMEN

La hospitalización a domicilio (HaD) es una modalidad asistencial segura y eficaz para múltiples patologías, entre las que destacan infecciones que precisan antibioterapia endovenosa prolongada. El caso expuesto trata de una paciente con un ingreso hospitalario prolongado por una infección protésica endovascular con múltiples complicaciones y la implicación de microorganismos multiresistentes para los que no había alternativa antibiótica oral. Tras un ingreso en planta de Cirugía Vascular de 6 meses se trasladó a Hospitalización a Domicilio para completar TADE. En dicho ingreso se continuó con la pauta antibiótica prescrita produciéndose varias complicaciones que requirieron ajuste del tratamiento, entre ellas el cambio de antibioterapia a Meropenem iv que se administró en régimen de auto-TADE. Tras 7 meses de ingreso en HaD la paciente fue dada de alta con éxito, pudiéndose demostrar los beneficios que tiene esta alternativa asistencial en casos como el expuesto.

Palabras clave: Injerto Vascular; Antibacterianos; Hospitalización a Domicilio.

ABSTRACT

Hospitalization at home (HaD) is a safe and effective care modality for multiple pathologies, among which infections that require prolonged intravenous antibiotic therapy stand out. The case presented deals with a patient with a prolonged hospital stay due to an endovascular graft infection with multiple complications and the involvement of multi-resistant microorganisms for which there was no oral antibiotic alternative. After being admitted to the Vascular Surgery ward for 6 months, he was transferred to Hospitalization at home to complete TADE. During this admission, the prescribed antibiotic regimen was continued, resulting in several complications that required treatment adjustment, including the change of antibiotic therapy to IV Meropenem, which was administered in an auto-TADE regimen. After 7 months of admission to HaD, the patient was successfully discharged, demonstrating the benefits of this care alternative in cases such as the one described.

Keywords: Vascular Grafting; Anti-Bacterial Agents; Home Care.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización a domicilio (HaD) es una alternativa asistencial con múltiples beneficios conocidos tanto para el paciente como para sus familiares. Entre las actividades que desempeñan dichas unidades se encuentran el TADE (tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso) y su variante autoTADE (auto-administración de tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso) que ha demostrado ser una modalidad segura, efectiva y más eficiente que la hospitalización convencional en los procesos infecciosos⁽¹⁾. Este beneficio se multiplica en infecciones que requieren tratamiento antibiótico endovenoso prolongado, como es el caso de pacientes graves, foco séptico no controlado, escasa penetración del antibiótico en el lugar de infección, afectación de material protésico o las causadas por microorganismos multiresistentes (MMR).

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Se expone el caso de una paciente de 76 años, fumadora, con antecedentes de HTA, telangiectasia hemorrágica hereditaria tipo II (Enf. Rendu-Osler) y con intervención de endarterectomía de ACI izquierda en septiembre 2022. Ingresa el 7/11/2022 para tratamiento endovascular de vasculopatía periférica severa, realizándose intervención el 16/11: stent en iliaca común izquierda + by pass cruzado fémoro-femoral izquierda a derecha. Tras la cirugía la paciente comienza con múltiples complicaciones infecciosas durante el ingreso:

- Desde el inicio mala evolución de las heridas quirúrgicas con dehiscencia de herida inguinal izquierda y bacteriemia por *Proteus mirabilis* el 19/11 tratado con Ertapenem iv.
- Nueva bacteriemia por *Proteus mirabilis* el 28/12 con cultivo de herida positivo para *Proteus mirabilis* y *Pseudomonas aeruginosa* (Resistente a carbapenemes). Se inicia tratamiento con Piperacilina/Tazobactam + Ciprofloxacino y se realiza TAC donde se objetiva pseudoaneurisma anastomótico izquierdo que se interviene de urgencia diferida el día 5/01/ 2023 realizando limpieza de la colección y exéresis de PTFE anillado infectado + injerto ileofemoral + bypass femoro-femoral.
- Mala evolución, persistencia de fiebre con crecimiento en cultivos quirúrgicos del 5/01 de *E. faecium*, *Proteus* y *Candida albicans* por lo que se refuerza tratamiento antibiótico (se añade Linezolid + Fluconazol). A pesar de ello, la paciente sigue con febrícula por lo que se decide reintervención el 18/01/2023 con exéresis de prótesis infectada y recambio. La paciente presenta pancitopenia severa que se atribuye a Linezolid por lo que se sustituye por Vancomicina.
- El 2/03 se realiza PET-TAC (Figura 1) donde se objetivaban posible infección activa sobre componente iliaco externo de injerto vascular no retirado. Ante dichos resultados y tras cumplir 6 semanas de tratamiento antibiótico endovenoso se decide secuenciar a Dalvabancina iv quincenal, Fluconazol y Cefixima oral para continuar con supresor hasta completar un total de 6 meses.
- El 6/04 cuando se iba a proponer alta en 48 h, la paciente presenta empeoramiento brusco con fiebre de hasta 40°C y elevación de nuevo de reactantes de fase aguda secundario a colección en raíz de muslo derecho. Se drena el 7/04 con cultivo positivo para *Pseudomonas MDR* por lo que se modifica antibioterapia dirigida a Cefotaxidima + Dalvabancina + Fluconazol. No hay alternativa oral para *Pseudomonas* porque es

Resistente a quinolonas incluido Delafloxacino. E 3/05 se retira el drenaje de la colección y se repite PET-TAC así como estudio ecográfico, donde se objetiva infección sobre región distal del injerto axilo-femoral derecho, con absceso de partes blandas en muslo derecho que no es susceptible de drenaje. Tras valoración en sesión clínica, se decide optar por el tratamiento antibiótico supresor a largo plazo, debido a la implicación clínica que supone la cirugía de exéresis de by pass (pérdida de extremidad). Ante dicha situación, se plantea traslado a HaD con Dalbavancia + Ceftazidima + Fluconazol para completar al menos 6 meses de TADE según evolución clínica, analítica y de imagen.

El día 24/05/23, tras 6 meses de ingreso hospitalario, la paciente es trasladada al servicio de HaD. Durante la estancia en nuestro servicio se realizaron visitas diarias por parte de Enfermería y periódicas cada 2-3 días por parte de Medicina. Asimismo, se realizaron analíticas semanales. El día 5/06 la paciente presenta episodio de agranulocitosis que se atribuye a Ceftazidima por lo que se retira, se inicia tratamiento con factores de crecimiento y posteriormente se sustituye por Piperazilina/tazobactam. El 30/06 nuevo pico febril con aislamiento en hemocultivos de *Pseudomonas XDR* que obliga a nuevo cambio de tratamiento iniciándose Meropenem iv en régimen de autoTADE. Desde entonces la paciente presenta buena evolución clínica y analítica con mantenimiento de reactantes de fase aguda negativos y con mejoría significativa en las pruebas de imagen. El 2/10, tras ser valorada por el servicio de Enfermedades Infecciosas se decide suspender Dalvabancina y Fluconazol (ha cumplido 9 meses) y mantener tratamiento con Meropenem iv. El 23/11 se repite de nuevo el PET-TAC (Figura 2) donde se objetiva resolución de la infección por lo que de acuerdo con C. Vascular y Enfermedades Infecciosas se suspende el 14/12 Meropenem (ha cumplido 5 meses). Finalmente, el día 22/12, tras 7 meses de ingreso en HaD la paciente es dada de alta, tras la cual, la paciente ha continuado con controles periódicos en C. Vascular e Infecciosas sin nuevas complicaciones.

La infección de un injerto o endoinjerto vascular tras una cirugía es una complicación muy grave con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Siempre que sea posible, debe realizarse un desbridamiento amplio del tejido infectado con retirada del injerto. Si el injerto vascular infectado se ha retirado y sustituido por completo, se considera que 6 semanas de tratamiento intravenoso son suficientes, pero si no es posible retirarlo por completo, se suele indicar un tratamiento supresivo crónico con una duración de al menos 6-8 meses según evolución clínica, marcadores inflamatorios y pruebas de imagen (PET-TC)^(2,3). Habitualmente se indicaría una asociación de rifampicina y levofloxacino o monoterapia con cotrimoxazol, linezolid o tedizolid según antibiograma. En el caso de la paciente descrita, la infección que presenta es polimicrobiana con participación de *Pseudomonas* resistente a tratamiento oral en el que el manejo terapéutico se complica. Gracias a la unidad de HaD, se pudo completar el tratamiento antibiótico endovenoso en el domicilio durante 7 meses más y tras 6 meses de ingreso hospitalario, siendo éste un claro ejemplo de los beneficios del TADE demostrando que se trata de una modalidad asistencial segura y efectiva, incluso en situaciones complejas⁽⁴⁾. Además, en este caso, dada la aparición durante el ingreso de *Pseudomonas XDR* solo sensible a Meropenem, se recurrió, tras instruir de forma exhaustiva al familiar, a la modalidad de auto-TADE, que se llevó a cabo sin ninguna complicación^(5,6). El acceso venoso que llevó la paciente fue un catéter central de inserción periférica que se cambió en el episodio de bacteriemia en julio y que posteriormente se mantuvo el resto del ingreso. Tanto la paciente como su familiar, pudieron beneficiarse de las múltiples ventajas del ingreso domiciliario tras una estancia muy prolongada en el hospital. Además de disminuir los riesgos asociados al ingreso convencional, mejoró la calidad de vida del paciente y de su familiar, acelerando su recuperación.

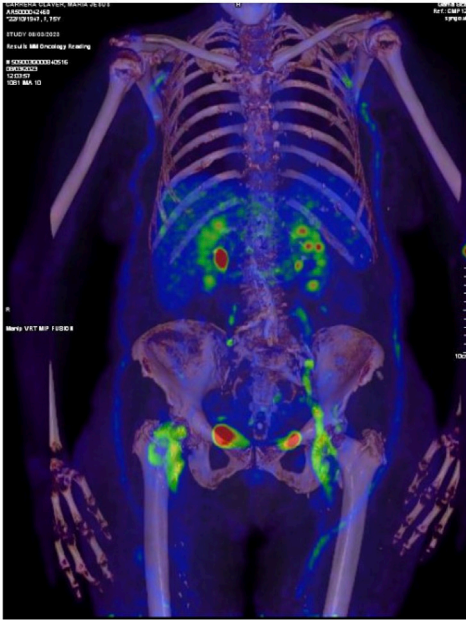


Figura 1. PET-TC (2/03/23)



Figura 2. PET-TC (22/11/23)

CONCLUSIONES

La Hospitalización a domicilio para TADE y auto-TADE ha demostrado ser una modalidad asistencial segura, efectiva y eficiente para muchos procesos infecciosos. Con la exposición de este caso, se avalan los beneficios que tiene esta alternativa asistencial en el tratamiento de una infección protésica endovascular compleja con implicación de MMR que requirió 12 meses de tratamiento, de los cuales 7 meses se realizaron en régimen de hospitalización a domicilio con éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Ramallo VJ, Mirón-Rubio M, Mujal A, Estrada O, Forné C, Aragón B, Rivera AJ. Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain. *Int J Antimicrob Agents* 2017;50(1):114-8. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2017.02.017
2. Wouthuyzen-Bakker M, Van Oosten M, Bierman W, Winter R, Glaudemans A, Slart R, Toren-Wielema M, Tielliu I, Zeebregts C.J., Prakken N H.J, de Vries JP, Saleem B R. Diagnosis and treatment of vascular graft and endograft infections: a structured clinical approach. *Int J Infect Dis.* 2023;126:22-7. DOI: 10.1016/j.ijid.2022.11.011
3. Chakfé N, Diener H, Lejay A, Assadian O, et al. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2020 Clinical Practice Guidelines on the Management of Vascular Graft and Endograft Infections. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2020;59(3):339-84. DOI: 10.1016/j.ejvs.2019.10.016
4. Dominguez-Cainzos J, Rodrigo-Manjon A, Rodriguez-Chinesta JM, Apodaka-Diez A, Bonmatí G, Bereciartua E. Abdominal aortic endograft infection. A decade of experience and literature review. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed).* 2021;S0213-005X(21)00219-6. DOI: 10.1016/j.eimc.2021.06.018
5. Manning L, Wright C , Ingram PR. Continuous infusions of meropenem in ambulatory care: clinical efficacy, safety and stability. *PLoS One.* 2014;14(9(7):e102023. DOI: 10.1371/journal.pone.0102023
6. Dubois-Silva A, Otero-Plaza L, Dopico-Santamariña L, et al. Outpatient parenteral antimicrobial therapy with continuous infusion of meropenem: A retrospective analysis of three years of clinical experience. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed).* 2023;41(6):321-8. DOI: 10.1016/j.eimc.2021.11.012

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v8i2.212>

A propósito del artículo “La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”

About the article “Home care: Family support in glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus”

Elian Analí Camero-Ortiz¹  0009-0002-4101-3599

1. Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Medicina, Chorrillos, Lima, Perú.

Correspondencia/Correspondence

Elian Camero
Elian.camero@upsjb.edu.pe

Recibido/Received

23.06.2024

Aceptado/Accepted

09.07.2024

Conflicto de Intereses/Competing interest

Sin conflicto de interés.

Financiación/Funding

Sin financiación.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Camero-Ortiz EA. A propósito del artículo “La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. *Hosp Domic.* 2024;8(2):91-2.

Señora directora:

Hemos leído con mucho interés el artículo titulado "La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Esta enfermedad constituye un creciente desafío de salud a nivel global⁽¹⁾ y es evidente que las personas diagnosticadas con diabetes a menudo buscan orientación y apoyo de los miembros de su familia⁽²⁾. Para abordar sus problemas de salud, y la naturaleza de esta respuesta puede tener un impacto tanto positivo como negativo en el control de su enfermedad.

La revista peruana, publicó un artículo semejante, los resultados del estudio indican que el 50,60% de los participantes fueron mujeres. El 62% de los participantes obtuvieron un soporte familiar adecuado, y la edad del paciente está significativamente relacionada con su control glicémico. Consideraron otras variables, siendo la más representativa el cuidador primario, donde se evidencia que el primer lugar la encabeza el hijo con un 50,6 %, seguido del cónyuge con un 20,3%. El 62% de los participantes tuvieron control glicémico controlado y de estos el 44,9% tiene un soporte familiar adecuado⁽³⁾.

En ambos artículos si existe una asociación entre soporte familiar y control glicémico. Sin embargo, en su investigación el estudio refleja datos negativos, en donde el apoyo familiar es bajo con un 27% y este es menor en las mujeres⁽⁴⁾. También se evidencia que el 57% de los encuestados no presenta un buen control glicémico.

También existe una gran diferencia en los ítems utilizados para determinar las características sociodemográficas de los pacientes encuestados, donde no se identifica quien es el cuidador primario del paciente diabético⁽⁵⁾.

En conclusión, se deben de realizar más estudios acerca de esta asociación incluyendo ítems en la encuesta acerca de quién es la persona que le brinda mayor soporte familiar al paciente diabético, empleando el término de cuidador primario, porque influyen significativamente en la atención, el cuidado de su control glicémico y la conservación de su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Delgado JA, Sánchez Lara NE. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones. *Rev Finlay*. 2022;12(2):168-76.
2. Medellín Fontes MM, Rivera Heredia ME, López Peñaloza J, Kanán Cedeño MEG, Rodríguez-Orozco AR. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Ment*. 2012;35(2):147-54.
3. Abuhadba Miranda C, Espiritu N, Gamarra Gonzáles D. Asociación entre soporte familiar y control glicémico en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en un consultorio de endocrinología de un hospital nacional. *Horiz Med (Lima)*. 2021;21(4):e1489. DOI: 10.24265/horizmed
4. Reynoso-Vázquez J, Hernández-Rivero E, Martínez-Villamil M, Zamudio-López J L, Islas-Vega I, Pelcastre-Neri A, et al. La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Hosp Domic*. 2020;4(4):199-207. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i4.118
5. Expósito Concepción Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cancer. *Rev Haban Cienc Med [Internet]*. 2008 [citado 23 junio];(3). Disponible en: <https://bit.ly/3Wf5KJK>