

TABLA I

	2004	2005	2006
Sexo			
V	15	28	20
M	21 (58%)	18 (39%)	40 (66%)
Edad media; (rango);	66 (32-101)	75 (55-95)	71 (42-98)
Diagnósticos principales			
Neoplasia	11	12	24
Demencia	10	10	15
EPOC	16	19	12
Insuficiencia cardíaca	7	9	9
Infección respiratoria	15	15	13
Infección urinaria	3	2	3
Intolerancia digestiva	5	7	9
Tratamientos			
Endovenosos	25	35	38
Soporte nutricional	10	11	10
Pautas de Sedación	9	10	11
Alta domicilio	29	32	38
Exitus	5	10	22
Total	36	46	60
Porcentaje sobre total ingresos HADO	8%	10%	14%

opción asistencial es muy adecuada, pero probablemente deba optimizarse sin excluir otras patologías agudas. El interés que despierta la HADO tiene sustento en dos puntos básicos. En primer lugar las consideraciones sobre efectividad, reconociéndose que la HADO suele traducirse en una mejor atención así como en mayor satisfacción y participación por parte del paciente y de sus familiares. Por otro lado, la HADO también se asocia con una mejor evolución clínica en el caso de algunas enfermedades, con la reducción de ciertas complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria (3,4). La vía de ingreso sigue dos modelos a grandes rasgos. En un primer modelo el paciente es remitido tras un período de hospitalización convencional de corta o larga duración. En un segundo modelo que sería el que nos ocupa, el paciente vendría remitido desde la comunidad y si no existiese el servicio de HADO sería ingresado en el hospital tradicional. En la hospitalización convencional y en los propios Servicios de Medicina Interna, la gran mayoría de los ingresos se realizan a través de los Servicios de Urgencias. Nuestros datos muestran en Hospitalización a Domicilio un porcentaje notablemente inferior a los Servicios de Hospitalización convencional. La atención primaria y/o los Servicios de urgencia serían los vínculos para el ingreso del paciente. Existen pocos datos sobre el tipo de pacientes ingresados desde los Servicios de urgencia y los nuestros demuestran una tendencia al alza en el tipo de patologías crónicas en fase avanzada/terminal, para los que esta hospitalización está sobradamente capacitada (5) pero que en la práctica podría ofrecerse a pacientes con patología aguda bien controlada en hospitalización convencional y desde hace ya tiempo en la Domiciliaria (6). La práctica de la HADO aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internamiento en la hospitalización convencional. Nuestros datos muestran un incremento en la demanda desde los servicios de urgencias continuo de esta modalidad de hospitalización. Pero así mismo, parecen indicar una tendencia a remitir pacientes con perfil de enfermedad crónica complicada, en ocasiones en fase de

cuidados paliativos, en detrimento de otras patologías hospitalizadas (control de enfermedad aguda infecciosa, administración de tratamiento endovenoso de uso hospitalario, etc.) (7) que también podrían beneficiarse de esta modalidad de hospitalización.

### I. Villamil Cajoto, L. Masa Vázquez, J. Fernández Benito, R. Valdés Bermejo

*Hospitalización a Domicilio. Hospital Gil Casares. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña*

1. De Damborenea MD, Fernández A, Salán JM, Castaños I, Cortezón A. Hospitalización a domicilio: "Su importancia y ventajas". *Gac Med Bilbao* 1991; 88: 17-20.
2. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 659-64.
3. Fernández-Miera MF. Gestión sanitaria: Acerca de la hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 357-8.
4. Oterino FD, Peiró MS, Ridaio M, Marchán C. La Hospitalización domiciliaria. Una posible estrategia para reducir la hospitalización inadecuada. *Revista de Calidad Asistencial* 1998; 13: 204-10.
5. Bermejo GB, Angulo KL, Agorria AA, Barrietabeña MS, Arrate AO. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Atención primaria* 1997; 20: 230-6.
6. Regalado J, Mendoza H, Aizpuru F, Altuna E, Gómez M, Cía JM. Pielonefritis aguda atendida en hospitalización a domicilio. Diez años de experiencia EIMC 2006; 24: 629-33.
7. Mendoza Ruiz de Zuazu H, Gómez Rodríguez de Mendarozqueta M, Regalado de los Cobos J, Altuna Basurto E, Marcaide Ruiz de Apodaca MA, Aizpuru Barandiarán F, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en hospitalización a domicilio. Estudio de 522 casos. *Rev Clin Esp* 2007; 7: 331-6.

## Error fatal en prescripción medicamentosa

*Sr. Director:*

El error en la prescripción de medicación se define como el fallo en el proceso de tratamiento farmacológico que conduce, aun potencialmente, al daño del paciente (1). Se estima que miles de pacientes fallecen cada año a causa de errores médicos de diversa índole. Se ha referido un caso clínico publicado recientemente en una revista de prestigio acerca de una paciente en tratamiento con dosis excesivas de metotrexate como consecuencia de un error en la transcripción de la medicación (2). Por todo ello nos ha parecido de interés aportar el caso de una paciente atendida de urgencia en nuestro hospital bajo los efectos de una prescripción farmacológica errónea y evolución fatal.

Se trata de una mujer de 84 años remitida por el médico de atención primaria a urgencias por disminución del nivel de conciencia y reactividad a estímulos en el último mes de forma progresiva. Tenía antecedentes de hipertensión arterial, demencia de Alzheimer, e intervención de fractura de fémur. Estaba en tratamiento con carbimazol, bisoprolol, sertralina, omeprazol, risperidona, clometiazol, furosemida, pravastatina, etilefrina, espirolactona, citicolina, sal de potasio y lactulosa. Vivía en una residencia y era dependiente para las actividades cotidianas de la vida diaria.

A su llegada a urgencias presentaba tensión arterial 95/60 mm Hg, temperatura 34 °C, frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 25 por minuto y glucemia capilar 146 mg/dl. Puntuación Glasgow de 7, pupilas isocóricas, mióticas y reactivas, localizaba el dolor, reflejo cutáneo plantar indiferente. Palidez y sequedad de piel y mucosas. No se palpaba bocio ni presentaba cicatrices cervicales. Ingurgitación yugular ligera. Auscultación cardiaca con tonos apagados y rítmicos, auscultación pulmonar con roncus dispersos, hipoventilación basal derecha, crepitantes basales izquierdos. Abdomen distendido, timpanizado y doloroso difusamente, sin masas ni visceromegalias, con peristaltismo disminuido. En extremidades inferiores presentaba edema moderado con fovea discreta, sin signos de trombo-sis venosa profunda. En las pruebas complementarias realizadas en urgencias destacaban: hemoglobina 8,4 g/dl, hematocrito 24,9%, VCM 98,8 fl, leucocitos 15,2 mil/mm<sup>3</sup> con 94,7% neutrófilos, plaquetas 239 mil/mm<sup>3</sup>, urea 1,27 g/l, creatinina 1,6 mg/dl, sodio 132,3 mEq/l, potasio 5,86 mEq/l, cloro 90 mEq/l. Estudio de coagulación normal a excepción de fibrinógeno de 797 mg/dl. Gasometría arterial con oxígeno administrado en Ventimask® 50% a 5 litros: pH 7,372, pO<sub>2</sub> 76,5 mmHg, pCO<sub>2</sub> 57,3 mmHg, saturación de O<sub>2</sub> 94,3%, CO<sub>3</sub>H 32,5 mmol/l, exceso base 7,3 mmol/l. Sedimento urinario con 25-50 leucocitos/campo. ECG: ritmo sinusal con alteraciones inespecíficas de la repolarización. Radiografía de tórax: cardiomegalia, ensanchamiento mediastínico con pérdida de definición hilar, edema intersticial y derrame pleural bilateral.

Mediante la red de informatización interna del hospital, pudo accederse a resultados analíticos previos realizados ambulatoriamente cinco meses antes del ingreso, que mostraban cifras de T4 libre < 0,15 ng/dl (0,58-1,64) y TSH de 229,76 microU/ml (0,34-5,6), diagnósticas de hipotiroidismo primario. No había constancia de pruebas tiroideas previas. Con la hipótesis diagnóstica de coma mixedematoso como evolución de un hipotiroidismo primario desencadenado por los fármacos antitiroideo, sedantes y beta-bloqueante, se procedió al tratamiento intravenoso con hidrocortisona seguido de levotiroxina. Previamente se extrajo sangre para la determinación diferida de T<sub>4</sub>, TSH, cortisol y ACTH. La paciente ingresó en planta y recibió tratamiento con dosis decrecientes de levotiroxina e hidrocortisona intravenosa, transfusión de concentrados de hemáties y antibiótico, pero falleció al cuarto día del ingreso tras bradicardia severa. Los resultados hormonales de sangre extraída en urgencias mostraban T4 libre < 0,15 ng/dl, TSH 64,42 microU/ml, cortisol 29,40 microg/dl (5-25) y ACTH 7,4 pg/ml (5-46).

Se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 pacientes pueden morir cada año en hospitales estadounidenses por errores médicos prevenibles (3) y que en Inglaterra y Gales habrían muerto en el año 2001 cerca de 1.100 personas como consecuencia de errores en la medicación, incluyendo como tales errores de prescripción, reacciones adversas inevitables, o aquellas potencialmente prevenibles. En nuestro país existen trabajos que recogen y analizan los errores medicamentosos y su posible impacto (4,5). En los últimos años se ha asistido a un incremento en los errores médicos que no puede atribuirse exclusivamente al aumento en su divulgación. Algunas razones que lo explicarían son la inexperiencia del personal médico o la sobrecarga asistencial, que afectan sobre todo a médicos en formación, aunque los experimentados se ven afectados igualmente por el problema; la aparición de nuevos fármacos e indicaciones; la especialización y descentralización de la atención médica; la comorbilidad y ancianidad de los pacientes, que los hacen más vulnerables a los efectos adversos medicamentosos. Supone una afectación emotiva personal, un menoscabo en la imagen pública del médico y un coste económico por incremento de la estancia hospitalaria, baja laboral, incapacidad o pago de demandas judiciales (6). Sin embargo, su detección y prevención sigue siendo un tema complejo de difícil solución, aunque se han propuesto estrategias destinadas a minimizarlos (7).

En el caso que nos ocupa, y según los datos disponibles, establecimos la hipótesis de que la paciente padecía un hipotiroidismo primario, detectado en análisis solicitados por el médico de atención primaria. Suponemos que vistos estos análisis, se prescribió desde atención primaria erróneamente, un antitiroideo, lo que agravó la situación de hipotiroidismo y desencadenó el fallecimiento de la paciente. Se trata pues de un error médico en prescripción farmacológica con desenlace fatal, que tal vez podría haberse evitado con un análisis sistemático y lógico de la patología de la paciente y medicación adecuada.

**B. Fleta Asín, J. Mozota Duarte<sup>1</sup>, M. A. Sancho Serrano<sup>2</sup>**

*Servicio de Medicina Interna. <sup>1</sup>Servicio de Urgencias. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza*

1. Ferner RE, Aronson JK. Medication errors, worse than a crime. *Lancet* 2000; 355: 947-8.
2. Kalus RM, Shojania KG, Aronson JK, Saint S. Lost in transcription. *N Engl J Med* 2006; 355: 1487-91.
3. Ferner RE, McDowell SE. Doctors charged with manslaughter in the course of medical practice, 1795-2005: A literature review. *J R Soc Med* 2006; 99: 309-14.
4. Fernández Lisón LC, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Urendes Haro JJ, Pujol de la Llave E. Medication errors and non-compliance in polymedicated elderly patients. *Farm Hosp* 2006; 30: 280-3.
5. Gutiérrez Pauls L, González Álvarez I, Requena Caturra T, Fernández Capitán MC. Prescription errors in patients admitted to an internal medicine department from the emergency room. *Farm Hosp* 2006; 30: 85-91.
6. Maxwell S, Walley T, Ferner RE. Using drugs safely. *BMJ* 2002; 324: 930-1.
7. Pollock M, Bazaldua OV, Dobbie AE. Appropriate prescribing of medications: an eight-step approach. *Am Fam Physician* 2007; 75: 231-6.

## Parálisis facial periférica bilateral idiopática en una paciente de 38 años

Sr. Director:

La parálisis facial periférica bilateral (PFPB) es una entidad muy poco frecuente, con una incidencia de aproximadamente 1-5 por 1.000.000 habitantes/año (1), representando entre un 0,3-2% de todos los pacientes afectados de parálisis facial periférica (PFP) (2). Puede iniciarse de forma simultánea, con la afectación de un solo lado, demorándose la afectación contralateral hasta un máximo de cuatro semanas después. En menos de un 20% es idiopática (3), a diferencia de la PFP (4), y en ocasiones es la primera manifestación de una patología grave lo que puede constituir una auténtica emergencia médica (5).

Se presenta el caso clínico de una paciente de 38 años, sin antecedentes patológicos de interés. Seguía tratamiento con contracepción oral Acudió a nuestro Servicio de Urgencias presentando cuadro compatible con PFP izquierda de 4 semanas de evolución, por la que había realizado tratamiento con aciclovir oral