



HAD
www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL. 1(4) · AÑO 2017 · ISSN-L 2530-5115





HAD

www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

ISSN-L 2530-5115 · DOI: 10.22585

ENTIDADES EDITORAS

CIVIN Centro Internacional Virtual de Investigación en
Nutrición

 **SEHAD**
Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

ENTIDADES COLABORADORAS


Vegenat[®]
HEALTHCARE

 **Shire**

PÁGINA WEB

<http://www.revistahad.eu>

CONTACTO

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

CONTACTO DE ASISTENCIA

Soporte técnico HAD
revista@revistahad.eu

EQUIPO EDITORIAL

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

ENVÍO DE TRABAJOS

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

EVALUACIÓN POR PARES

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

DISEÑO

MOTU ESTUDIO
www.motuestudio.com

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.1(4)·AÑO 2017·JULIO-SEPTIEMBRE

SUMARIO

EDITORIALES

- 185-187 La importancia y necesidad del Digital Object Identifier (DOI)
[The Importance and necessity of the Digital Object Identifier \(DOI\)](#)
Equipo editorial de la revista Hospital a Domicilio

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 189-197 Estudio comparativo entre pacientes EPOC ingresados en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional.
[Comparative study between COPD patients admitted in hospital at home and conventional hospitalization](#)
Pablo Ruiz-Sada, María-José Esquillor-Rodrigo, Lara Palacios-García, María-Jesús Iguzquiza-Pellejero, Idoia Oroz-Segura, Isabel Resano-García

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 199-210 Evaluación de la calidad de vida según el estado nutricional del paciente paliativo adulto: revisión sistemática
[Evaluation of quality of life according to the nutritional status of the adult palliative patient: systematic review](#)
Ester Aracil-Lavado, Carmina Wanden-Berghe, Javier Sanz-Valero

ARTÍCULOS ESPECIALES

- 211-220 La red SciELO (Scientific Electronic Library Online): perspectiva tras 20 años de funcionamiento
[The SciELO network \(Scientific Electronic Library Online\): perspective after 20 years of operation](#)
Cristina Bojo Canales

RESEÑAS

- 221-222 Reseña de libro: Treinta y seis años al frente de una revista científica
[Book review: Thirty-six years editing a scientific journal](#)
Helena Martín-Rodero

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i4.30>

La importancia y necesidad del Digital Object Identifier (DOI)

The Importance and necessity of the Digital Object Identifier (DOI)

Equipo editorial de la revista Hospital a Domicilio

Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

editor@revistahad.eu

Conflicto de Intereses/Competing interest:

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Financiación/Fundings:

No se declara ninguna fuente específica de financiación ni ayuda económica recibida.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Equipo editorial. La importancia y necesidad del Digital Object Identifier (DOI). Hosp Domic. 2017;1(4): 185-7

Digital Object Identifier (DOI) es, hoy en día, el indicador más usado para identificar cualquier entidad digital. Es una referencia en línea (digital) que apunta a la tipificación de un recurso (objeto). Esto permite que los DOI proporcionen una referencia estable a los usuarios de un objeto incluso si la dirección web (URL - *Uniform Resource Locator*) donde esté almacenado el recurso haya cambiado. Es un sistema parecido a los identificadores URI (*Uniform Resource Identifier*), cadena de caracteres que identifica los recursos de una red de forma unívoca.

DOI es un código suficientemente implantado y aplicable a cualquier tipo de objeto (artículo, libro, capítulo de libro, imagen, documento sonoro, producto audiovisual, etc.). Su principal aportación es asegurar la identificación persistente y unívoca a un documento, a través de un registro sistemático de sus metadatos en un registro central (1).

DOI es, hoy en día, el indicador más usado para identificar cualquier entidad digital. Es una referencia en línea (digital) que apunta a la tipificación de un recurso (objeto). Esto permite que los DOI proporcionen una

referencia estable a los usuarios de un objeto incluso si la dirección web (URL - *Uniform Resource Locator*) donde esté almacenado el recurso haya cambiado. Es un sistema parecido a los identificadores URI (*Uniform Resource Identifier*), cadena de caracteres que identifica los recursos de una red de forma unívoca.

Por tanto, a diferencia del sistema URL, usado para localizar las páginas web, el sistema DOI no cambia con el paso del tiempo, aunque el objeto (documento) sea reubicado en una dirección distinta puesto que lleva la información incorporada en forma de metadatos.

El DOI consiste en un código alfanumérico que identifica en la web un artículo y que lo recupera incluso si éste se ubica en un servidor distinto al que fue alojado en un principio, evitando así el típico problema de los enlaces rotos (2).

El sistema DOI se construye a partir de varios estándares existentes, basados en componentes que hacen que el código final sea único e irrepetible. El sistema ha sido aceptado para su estandarización por la Organización Internacional de Estandarización (ISO) con el registro ISO 26324:2012. El DOI está constituido por dos componentes: el prefijo y el sufijo. Juntos forman el identificador. Los dígitos colocados después de la diagonal (barra inclinada), el sufijo del DOI, puede corresponder a un identificador existente, mientras que los ubicados antes de la diagonal, el prefijo del DOI, pertenecen a un nombre único de autoridad. En la extensión del DOI no hay una limitación (2).

El sistema está gestionado por la *International DOI Foundation* (<https://www.doi.org/>), aunque el registro se realiza a través de Agencias de Registro. En el caso de la revista Hospital a Domicilio, a través de Crossref (<https://www.crossref.org/>). Crossref es un consorcio de editores sin ánimo de lucro, al que se ha adherido la revista Hospital a Domicilio, que realiza los servicios de registro para las entidades miembro.

La estructura del identificador DOI se compone de dos partes, separadas por una barra inclinada: Prefijo/Sufijo.

- Prefijo, asignado al editor (editorial) por una agencia registradora.
- Sufijo, designación dada por el editor (editorial) al contenido específico que se va a identificar.

Por ejemplo, la estructura DOI de artículo, 10.22525/hospdomic.v1i1.6, publicado en la revista Hospital a Domicilio, puede leerse de la manera que se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Sintaxis de numeración estandarizada del Digital Object Identifier (DOI) de un artículo publicado en la revista Hospital a Domicilio.			
Prefijo		Sufijo	
Código de la agencia registradora del DOI	Código del editor que asigna el sufijo	Código de la revista (asignado por el editor)	Código del artículo (asignado por el editor)
10	22585	hospdomic	v1i1.6

Si al indicador anterior se le agrega la dirección <http://dx.doi.org/>, es decir <http://dx.doi.org/10.22525/hospdomic.v1i1.6>, se dirige a la base de datos del DOI y de allí el sistema enlaza automáticamente con el documento (objeto digital), permitiendo el rápido enlace con él.

Por tanto, mediante el DOI, cualquier artículo publicado en nuestra revista puede ser fácilmente rastreable y su contenido es susceptible de búsqueda por las herramientas disponibles (3).

Desde el primer número de la revista Hospital a Domicilio, ya se tuvo en cuenta la asignación a cada uno de los artículos del DOI, convencidos de que era un compromiso editorial para preservar los artículos que se publicaran y conscientes de que las referencias incluidas en la bibliografía de un artículo serían, en muchas ocasiones, consultadas y estudiadas (4). Y, permite hacer efectivo el compromiso de mantener la disponibilidad de cualquier artículo publicado.

El código DOI no es la única forma de obtener identificaciones fijas, pero se ha convertido en el sistema principal. Debido a esta fortaleza, si un artículo científico cuenta con correspondiente código DOI, se puede tener la garantía de que podrá ser detectable y que su referencia no desaparecerá.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Yunta L. Pensando en digital: uso del doi en revistas españolas, una asignatura aún pendiente. *Anu ThinkEPI*. 2013;7:164-8.
2. El editor. En síntesis: El DOI, Identificador de Objetos Digitales. *Inf Tecnológica*. 2011;22(6):1. DOI: 10.4067/S0718-07642011000600001
3. Goldenberg D. The importance of the DOI Digital Object Identifier. *Rev Bras Cir Plástica*. 2014;29(3):311. DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0058
4. Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de la producción científica, indizada en MEDLINE, sobre los servicios de salud proporcionados por las unidades de hospitalización a domicilio. *Hosp Domic*. 2017;1(1):21. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.3

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i4.22>

Estudio comparativo entre pacientes EPOC ingresados en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional.

Comparative study between COPD patients admitted in hospital at home and conventional hospitalization

Pablo Ruiz-Sada¹, María-José Esquillor-Rodrigo², Lara Palacios-García³, María-Jesús Iguzquiza-Pellejero¹, Idoia Oroz-Segura⁴, Isabel Resano-García⁴

1. MD, Servicio Medicina Interna, Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra), España.

2. PhD, Servicio Medicina Interna, Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra), España.

3. MD, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España.

4. DUE, Servicio Medicina Interna, Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra), España.

Correspondencia/Correspondence

Pablo Ruiz-Sada.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra), España.

Calle Donantes de Sangre número 19. CP 31523.

pablitasitas@gmail.com

Conflicto de Intereses/Competing interest

Ninguno que declarar

Recibido/Received

23.06.2017

Aceptado/Accepted

06.10.2017

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Ruiz-Sada P, Esquillor-Rodrigo M J, Palacios-García L, Iguzquiza-Pellejero M J, Oroz-Segura I, Resano-García I. Estudio comparativo entre pacientes EPOC ingresados en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. *Hosp Domic.* 2017;1(4):189-97

RESUMEN

Objetivo: Demostrar el riesgo añadido derivado de la Hospitalización Convencional (HC) cuando ésta puede ser sustituida por la Hospitalización a Domicilio (HAD) en el contexto de reagudizaciones de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Pacientes y métodos: Estudio de cohortes histórico con análisis retrospectivo y comparativo de datos en que se seleccionan pacientes ingresados en HAD desde el 2010 hasta la actualidad. Se comparan 30 pacientes con reagudización de EPOC que cumplían criterios de ingreso en HAD e ingresan en HAD con 30 pacientes con reagudización de EPOC que cumplían criterio de HAD, pero ingresan en HC.

Resultados: No se apreciaron diferencias en las características basales de los dos grupos. Se midieron los reingresos en el hospital y la mortalidad por reagudización de EPOC y por otras causas al mes del alta. En el grupo HC se observó mayor reingreso por reagudización de EPOC 0,333 (IC 0,118-0,943), mayor reingreso global 0,345 (IC 0,155-0,772) así como mayor mortalidad global 0,103 (IC 0,15-0,696).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que existe un riesgo aumentado de reingreso y mortalidad al mes atribuible a la HC tras un episodio de reagudización de EPOC.

Palabras clave: Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Readmisión del Paciente; Mortalidad.

ABSTRACT

Aim: To demonstrate the risk derived from Conventional Hospitalization (CH) when it can be replaced by Hospital at Home (HAH) units in the context of Chronic Obstructive Pulmonary Disease exacerbations.

Patients and methods: Historical cohort study with retrospective and comparative data analysis in which patients admitted to HAD are selected from 2010 to the present. 30 patients with exacerbation of who met criteria for admission to HAH and entered HAH, compared with 30 patients who met HAH criterion but who entered CH.

Results: There were no differences in the baseline characteristics of the two groups. Hospital readmissions and mortality due to exacerbation of COPD and other causes were measured one month after discharge. In the CH group, greater re-admission due to exacerbation of COPD was observed .333 (CI 0.118-0.943), greater global readmission 0.345 (CI 0.155-0.772) and greater overall mortality 0.103 (CI 0.15-0.696).

Conclusions: Our study suggests that there is an increased risk of readmission and mortality after one month attributable to HC after an episode of exacerbation of COPD.

Keywords: Home Care Services, Hospital-Based; Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Patient Readmission; Mortality

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) supone una obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo asociada principalmente al humo del tabaco (1,2). Causa una gran morbilidad y mortalidad a escala global, provocando todos los años la muerte de al menos 2,9 millones de personas. Actualmente es la cuarta causa de muerte y será la tercera en 2020 (2). En España, 18.000 personas mueren al año de EPOC generando un gasto estimado en 909.5 euros al año por paciente (3). Teniendo en cuenta que el 80% deriva de gastos hospitalarios y fármacos, la Hospitalización a Domicilio (HAD) se ha erigido como una alternativa a la Hospitalización Convencional (HC) en un intento de disminuir los costes generados por la enfermedad.

Más allá de la mejoría de parámetros económicos derivados de la implantación de las Unidades de HAD para pacientes con EPOC (*Estudio Delphi*), muchos expertos consideran la HAD como beneficiosa para el manejo de los pacientes con agudizaciones de EPOC al evitar la posibilidad de contraer infecciones nosocomiales, mejorar la efectividad de tratamientos como la oxigenoterapia, la ventilación mecánica, la rehabilitación en domicilio y potenciar la adherencia a tratamientos crónicos.

Existen numerosos datos hoy en día que indican que pacientes seleccionados podrían ser tratados en el domicilio. Desde estudios no controlados (4) como controlados y aleatorizados (5). En dichos trabajos, se consigue la recuperación del paciente sin un aumento en la tasa de reingresos, recaídas o fracasos terapéuticos. No existe, sin embargo, ningún estudio que al comparar la HC con la HAD demuestre un riesgo de reingreso o mortalidad atribuible a la HC. El propósito de este estudio es comparar la HC frente a la HAD en el contexto de reagudización EPOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de cohortes históricas para analizar de forma retrospectiva 30 pacientes diagnosticados de reagudización de EPOC que ingresaron en HD y comprarlos con 30 que ingresaron el HC. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica local. Se seleccionan pacientes con EPOC según la clasificación GOLD (6) ingresados en HAD desde el 2010 hasta la actualidad.

El diagnóstico de reagudización de EPOC se realizó en base a la historia clínica, exploración física, datos de laboratorio y radiológicos. El aumento de disnea basal, el aumento del volumen y/o purulencia del esputo y la fiebre fueron los datos clínicos escogidos para definir clínicamente reagudización de EPOC. Los parámetros a destacar en la exploración física fueron la presencia de taquipnea, SpO₂ < 90% y la auscultación pulmonar de roncus o sibilancias. La elevación de reactantes de fase aguda, el descenso de pO₂ < 60mmHg y la elevación de Pco₂ > 50 mm Hg lo fueron en la analítica. En cuanto a la radiología valoramos datos indirectos de EPOC y de afectación parenquimatosa pulmonar aguda.

El abordaje estándar inicial siguió las recomendaciones de GesEPOC (7). Durante su estancia en urgencias, el paciente fue valorado por el equipo de medicina interna que ofreció, si procedía, el ingreso en HAD. Previa firma de consentimiento informado, se incluyeron pacientes con neumonía, como sin ella, que cumplían criterios de inclusión en HAD, siempre en función de disponibilidad de camas (Tabla 1). Consecuentemente, tomamos dichos criterios de inclusión y exclusión como nuestros para el estudio. Añadimos, sin embargo, como criterio de exclusión para nuestro análisis, el retorno de pacientes procedentes de HAD a la HC por la razón que fuese y el fallecimiento durante el ingreso a estudio.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión en HAD
Estabilidad clínica Respiratoria: SpO2 aceptable para flujos máximos de 3 litros/minuto Hemodinámica: TAM asumible para aportes máximos de 1 L/24 horas
Diagnóstico definido
Pertenecientes al área sanitaria
Domicilio condiciones salubridad
Cuidador 24 horas
Teléfono de contacto

El grupo de HC ingresó en planta y siguió el mismo protocolo terapéutico que el grupo de HAD bajo la estrategia de trabajo habitual en la planta de Medicina Interna. Los pacientes ingresados en HAD se trasladaron en ambulancia al domicilio y recibieron visita de médico internista y enfermera el día siguiente. Ambos grupos se dirigieron a un régimen u otro tras ser valorados por el equipo médico en urgencias. Permanecieron en dicho servicio el tiempo necesario para la estabilización clínica.

Tras la valoración inicial, el médico estableció el plan terapéutico y el circuito a seguir para demandar asistencia sanitaria urgente y programada. A partir de ahí, se mantuvo una tónica de visitas diarias por enfermería y cada 48 horas por el médico, excluyendo los fines de semana, siempre y cuando el curso clínico no requiriera modificar la estrategia. Haciendo honor a la patología de base bronquial presente en estos pacientes, todos son citados en consultas de Medicina Interna 1 mes tras el alta.

Se recogieron variables cuantitativas continuas como la edad, la saturación de oxígeno, la tensión arterial sistólica y diastólica, la frecuencia cardíaca, el valor de urea y creatinina al diagnóstico, el Índice Barthel, número de ingresos previos por EPOC y los días de estancia. Como variables cualitativas se recogieron el sexo, el hecho de ser "reagudizador" (> 2 reagudizaciones el año previo), llevar oxígeno domiciliario, estar institucionalizado, presentar deterioro cognitivo (Test Pfeiffer > 3 errores), la presencia de factores de riesgo (consumo de tabaco y alcohol) y comorbilidades (HTA, DM, hepatopatía, insuficiencia cardíaca, anemia y neoplasia), presentar eventos en el ingreso destacables (síndrome confusional, diarrea, desnutrición) así como el reingreso y mortalidad acumulados al mes del episodio por EPOC, por otra causa o en global. Estas últimas seis variables fueron las variables principales.

Se compararon las características basales de los grupos utilizándose CHI cuadrado y la prueba de la T. Se observaron los eventos en relación a la presencia o no del factor de riesgo: Hospitalización convencional. Se calcularon Riesgos Relativos (RR) de reingreso y mortalidad asociados a la Hospitalización Convencional. Debido al reducido tamaño muestral no se pudo realizar análisis multivariante. Se intentó, sin embargo, relacionar los hallazgos con las variables medidas. Se revisaron las Historias clínicas electrónicas de los pacientes y se construyó una base de datos con el programa SPSS versión 23.0.

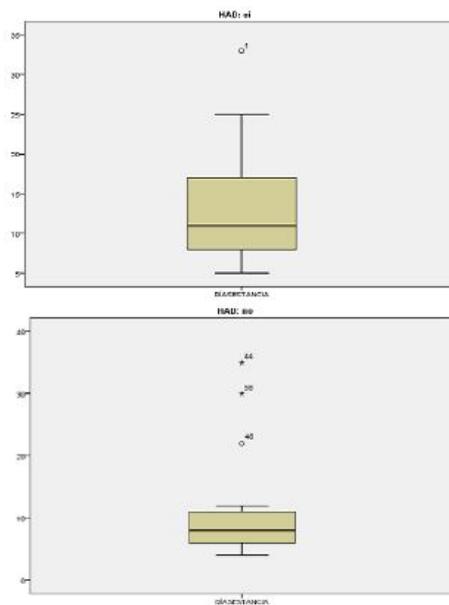
RESULTADOS

Se compararon todas las variables entre el grupo Hospitalización Convencional (Grupo de HC) y el grupo Hospitalización Domiciliaria (Grupo de HD) sin observarse diferencias significativas en ninguna. La "p" es NS, mayor a 0,05 concluyéndose que son grupos comparables. Las características de los sujetos incluidos se muestran en la Tabla 2. Se apreció, sin embargo mayor dispersión en la variable "Días de estancia" en el Grupo de HD (Figura 1). En dicho grupo el paciente que menor tiempo estuvo ingresado permaneció solo 8 días y el que más 17, lo que contrasta con el mínimo y el máximo del Grupo HC, 6-12 respectivamente.

Tabla 2. Características basales sujetos incluidos		
	HAD SI	HAD NO
EDAD	81,33 DE 10,172	80,4 DE 9,91
SEXO	80% MUJERES 20% HOMBRES	60% MUJERES 40% HOMBRES
ESTADÍO GOLD	1: 13,3% 2: 20% 3: 36,7% 4: 30%	1: 16,7% 2: 23,3% 3: 20% 4: 40%
ESTACIÓN	Invierno 40% Resto 60%	Invierno 46% Resto 54%
REAGUDIZADOR	60%	50%
OXÍGENO DOMICILIARIO	53,3%	40%
INSUFICIENCIA CARDÍACA	56,7%	63,3%
HTA	73%	80%
DM	80%	43%
HEPATOPATÍA	3,3%	3,3%
ALCOHOL	23,3%	36,7%
TABACO	20%	36,7%
ANEMIA	16,7%	13,3%
NEOPLASIA	16,7%	10%
DETERIORO COGNITIVO	33,3%	26,7%

Tabla 2. Características basales sujetos incluidos		
INSTITUCIONALIZADO	10%	20%
FIEBRE	20%	30%
RETENCIÓN DE CARBÓNICO	26,7%	26,7%
CONFUSIONAL AL INGRESO	33,3%	26,7%
DIARREA AL INGRESO	10%	6,7%
DESNUTRICIÓN AL INGRESO	20%	30%
DÍAS DE ESTANCIA	13,27 DE 6,49	11,05 DE 8,61
BARTHEL < 35	26,6%	36,7%

Figura 1. Dispersión variable días de estancia



Se calculó RR de reingreso por reagudización de EPOC 0,333 (IC 0,118-0,943), de reingreso por otra causa 0,722 (IC 0,284-1,834), de mortalidad por reagudización de EPOC 0,154 (0,023-1,01), por otra causa 0,37 (IC 0,065-2,29), reingreso global 0,345 (IC 0,155-0,772) y mortalidad global 0,103

(IC 0,15-0,696). Como se aprecia, los cálculos son estadísticamente significativos para el reingreso por EPOC, para el reingreso global y la mortalidad global (Tabla 3). Expresado de otra manera (1/RR), encontramos estadísticamente significativo que la hospitalización convencional en nuestro estudio implica una probabilidad 3 veces mayor de reingreso por EPOC en el primer mes, 2,93 veces mayor de reingreso global y 9,7 veces de mortalidad global.

Tabla 3. Detalle de la N y el % de las variables resultado del estudio		
	Grupo de HD	Grupo de HC
	N %	N %
Reingreso por EPOC	5 16,66	13 43,33
Reingreso por otra causa	6 20	4 13,33
Reingresos globales	11 36,66	17 56,66
Mortalidad por EPOC	0 0	9 30
Mortalidad por otra causa	1 3,33	2 6,66
Mortalidad total	1 3,33	11 36,66

No se realizó análisis multivariante por el escaso número de pacientes incluidos en el estudio. Sin embargo, se realizó análisis comparativo de las variables con el reingreso o la mortalidad derivadas del episodio. Así, no se encontró diferencias en reingreso ni en mortalidad en función de la estación del año, ni en función de ser reagudizador o estar en tratamiento con oxígeno domiciliario. Se observa, sin embargo, cómo el 20% del grupo de estadios GOLD bajo (1 y 2) mueren frente al 30% del grupo estadios avanzados.

DISCUSIÓN

La EPOC es un proceso de alta prevalencia, cuyas reagudizaciones provocan muchas hospitalizaciones con alto impacto socioeconómico. La experiencia ha demostrado que un tratamiento y seguimiento continuado por parte de una unidad de HAD permite estabilizar al paciente con una eficacia similar a la hospitalización convencional (8-9).

Un alto porcentaje de los ingresos en las unidades de HAD son por EPOC. En nuestra unidad, suponen el 7,5 % del total (10). Cuando se pone a disposición del paciente técnicas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos que permiten su tratamiento integral en domicilio, disminuyen las complicaciones derivadas del ingreso convencional, y aumenta su calidad de vida.

Múltiples estudios prospectivos aleatorios (4,5) demuestran que el tratamiento del EPOC en HAD aumenta la calidad de vida y disminuye los costes sanitarios. Con todos estos datos la sociedad de HAD, la SEMERGEN (9) y la propia Sociedad Europea de respiratorio, recomiendan en sus do-

cumentos de consenso el manejo en el domicilio de las reagudizaciones moderadas de la EPOC, reservando el hospital para las reagudizaciones graves (11).

La robustez del estudio radica en que los grupos son comparables. Se confrontan todas las variables sin observarse diferencias significativas entre ellas. Aun así, no se recogieron datos clínicos y biológicos al ingreso y durante el mismo como la necesidad de corticoides endovenosos, de broncodilatadores nebulizados, de ventilación mecánica no invasiva o la presencia de gérmenes resistentes. Sólo conociendo una distribución homogénea de estos datos entre los dos grupos se podría concluir que el mayor porcentaje de reingresos el grupo HC es atribuible a la propia HC.

El riesgo de reingreso asociado al episodio en el grupo de HC es prácticamente tres veces mayor, presentando, además, mayor mortalidad. Estos resultados deben ser interpretados con cautela. Podrían ser debidos, a aspectos desfavorables de la HC (infecciones nosocomiales, síndrome confusional-agitación, factores dietéticos o desnutrición) que fueron medidos como objeto del estudio y se distribuyeron por igual entre los dos grupos. Podrían, sin embargo, también deberse a otras variables confusoras, que no han sido medidas. Por ejemplo, se desconoce la existencia de cuidador en casa de los pacientes ingresados en HC o no, cosa que influiría en una mayor tasa de reingresos tras el alta.

En cuanto a las causas concretas que justifican estos resultados las desconocemos. En principio no ha sido el propósito del presente estudio y trabajos con un mayor número de pacientes son necesarios para ello en el futuro.

Así pues, se puede concluir que el estudio sugiere que existe un riesgo aumentado de reingreso y mortalidad al mes atribuible a la HC tras un episodio de reagudización de EPOC. Trabajos con más pacientes en un futuro son necesarios para determinar el por qué.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balaguer C, Carrera M, Agustí A. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (I). *Medicine*. 2006;9(63):4077-9. DOI: 10.1016/S0211-3449(06)74381-8
2. Laredo LM. Fármacos en el tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica. En: Lorenzo P, Morena A, Loza JC, Lizardian I, Moro MA, editores. *Farmacología básica y clínica*. 17ª edición. Madrid, España: Editorial Panamericana; 2005. p.907-18.
3. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jimenez Ruiz CA, Fernández Fau L, Viejo JL, Miravittles M. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. *Arch Bronconeumol*. 2004;40(2):72-9. DOI: 10.1016/S0300-2896(04)75476-9; PMID: 14746730
4. Gravil JH, Al-Rawas OA, Cotton MM, Flanigan U, Irwin A, Stevenson RD. Home treatment of exacerbations of chronic pulmonary disease by an acute respiratory assesment service. *Lancet*. 1998;351(9119):1853-5.
5. Ram S, Wedzicha JA, Wright J, Greenstone M. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ Br Med J*. 2004;329(7461):315. DOI: 10.1136/bmj.38159.650347.55; PMID: 15242868
6. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017 [Website]. Bethesda, USA: National Heart, Lung, and Blood Institute & US National Institutes of Health & World Health Organization; 2016 [accessed August 17, 2017]. Available from: <http://goldcopd.org>

7. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50(Supl 1):1-16. DOI: 10.1016/S0300-2896(14)70070-5; PMID: 24507959
8. Left B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouyr SK et al. Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care for acutely older patients. Ann Intern Med. 2005;143(11):798-808. DOI: 10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008; PMID: 16330791
9. Arnedillo Muñoz A. Consenso sobre atención integral de las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ATINA-EPOC): Parte V. Semergen. 2013;39(1):41-7. DOI: 10.1016/j.semerg.2012.04.005; PMID: 23517896
10. Esquillor-Rodrigo MJ. Hospitalización a Domicilio. Una alternativa a la hospitalización tradicional [tesis de postgrado]. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza; 2016.
11. Siafakas NM, Vermeire P, Brie NB, et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The European Respiratory Society Task Force. Eur Resp J. 1995;8(8):1398-420. PMID: 7489808

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i4.27>

Evaluación de la calidad de vida según el estado nutricional del paciente paliativo adulto: revisión sistemática

Evaluation of quality of life according to the nutritional status of the adult palliative patient: systematic review

Ester Aracil-Lavado¹, Carmina Wanden-Berghe^{2,3}, Javier Sanz-Valero^{1,3}

1. Universidad Miguel Hernández, Elche, España.

2. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

3. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica (ISABIAL-FISABIO), Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

Dr. Javier Sanz-Valero

Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Miguel Hernández.

Campus de Sant Joan d'Alacant, Alicante, España.

jsanz@umh.es

Conflicto de Intereses/Competing interest

Las autoras y el autor declaran la no existencia de ningún tipo de conflicto de interés

Recibido/Received

29.07.2017

Aceptado/Accepted

06.10.2017

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Aracil-Lavado E, Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. Evaluación de la calidad de vida según el estado nutricional del paciente paliativo adulto: revisión sistemática. *Hosp Domic.* 2017;1(4):199-210

RESUMEN

Objetivo: Revisar la literatura científica relacionada con la calidad de vida según el estado nutricional del paciente paliativo adulto.

Método: Análisis crítico de los trabajos recuperados mediante revisión sistemática. Los datos se obtuvieron de la consulta directa y acceso, vía Internet, a las siguientes bases de datos bibliográficas del ámbito de las ciencias de la salud: MEDLINE (vía PubMed), The Cochrane Library, Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL), Web of Science y la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Se consideró adecuado el uso de los Descriptores "Quality of life", "Nutritional Status" y "Palliative care", utilizando los filtros: «Humans», «Adult» y «Comparative Study» o «Clinical Trial». Fecha de la búsqueda: noviembre de 2016.

Resultados: Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se aceptaron 4 estudios para su revisión y análisis crítico. Al evaluar la calidad de los artículos seleccionados para la revisión mediante el cuestionario CONSORT, las puntuaciones oscilaron entre 11 y 20 sobre una puntuación máxima de 25.

Conclusiones: El seguimiento nutricional de los enfermos estaba relacionado directamente con la mejora del estado nutricional, y se correspondía con el incremento de la calidad de vida. Sería deseable utilizar cuestionarios específicos y validados para evaluar la calidad de vida según el estado nutricional que permitirán minimizar cualquier tipo de subjetividad del paciente. Serían necesarios futuros estudios, con una adecuada población, que aclaren la relación directa entre el estado nutricional y la calidad de vida en los enfermos paliativos.

Palabras clave: Calidad de vida; Estado Nutricional; Cuidados Paliativos

ABSTRACT

Objective: To review the scientific literature related to the quality of life according to the nutritional status of the adult palliative patient.

Method: Critical analysis of the documents recovered by systematic review. The data were obtained from the direct consultation and access, on the Internet, in the next bibliographic databases in the area of health sciences: MEDLINE (via PubMed), The Cochrane Library, Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL), Web of Science and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). The use of the Descriptors "Quality of life", "Nutritional status" and "Palliative care" were considered appropriate, using the filters: "Humans", "Adults" and "Comparative Study" or "Clinical Trial". Date of search: November 2016.

Results: After applying the inclusion and exclusion criteria, 4 studies were accepted for review and critical analysis. To evaluate the quality of articles selected for review using the CONSORT questionnaire, scores ranged from 11 to 20 with a maximum score of 25.

Conclusions: The nutritional monitoring of the patients was directly related to the improvement of the nutritional status, and corresponded to the increase of the quality of life. It would be desirable to use specific and validated questionnaires to evaluate the quality of life according to the nutritional status that will allow to minimize any type of subjectivity of the patient. Future studies, with an adequate population, would be necessary to clarify the direct relationship between nutritional status and quality of life in palliative patients.

Keywords: Quality of Life; Nutritional Status; Palliative Care

INTRODUCCIÓN

La última etapa de las enfermedades progresivas e incurables se ha ignorado durante mucho tiempo en investigación, sin embargo, evaluar esta fase final de la enfermedad permite conocer mejor las necesidades de los pacientes (1). Tal y como prueban los resultados obtenidos en el trabajo de Marín *et al.* (2), el 81% de los pacientes con tratamiento paliativo sufren malnutrición, situación que va a repercutir en gran medida en la capacidad funcional con un aumento de complicaciones, de la tasa de infecciones y disminución de la tolerancia al tratamiento oncológico, al igual que una disminución de la calidad de vida de estos pacientes. Además, tal y como señalaba Buskermolen *et al.* (3), los pacientes con una pérdida de peso $\geq 5\%$ antes de la quimioterapia sufren un deterioro del estado nutricional durante este tratamiento y podrían tener una supervivencia más corta.

Un tratamiento paliativo adecuado es mucho más que controlar los síntomas (4) y su prioridad debe ser la calidad de vida del paciente (5). El apoyo nutricional debería ser una de las intervenciones de los programas de cuidados paliativos siempre que se prevea que vaya a ser beneficioso para mantener o mejorar la calidad de vida del paciente (6–8). Ahora bien, se necesita disponer de una mayor evidencia acerca de las necesidades de los pacientes paliativos para así poder mejorar su calidad de vida (9).

Así, el objetivo de este trabajo fue, revisar la literatura científica relacionada con la calidad de vida según el estado nutricional del paciente paliativo adulto.

MÉTODO

Diseño:

Estudio descriptivo transversal y análisis crítico de los trabajos recuperados mediante revisión sistemática.

Fuente de obtención de los datos:

Los datos se obtuvieron de la consulta directa y acceso, vía Internet, a las siguientes bases de datos bibliográficas del ámbito de las ciencias de la salud: MEDLINE (vía PubMed), The Cochrane Library, Scopus, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL), Web of Science y la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).

Tratamiento de la información:

Para definir los términos de la búsqueda se consultó el *Thesaurus* desarrollado por la *U.S. National Library of Medicine*.

Se consideró adecuado el uso de los Términos “Quality of life”, “Nutritional Status” y “Palliative care”, tanto como Descriptores como texto en los campos de registro del título y el resumen. La ecuación de búsqueda final se desarrolló para su empleo en la base de datos MEDLINE, vía PubMed, utilizando los filtros: «Humans», «Adult» y «Comparative Study» o «Clinical Trial».

La ecuación de búsqueda final fue:

(“Quality of Life”[Mesh] OR “Quality of Life”[Title/Abstract] OR “Life Quality”[Title/Abstract]) AND (“Nutritional Status”[Mesh] OR “Nutritional Status”[Title/Abstract]) AND (“Palliative Care”[Mesh] OR

"Palliative Care"[Title/Abstract] OR "Palliative Therapy"[Title/Abstract] OR "Palliative Treatment"[Title/Abstract] OR "Palliative Surgery"[Title/Abstract] OR "Terminal Patient"[Title/Abstract]

Esta estrategia se adaptó a cada una del resto de bases de datos consultadas. La búsqueda se realizó en noviembre de 2016 y se completó con el análisis del listado bibliográfico de los artículos que fueron seleccionados.

Selección final de los artículos:

Se escogieron para su estudio los artículos, en cualquier idioma, que cumplieron los siguientes criterios: adecuarse a los objetivos de la búsqueda (estado nutricional en el enfermo paliativo), estar publicados en revistas revisadas por pares y poder recuperar el texto completo del trabajo. Se excluyeron aquellos no realizados en humanos o que no incluyeran un resultado empírico relacionado directamente con la calidad de vida.

La selección de los artículos pertinentes se realizó de forma independiente por dos autores: MSL y JSV. Para dar por válida la inclusión de los estudios se estableció que la valoración de la concordancia entre estos autores (índice Kappa) debía ser superior al 80%. Siempre que se cumpliera esta condición, las posibles discordancias se solucionaron mediante la consulta a la autora CWB y posterior consenso entre todos los autores (10).

Para valorar la calidad de los documentos seleccionados se utilizaron las directrices para la publicación de estudios observacionales CONSORT (*CONsolidated Standards Of Reporting Trials*) (9), que contiene un listado de 25 aspectos esenciales que deben describirse en la publicación de estos estudios. Para cada artículo seleccionado se asignó un punto por cada ítem presente (en caso de no ser aplicable no puntuaba). Cuando un ítem estaba compuesto por varios puntos, estos se evaluaron de forma independiente, dándole el mismo valor a cada uno de ellos y posteriormente se realizó un promedio (siendo éste el resultado final de ese ítem), de tal forma que en ningún caso se pudiera superar la puntuación de un punto por ítem.

Extracción de los datos:

El control de la corrección de los datos se realizó mediante dobles tablas que permitieron la detección de las desviaciones y su subsanación mediante nueva consulta de los originales.

Para determinar la actualidad de los artículos se calculó el semiperíodo de Burton-Kebler (la mediana de la edad) y el Índice de Price (porcentaje de artículo con edad inferior a los 5 años).

Los estudios se agruparon según las variables a estudio, con el fin de sistematizar y facilitar la comprensión de los resultados, considerando los siguientes datos: primer autor y año de publicación, tipo de estudio, país, población que participa en el estudio, patología que padecen los participantes, intervención nutricional en el estudio, periodo en el que se realizó el trabajo, cómo se valoró la calidad de vida y los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Al aplicar los criterios de búsqueda descritos se recuperaron un total de 131 referencias: 93 (70,99%) en Scopus, 14 (10,69%) en Web of Science, 11 (8,40%) en The Cochrane Library, 9 (6,87%) en MEDLINE, 3 (2,29%) en CINALH y 1 (0,76%) en LILACS. De los obtenidos, 28 (21,37%) fueron rechazados por estar duplicados en más de una base de datos bibliográfica. Tras aplicar los

criterios de inclusión y exclusión (figura 1), de los 103 (78,63%) trabajos restantes se aceptaron 4 estudios (3,05%) para su revisión y análisis crítico (tabla 1).

El acuerdo sobre la pertinencia de los estudios seleccionados fue del 100%. Los artículos elegidos presentaron una obsolescencia, según el Índice de Burton Kebler, igual a 3 años, con un Índice de Price del 75,00%. Al evaluar la calidad de los artículos seleccionados para la revisión mediante el cuestionario CONSORT (tabla 2), las puntuaciones oscilaron entre 11,00 y 20,00 sobre una puntuación máxima de 25,00 ítems.

Los trabajos revisados fueron 4 ensayos clínicos controlados aleatorizados. Los artículos procedían de varios países: Países Bajos (11), Australia (12), Corea del Sur (13) y Reino Unido (14). Todos los artículos estaban redactados en inglés. El año con mayor número de artículos fue 2014 con tres publicaciones (75%) (11–13).

La población incluida en los estudios estaba comprendida entre una media de edad de 58 y 75,5 años. La patología estudiada en todos los trabajos fue el cáncer avanzado. El tipo de cáncer más frecuentemente encontrado en los diferentes estudios fue el gastrointestinal (12,14).

El periodo de seguimiento en los trabajos seleccionados oscilaba entre el tiempo que duraba la radioterapia (mínimo 3 semanas) y un mes tras finalizarla (13) y 32 meses (11).

La valoración de la calidad de vida se llevó a cabo mediante el uso del cuestionario validado EORTC QLQ-C30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life*), en 4 investigaciones (el 100% de los estudios incluidos), aunque también se usaron el EuroQoL-5D (*Euro Quality of Life 5 Dimensions*), en 1 estudio y FAACT (*Functional Assessment of Anorexia/Cachexia Therapy*) en otro trabajo. No se recuperó ningún artículo que utilizara cuestionarios creados al efecto.

Figura 1. Identificación y selección de estudios

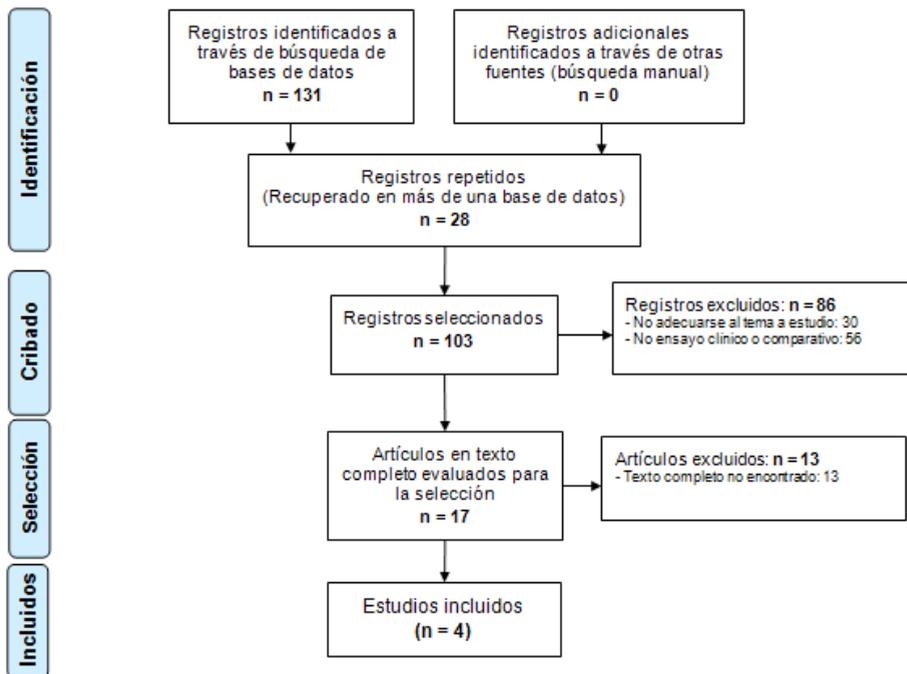


Tabla 1. Características de los 4 estudios (evaluados) sobre estado nutricional y calidad de vida

Autor año	Diseño	País	Población	Patología	Intervención nutricional	Periodo (seguimiento)	Valoración de la calidad de vida	Resultados obtenidos
Hamaker <i>et al.</i> (2014)(10)	Ensayo controlado aleatorizado	Países Bajos	Gi: n=78 HM= 0/78 Edad media = 75.5 años Gc: No consta	Cáncer de mama metastásico	No consta intervención nutricional específica	32 meses de media	EORTC QLQ-C30	Estado nutricional y calidad de vida deteriorados se correlaciona con la toxicidad de la quimioterapia.
Silvers <i>et al.</i> (2014)(11)	Ensayo controlado aleatorizado	Australia	Gi: n=10 HM= 5/5 Edad media = 72 Gc: n= 11 HM= 7/4 Edad media = 64	Cáncer gástrico/linfoma superior primario (esófago o estómago)	Gi: Intervención nutricional inmediatamente tras el diagnóstico, suplementos y controles dietéticos Gc: Atención nutricional (evaluación dietética) al ingreso para cirugía o quimioterapia	6 meses	EORTC QLQ-C30 y EuroQOL-5D	La intervención nutricional temprana e intensiva mejora la calidad de vida en pacientes con cáncer gástrico/linfoma superior.
Um <i>et al.</i> (2014)(12)	Ensayo controlado aleatorizado	Corea del Sur	Gi: n= 44 HM= 33/11 Edad media = 58.0 ± 2.2 años Gc: n= 43 HM= 23/20 Edad media = 62.0 ± 1.8 años	Cáncer de cabeza, cuello, laringe o abdomen con radioterapia	Gi: 3 sesiones de educación nutricional Gc: 1 sesión de educación nutricional	Durante la radioterapia (mínimo de 3 semanas) y un mes tras finalizarla.	EORTC QLQ-C30	Asesoramiento nutricional repetitivo e intensivo mejora la calidad de vida.
Baldwin <i>et al.</i> (2011)(13)	Ensayo controlado aleatorizado	Reino Unido	Gi1: n= 90 HM= 66/24 Edad media = 66 G2: n= 96; HM= 64/22 Edad media = 66.5 G3: n=86 HM= 57/29 Edad media = 68 Gc: n= 96 HM= 69/27 Edad media = 65.5 años	Cáncer avanzado de tórax, ginecológico, de pulmón de células no pequeñas o mesotelioma (con quimioterapia)	Gi1: consejo dietético para aumentar 600 kcal/día la ingesta Gi2: suplemento nutricional de 588 kcal/día + vitaminas y minerales Gi3: consejo dietético para aumentar 600 kcal/día la ingesta + vitaminas y minerales Gc: Sin intervención nutricional	Mediana = 6 meses (rango= 0-49 meses)	EORTC-C30 y FAQT	No existen diferencias en la calidad de vida tras las distintas intervenciones nutricionales.

Tabla 1: Gi: grupo intervención; Gc: grupo control; HM= número de hombres/ número de mujeres.

Tabla 2. Análisis de la calidad metodológica de los estudios a través de los 25 ítems de valoración de la guía CONSORT

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total	Total (%)	
Hamaker (10)	0.5	1	0.5	1	1	0.5	0	0	0	0	0	0.5	1	0.5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	16.5	66%
Silvers (11)	1	1	1	1	1	0.5	0.5	1	1	0	0.5	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	17.0	68%	
Um (12)	0.5	1	0	1	1	0.5	0	0	0	0	0	0.5	0	0	1	1	0.5	0	1	1	1	1	0	0	0	11.0	44%	
Baldwin (13)	1	1	1	1	1	0.5	0.5	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	20.0	80%	

La intervención nutricional realizada en los diferentes estudios fue heterogénea. Un trabajo comparó la atención nutricional al ingreso o antes de la quimioterapia con una intervención nutricional intensiva y proporcionada inmediatamente tras el diagnóstico (12). Otro estudio proporcionó al menos tres sesiones de asesoramiento dietético individualizado frente a una única sesión de educación nutricional (13). Otro artículo asesoró para aumentar la ingesta 600 kcal/día a un grupo, a un segundo grupo le proporcionó un suplemento nutricional de 588 Kcal/día junto con vitaminas y minerales y a un tercer grupo se le dio consejo dietético para aumentar la ingesta 600 kcal/día además de vitaminas y minerales (14). En uno de los trabajos no constaba intervención nutricional específica (11).

En los artículos revisados se observó que las intervenciones nutricionales se relacionaban directamente con la calidad de vida y el estado nutricional en 3 de ellos (11–13) y 1 investigación concluía que no existía una relación clara entre calidad de vida e intervenciones nutricionales simples (14).

DISCUSIÓN

Con el análisis de la baja obsolescencia de los estudios incluidos queda demostrada la plena vigencia y actualidad, así como el interés del tema escogido (15,16); los datos obtenidos (Índice de Price y de Burton Kebler) indican menor obsolescencia que los datos usuales en el ámbito de las ciencias de la salud, lo que denota que se trata de un área de conocimiento en plena emergencia.

El diseño de los estudios revisados indica una alta evidencia al tratarse de ensayos clínicos, según el grado de evidencia y recomendación de la *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) (17). El ceñir la revisión a ensayos clínicos y estudios comparativos se debió a la búsqueda de una consistente relación causa–efecto, ya que el vínculo existente entre el estado nutricional y la calidad de vida se está convirtiendo en una cuestión importante no sólo en los pacientes oncológicos, sino también en otras patologías e intervenciones (18).

El alto número de artículos no pertinentes descartados tras la búsqueda se debió principalmente a los resultados obtenidos en Web of Science y Scopus. Estas bases de datos no disponen de *thesaurus* (vocabulario controlado de indización), lo que quiere decir que la consulta se realiza en formato texto interrogando los campos de registro del título, resumen y palabras clave, impidiendo el uso de Descriptores, lo que se traduce en un alto “ruido” documental, ya observado anteriormente en otras revisiones sistemáticas (19). Además, al tratarse de un tema complejo la relación entre intervención nutricional y calidad de vida, se han encontrado estudios que tratan de evaluar esta relación de una manera indirecta (20–24) (con acetato de megestrol, grelina y otras combinaciones farmacológicas) que en el análisis detenido del contenido de los mismos se han tenido que rechazar por no responder a la pregunta de investigación planteada en esta revisión.

La evaluación de la calidad de los estudios incluidos en este trabajo mediante CONSORT no resultó muy elevada a pesar de tratarse de diseños robustos, de todos modos no se eliminó ningún estudio dado el bajo número de ellos.

El idioma de los estudios es el esperado, estando todos los trabajos escritos en inglés. Este idioma es el elegido para la publicación de la mayoría de los artículos ya que hacerlo en otra lengua distinta resulta negativo para la visibilidad, el factor de impacto y las citaciones. Además, el número de revistas anglófonas contenidas en las bases de datos actualmente es muy elevado (25).

La población incluida en los estudios era notablemente envejecida. La patología tratada en todos los trabajos seleccionados fue el cáncer avanzado en fase de tratamiento paliativo, probablemente debido a la creciente incidencia de esta enfermedad (26). En cuanto al período de seguimiento, 12 semanas, se considera un tiempo prudencial para valorar resultados (27), requisito que

cumplen todos los estudios seleccionados excepto uno (13) en el que no queda claro el período de seguimiento.

Por otra parte, como se ha visto en los pocos estudios incluidos en la revisión, el seguimiento nutricional de los enfermos estaba relacionado directamente con la mejora del estado nutricional, y se correspondía con el incremento de la calidad de vida (28). Además, ya se comprobó que el asesoramiento nutricional mejora la calidad de vida tanto o más que la suplementación nutricional sin asesoramiento (29).

La mejora del estado de nutrición, como consecuencia de una adecuada intervención, permite reducir el número de complicaciones quirúrgicas (30), acorta el tiempo de recuperación y la duración de la estancia hospitalaria, mejora la tolerancia al tratamiento (31) e incluso aumenta la tasa de supervivencia (32,33), y todo ello con una disminución general de la morbilidad (34). Ahora bien, la eficacia del asesoramiento nutricional como influencia en la calidad de vida depende de la posibilidad de adaptar la intervención a la necesidad específica de cada tipo de paciente (35), no pudiéndose perder de vista que en los estudios revisados la población era paliativa. De especial importancia es la necesidad de futuros estudios que aclaren la relación directa entre el estado nutricional y la calidad de vida en los enfermos paliativos (18).

Los resultados de esta revisión muestran que para evaluar el impacto de la intervención nutricional sobre la calidad de vida de los pacientes paliativos es práctica habitual utilizar cuestionarios validados, como ocurre en todos los estudios incluidos en esta revisión. En relación a la medición de la calidad de vida relacionada con el estado nutricional hay que tener en cuenta que se verá influenciada por la percepción del paciente, el impacto de la enfermedad, el tratamiento, las expectativas y el bienestar. Por tanto deben buscarse herramientas validadas que permitan minimizar cualquier tipo de subjetividad del paciente. En esta revisión se ha constatado el uso de estos cuestionarios, en especial el EORTC QLQ-C30. Por el contrario, la utilización de herramientas genéricas requeriría mayores tamaños poblacionales para poder conseguir resultados contrastables y en la mayoría de las ocasiones estos cuestionarios se ven afectados por problemas externos (18,36). De todos modos, el uso de herramientas validadas no garantiza la obtención de resultados generalizables, como se observó en el estudio de Baldwin et al (14).

Posibles limitaciones al estudio: La principal limitación sería el escaso número de estudios recuperados que impide tener una clara evidencia entre la intervención nutricional y la mejora, o no, de la calidad de vida.

Por todo lo anteriormente expuesto, se puede concluir: El seguimiento nutricional de los enfermos estaba relacionado directamente con la mejora del estado nutricional, y se correspondía con el incremento de la calidad de vida. Sería deseable utilizar cuestionarios específicos y validados para evaluar la calidad de vida según el estado nutricional que permitirán minimizar cualquier tipo de subjetividad del paciente. Serían necesarios futuros estudios, con una adecuada población, que aclaren la relación directa entre el estado nutricional y la calidad de vida en los enfermos paliativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gainza Miranda D, Sanz Peces EM, Alonso Babarro A, Prados Sánchez MC, Varela Cerdeira M. HOLD study (Home care Obstructive Lung Disease): natural history of patients with advanced COPD. *BMC Palliat Care* [revista en Internet]. 2016 [citado 29 de marzo de 2017];15(1). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/15/35>. DOI: 10.1186/s12904-016-0104-9; PMID: 27001552

2. Marín Caro MM, Gómez Candela C, Castillo Rabaneda R, Lourenço Nogueira T, García Huerta M, Loria Kohen V, et al. Nutritional risk evaluation and establishment of nutritional support in oncology patients according to the protocol of the Spanish Nutrition and Cancer Group. *Nutr Hosp*. 2008;23(5):458-68. PMID: 19160896
3. Buskermolen S, Langius JAE, Kruijenga HM, Ligthart-Melis GC, Heymans MW, Verheul HMW. Weight loss of 5% or more predicts loss of fat-free mass during palliative chemotherapy in patients with advanced cancer: a pilot study. *Nutr Cancer*. 2012;64(6):826-32. DOI: 10.1080/01635581.2012.690062; PMID: 22697804
4. Gagnon B, Murphy J, Eades M, Lemoignan J, Jelowicki M, Carney S, et al. A prospective evaluation of an interdisciplinary nutrition–rehabilitation program for patients with advanced cancer. *Curr Oncol*. 2013;20(6):310-8. DOI: 10.3747/co.20.1612; PMID: 24311946
5. Sobotka L, Schneider SM, Berner YN, Cederholm T, Krznaric Z, Shenkin A, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr*. 2009;28(4):461-6. DOI: 10.1016/j.clnu.2009.04.004; PMID: 19464772
6. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, Micklewright A, Zurcher G, Muscaritoli M. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2009;28(4):445-54. DOI: 10.1016/j.clnu.2009.04.011; PMID: 19477052
7. Bozzetti F. Nutritional support of the oncology patient. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013;87(2):172-200. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2013.03.006; PMID: 23746998
8. Orrevall Y. Nutritional support at the end of life. *Nutrition*. 2015;31(4):615-6. DOI: 10.1016/j.nut.2014.12.004; PMID: 25770331
9. Eldridge SM, Chan CL, Campbell MJ, Bond CM, Hopewell S, Thabane L, et al. CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *Pilot Feasibility Stud*. 2016;2:64. DOI: 10.1186/s40814-016-0105-8; PMID: 27965879
10. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. Systematic reviews in nutrition: standardized methodology. *Br J Nutr*. 2012;107(S2):S3-7. DOI: 10.1017/S0007114512001432; PMID: 22591902
11. Hamaker ME, Seynaeve C, Wymenga ANM, van Tinteren H, Nortier JWR, Maartense E, et al. Baseline comprehensive geriatric assessment is associated with toxicity and survival in elderly metastatic breast cancer patients receiving single-agent chemotherapy: Results from the OMEGA study of the Dutch Breast Cancer Trialists' Group. *The Breast*. 2014;23(1):81-7. DOI: 10.1016/j.breast.2013.11.004; PMID: 24314824
12. Silvers MA, Savva J, Huggins CE, Truby H, Haines T. Potential benefits of early nutritional intervention in adults with upper gastrointestinal cancer: a pilot randomised trial. *Support Care Cancer*. 2014;22(11):3035-44. DOI: 10.1007/s00520-014-2311-3; PMID: 24908429
13. Um MH, Choi MY, Lee SM, Lee IJ, Lee CG, Park YK. Intensive nutritional counseling improves PG-SGA scores and nutritional symptoms during and after radiotherapy in Korean cancer patients. *Support Care Cancer*. 2014;22(11):2997-3005. DOI: 10.1007/s00520-014-2304-2; PMID: 24906838
14. Baldwin C, Spiro A, McGough C, Norman AR, Gillbanks A, Thomas K, et al. Simple nutritional intervention in patients with advanced cancers of the gastrointestinal tract, non-small cell lung cancers or mesothelioma and weight loss receiving chemotherapy: a randomised controlled trial: Oral nutritional interventions in cancer and weight loss. *J Hum Nutr Diet*. 2011;24(5):431-40. DOI: 10.1111/j.1365-277X.2011.01189.x; PMID: 21733143

15. Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de la producción científica, indizada en MEDLINE, sobre los servicios de salud proporcionados por las unidades de hospitalización a domicilio. *Hosp Domic.* 1(1);2017:21-34. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.3
16. Quesada-Risueño P, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de la producción científica existente en la base de datos bibliográfica MEDLINE sobre la fibra dietética. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2017;21:29-38. DOI: 10.14306/renhyd.21.1.275
17. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día.* 2003;2(2):39-42.
18. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J, Escribà-Agüir V, Castelló-Botia I, Guardiola-Wanden-Berghe R; Grupo Red Mel – CYTED. Evaluation of quality of life related to nutritional status. *Br J Nutr.* 2009;101(07):950-60. DOI: 10.1017/S0007114508207178; PMID: 19183508
19. Domingo-Pueyo A, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Efectos sobre la salud de la exposición laboral al cromo y sus compuestos: revisión sistemática. *Arch Prev Riesgos Laborales.* 2014;17(3):142-53. DOI: 10.12961/apr.2014.17.3.03; PMID: 25022532
20. LeCaer H, Greillier L, Corre R, Jullian H, Crequit J, Falchero L, et al. A multicenter phase II randomized trial of gemcitabine followed by erlotinib at progression, versus the reverse sequence, in vulnerable elderly patients with advanced non small-cell lung cancer selected with a comprehensive geriatric assessment (the GFPC 0505 study). *Lung Cancer.* 2012;77(1):97-103. DOI: 10.1016/j.lungcan.2012.02.004; PMID: 22405570
21. McMillan DC, O’Gorman P, McArdle CS. A prospective randomized study of megestrol acetate and ibuprofen in gastrointestinal cancer patients with weight loss. *Br J Cancer.* 1999;79(3/4):495-500. DOI: 10.1038/sj.bjc.6690077; PMID: 10027319
22. Lundholm K, Gunnebo L, Körner U, Iresjö B-M, Engström C, Hylltander A, et al. Effects by daily long term provision of ghrelin to unselected weight-losing cancer patients: A randomized double-blind study. *Cancer.* 2010;116(8):2044-52. DOI: 10.1002/cncr.24917; PMID: 20186829
23. Lindholm E. Effects of Recombinant Erythropoietin in Palliative Treatment of Unselected Cancer Patients. *Clin Cancer Res.* 2004;10(20):6855-64. DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-04-0373; PMID: 15501962
24. Tomiska M, Tomisková M, Salajka F, Adam Z, Vorlíček J. Palliative treatment of cancer anorexia with oral suspension of megestrol acetate. *Neoplasma.* 2003;50(3):227-33. PMID: 12937858
25. Franco-López A. Publicar en castellano, o en cualquier otro idioma que no sea inglés, negativo para el factor de. *J Negat No Posit Results.* 2016;(2):65–70. DOI: 10.19230/jonnpr.2016.1.2.1005
26. Suess A, March JC, Prieto MA, Escudero MJ, Cabeza E, Pallicer A. El proceso asistencial de cáncer: necesidades y expectativas de los usuarios. *Oncología.* 2006;29(9):357-67.
27. Vásquez-Morales A, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Ejercicio excéntrico como recurso físico preventivo en personas mayores de 65 años: revisión sistemática de la literatura científica. *Enferm Clínica.* 2013;23(2):48-55. DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.01.003; PMID: 23517747
28. Ravasco P, Monteiro Grillo I, Camilo M. Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling! *Clin Nutr.* 2007;26(1):7-15. DOI: 10.1016/j.clnu.2006.10.005; PMID: 17166637
29. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Marques Vidal P, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck.* 2005;27(8):659-68. DOI: 10.1002/hed.20221; PMID: 15920748

30. Burden S, Todd C, Hill J, Lal S. Pre-operative nutrition support in patients undergoing gastrointestinal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD008879. DOI: 10.1002/14651858.CD008879.pub2; PMID: 23152265
31. Feinberg J, Nielsen EE, Korang SK, Halberg Engell K, Nielsen MS, Zhang K, et al. Nutrition support in hospitalised adults at nutritional risk. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;5:CD011598. DOI: 10.1002/14651858.CD011598.pub2; PMID: 28524930
32. Bozzetti F, Cozzaglio L, Biganzoli E, Chiavenna G, De Cicco M, Donati D, et al. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. *Clin Nutr.* 2002;21(4):281-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1054/clnu.2002.0560>; PMID: 12135587
33. Santarpia L, Alfonsi L, Pasanisi F, De Caprio C, Scalfi L, Contaldo F. Predictive factors of survival in patients with peritoneal carcinomatosis on home parenteral nutrition. *Nutrition.* 2006;22(4):355-60. DOI: 10.1016/j.nut.2005.06.011; PMID: 16413750
34. Schneider SM, Veyres P, Pivot X, Soummer A-M, Jambou P, Filippi J, et al. Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections. *Br J Nutr.* 2004;92(1):105-11. DOI: 10.1079/BJN20041152; PMID: 15230993
35. Marín Caro MM, Laviano A, Pichard C. Impact of nutrition on quality of life during cancer. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2007;10(4):480-7. DOI: 10.1097/MCO.0b013e3281e2c983; PMID: 17563467
36. Baxter JP, Fayers PM, McKinlay AW. A review of the instruments used to assess the quality of life of adult patients with chronic intestinal failure receiving parenteral nutrition at home. *Br J Nutr.* 2005;94(5):633-8. o DOI: <https://doi.org/10.1079/BJN20051533>; PMID: 16277762

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i4.31>

La red SciELO (Scientific Electronic Library Online): perspectiva tras 20 años de funcionamiento

The SciELO network (Scientific Electronic Library Online): perspective after 20 years of operation

Cristina Bojo Canales

Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, Instituto de salud Carlos III, Madrid, España.

Correspondencia/Correspondence

Cristina Bojo Canales

Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud,
Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

cbojo@isciii.es

Conflicto de Intereses/Competing interest

La autora es coordinadora del sitio SciELO
España, dirigido por Elena Primo Peña, directora
de la BNCS.

Recibido/Received

21.10.2017

Aceptado/Accepted

22.10.2017

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Bojo Canales C. La red SciELO (Scientific Electronic Library Online): perspectiva tras 20 años de funcionamiento. *Hosp Domic.* 2017;1(4):211-20

RESUMEN

El artículo hace un recorrido por casi veinte años de historia de la Red SciELO y el portal español SciELO España. El modelo, ideado por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud en colaboración (Bireme/OPS/OMS) fue especialmente desarrollado para responder a las necesidades de la comunicación científica en los países en desarrollo y particularmente de América Latina y el Caribe, ofreciendo visibilidad y acceso universal, contribuyendo a la superación del fenómeno conocido como 'ciencia perdida' y, a la vez, promocionando la mejora de la calidad de sus revistas.

Palabras clave: SciELO; Bases de Datos Bibliográficas; Portales de Acceso a Revistas Científicas; Revistas Electrónicas; Acceso a la Información.

ABSTRACT

The article traces the almost twenty years of history of the SciELO Network and the Spanish Website of SciELO España. The model was developed by the Latin American and Caribbean Center for Collaborative Health Sciences Information (Bireme/PAHO/WHO), and specially realized to respond to the needs of scientific communication in the developing countries and particularly in Latin America and the Caribbean. SciELO offers visibility and universal access, contributing thus to the overcoming of the phenomenon known as 'lost science', and, at the same time, promoting the improvement of the quality of their magazines.

Keywords: SciELO; Databases, Bibliographic; Portals for Scientific Journals; Electronic Journals; Access to Information.

INTRODUCCIÓN

La red SciELO (*Scientific Electronic Library Online*, www.scielo.org), está próxima a cumplir los 20 años de funcionamiento en el 2018. Desde su puesta en marcha, en Brasil en el año 1998, la red ha ido expandiéndose con colecciones nacionales en los países de América Latina, Caribe, España, Portugal y la última incorporación de Sudáfrica.

El modelo SciELO nació con el objetivo estratégico de contribuir al avance de la investigación científica generada en los países Iberoamericano, contribuyendo a la mejora de la calidad de sus revistas y aumentando su visibilidad, accesibilidad, uso e impacto (1).

La creación de SciELO hace casi 20 años y su posterior desarrollo fue impulsado por dos planteamientos innovadores. Por un lado, la indexación de las revistas nacionales de calidad como complemento a los índices internacionales y basada en la publicación de los textos completos con acceso gratuito en Internet en la modalidad conocida hoy como Vía Dorada (*Golden Road*) (1-3). Efectivamente, SciELO, como modelo de acceso abierto, se adelantó en algunos años al movimiento general que se plasmó en los primeros años de este siglo con los manifiestos de Budapest (4) en 2001, Berlín (5) en 2003 y Bethesda (6) en 2003 y que constituye la lucha de los investigadores y las instituciones públicas de investigación por devolver a la comunidad científica y a la sociedad en general el producto de la investigación realizada con fondos públicos por medio del acceso universal y gratuito a la información producida con estos fondos (7).

Por otro, el desarrollo de un proyecto que aumentase la visibilidad y la calidad de las revistas científicas. El sistema SciELO incrementa en buena medida las posibilidades de localización, recuperación y consulta de los trabajos publicados, puesto que genera metadatos que permiten su indexación y recopilación por parte de los motores de búsqueda (7).

El proyecto SciELO tiene un componente organizativo que gira alrededor de la evaluación de la calidad de las revistas que se incluyen en el portal. Existen unos criterios de calidad generales adaptados a cada portal nacional.

De forma general se refieren principalmente al contenido científico de las publicaciones, a la no endogamia, a la utilización del sistema de revisión por pares y al cumplimiento de estándares internacionales de publicación, lo que les iguala al nivel de exigencia de otros portales y bases de datos internacionales. Estos criterios se complementan con la existencia de un comité consultivo que es el responsable de su vigilancia y aplicación para la entrada y mantenimiento de las publicaciones en la colección (7).

Hoy en día, en 2017, SciELO funciona como una gran red (www.scielo.org) de información científica que cubre 14 países iberoamericanos más Sudáfrica y la colección temática multinacional SciELO Salud Pública (<http://www.scielosp.org/?Ing=es>). En conjunto, la red indiza más de 1.440 revistas de todas las áreas y da acceso a más de 700.000 artículos. Con un incremento medio de más de 40.000 artículos por año, la red de acceso abierto que reciben una media diaria de más de 1.5 millones de descargas (8-9).

ORÍGENES Y EXPANSIÓN DE LA RED SCIELO

SciELO fue creado en Brasil hace casi dos décadas cuando los índices internacionales limitaban su cobertura a las llamadas revistas de corriente principal ignorando un universo de revistas editadas en países en desarrollo y de habla no inglesa (8-9). Concebido, por tanto, como un proyecto para superar el fenómeno conocido como "ciencia perdida" (10) y ofrecer soluciones a esta carencia de ser indexadas y la consiguiente falta de visibilidad. Como ya se ha mencionado, desde

su puesta en marcha los sitios SciELO además de indexar las revistas ofrecían acceso a los textos completos de los artículos de forma completamente libre, convirtiéndose así en pionero en la adopción del acceso abierto y adelantándose unos cuatro años, al movimiento de Acceso Abierto que surge tras la Declaración de Budapest (4).

El proyecto piloto se inicia en Brasil en el año 1998 con 10 revistas, liderado por el *Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)*, organismo perteneciente a OPS/OMS y apoyado por la *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)*, una de las principales agencias de investigación del país.

El rápido éxito del mismo hizo que el modelo fuese muy pronto adoptado por Chile y poco a poco se extendiera a otros países de América Latina. España puso en marcha el sitio SciELO España (<http://scielo.isciii.es>) en el año 2001, mantenido y coordinado por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III.

El modelo se ha basado desde sus inicios en la publicación de colecciones nacionales de modo descentralizado por país y colecciones internacionales temáticas. De este modo las colecciones son gestionadas y mantenidas por instituciones nacionales de relacionadas con el fomento y apoyo a la investigación científica y a la comunicación de resultados.

La cobertura de la red ha ido evolucionando a lo largo de estos casi 20 años de andadura, tanto en términos de países como de revistas y sus especialidades (tabla 1), de tal modo que el proyecto, que comenzó teniendo un carácter monográfico especializado en Ciencias de la Salud, publica, hoy en día revistas de todas las áreas del conocimiento. Únicamente la colección española está aún restringida al área de las ciencias de la salud.

La coordinación nacional y la secretaría técnica de la red son llevadas a cabo por SciELO Brasil, que también es la responsable del mantenimiento y actualización del sitio SciELO Salud Pública.

Las colecciones de revistas científicas publicadas bajo la metodología SciELO conllevaba, no solo la pionera decisión de publicar los textos completos en acceso libre, sino que también incluía la medida y publicación en línea de indicadores bibliométricos de uso e impacto, complementando así a las antiguas bases de datos del *Institute for Scientific Information -ISI-* (hoy llamada *Web Of Science*) y permitiendo la elaboración de estudios bibliométricos y cientiométricos en estos países.

La tabla 1 muestra el estado de desarrollo de la red SciELO en octubre de 2017, incluyendo la distribución de colecciones por país y por área temática.

Tabla 1. La Red SciELO en números: Distribución de las colecciones de la Red SciELO				
Año de inicio	Colección	Total de revistas incluidas	Revistas activas	Número de artículos
1998	Brasil Chile	360	286	347.135
		115	101	57.713
2000	Costa Rica Salud Pública	37	32	8.196
		20	18	38.942

Tabla 1. La Red SciELO en números: Distribución de las colecciones de la Red SciELO

2001	Cuba España Venezuela	67	61	33.715
		44	60	33.945
		58	35	18.898
2003	México Argentina	193	138	52.094
		137	121	33.192
2004	Colombia Perú Portugal	222	222	60.748
		28	28	8.988
		63	43	15.495
2005	Uruguay	25	23	3.764
2009	Bolivia Paraguay Sudáfrica	22	20	4.845
		13	12	1.689
		65	64	22.702
2017	Total Red	1.449	1.246	703.119

SCIELO ESPAÑA

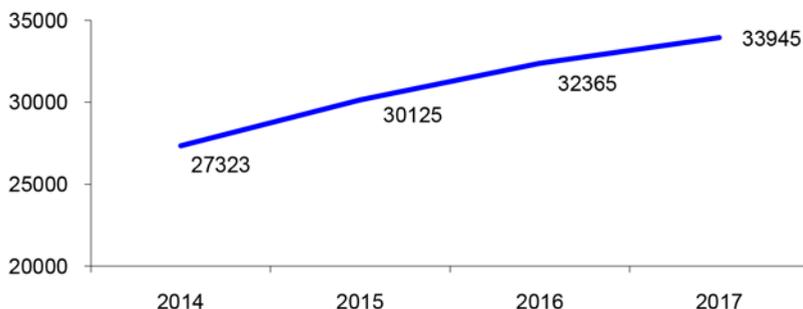
En el caso de España, el convenio marco de cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), hizo posible, en el año 2000, la firma de un convenio específico entre BIREME (OPS) y la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (ISCIII), constituyéndose esta última como Institución responsable y coordinadora del proyecto SciELO en España (<http://scielo.isciii.es>).

Durante este primer año, se formó el equipo de trabajo y se implantó la infraestructura técnica para poder desarrollarlo. En el año 2001 comienza a funcionar SciELO España en fase piloto, la colección inicial se constituyó con cuatro títulos: Revista Española de Salud Pública, Anales de Medicina Interna, Medifam: Revista de Medicina Familiar y Comunitaria y Revista de Diagnóstico Biológico. Al mismo tiempo, comenzó la colaboración con la colección temática SciELO Salud Pública, a la que se incorporaron la Revista Española de Salud Pública y posteriormente Gaceta Sanitaria.

En el año 2003, coincidiendo con el VI Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud, se anunció oficialmente la integración de SciELO España en la Red SciELO y desde entonces está accesible a través de la misma URL.

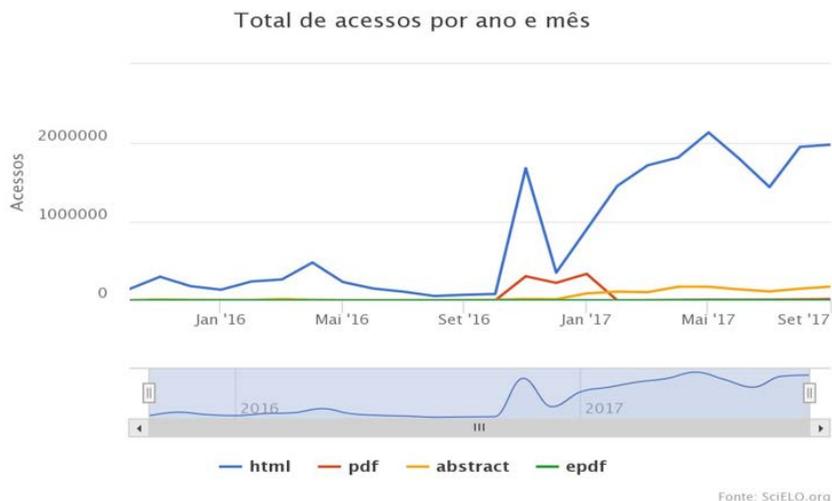
SciELO España es un proyecto dinámico que a lo largo de estos años ha ido incrementando su colección, de tal modo que en estos momentos son 60 las revistas presentes (43 vigentes) y casi 34.000 artículos a texto completo (ver figura 1).

Figura 1. Número de artículos publicados en SciELO España en los años 2014 a 2017



El impacto que la colección SciELO España tiene entre la comunidad científica y académica queda evidenciado en el elevado número de visitas y descargas de artículos, con una media de 30.000 visitas diarias en 2014 y más de 45.000 en 2015. El portal *SciELO Analytics* (<https://analytics.scielo.org/>) ofrece gráficos de accesos a los documentos en los distintos formatos desde el mes de octubre de 2015 en que se implementó la herramienta para la colección española (ver figura 2).

Figura 2. Captura de pantalla de los gráficos de accesos a los documentos del portal SciELO Analytics



La metodología SciELO incluye criterios de evaluación de revistas basados en estándares internacionales de comunicación científica, cuya aplicación es esencial para promover la calidad de las colecciones SciELO (11). Estos criterios se aplican también para la permanencia de las revistas en

la colección. Las colecciones cuentan con un comité consultivo, responsable de la aprobación de los títulos y de velar por el cumplimiento de los criterios.

El comité consultivo de SciELO España está formado por representantes de la comunidad relacionada directamente con la comunicación científica a nivel nacional e incluye a editores de revistas científicas, expertos en evaluación de la ciencia y de la comunicación científica, en *Open Access* y políticas de acceso abierto, documentalistas e investigadores del área de las ciencias de la salud.

Los criterios de admisión en la colección española, disponibles en la web (http://scielo.isciii.es/avaliacao/criterios_scielo.htm), basados en los aplicados a la colección brasileña, comprenden los siguientes aspectos:

- **Carácter científico de la publicación:** Las revistas deben publicar predominantemente artículos originales resultantes de la investigación científica en el área específica de la revista. Las revistas pueden incluir otros tipos de contribuciones, como artículos de revisión, comunicaciones, reseñas y estudios de casos clínicos, que no serán considerados como artículos originales.
- **Arbitraje por pares:** la revisión y aprobación de las contribuciones a la revista serán realizadas por pares. La revista debe especificar formalmente cuál es el procedimiento seguido para la aceptación de artículos. A partir de la admisión en SciELO el proceso de arbitraje debe ser documentado. Es obligatoria la indicación de las principales fechas del proceso de revisión, incluyendo las fechas de recepción y de aceptación.
- **Apertura de consejos editoriales:** la composición del consejo editorial de la revista debe ser pública. Sus integrantes deben ser especialistas reconocidos, de origen nacional e internacional, debidamente identificados/as en la publicación.
- **Periodicidad:** Según grandes áreas temáticas, la periodicidad mínima y para las áreas de Psicología, Enfermería, Historia de la Medicina y Atención Primaria será cuatrimestral o entre 12-24 trabajos al año. Para el área de Medicina la periodicidad mínima requerida es trimestral.
- **Puntualidad:** la revista debe aparecer puntualmente de acuerdo con la periodicidad declarada.
- **Resumen, palabras clave y título en inglés:** los artículos deben tener título, resumen y palabras clave en el idioma del texto del artículo y en el idioma inglés, cuando este no sea el idioma del texto.
- **Normalización:** la revista especificará la(s) norma(s) seguida(s) para presentación y estructuración de los textos, y para la presentación de citas bibliográficas y descriptores, de modo que sea posible evaluar su cumplimiento.
- **Afiliación de autores:** los artículos contendrán la afiliación completa de los autores, incluyendo nombre y apellidos, institución de origen, ciudad, país y dirección de correo electrónico para correspondencia.
- **La evaluación realizada** tendrá en cuenta criterios de difusión e indexación de las revistas en bases de datos.

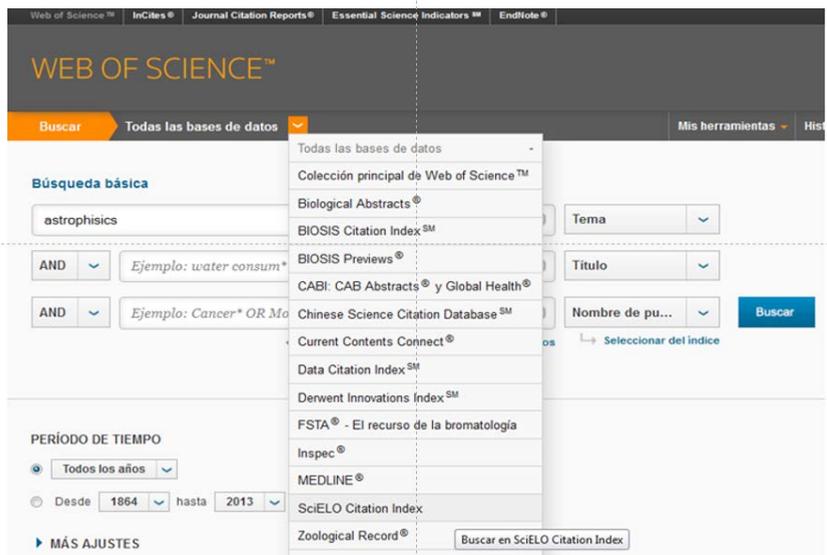
De esta manera, SciELO España no solo cuenta con un sistema de control de garantía de la calidad de su contenido, sino que, además, los procesos evaluativos realizados sirven para orientar los esfuerzos realizados por los editores para fortalecer, perfeccionar y mejorar la calidad y el impacto de las revistas evaluadas y recogidas en la colección.

Uno de los resultados más importantes de la red SciELO es que los metadatos de sus artículos son actualizados semanalmente en los índices Google Scholar (<http://scholar.google.es>), Crossref

(<https://www.crossref.org/>) y DOAJ (www.doaj.org). SciELO España es también proveedor de contenidos de los repositorios Hispana (hispana.mcu.es/) y Recolecta (<https://recolecta.fecyt.es/>).

Asimismo, desde enero de 2014 todas las colecciones SciELO integran el *SciELO Citation Index*, disponible en la plataforma *Web of Knowledge* en conjunto con la *Web of Science* y otras bases de datos internacionales, tanto para las búsquedas como para la generación de indicadores bibliométricos (12).

Figura 3. Captura de pantalla de la *Web of Science* donde se indican las bases de datos que recoge, incluyendo SciELO Citation Index



DESAFÍOS

Si bien SciELO nació en el ámbito de la iniciativa Biblioteca Virtual en Salud (<http://regional.bvsa-lud.org/php/index.php?lang=es>) con una clara vocación por la publicación de revistas científicas del área de las ciencias de la salud, es cierto que tiene una filosofía eminentemente multidisciplinar, aunque en España se ha limitado al ámbito de las Ciencias de la Salud. Con el paso de los años, todas las colecciones que forman parte de la red han ampliado su temática, abriéndola a distintas disciplinas como las Ciencias Sociales o las Ciencias Exactas. En un *Post* publicado en el año 2015 se analiza el estado de desarrollo de la red y se ofrecen datos sobre la distribución del total de revistas por área temática. Aunque las Ciencias de la Salud continúan siendo las revistas con mayor presencia (30.7%), están seguidas muy de cerca por las Ciencias Humanas (28.5%) (13); ([datos en https://goo.gl/FQeYYy](https://goo.gl/FQeYYy)).

Una de las razones de que España sea la única colección monográfica es que es la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, perteneciente al Instituto de Salud Carlos III, la institución responsable de su mantenimiento.

Sin duda sería una gran noticia para SciELO España poder establecer algún tipo de convenio o colaboración con otras organizaciones nacionales interesadas y se vería así satisfecho uno de los principales desafíos a los que nos enfrentamos todos los implicados en este proyecto.

La estructuración de los textos en lenguaje XML para facilitar su almacenamiento en bases de datos y potenciar mejor el uso de los textos mediante la identificación de todos sus elementos (referencias bibliográficas, secciones, párrafos, tablas, figuras, financiación..., etc.) es otro de los desafíos que ya está la colección española. De forma progresiva, SciELO España está en pleno cambio de modo de publicación al haber adoptado ya para algunos títulos el *SciELO Publishing Schema* (14) basado en la norma ANSI/NISO Z39.96-2012, JATS: *Journal Article Tag Suite*, que tiene su origen en la *Journal Archiving and Interchange Tag Suite* creada por la *National Library of Medicine* para marcar los textos de los artículos almacenados y publicados por *PubMed Central*.

Esta forma de publicación facilitará la identificación de elementos de datos para indexación, links y recuperación (12).

Como ya se ha mencionado SciELO fue pionero en la adopción del acceso abierto y se ha convertido en uno de los principales proyectos de acceso abierto a la ciencia a nivel mundial y sin duda el más importante entre los países en desarrollo y emergentes.

La formalización del Acceso Abierto al nivel de las revistas y de los artículos se realiza mediante la adopción de atribuciones de acceso del sistema *Creative Commons* (CC) que incentivan la reutilización y distribución de los artículos (15).

Para que el Acceso Abierto alcance plenamente su potencial, es necesario implantar los mecanismos para que los contenidos científicos publicados bajo esta modalidad puedan ser reutilizados por otros. Este asunto, íntimamente ligado a los derechos de explotación de los artículos, se ha resuelto en buena medida con la adopción de licencias *Creative Commons* que fomentan la reutilización de los resultados de la investigación, permitiendo a la vez que el autor mantenga los derechos que considere convenientes.

Por eso, otro de los principales desafíos de SciELO España es avanzar en la implantación de Licencias CC para las revistas pertenecientes a la colección, siguiendo así las recomendaciones de la metodología SciELO. Hasta el momento, el 63% de las revistas de la colección española han adoptado una Licencia CC, siendo la de tipo BY-NC-ND (Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivada) la más utilizada. Esta licencia es la más restrictiva de las seis principales y sólo permite que otros puedan descargar las obras y compartirlas con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera ni se pueden utilizar comercialmente (16).

A lo largo de estos 15 años, SciELO España tiene ha celebrado muchos logros pero quedan pendientes muchas mejoras adicionales y desafíos, en especial lograr la inclusión e indexación de revistas de otras áreas que enriquecerían el proyecto y contribuiría al posicionamiento de SciELO España como parte de la infraestructura nacional de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Packer AL. SciELO: uma metodologia para publicação eletrônica. Ci Inf [revista en Internet]. 1998 [citado 1 oct 2017];27(2):109-21. Disponible en: <https://goo.gl/Vpz2xi> DOI: 10.1590/S0100-19651998000200002
2. Meneghini, R. O projeto SciELO (Scientific Electronic Library on Line) e a visibilidade da literatura científica "periférica". Quim Nova [revista en Internet] 2003[citado 1 oct 2017];26(2):155-6. Disponible en: <https://goo.gl/T1Yafs> DOI: 10.1590/S0100-40422003000200001

3. Packer AL. The SciELO Open Access: A Gold Way from the South. *Can J High Educ* [revista en Internet]. 2009[citado 1 oct 2017];39(3):111-26. Disponible en: <https://goo.gl/L6sXiV>
4. Iniciativa de Budapest para el acceso abierto [monografía en Internet]. Nueva York, EEUU: Open Society Institute; 2001 [citado 1 oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/SdJXPZ>
5. Berlin Declaration on Open Access to Knowledge in the Sciences and Humanities [monografía en Internet]. Múnich, Alemania: *Sociedad Max Planck*; 2003 [citado 1 oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/kVRvWj>
6. Bethesda Statement on Open Access Publishing [monografía en Internet]. Bethesda, EEUU: National Library of Medicine; 2003 [citado 1 oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/kk3Zm1>
7. Bojo Canales C, Fraga Medín, C, Hernández Villegas S, Primo Peña E. SciELO: un proyecto cooperativo para la difusión de la ciencia. *Rev Esp Sanid Penit* 2009;11(2): 49-56.
8. Packer AL, Cop N, Luccisano A, Ramalho A, Spinak E. SciELO: 15 Años de Acceso Abierto - Un estudio analítico sobre Acceso Abierto y comunicación científica. Paris, Francia: Unesco; 2014. DOI: 10.7476/9789233012370
9. Packer AL, Meneghini R. SciELO en Perspectiva: Contribución de SciELO a la Globalización de la Ciencia [monografía en Internet]. Sao Paulo, Brasil: SciELO - Scientific Electronic Library Online; 2015 [citado 1 oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/Uy7o4r>
10. Gibbs WW. Lost science in the Third World. *Scientific American* [revista en Internet]. 1995[citado 1 oct 2017];273(2):31-4. Disponible en: <https://goo.gl/Mmm3KMf> DOI:10.1038/scientificamerican0895-31
11. Packer AL, Prat AM, Luccisano A, Montanari F, Santos S, Menghini R. El modelo SciELO de publicación científica de calidad en acceso abierto [monografía en Internet]. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO); 2006[citado 1 oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/ZQtL2J>
12. Líneas de acción para los años 2014 a 2016 para incrementar la visibilidad de las revistas y colecciones de la Red SciELO [monografía en Internet]. Santiago, Chile: SciELO - Scientific Electronic Library Online; 2013 [citado 1 oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/BVBbu4>
13. Packer A. SciELO en Perspectiva: La Red SciELO publica más de 500 mil artículos en acceso abierto en 17 años de operación [monografía en Internet]. Sao Paulo, Brasil: SciELO - Scientific Electronic Library Online; 2015 [citado 1 oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/T9LStB>
14. SciELO Publioshing Schema: Guia de uso dos elementos e atributos para documentos em XML [monografía em Internet]. Sao Paulo, Brasil: SciELO - Scientific Electronic Library Online; 2015 [citado 1 oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/yLQv4d>
15. Santos S, Sales DP, Packer AL. SciELO en Perspectiva: SciELO adopta CC-BY como atribución principal de Acceso Abierto. [monografía en Internet]. Sao Paulo, Brasil: SciELO - Scientific Electronic Library Online; 2015 [citado 1 oct 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/8NG7se>
16. Melero Melero R. Reutilización, significado implícito en el acceso abierto (open Access). *Hosp Domic*. 2017;1(3):123-8. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i3.20

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i4.32>

Reseña de libro: Treinta y seis años al frente de una revista científica

Book review: Thirty-six years editing a scientific journal

Helena Martín-Rodero

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

Correspondencia/Correspondence

Helena Martín-Rodero. Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

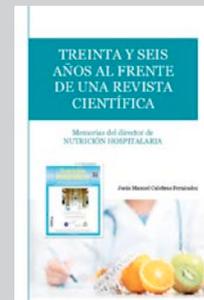
helenam@usal.es

Conflicto de Intereses/Competing interest

No existe ningún conflicto de interés en el presente estudio

Ficha editorial

- Título: *Treinta y seis años al frente de una revista científica: Memorias del director de Nutrición Hospitalaria*
 - Autor: Jesús Manuel Culebras Fernández
 - Editorial: Universidad de León, Servicio de Publicaciones
 - Número de páginas: 321 páginas
 - ISBN: 978-84-9773-895-8
- Copyright © Universidad de León
Copyright © Jesús Manuel Culebras Fernández



CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Martín-Rodero H. Reseña de libro: Treinta y seis años al frente de una revista científica. Hosp Domic. 2017;1(4):221-22

El libro que aquí ven resume 36 años de la vida de un hombre singular, **Jesús Culebras** (Madrid 1946), médico-cirujano, referente en el campo de la nutrición hospitalaria y la edición científica en España. Hombre culto, visionario y soñador, ameno en el trato y gran conversador. Esto último es importante para entender que la obra que tenemos en las manos no es sólo un 'libro para especialistas', útil para documentalistas, bibliómetras, nutricionistas, historiadores de la ciencia o editores científicos, sino que es además un libro entretenido, ilustrado con anécdotas, vivencias y reflexiones del autor, aderezadas por los comentarios de aquellos que tuvieron la ocasión de conocerle y compartir con él esos años de su vida y de su sueño al frente de la revista 'Nutrición Hospitalaria'.

En el año 1979 comienza la andadura del proyecto como boletín de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Apenas transcurridos 11 años, en 1990, el boletín, que ya se había transformado en la revista 'Nutrición Hospitalaria', mereció ser indexado en *Index Medicus* y en la base de datos MEDLINE. Años después de esta primera hazaña, vino la segunda, su incorporación a la *Web of Science* y su inclusión en el *Journal Citation Reports* (JCR).

El libro a través de sus 321 páginas ofrece una visión general de los inicios de la nutrición parenteral y de la creación de las primeras sociedades científicas en el ámbito de la nutrición en España, es el caso de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) fundada en 1977.

Asistimos a un recorrido personal y crítico por la investigación en nuestro país, mostrando el largo camino seguido por las publicaciones científicas en España y en español para hacerse un hueco en el panorama internacional, copado por las publicaciones en lengua inglesa, empresa entonces difícil y que, a día de hoy, continúa siendo una tarea ardua.

A través de la historia de «Nutrición Hospitalaria» hemos conocido cómo se han ido creado y desarrollando algunas de las más importantes bases de datos bibliográficas y plataformas de revistas científicas, cómo han surgido nuevos modelos de edición; el avance y consolidación, no exenta de crítica, de los índices de referencia internacional y la utilización de los indicadores bibliométricos como elementos indiscutibles en los procesos de evaluación de la ciencia y, por supuesto, el desarrollo de la propia investigación en nutrición a través de los artículos publicados en la revista durante este período de tiempo.

El libro cuenta con dos prólogos, el primero escrito por Abelardo García de Lorenzo y Mateos y el segundo por Miguel León Sanz en colaboración con José Manuel Moreno Villares, investigadores todos ellos, de referencia en el campo de la nutrición.

Finaliza el libro con los recuerdos y palabras de aquellos que compartieron profesión, intereses y vida con el autor.

Un libro interesante, enriquecedor y esencial para comprender el mundo de la edición científica en España y un libro ameno gracias a la claridad expositiva del autor cuya narración ha sabido hilvanar de manera sobresaliente.



<https://twitter.com/revistahad>



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

