

XXXII Congreso Nacional de la SEMI

XIV Congreso de la Sociedad
Canaria de Medicina Interna

26-28 Octubre 2011

Costa Meloneras

Palacio de Congresos Expomeloneras
Maspalomas. San Bartolomé de Tirajana
Gran Canaria. Las Palmas

Dr. Luis Amador Barciela Coordinador
Urgencias-HADO
Hospital Meixoeiro-CHUVI





URGENCIAS-HADO VENTAJAS DE UNA COORDINACION COMPARTIDA

¿ HADO ?

HADO = HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO :

“opción asistencial alternativa al ingreso hospitalario que proporciona los cuidados médicos y de enfermería en el domicilio del paciente”

OBJETIVOS:

- proporcionar la asistencia sanitaria en domicilio
- conseguir una mejor integración entre paciente – familia – personal sanitario
- liberar camas hospitalarias (adelantar altas / evitar ingresos)
- puente de unión entre AP y Especializada

HETEROGENEOS :

- depende de las necesidades del hospital
- de los recursos de la unidad
- depende de la procedencia/organización del coordinador

VENTAJAS :

- . Paciente evita estrés de la hospitalización (“estoy en mi casa”)
- . Familia no altera sus horarios ni actividades
- . Se evita el riesgo de infecciones nosocomiales, delirium, caídas...
- . Paciente y familia entienden mejor enfermedad y autocuidados
- . Mejor aprovechamiento de recursos sanitarios (camas)
- . Se evitan ingresos desde Urgencias y Atención Primaria
- . Disminuye los reingresos hospitalarios
- . Sirve de puente entre paciente – AP – Hospital
- . Ahorro económico * \$



CRITERIOS DE INGRESO:

- . Paciente hemodinámicamente estable/paliativo
- . Enfermedad aguda o crónica reagudizada no asumible por AP
- . Existencia de cuidador principal
- . Domicilio con condiciones higiénicas y sociofamiliares adecuadas
- . Disponibilidad de comunicación telefónica
- . Consentimiento y aceptación del paciente y familiares (voluntariedad)
- . Posibilidad de ser asumido : “*cama*” en la unidad

EDITORIALES

Veinticinco años de hospitalización a domicilio en España

Victor J. González-Ramallo y Antonio Segado-Soriano

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Med Clin (Barc). 2006;126(9):332-3

Primera unidad en H. Gregorio Marañón 1981

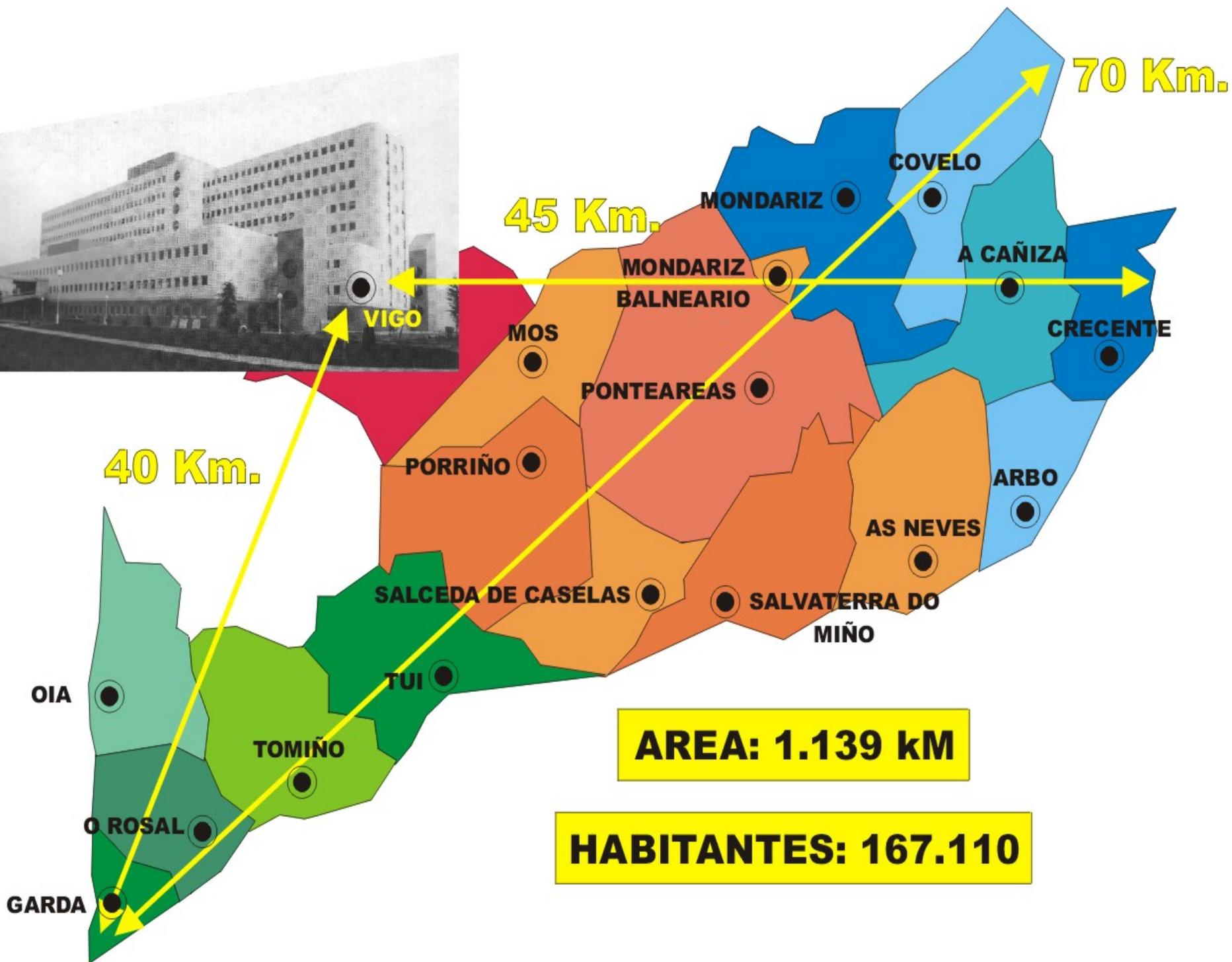
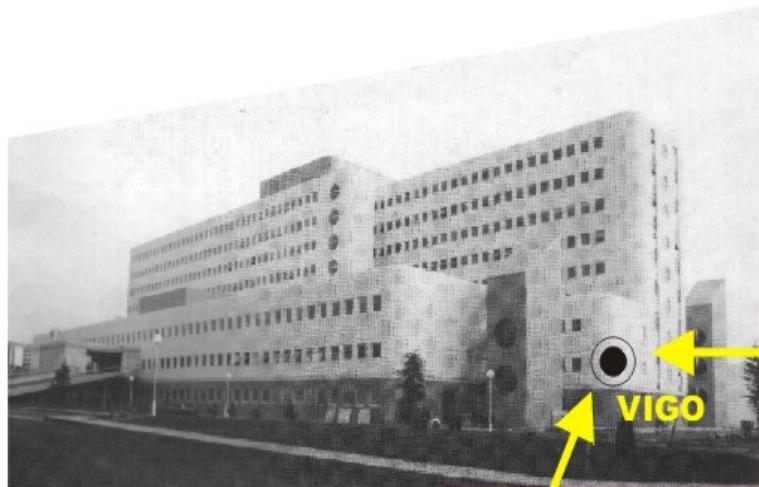
80 UNIDADES de HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN ESPAÑA (2009)

HADO H. Xeral 1989; H. **Meixoeiro 2001** (fusión HADO CHUVI 2009)

Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD): www.sehad.org

HADO

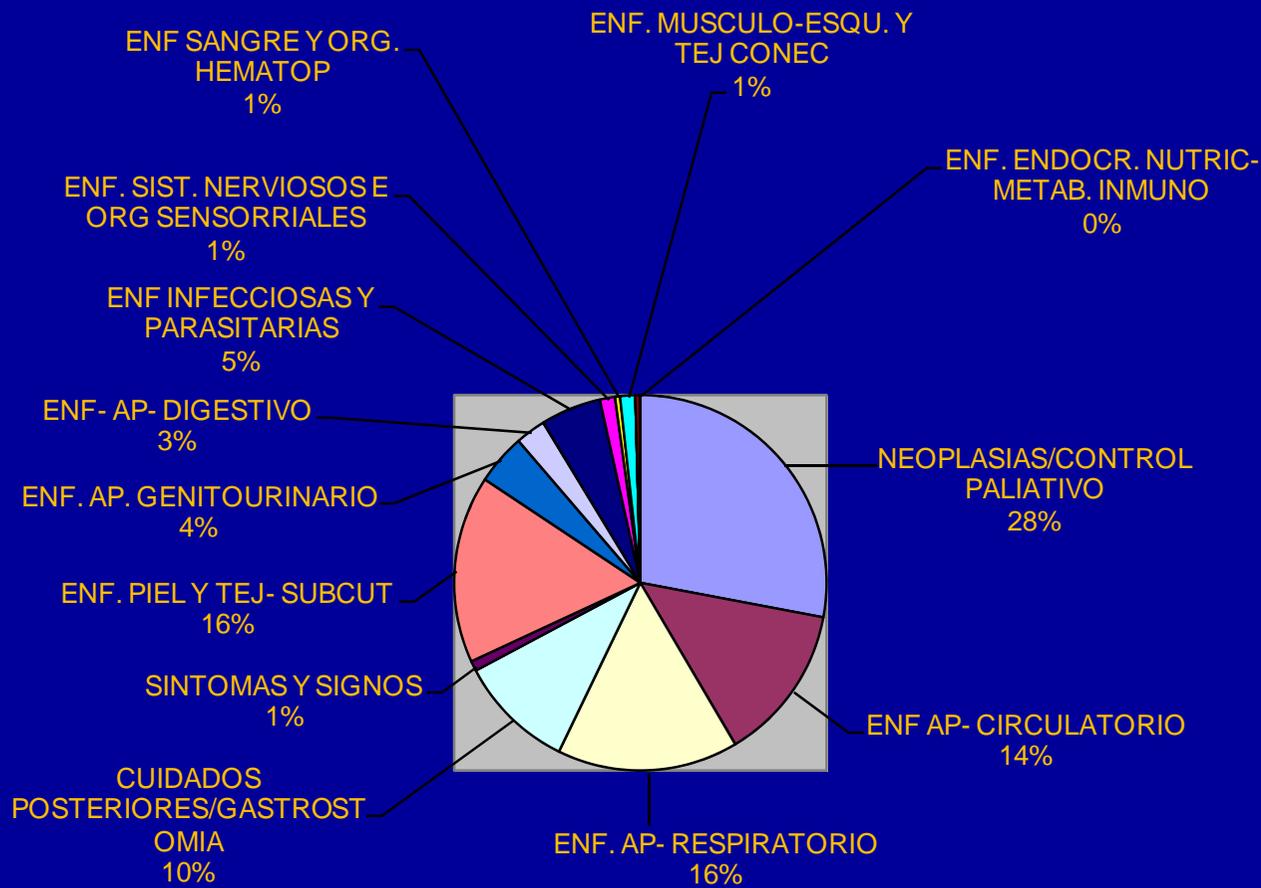
- Inicio en año 2001-Población 167.110
- De Urbano a Isócronas largas
- ½ secretaria - 1 coche
- 2 médicos y 2 enfermeras, mañana y tarde
- Rotación de Internista-Geriatra-M Familia
- Coordinación con 061 y AP
- EASP (2008)
- Pacientes hospitalizados Cirugía-COT
- Adelantar altas



AREA: 1.139 km

HABITANTES: 167.110

PACIENTES POR DIAGNOSTICOS HADO MEIXOEIRO AÑOS 2001 - 2008



- NEOPLASIAS/CONTROL PALIATIVO
- ENF AP- CIRCULATORIO
- ENF. AP- RESPIRATORIO
- CUIDADOS POSTERIORES/GASTROSTOMIA
- SINTOMAS Y SIGNOS
- ENF. PIEL Y TEJ- SUBCUT
- ENF. AP. GENITOURINARIO
- ENF- AP- DIGESTIVO
- ENF INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
- ENF. SIST. NERVIOSOS E ORG SENSORIALES
- ENF SANGRE Y ORG. HEMATOP
- ENF. MUSCULO-ESQU. Y TEJ CONEC
- LESIONES Y ENVENENAMIENTOS
- ENF. ENDOCR. NUTRIC- METAB. INMUNO
- TRANSTORNOS MENTALES

URGENCIAS

- Pacientes en proceso
- Pacientes en observación
- Pacientes con indicación de ingreso
- Pacientes ingresados en espera de camas
- Pacientes para estudio

SELECCIÓN DE PROCESOS

Analizar los procesos de los pacientes que ingresan las distintas especialidades, para comprobar si los estudios que se realizan en el hospital, pueden llevarse a cabo al menos con la misma rapidez y calidad desde la hospitalización a domicilio a la vez que los pacientes reciben una asistencia similar

URGENCIAS

- A las 8-14-20 h HADO en urgencias
- Selección por urgencias
- Pacientes en estudio o no
- Realización de pruebas en urgencias
- Posibilidad de estabilización

HADO

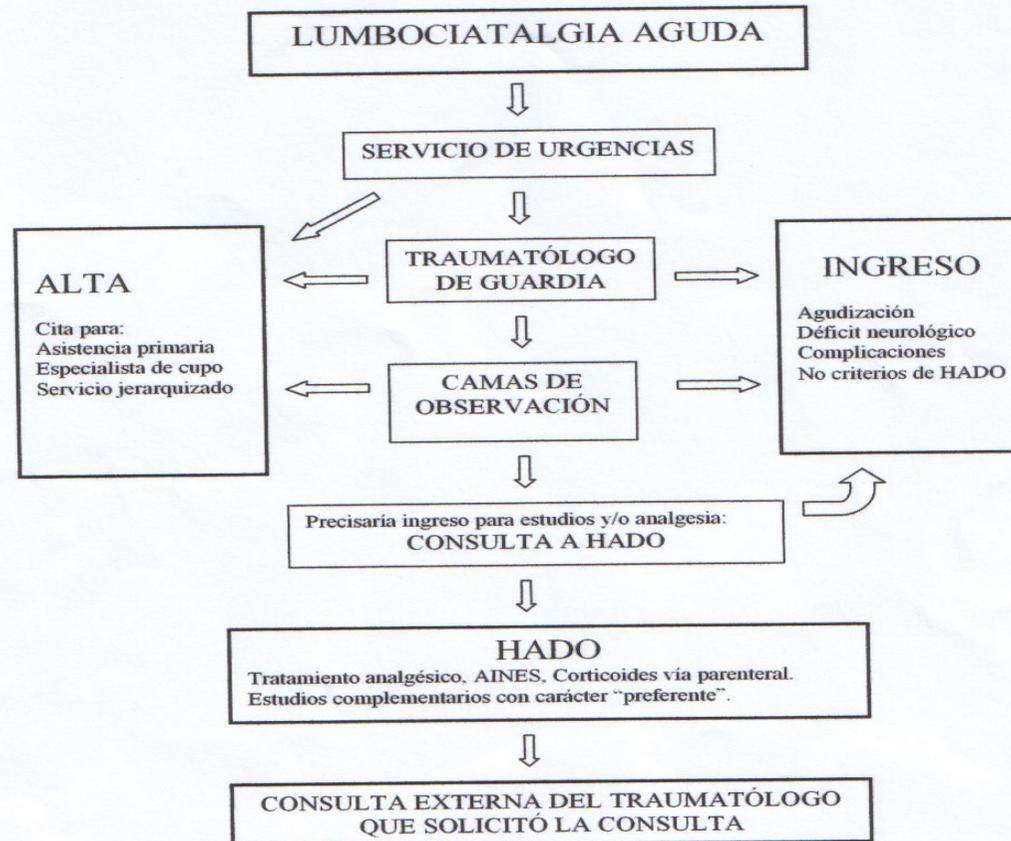
	URG	AP
• Año 02/428	30%	20%
• AÑO 03/398	33%	18%
• AÑO 04/425	27%	21%
• AÑO 05/410	30%	22%
• Año 06/449	48%	12%
• AÑO 07/509	44%	14%
• AÑO 08/520	37%	19%
• AÑO 09/451	30%	15%
• Año 10/409	38%	17%

PROTOCOLIZACION

PROCESOS QUIRURGICOS

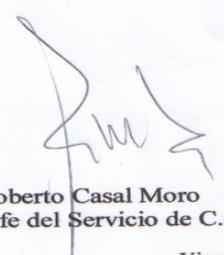
- **TRAUMATOLOGIA**
- **O.R.L.**
- **GINECOLOGIA**
- **CIRUGIA**
- **UROLOGIA**

LUMBOCIATALGIA PROTOCOLO PARA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HADO)



Consultores en lumbociatalgia para los médicos de HADO:
Dr. Casal (lunes), Dr. Hernández (jueves). Consulta nº 29.

Luis Amador Fernández
Jefe del Servicio de Urgencias


Roberto Casal Moro
Jefe del Servicio de C.O.T.

Vigo, 5 de Abril de 2004

PROTOCOLIZACION

PROCESOS MEDICOS

- **MASAS PULMONARES**
- **TVP con/sin TEP**
- **LOES**
- **ANEMIAS**
- **INFECCIONES DE TEJIDOS BLANDOS**
- **RECTORRAGIAS**
- **INSUFICIENCIAS CARDIACAS**
- **SINDROMES CONSTITUCIONALES**
- **F.O.D.**

MASAS PULMONARES

TVP PROXIMAL

Tratamiento domiciliario de la ETEV

TVP

TEP

País	Autor, año	Número	% ambulatorio	
Suecia	Lindmaker, 1996	434	80	
Canadá	Harrison, 1998	133	67	
Canadá	Wells, 1998	233	83	50% TEP (Wells, 2001)
Reino Unido	O'Shaughnessy, 2000	1347	83	
USA	Spyropoulos, 2000	HMO	61	
Alemania	Schwarz, 2001	117	79	
Italia	Siragusa, 2001	125	50	

E.P. SILENTE

New Technologies and Diagnostic Tools

Validation of a risk score identifying patients with acute pulmonary embolism, who are at low risk of clinical adverse outcome

Mathieu R. Nendaz¹, Patrick Bandelier², Drahomir Aujesky³, Jacques Cornuz³, Pierre-Marie Roy⁴, Henri Bounameaux², Arnaud Perrier¹

¹Medical Clinic I, Department of Internal Medicine, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

²Division of Angiology and Haemostasis, Department of Internal Medicine, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

³Department of Medicine, University Hospital, Lausanne, Switzerland

⁴Emergency Department, Angers University Hospital, Angers, France

the characteristics of the derivation study. We conclude that the Geneva risk score has an acceptable predictive accuracy to identify patients with pulmonary embolism at low risk for 3-month adverse outcomes. Whether this score remains accurate and useful in clinical practice should be determined in a prospective multicentre validation study.

Table 1: The Geneva prognostic score derived from a sample of 268 patients with pulmonary embolism (13).

Item	Point score
Cancer	+2
Heart failure	+1
Previous deep venous thrombosis	+1
Systolic blood pressure < 100 mm Hg	+2
PaO ₂ < 8 kPa (60 mm Hg)	+1
Deep venous thrombosis shown by ultrasound	+1
Total score*	0-8

*A total score of 2 points or less defines low-risk patients; a score of 3 or more defines high-risk patients.

Table 3: Complications observed during the 3-month follow-up of 199 patients in this validation study.

Adverse outcome	N
All events*	22
Deaths	13
Fatal pulmonary embolism	3
Fatal bleed	2
Other causes†	8
Major bleed	5
Recurrent venous thromboembolism‡	4

* Three patients had 2 complications.
 † 5 cancers, 2 cardiovascular events, 1 urosepsis.
 ‡ 4 deep-vein thromboses.

Table 4: Score distribution among 199 patients with pulmonary embolism followed during 3 months for adverse outcomes.

Score points	N	Cumulative %	Patients with adverse outcome, N
0	57	28.6	2
1	54	55.8	1
2	48	79.9	5
3	24	92.0	6
4	11	97.5	1
5	4	99.5	4
6	1	100	0

La escala Ginebra predice aceptablemente los pac. con TEP y bajo riesgo en 3 meses de efectos adversos. Necesitándose un estudio multicentrico prospectivo para su validación

Management of pulmonary embolism in the home

Bin S Ong, Margaret A Karr, Daniel KY Chan, Anthony Frankel and Qing Shen

CONCLUSION

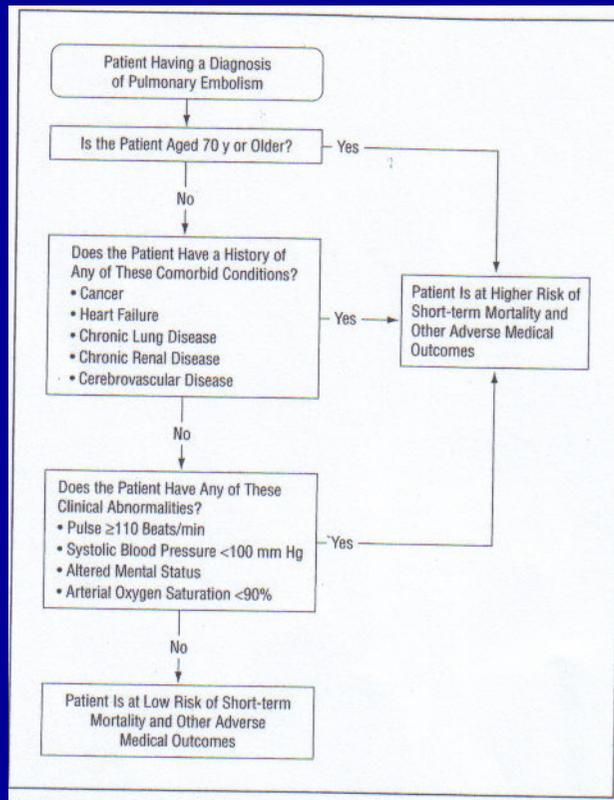
A diagnosis of PE need not mean automatic hospital admission, as many patients with PE can be managed in ambulatory care. It is important to examine this further with a randomised controlled study. The question may best be focused on appropriate selection criteria, as a significant proportion of these patients will have a good outcome. Further study is also required to define clinically useful prognostic indicators for PE in the ambulatory care setting and refine optimal care pathways, particularly the timing of early hospital discharge. The fact that a relatively high proportion of patients required admission emphasises the need for a well defined protocol and close medical supervision. It is likely that we will see more patients with PE being treated as an outpatient or at home in the future.

El diagnostico de TEP no significa automáticamente ingreso, muchos HADO Se requieren estudios para definir indicadores útiles en predecir que pacientes evolucionaran bien. Es probable que en el futuro muchos pacientes con TEP sean tratados en HADO

A Prediction Rule to Identify Low-Risk Patients With Pulmonary Embolism

Drahomir Aujesky, MD, MSc; D. Scott Obrosky, MSc; Roslyn A. Stone, PhD; Thomas E. Auble, PhD; Arnaud Perrier, MD; Jacques Cornuz, MD, MPH; Pierre-Marie Roy, MD, PhD; Michael J. Fine, MD, MSc

Arch Intern Med. 2006;166:169-175



CONCLUSIONS

We derived and validated a clinical prediction rule that accurately identifies a substantial proportion of patients with PE who are at low risk of death and other adverse outcomes and who are candidates for less costly outpatient treatment. However, before this prediction rule can be considered ready for use in clinical practice, it should be validated in a prospective study.

Su regla predice con exactitud pac. con TEP y bajo riesgo de muerte y otros efectos adversos candidatos a HADO. Requiere estudios

E.P.
SINTOMATICO

Tratamiento domiciliario de la trombosis venosa profunda. Comparación de costes con la hospitalización convencional

J. MONTES, L. GONZÁLEZ¹, L. AMADOR¹, A. NOVO¹, M. ENERO¹, G. REY²,
A. MEDIERO²

Servicios de Medicina Interna, ¹Urgencias-HADO y ²Documentación Clínica. Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario. Vigo. Pontevedra

HOME VERSUS INPATIENT THERAPY FOR DEEP VEIN THROMBOSIS. A COST-COMPARATIVE ANALYSIS

RESUMEN

Objetivos: Comparar los costes del tratamiento ambulatorio por una Unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO) frente a la hospitalización convencional en el tratamiento agudo de la trombosis venosa profunda (TVP) y embolismo pulmonar (EP).

Métodos: Durante el año 2002 se trataron 21 pacientes con TVP en la Unidad de HADO. La mediana de edad fue de 81 años, 11 fueron mujeres (52%) y, excepto uno, todos los pacientes presentaban importante comorbilidad. El diagnóstico se realizó en el hospital por ecografía-doppler. En 13 casos se realizó además una gammagrafía pulmonar, objetivándose EP concomitante en 7 pacientes. El tratamiento se realizó mediante heparinas de bajo peso molecular (HBPM) seguidas de anticoagulantes orales en 3 pacientes. No hubo complicaciones excepto un caso que requirió un ingreso breve debido al pobre control sintomático de la TVP y cuyos costes se imputaron a HADO. El estudio comparativo de costes se realizó con respecto a pacientes con TVP (grupo de diagnóstico relacionado, GDR 131) y EP ingresados (GDR: 78). El coste farmacológico para pacientes de HADO se calculó para 10 días.

Resultados: La estancia media hospitalaria de los pacientes ingresados fue de 8,1 días en TVP y 13,1 en TEP frente a 1 día en los pacientes en HADO. El ahorro de costes en HADO para el tratamiento agudo fue estimado en 1.680 € por paciente.

Conclusiones: El tratamiento ambulatorio mediante una unidad de HADO de pacientes con TVP (y TEP seleccionados) resultó una estrategia segura, eficaz y coste-efectiva.

PALABRAS CLAVE: Trombosis venosa profunda. Coste-efectividad. Heparinas de bajo peso molecular. Tratamiento ambulatorio.

ABSTRACT

Aims: To compare the home-care management of deep vein thromboses (DVT) by a Home Care Unit (HCU) respect to conventional inpatient treatment.

Methods: Twenty-one patients with a doppler-ecography diagnosis of DVT were managed by the HCU during 2002. In 7 out 13 a concomitant diagnosis of pulmonary embolism (PE) was made by lung scan. Median age was 81 years, 52% were women and all, except one case, showed severe medical concomitant conditions. All patients received low-weight molecular heparin, followed by oral anticoagulants in 3 patients. No patients died and only one was hospitalized briefly due to a poor thrombosis-related pain control. Costs of this patient were added to those of HCU. A comparison was made between ambulatory and hospitalary costs for EP and DVT. Pharmacological treatment costs were calculated for a 10-days period.

Results: The length of inpatient stay was 1 day for HCU vs. 8 days (DVT) and 13 days (EP). There was a estimated cost-saving of 1680 per patient.

Conclusions: The management of DVT in patients with serious conditions, can be accomplished safely and in a cost-saving manner by a Home Care Unit.

KEY WORDS: Deep vein thrombosis. Cost-effectiveness. Low-molecular weight heparin. Outpatient treatment.

Montes J et al Anales MI 2005

METODO

- Pacientes remitidos con el diagnóstico de **EDEV a HADO desde Urgencias** (año 2002-04).
- Diagnóstico: Ecografía-doppler. Gammagrafía V/Q pulmonar
- Se remitieron **57** pacientes a HADO (25 con EP)
- Tratamiento:
 - **HBPM:** 53 pacientes
 - HBPM y ACO: 4 pacientes

Pacientes con ETEV: HADO vs. MI

Periodo 2002-2004

	<u>HADO</u>	<u>MI</u>	p
N°	57	204	
EP	25	167	
Mujeres (%)	59	59	
Edad	76±15	69±16	0,02
Neoplasias (%)	25	18	
Demencia/ACVA (%)	37	15	<0,01
ICC/C. Isquémica (%)	21	20	
EPOC (%)	5	13	

Resultados

	<u>TVP</u>	<u>EP</u>
• Casos	32	25
• Est. media hospitalaria (días)	8,7	11,1
• Gastos hospitalarios (€)	57378	80502
• Gastos hospitalarios totales (€)	137881	
• Coste real HADO*(€):	24186	
Ahorro por paciente*:		1984 €

*Gastos hospitalarios totales-Coste real HADO/57 pacientes

Conclusiones

- El ahorro fue de **1984 €/paciente**.
- El tratamiento ambulatorio de pacientes con TVP (y TEP seleccionados) mediante HADO resultó una estrategia segura, eficaz y coste-efectiva.



CAMBIO DE PAUTA-INDICACIÓN HACIA DERIVACIÓN A HADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA (EDEV)

Rey García, Gloria M^a - Unidad Codificación Diagnóstica - C H U de Vigo
 Mediero Domínguez, Ana - Unidad Codificación Diagnóstica - C H U de Vigo
 Montes Santiago, Julio - Servicio de Medicina Interna - C H U de Vigo
 Amador Barciela, Luis - Servicio de HADO - C H U de Vigo

INTRODUCCIÓN

El registro de actividad en hospitalización a domicilio (HADO) codificado con CIE-9-MC como herramienta de selección de casos, permite analizar a nivel de patología, su coste-eficiencia y su impacto en la gestión de recursos. Se ha evaluado el cumplimiento en el cambio de pauta-derivación de pacientes con tromboembolia venosa profunda (TVP) y/o embolismo pulmonar (EP), directamente remitidos desde urgencias a HADO

MATERIAL Y MÉTODOS

- Análisis casos (EDEV) periodo 2002-2007 de pacientes en HADO. (Base de datos HADO CIE-9-MC)
- Análisis casos (EDEV) periodo 2002-2007 de pacientes hospitalizados en Medicina Interna. (SIAC-HA CMBD-hospitalización)

Selección, en ambos casos, con diagnóstico principal (DP) confirmado de:

415.1X - Embolismo pulmonar o infarto.
 (GRD 78 - EMBOLISMO PULMONAR.

y/o 453.4X - Embolia y tromboembolia venosa de vasos profundos de extremidad inferior.
 (GRD 131 - TRASTORNOS VASCULARES PERIFÉRICOS SIN COMPLICACIONES.

- Estudio de J.Montes et. al. (2005)¹. En él se concluía que el resultado de comparación entre costes de HADO y hospitalización convencional para el tratamiento agudo de pacientes con EDEV, suponía un ahorro de 1.680,00€ por paciente tratado ambulatoriamente en HADO. Este importe se considera base para todos los años de este estudio, con el incremento correspondiente de la inflación anual.

RESULTADOS

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hospitalización M.I.	53	56	49	30	24	30
HADO	25	28	27	27	45	39
TOTAL	78	84	76	57	69	69
% Derivación HADO	32%	33%	36%	47%	65%	57%



CONCLUSIONES

Se confirma el cambio de pauta-derivación a HADO de pacientes con EDEV directamente desde Urgencias, lo que supone un impacto directo en la reducción de costes, incremento de disponibilidad de camas en hospitalización y ergo en programación quirúrgica y drenaje de urgencias hacia hospitalización.

REFERENCIAS

¹ J. Montes, L. González, A. Novo, M. Encero, G. Rey, A. Mediero
 "Tratamiento domiciliario de la tromboembolia venosa profunda. Comparación de costes con la hospitalización convencional"
 ANALES DE MEDICINA INTERNA, vol 22, N^o 8, pp. 369-372, 2005.

CONFIRMACIÓN DE CAMBIO DE PAUTA-INDICACIÓN HACIA DERIVACIÓN A HADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA (ETEV)

Ana Méndez Domínguez, Gloria M. Rey García - Unidad Certificación Diagnóstica - C.H.U. de Vigo

INTRODUCCIÓN

El registro de actividad en hospitalización o domicilio (HADO) certificado con CIE-9-AC como herramienta de selección de casos, permite analizar a nivel de patología, su coste-eficiencia y su impacto en la gestión de recursos. Se ha actualizado y revisado la evolución del cumplimiento en el cambio de pauta-derivación de pacientes del Hospital Meixosoiro con trombosis venosa profunda (TVP) y/o embolia pulmonar (EP), directamente resueltos desde urgencias a HADO (Rey García, G. et al., 2009) ¹.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Análisis casos (ETEV) período 2001-2009 de pacientes en HADO. (Base de datos HADO CIE-9-AC)
- Análisis casos (ETEV) período 2001-2009 de pacientes hospitalizados en Medicina Interna.(SIAC-IA)

Selección, en ambos casos, con diagnóstico principal (DP) confirmado de:

415.1X - Embolia pulmonar e infarto.

(GRD 78 - EMBOLISMO PULMONAR).

453.4X - Embolia y trombosis venosa de vasos profundos de extremidad inferior.

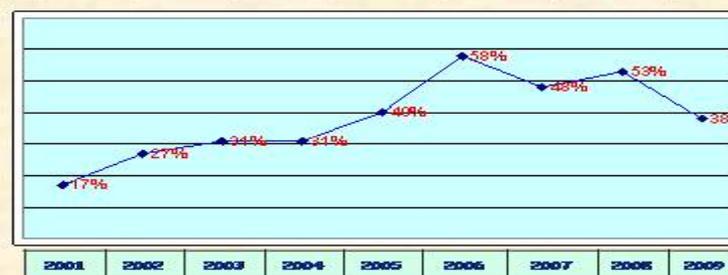
(GRD 131 - TRASTORNOS VASCULARES PERIFÉRICOS SIN CC).

- Estudio de J. Méndez et. al. (2005)². En él se concluyó que el resultado de comparación entre costes de HADO y hospitalización convencional para el tratamiento agudo de pacientes con ETEV, suponía un ahorro de 1.680,00€ por paciente tratado ambulatoriamente en HADO.

RESULTADOS

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hospitalización M.I.	73	60	70	62	47	39	51	41	47
HADO	15	29	31	26	31	53	46	46	29
TOTAL	88	109	101	90	78	92	99	87	76
% Derivación HADO	17%	27%	31%	31%	40%	58%	46%	53%	38%

TENDENCIA DERIVACIÓN A HADO



CONCLUSIONES

Se confirma nuevamente el cambio de pauta-derivación a HADO de pacientes con ETEV directamente desde Urgencias, lo que supone un impacto directo en la reducción de costes, incremento de disponibilidad de camas en hospitalización y en programación quirúrgica y drenaje de urgencias hacia hospitalización.

REFERENCIAS

- ¹ Rey García, G., A. Méndez, J. Méndez, L. Anadón. 2009. "Cambio de pauta-derivación hacia derivación a HADO de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETEV)". PAPELES MÈDICOS, vol. 16, Nº 1, p. 12.
- ² Méndez, J., L. González, A. Novo, M. Escro, G. Rey, A. Méndez. 2005. "Tratamiento domiciliario de la trombosis venosa profunda. Comparación de costes con la hospitalización convencional". ANALES DE MEDICINA INTERNA, vol. 22, Nº 6, pp. 369-372.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA en HADO

TVP y TEP

Años 2001 – 2009

Año	TVP	TEP	TVP +TEP	TOTAL
2001	7	5	3	15
2002	14	10	5	29
2003	16	7	8	31
2004	14	8	6	28
2005	14	5	12	31
2006	29	13	11	53
2007	28	10	10	48
2008	20	16	10	46
2009	18	4	7	29
TOTAL	160	78	72	310

PROTOCOLOS
ENFERMEDAD
TROMBOEMBÓLICA
VENOSA

Coordinador
Manuel Monreal Bosch

CAPÍTULO XIV

Tratamiento domiciliario de la enfermedad tromboembólica venosa

JULIO MONTES SANTIAGO^a y LAURA GONZÁLEZ VÁZQUEZ^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Meixoeiro.

Vigo. Pontevedra.

^bServicio de Urgencias. Hospital Meixoeiro.

Vigo. Pontevedra.

Magnitud del problema y costes económicos

La trombosis venosa profunda (TVP) es un proceso potencialmente mortal, ya que el trombo inicialmente formado en el sistema venoso profundo puede fragmentarse y producir una embolia pulmonar (EP). De hecho, el EP es la tercera causa de muerte hospitalaria tras el ictus y la cardiopatía isquémica¹ y sus tasas de mortalidad en España se ha mantenido estables (**fig. 1**). Cerca del 90% de las muertes ocurren en pacientes no tratados porque no han sido diagnosticados, mientras que su tratamiento temprano reduce la mortalidad del 30 al 5-8%^{2,3}.

Estudios poblacionales han estimado una incidencia de 50 casos/100.000 habitantes/año (TVP) y 70 casos/100.000 habitantes/año (EP)⁴. En pacientes hospitalizados, la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) es 100 veces superior a la de los ambulatorios⁵. Anualmente se calculan unos 100.000 casos de ETEV en Francia; 60.000 en Italia; 65.000 en el Reino Unido y 250.000 casos en Estados Unidos⁶. En España, son escasos los estu-

Tratamiento domiciliario de la ETV

Diagnóstico de TVP confirmado

**Contraindicaciones para Tto.domiciliario (Tabla 1)
o
Alto riesgo de sangrado (Tabla 2)**

Sí

Tto. hospitalario

Gammagrafía pulmonar*

TEP

No

Tto. ambulatorio inmediato

Ingreso breve (1-3 días)

HBPM

HADO

A. Primaria

C. Externas Hospital

Programación seguimiento

ACO (INR 2-3)

- *Autoadministración HBPM
- *Educación
- *Iniciar ACO

Tabla 1. Contraindicaciones al tto. ambulatorio

- TEP sintomático ????
- Dolor intenso de miembro
- Insuficiencia renal grave, CI Cr <30 ml/min
- Insuficiencia hepática grave
- Diátesis hemorrágica previa, sospecha sangrado
- Trombopenia
- Obesidad (peso >120 kg)
- Embarazo
- Hospitalización por otro motivo
- Dudas sobre el cumplimiento ambulatorio

Tabla 2. Índice de riesgo de sangrado en el paciente ambulatorio

Proceso	Puntos
1. ≥65 años	1
2. Sangrado intestinal previo	1
3. Ictus previo	1
4. Comorbilidad asociada (una o más)	1
*Infarto de miocardio reciente,	
*Insuficiencia renal: Cr>1,5 mg/dl	
*Diabetes mellitus	
*Anemia severa	
Bajo riesgo:	0
Moderado:	1-2
Alto:	≥3

*Conveniente para estratificar riesgo de complicaciones



Sociedad Española de Medicina Interna

PROTOSCOLOS
ENFERMEDAD
TROMBOEMBÓLICA
VENOSA

Actualización 2009

Coordinadora
Raquel Barba Martín

CL.05.205



37. Linkins LA, Choi PT, Douketis JD. Clinical impact of bleeding in patients taking oral anticoagulant therapy for venous thromboembolism: a meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2003;139:893-900.
38. Koopman MM, Prandoni R, Piovella F, Ockelford PA, Brandjes DP, Van der Mij, et al. Treatment of venous thrombosis with intravenous unfractionated heparin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-molecular-weight heparin administered at home. The Tasman Study Group. *N Engl J Med.* 1996;334:682-7.

CAPÍTULO XIV

Tratamiento domiciliario de la enfermedad tromboembólica venosa

JULIO MONTES SANTIAGO, JOAQUÍN ÁLVAREZ PÉREZ Y LUIS AMADOR BARCELÓ*
*Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario-Meixoeiro, Vigo.
*Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario-Meixoeiro, Vigo.

Magnitud del problema y costes económicos

La trombosis venosa profunda (TVP) es un proceso potencialmente mortal, ya que el trombo inicialmente formado en el sistema venoso profundo puede fragmentarse y producir una tromboembolia pulmonar (TEP). De hecho, aunque se afirma que el TEP es la tercera causa de muerte hospitalaria (tras el ictus y la cardiopatía isquémica)¹, se sospecha que, debido a su falta de reconocimiento, su mortalidad puede ser muy superior y superar incluso a la del infarto agudo de miocardio². Así, cerca del 90% de las muertes ocurren en pacientes no tratados porque no fueron diagnosticados, mientras que su tratamiento temprano reduce la mortalidad desde el 30 al 5-8%³.

Recientemente, en una revisión de estudios epidemiológicos se comunica una incidencia de TVP en la población general de 0,5/1.000 personas/año, con acusada dependencia de la edad (3,1/1.000 personas-año en mayores de 85 años)⁴. En Estados Unidos se calcula que anualmente unos 12 millones de pacientes hospitalizados, de los cuales 7,7 millones lo son por procesos médicos, se encuentran en riesgo de presentar una enfermedad

sarrollar las complicaciones propias de su enfermedad (progresión o recidiva) o como consecuencia del tratamiento, especialmente en la TEP. En una revisión sistemática reciente de las pruebas científicas disponibles también se ha demostrado que, en pacientes seleccionados, la TEP puede tratarse con seguridad de forma ambulatoria o tras un alta temprana¹⁸, lo cual amplía las perspectivas del tratamiento ambulatorio para esta entidad¹⁹. Además, para ayudar en tal decisión, en los últimos años se han publicado varios índices de cuantificación de los riesgos, como la escala de Ginebra²⁰ o el Pulmonary Embolism Severity Index (PESI)²¹. Este último establece una estratificación mediante un sistema de puntuación de variables pronósticas de fácil obtención en los servicios de urgencias (tabla 1). Además, ha recibido recientemente una validación externa mediante varios estudios que sobrepasan ya los 1.500 pacientes²¹⁻²⁴. Los riesgos de muerte a los 30-90 días en las puntuaciones inferiores (clases I-II) fueron < 1,5%, frente a > 10% en las clases más altas (IV-V), por lo cual los pacientes estratificados en las clases inferiores constituyen los pacientes ideales para el tratamiento domiciliario, y quizá en las superiores sería preferible el tratamiento hospitalario.

Además de dicha estratificación, en la figura 1 se recogen también algunas otras contraindicaciones al tratamiento comúnmente aceptadas (tabla 2)¹¹. En la figura 1 se recoge el algoritmo, con algunas modificaciones, que se sigue en nuestro centro, siendo los pacientes con TVP y TEP elegibles para tratamiento ambulatorio remitidos a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria o a las consultas externas. La edad y las comorbilidades asociadas o los antecedentes previos de TVP no han obstaculizado un tratamiento completo y eficaz.

Con respecto al riesgo de hemorragia, puede utilizarse de forma aproximativa el índice de riesgo de hemorragia en el paciente

Tabla 1. Índice PESI (Pulmonary Embolism Severity Index)

Variables pronósticas	Puntos asignados
Demografía	
Edad (años)	Edad
Varón	+10
Comorbilidad	
Cáncer	+30
Insuficiencia cardíaca	+10
Enfermedad pulmonar crónica	+10
Hallazgos clínicos	
Frecuencia cardíaca \geq 110 lat/min	+20
Presión arterial sistólica < 100 mmHg	+30
Frecuencia respiratoria \geq 30 respiraciones/min	+20
Temperatura < 36 °C	+20
Alteración del estado mental*	+60
Saturación arterial de O ₂ < 90% [†]	+20

Se obtiene una puntuación total para cada paciente sumando su edad y los puntos por cada variable pronóstica. Se obtienen 5 categorías de riesgo:

Clase I	Riesgo muy bajo	< 65 puntos
Clase II	Riesgo bajo	66-85 puntos
Clase III	Riesgo intermedio	86-105 puntos
Clase IV	Riesgo alto	106-125 puntos
Clase V	Riesgo muy alto	>125 puntos

*Definido como desorientación, somnolencia, estupor o coma.

[†]Definido con o sin la administración de O₂ suplementario.

Modificado de Aujesky et al²¹.

ambulatorio validado por Wells²² (tabla 3). En ciertos pacientes con dudas sobre el tratamiento una opción alternativa, por lo demás realizada de manera sistemática en la mayor parte de estudios sobre tratamiento ambulatorio, es una hospitalización breve durante 1-3 días para comprobar la factibilidad del trata-

PROTOCOLOS. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

Tabla 2. *Contraindicaciones al tratamiento ambulatorio*

TEP sintomática
Dolor intenso de miembro
Insuficiencia renal grave, $\text{Clcr} < 30 \text{ ml/min}$
Insuficiencia hepática grave
Distasis hemorrágica previa, sospecha hemorragia
Trombopenia
Obesidad (peso $> 120 \text{ kg}$)
Embarazo
Hospitalización por otro motivo
Dudas sobre el cumplimiento ambulatorio

TEP: tromboembolia pulmonar.
Tomado de Segal et al'.

Tabla 3. *Índice de riesgo de hemorragia en el paciente ambulatorio*

Proceso	Puntuación
1. ≥ 65 años	1
2. Sangrado intestinal previo	1
3. Ictus previo	1
4. Comorbilidad asociada (una o más)	1
Infarto de miocardio reciente,	
Insuficiencia renal: $\text{Cr} > 1,5 \text{ mg/dl}$	
Diabetes mellitus	
Anemia grave	
Bajo riesgo	0
Moderado	1-2
Alto	≥ 3

Tomado de Wells et al'.

miento y la presencia de complicaciones. En este grupo, naturalmente individualizable, podrían incluirse, entre otros, ciertos pacientes con TEP, los que tienen dolor agudo en la extremidad inferior que requiere opioides o los que presentan trombos

Tratamiento domiciliario de la ETV

flotantes o en los que no puede determinarse claramente el límite superior del trombo en la vena ilíaca por ecografía¹⁴.

Educación de los pacientes

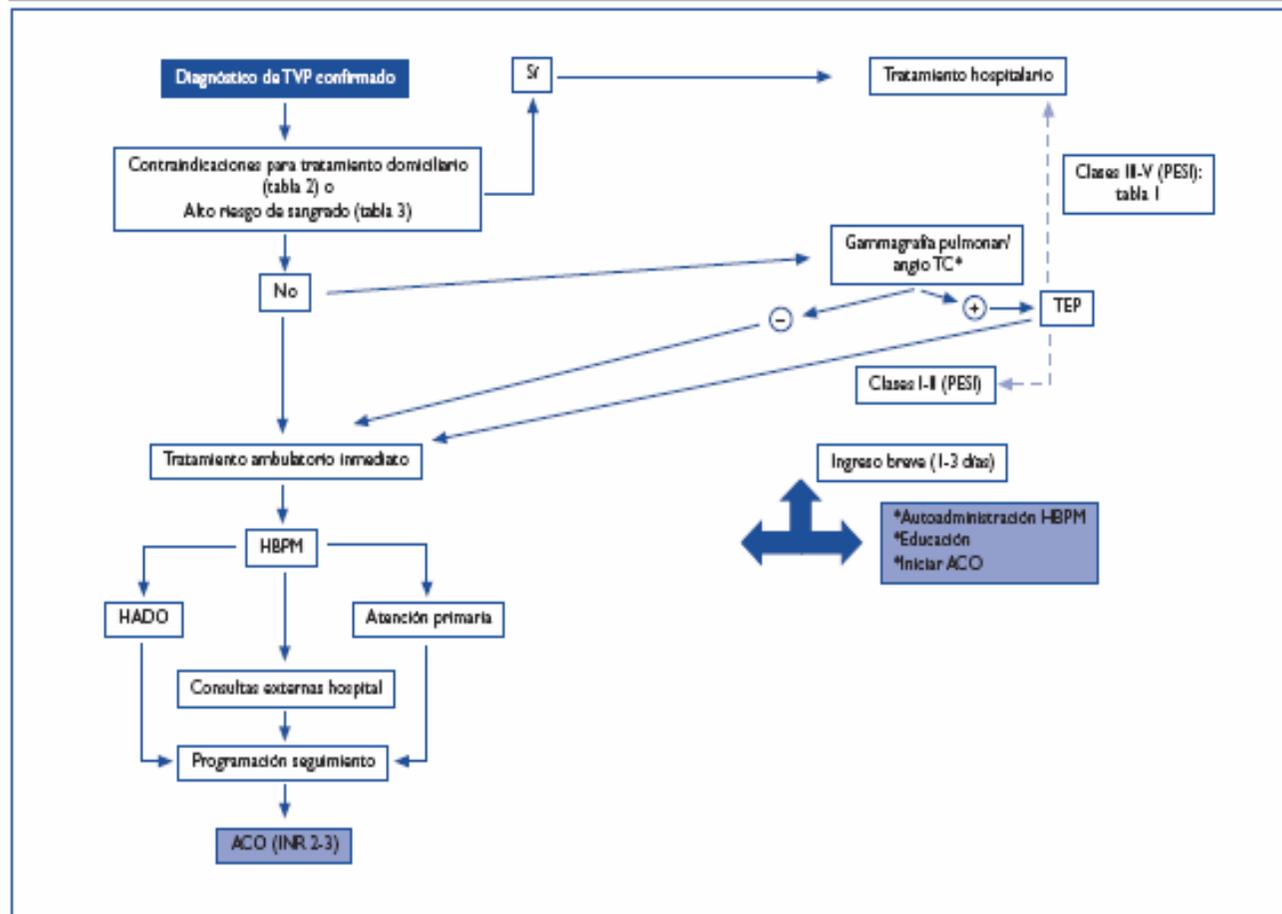
El tratamiento domiciliario de la ETV una vez efectuado el diagnóstico exige la educación del paciente y la coordinación entre los ámbitos asistenciales que deben seguir su evolución. Es recomendable, pues, que el médico que propone tal tratamiento haga las siguientes comprobaciones:

- El paciente entiende la importancia del tratamiento y él mismo o un responsable cercano puede realizar correctamente la técnica de autoadministración. Puede proporcionarse material explicativo.
- El paciente es capaz de comprender y presumiblemente identificar las posibles complicaciones de su enfermedad y/o derivadas del tratamiento (hemorragias, progresión de la ETV, síntomas de TEP, etc.)
- Sería deseable recabar el consentimiento informado de que accede a dicho tratamiento y de que ha recibido las instrucciones pertinentes.

Seguimiento de los pacientes

- Determinar claramente, según las posibilidades organizativas, quién seguirá al paciente: atención primaria, unidades de hospitalización domiciliaria, consultas externas de hospital, etc.
- En cualquier caso debe elaborarse un informe explícito para que sea posible controlar las posibles complicaciones.
- Debe realizarse una instrucción específica en esta enfermedad del personal de enfermería.
- Deben programarse las visitas al domicilio del paciente.

Figura 1. Tratamiento domiciliario de la enfermedad tromboembólica venosa.



I.C.C.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SUR DE GALICIA SEGÚN TRES SERVICIOS DE REFERENCIA: MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA y HADO.

J.Montes-Santiago(1) A. Vilches-Moragas (2), L.Amador-Barciela(3), G.Rey-García (4) Medicina Interna(1), Geriatria (2), Urgencias/HADO(3), Documentación clínica (4)

Objetivos. La alta prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) en Galicia motiva que en las hospitalizaciones de estos pacientes se vean involucrados facultativos de diferentes especialidades y modelos asistenciales. El elevado consumo de recursos debido a su morbimortalidad y alta tasa de reingresos también ha ocasionado que se investiguen nuevas alternativas de asistencia. En nuestra área sanitaria dichos pacientes son atendidos mayoritariamente por tres de estos Servicios: Medicina Interna (MI), Geriatria y Hospitalización a domicilio (HADO), en este último habitualmente tras su alta hospitalaria. En este estudio se presenta la comparativa de las características epidemiológicas de los pacientes ingresados y seguidos en tales Servicios.

Métodos. Se evaluaron las características clínicas y evolutivas de pacientes con el diagnóstico principal de IC. El 1º grupo fueron los 118 pacientes enviados a HADO durante el periodo 2002-2004 (mediana seguimiento: 6 meses). Estos constituyeron el 10% de los pacientes atendidos por dicha Unidad en tal periodo y procedieron de los siguientes Servicios: Cardiología (13%), Geriatria (17%), MI (11%), Urgencias (37%), Atención primaria (9%) y Otros (14%). El 2º grupo estuvo formado por el análisis de 51 pacientes elegidos aleatoriamente entre los 134 pacientes con IC ingresados en 2006 en MI. Estos 134 pacientes constituyeron el 10% del global de hospitalizados en ese Servicio (mediana seguimiento: 24 meses). El 3º grupo se compuso de los 110 pacientes admitidos en el Servicio de Geriatria en 2005 y constituyeron el 12% de pacientes ingresados en tal servicio. No se dispuso de la evolución extrahospitalaria de estos pero para estos datos se utilizaron los de una cohorte prospectiva de seguimiento de 219 pacientes de similares características hospitalizados en Geriatria durante 21 meses (Enero 2006-septiembre 2007)(mediana seguimiento: 6 meses).

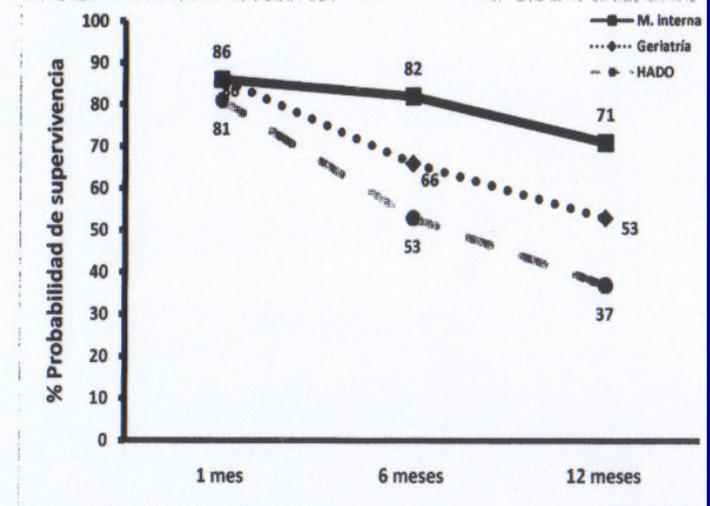
Resultados. En la tabla se exponen las características de los tres grupos de pacientes. Tomando como referencia comparativa el Servicio de Medicina Interna, en general los pacientes en HADO y Geriatria presentaron mayor edad, son más frecuentemente mujeres, con peor capacidad funcional y reciben más polimedicación. Ello se tradujo en una menor supervivencia en los dos últimos servicios, especialmente HADO. La etiología de la cardiopatía no difirió significativamente en los tres grupos siendo la más frecuente la hipertensiva.

Discusión. Se comprueba la alta morbimortalidad de la IC, con independencia del Servicio o modalidad asistencial responsable de su atención. Ello se relaciona con su avanzada edad y comorbilidad. Debido al alto grado de dependencia de estos pacientes la asistencia en HADO, si bien con elevada mortalidad, puede constituir una razonable y coste-eficiente alternativa.

Conclusiones. La alta prevalencia de la IC motiva que estos pacientes sean atendidos por diversos servicios y modalidades asistenciales. Los atendidos por una unidad de HADO y Geriatria son de mayor edad y con mayor deterioro funcional que los ingresados en MI, lo que se traduce en una mayor mortalidad. Son necesarios protocolos de coordinación y seguimiento entre dichas formas de asistencia para optimizar la atención a dichos pacientes.

Tabla I. Características de pacientes con IC según los Servicios

SERVICIO	M Interna	Geriatría	HADO
	2006	2005/2007	2002-04
Período	2006	2005/2007	2002-04
Nº (% altas)	51 (10%)	110 (12%)	118 (10%)
Edad (DS)	78 (8)	86 (4)	81 (7)
Mujeres	57	70	54
Discapac.funcional (física/mental)	NC	70	83
NYHA III-IV	76	58	86
HTA	53	66	47
EPOC	37	38	37
DM	33	27	26
IRC	33	28	47
C. Isquémica	33	NC	30
C. hipertensiva	27	33	29
FEVI (>45)	71	60	(<10% estudios)
Estancia media (DS)	11,8 (7,2)	10,6	17,0 (14,4)
FA	51	66	42
Nº fármacos (DS)	7,2 (2,2)	7,8	8,4 (3,0)
Supervivencia hospital/1 mes	86	86	81
Supervivencia 6 meses	82	66	53
Supervivencia 12 meses	71	58	37
Reingreso 12 m (% pacientes)	45	49	27
Nº reingresos por paciente	2,0	1,7	1,4



COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SUR DE GALICIA SEGÚN TRES SERVICIOS DE REFERENCIA: MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA Y HADO.

J. Montes-Santiago(1), A. Vilches-Moraga(2), L. Amador-Barciela(3), G. Rey-García(4)
(1)Medicina Interna, (2)Geriatría, (3)Urgencias-HADO, (4)Documentación Clínica. Hospital Meixoeiro. Vigo

•Objetivos

Alta prevalencia y consumo de recursos de insuficiencia cardiaca (IC) en Galicia.

En su atención participan diferentes especialidades y modelos asistenciales.

En nuestra área: Medicina Interna (MI), Geriatría y Hospitalización a Domicilio (HADO).

Aquí se comparan las características epidemiológico-evolutivas de la IC ingresada y seguida en tales Servicios.

Métodos

1.MI: 51 pacientes elegidos aleatoriamente entre los 134 con IC en MI (los 134 constituyeron el 10% del global de altas (2006), mediana de seguimiento: 24 meses).

2.HADO: 118 pacientes (2002-2004, 10% de altas en tal periodo, mediana seguimiento: 6 meses).

Procedencias: Cardiología(13%), Geriatria(17%),MI (11%),**Urgencias (37%), Atención primaria (9%), Otros(14%).**

1.Geriatria: 110 pacientes hospitalizados (2005) (12% en tal año).

En evolución extrahospitalaria: cohorte prospectiva de 219 pacientes ≈ durante 21 meses -1/2006-9/2007-, mediana seguimiento: 6 meses).

Resultados

Fig. 1. Supervivencia de la IC en MI, HADO y Geriatria

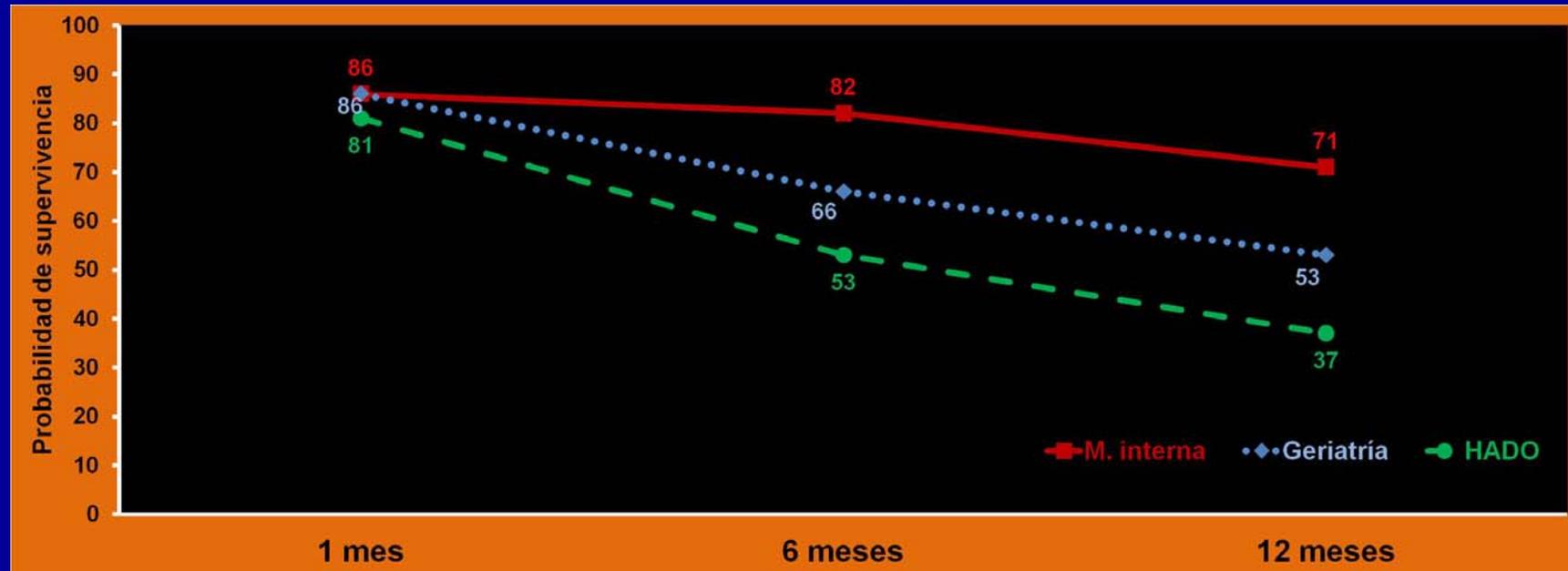


Tabla 1. Características de la IC en MI, HADO y Geriátría

SERVICIO	M Interna	HADO	Geriátría
Periodo	2006	2002-04	2005/2007
Nº (% altas)	51 (10%)	118 (10%)	110 (12%)
Edad	78+8	81+7	86+4
Mujeres	57	54	70
I. física		83	70
NYHA III-IV	76	86	58
HTA	53	47	66
EPOC	37	37	38
DM	33	26	27
Neurol	24	19	
IRC	33	47	28
C. Isquémica	33	30	26
C. hipertensiva	27	29	33
FEVI (>45)	71	(<10% estudios)	60
Estancia	11,8+7,2	17,0+14,4	10,6
FA	51	42	66
Nº fármacos	7,2+2,2	8,4+3,0	7,8
Supervivencia hospital/1 mes	86	81	86

Conclusiones

La alta prevalencia de IC motiva que sea atendida por diversos servicios.

HADO y Geriátría: >edad y >deterioro funcional que en MI con >mortalidad.

Son necesarios protocolos de coordinación y seguimiento entre dichas formas de asistencia para optimizar la atención a dichos pacientes.



RESUMEN POR DIAGNOSTICO PRINCIPAL

SUBCLASIFICACIONES

Num. Cas

AA

002.0	FIEBRE TIFOIDEA	1
003.0	GASTROENTERITIS POR SALMONELLA	3
008.45	ENTERITIS POR CLOSTRIDEUM DIFFICILE	2
011.40	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON NEOM	3
011.90	TBC PULMONAR NEOM-NEOM	11
012.00	PLEURESIA TBC-NEOM	1
012.03	PLEURESIA TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA	1
035.	ERISIPELA	3
036.2	MENINGOCOEMIA	2
038.0	SEPTICEMIA ESTREPTOCOCICA	1
038.11	SEPTICEMIA POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN SUSCEPTIBLE	2
038.19	OTRAS SEPTICEMIAS ESTAFILOCOCICAS	1
038.42	SEPTICEMIA POR ESCHERICHIA COLI	1
038.9	SEPTICEMIA SIN ESPECIFICAR	2
042.	ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	10
047.9	MENINGITIS VIRICA SIN ESPECIFICAR	3
053.19	OTRAS COMPLICACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	2
070.51	HEPATITIS C AGUDA SIN MENCION DE COMA HEPATICO	1
070.54	HEPATITIS C CRONICA SIN MENCION DE COMA HEPATICO	1
075.	MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	1



RESUMEN POR DIAGNOSTICO PRINCIPAL

SUBCLASIFICACIONES

Num. Cas

AAA

002.0	FIEBRE TIFOIDEA	1
003.0	GASTROENTERITIS POR SALMONELLA	3
008.45	ENTERITIS POR CLOSTRIDEUM DIFFICILE	2
011.40	FIBROSIS TUBERCULOSA DEL PULMON NEOM	3
011.90	TBC PULMONAR NEOM-NEOM	11
012.00	PLEURESIA TBC-NEOM	1
012.03	PLEURESIA TBC-DGCO.POR MICROSCOPIA	1
035.	ERISIPELA	3
036.2	MENINGOCOEMIA	2
038.0	SEPTICEMIA ESTREPTOCOCICA	1
038.11	SEPTICEMIA POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILIN SUSCEPTIBLE	2
038.19	OTRAS SEPTICEMIAS ESTAFILOCOCICAS	1
038.42	SEPTICEMIA POR ESCHERICHIA COLI	1
038.9	SEPTICEMIA SIN ESPECIFICAR	2
042.	ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	10
047.9	MENINGITIS VIRICA SIN ESPECIFICAR	3
053.19	OTRAS COMPLICACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	2
070.51	HEPATITIS C AGUDA SIN MENCION DE COMA HEPATICO	1
070.54	HEPATITIS C CRONICA SIN MENCION DE COMA HEPATICO	1
075.	MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	1

DIAGNOSTICOS 1

• NEOPLASIAS PULMONARES	47
• NEOPLASIAS INTESTINALES	32
• NEOPLASIAS PANCREAS	17
• NEOPLASIAS HEPATICAS	22
• NEOPLASIAS GASTRICAS	21
• LINFOMAS	19
• TUBERCULOSIS PULMONAR	21
• NEUMONIAS POR LEGIONELLA	11
• NEUMONIAS NEUMOCOCICAS	17
• NEUMONIAS POR MICOPLASMA	9
• NEUMONIA SIN ETIOLOGIA	88
• SARCOIDOSIS	7
• ASPERGILOSIS PULMONAR	3

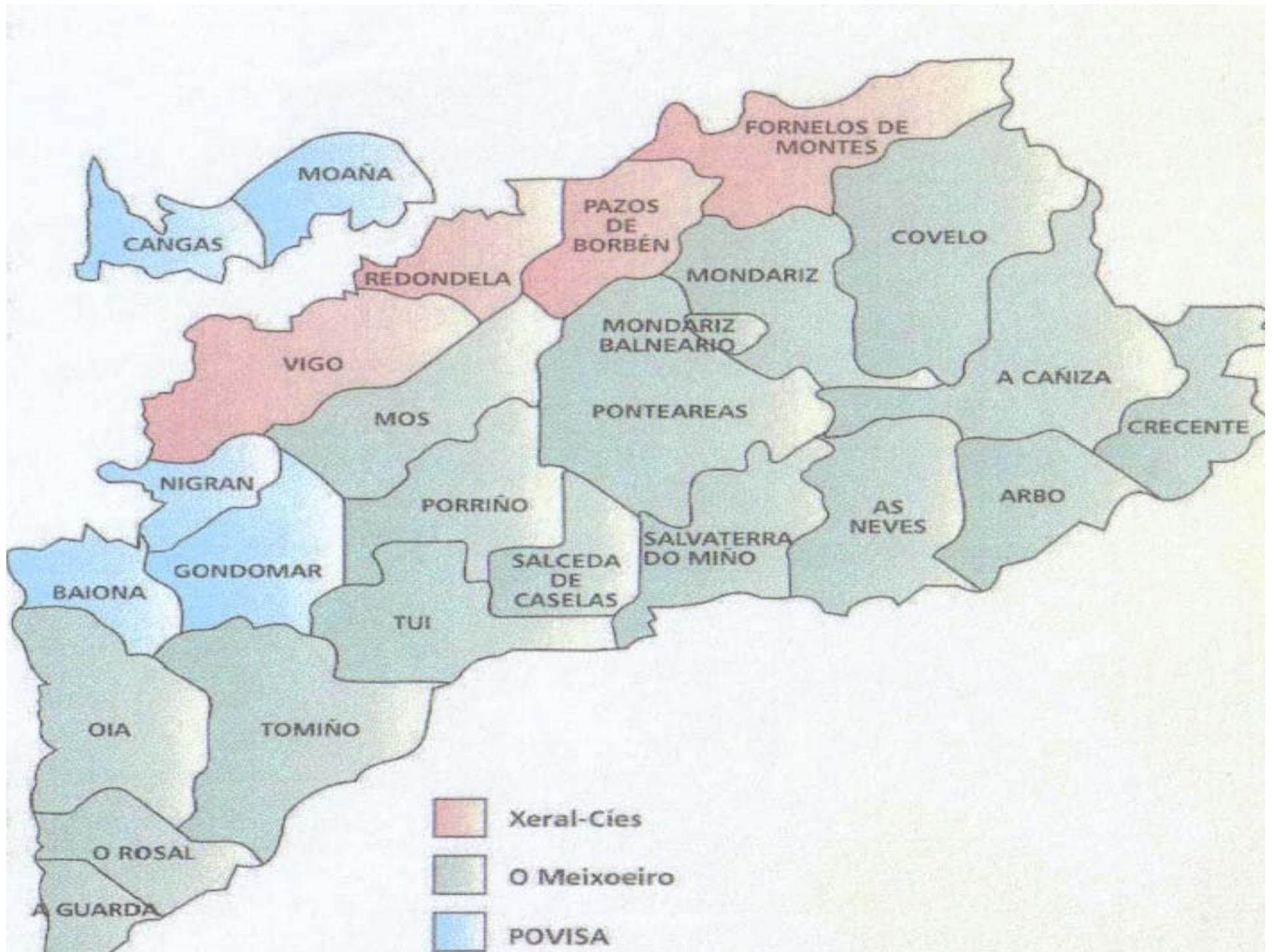
DIAGNOSTICOS 2

• DIVERTICULITIS	18
• PIELONEFRITIS	33
• ENFERMEDAD DE LYME	2
• FIEBRE BOTONOSA	9
• SALMONELOSIS	19
• FIEBRE TIFOIDEA	7
• MENINGITIS VIRICA	5
• MENINGOCOCEMIA	3
• ERISPELA	13
• ESTUDIOS DE ANEMIA	50
• POLIMIALGIA/AT	9
• ETEV	310



HADO CHUVI 2009





EQUIPOS HADO CHUVI

MEIXOEIRO : 1 EQUIPO (1 MÉDICO + 1 ENFERMERA) MAÑANA

1 EQUIPO (1 MÉDICO + 1 ENFERMERA) TARDE

XERAL : 2 EQUIPOS (2 MÉDICOS + 3 ENFERMERAS) MAÑANA

1 EQUIPO (1 MÉDICO + 1 ENFERMERA) TARDE

POBLACION 437000

FUTURO

??

ORGANIZACIÓN LOS EXPERTOS EN GESTIÓN SANITARIA PERFILAN CÓMO DEBERÍAN SER LOS CENTROS SANITARIOS

La hospitalización domiciliar será el elemento primordial en el futuro

→ La especialización hospitalaria, el avance hacia una autogestión, la apuesta por una información compartida o la formación y gestión en recursos humanos, son algunas de las pro-

puestas de expertos en gestión hospitalaria, que podrían constituir lo que serán los hospitales en un futuro, donde el nivel de exigencia de los pacientes será cada vez mayor.

■ Ester Crespo

Diferentes expertos en la gestión hospitalaria han puesto en común sus reflexiones e ideas sobre cómo serán o deberían ser los centros sanitarios en un futuro, además de destacar qué tienen que cambiar los hospitales actuales.

En la conferencia sobre *El Hospital del Futuro*, organizada por el Club Gertech, Antonio Burgueño, director general de hospitales de la Comunidad de Madrid, afirma que urgencias será el elemento fundamental del futuro. Las redes de distribución de atención primaria quedarán en obsolescencia en unos 20-25 años. "Los grandes departamentos de urgencias constituirán la forma en que la población pida el proceso de ser asistido ambulatoriamente por un médico en sus casas".

Posiblemente, apunta Burgueño, se tratará de un hospital pequeño, y existirá otro diferencial, cada día más selecto. "Esa clínica estará más cerca del paciente de lo que está en la actualidad un centro de salud, ya que éste está menos comunicado y menos accesible que un hospital".

Burgueño además plantea cuánto tiempo le va a durar a España este modelo sanitario, ya que no es el sistema habitual en el mundo. "La dinámica de la sociedad podría impulsar a que la gestión pública de los hospita-



César Gómez, Antonio Burgueño, Javier Olave, moderador y director de DIARIO MÉDICO; Rafael Lamas, Albert Jovell y Gabriel Uguet.

les fuera una antinomia". Para el director general de hospitales de la Comunidad de Madrid, lo importante es saber cómo se va a financiar la sanidad para conocer cómo van a ser los hospitales. En un futuro, explica, serán centros sin barreras, no sólo arquitectónicas sino que el hospital se extenderá operativamente a la cama del enfermo, por lo que la residencia constituirá un elemento más del hospital.

Hospitales especializados
Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, da pinceladas sobre lo que no debe ser un hospital en el futuro. Entre ellas, destaca que no va a ser posible por más tiempo que el centro sanitario quiera realizar todas las tareas, como tampoco se-

Los pacientes pertenecerán a órganos de gobierno y formarán parte de la planificación de la asistencia

rá viable la fragmentación de los servicios, no considerar los resultados clínicos, además de no tener en cuenta fenómenos importantes como la complejidad social. También, Jovell considera importante en ese hipotético hospital del futuro no dar la espalda al paciente.

El experto es de la opinión de que primará lo ambulatorio, ya que aquí es donde existe mucho campo de acción, y que los hospitales se

especializarán. "Por ejemplo, tiene mucho sentido una clínica especializada en Alzheimer". Asimismo, explica que los servicios de apoyo podrán avanzar hacia una autogestión y los colapsos de urgencias se podrán prevenir. Jovell pone el ejemplo de Candem, en Nueva Jersey, donde en los centros de salud monitorizan a los usuarios, de tal manera que evitan que los pacientes acudan al centro porque se envía un médico a sus casas.

En cuanto a los pacientes, éstos pertenecerán a órganos de gobierno y formarán parte de la planificación de la asistencia, según Jovell, y añade que también los ciudadanos deben apostar por el voluntariado en la coordinación con lo sanitario. "Es importante tener en cuenta

la evaluación de la calidad humana de los hospitales y focalizar las reclamaciones ya que el nivel de exigencia será cada vez mayor; y fomentar el liderazgo clínico porque los procesos pueden ser diferentes si se cambian los comportamientos en la gestión".

Información compartida

Otra aportación sobre cómo serán los hospitales del futuro es que la información compartida debe ser algo imprescindible, afirma Gabriel Uguet, presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas.

Desde el punto de vista tecnológico, "el usuario cada vez está más metido en las redes sociales y los especialistas se encuentran con mayor presión social porque los pacientes tienen un conocimiento más extenso. Se necesitan líderes de opinión para controlar el tipo de información que los usuarios adquieren por internet, que es muy confusa", según Rafael Lamas, gerente de Clúster de Salud y Bienestar Social de Madrid Network.

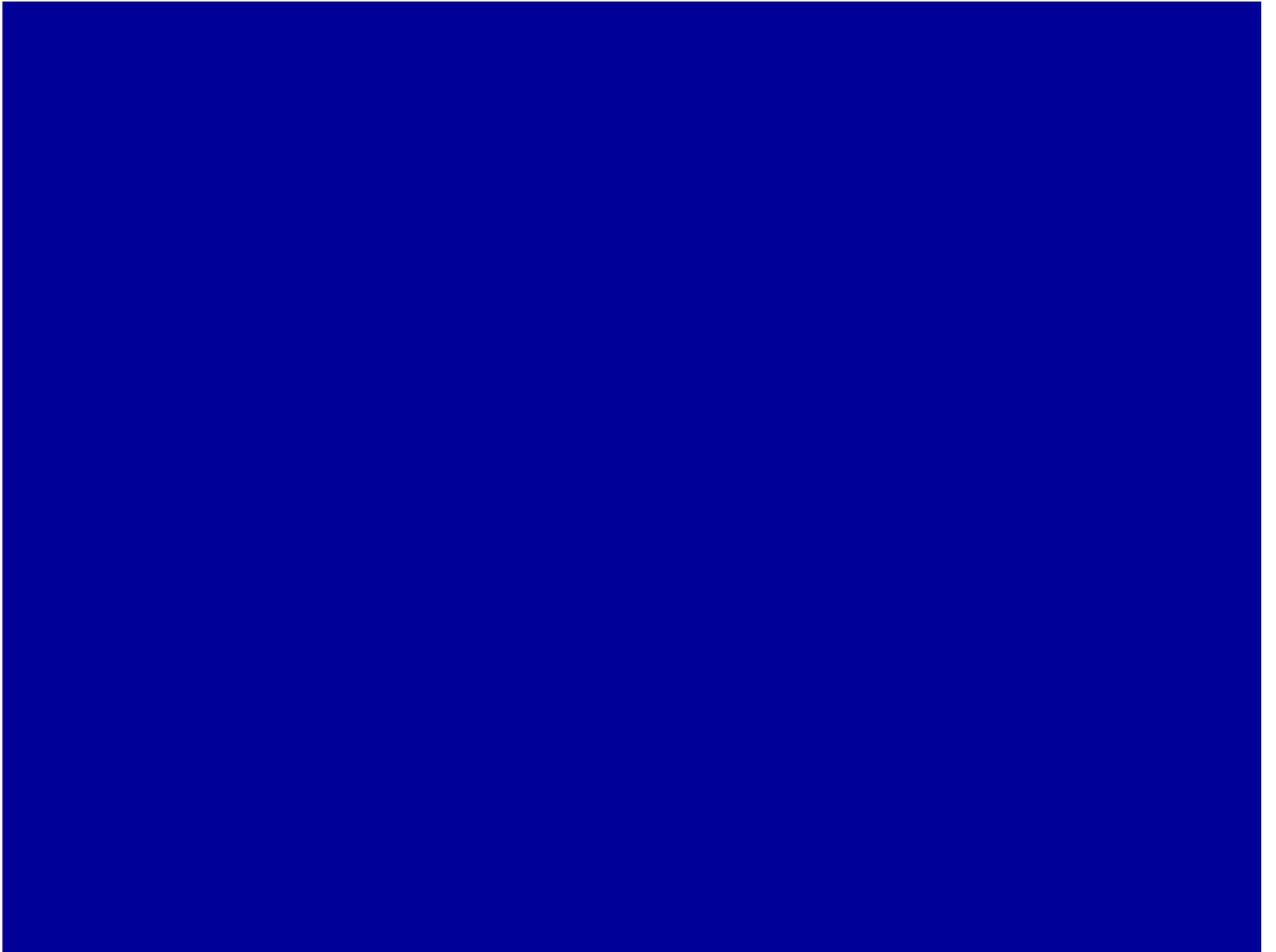
Por último, César Gómez, gerente del hospital Severo Ochoa, de Madrid, destaca la pobre labor en formación y gestión de recursos humanos. "Las administraciones tenemos que ser capaces de incorporar la tecnología si distanciamos del paciente. Éstos siguen siendo números en los hospitales".

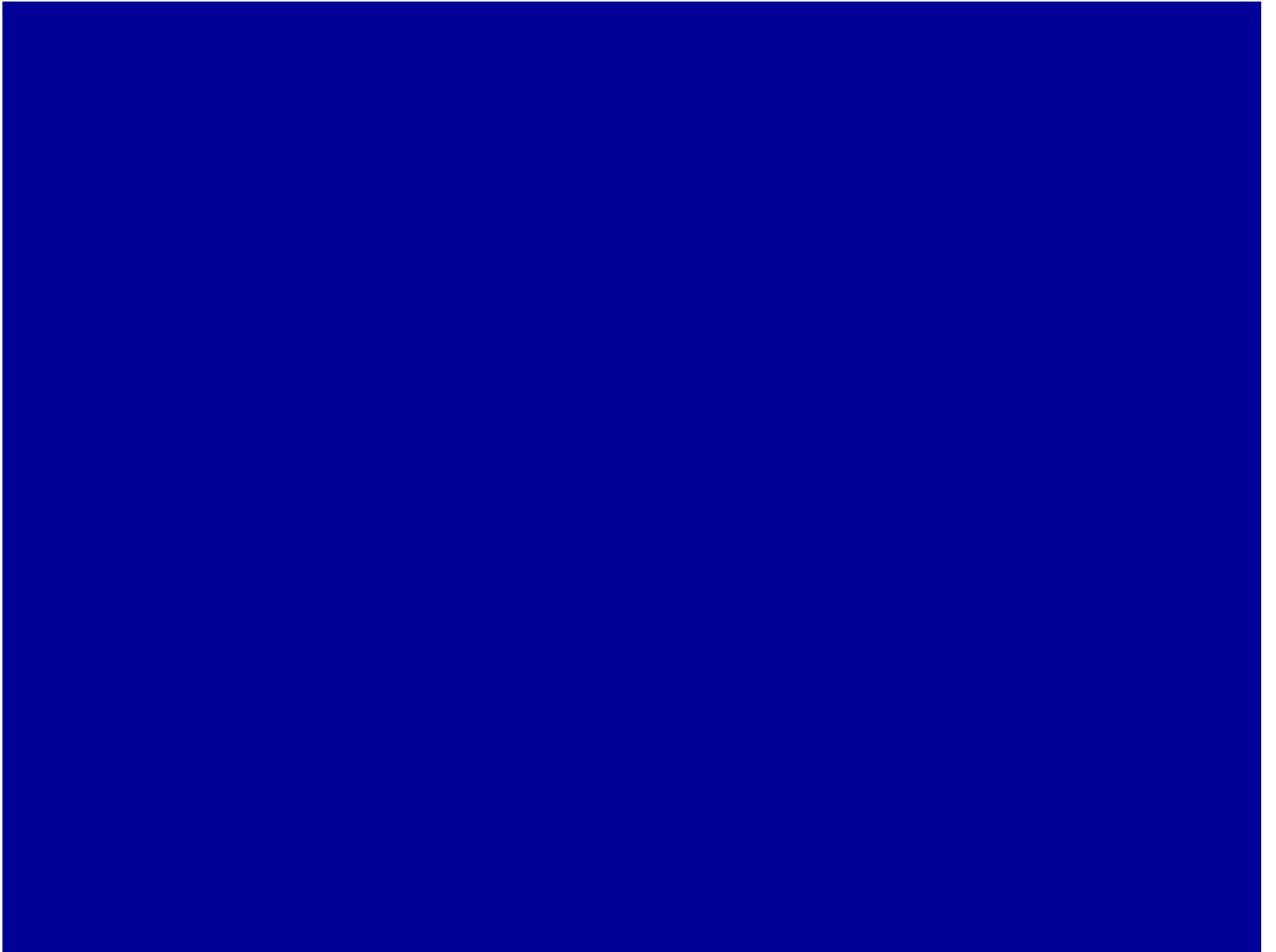
CONCLUSIONES

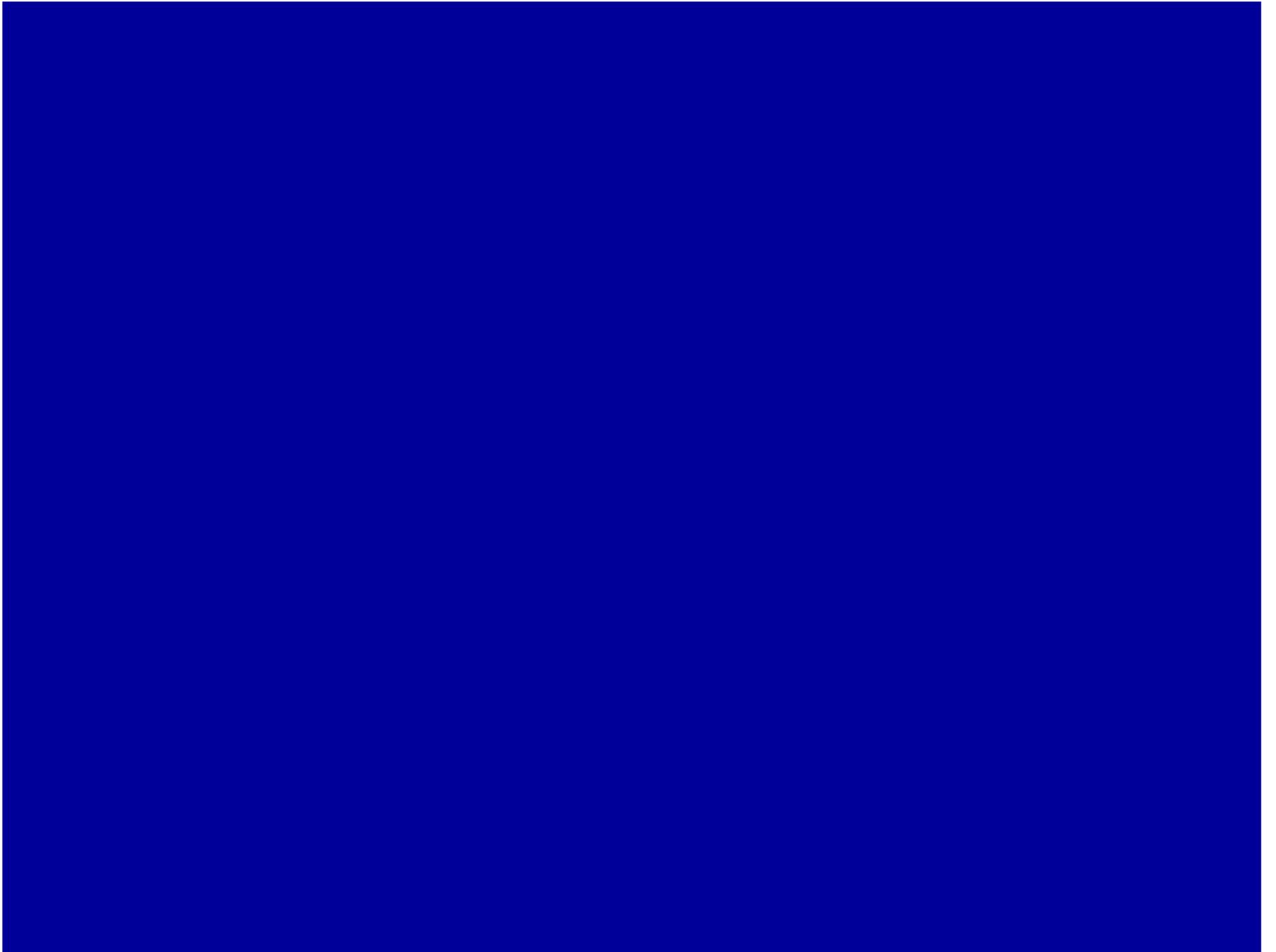
- **NUMEROSOS CANDIDATOS**
- **SELECCIÓN POR URGENCIAS**
- **POSIBILIDAD DE REALIZAR PRUEBAS**
- **ESTABILIZACION EN OBSERVACION**
- **SE PUEDE HACER M.I. EN HADO**

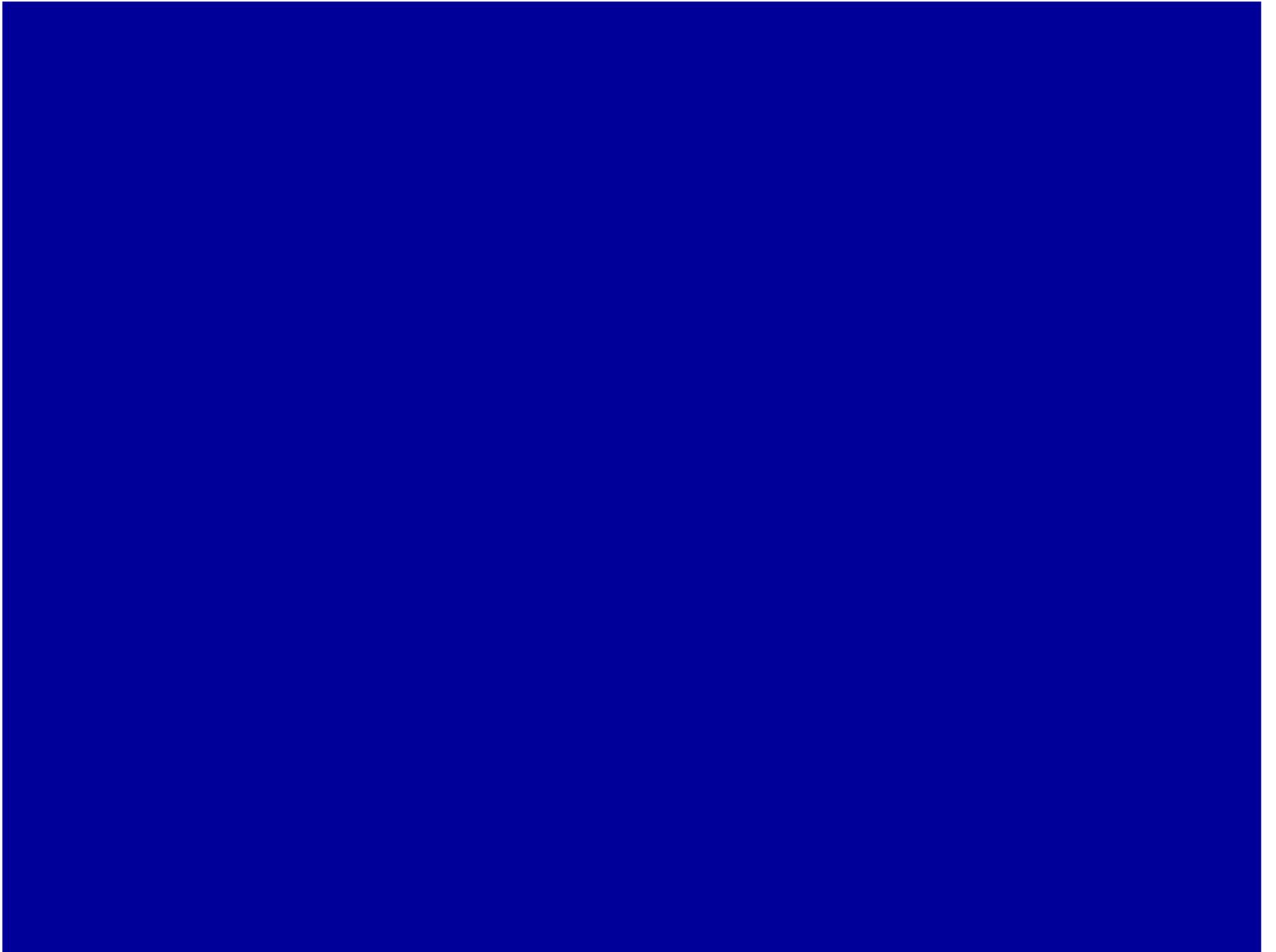


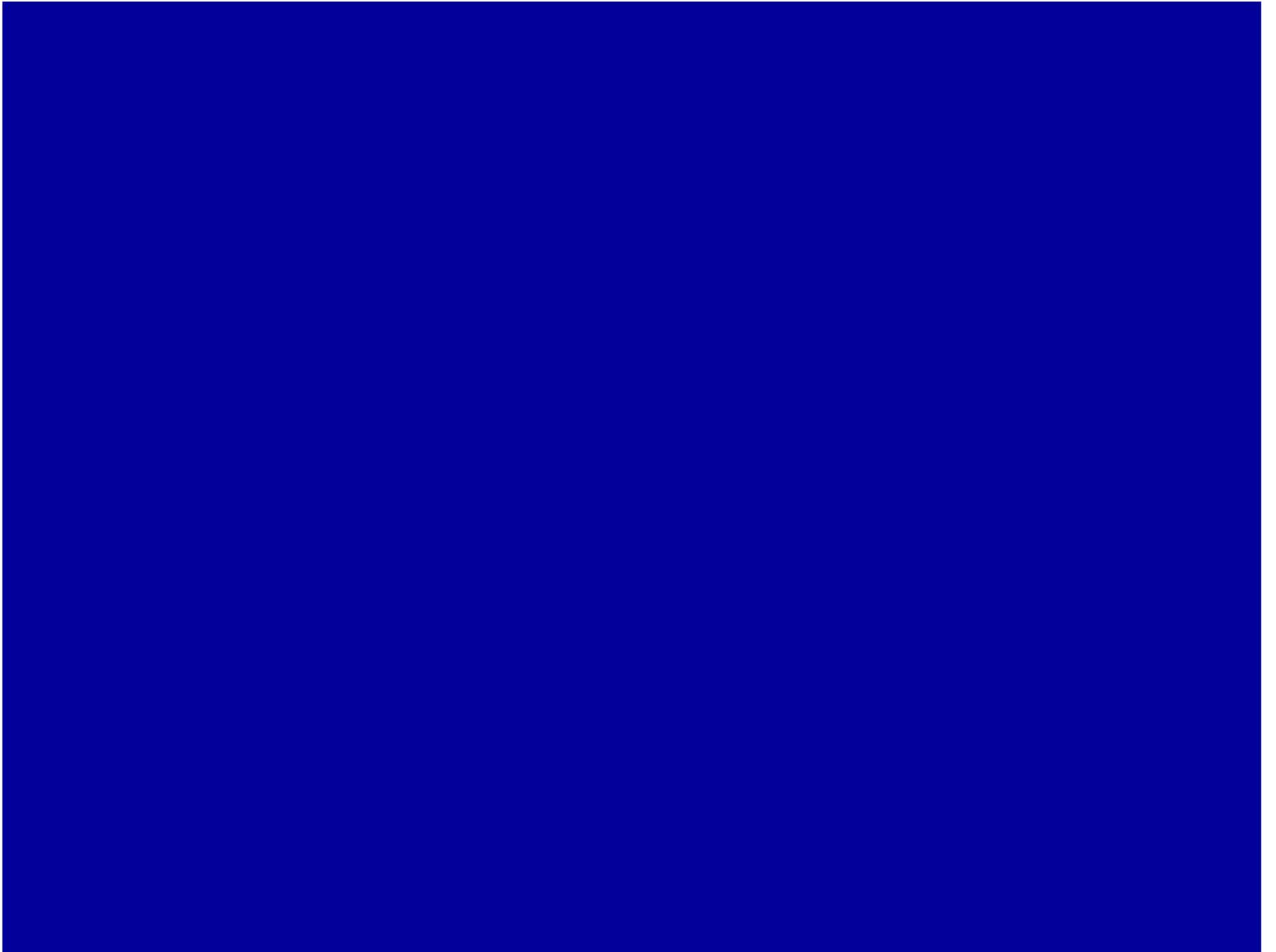
MUCHAS GRACIAS

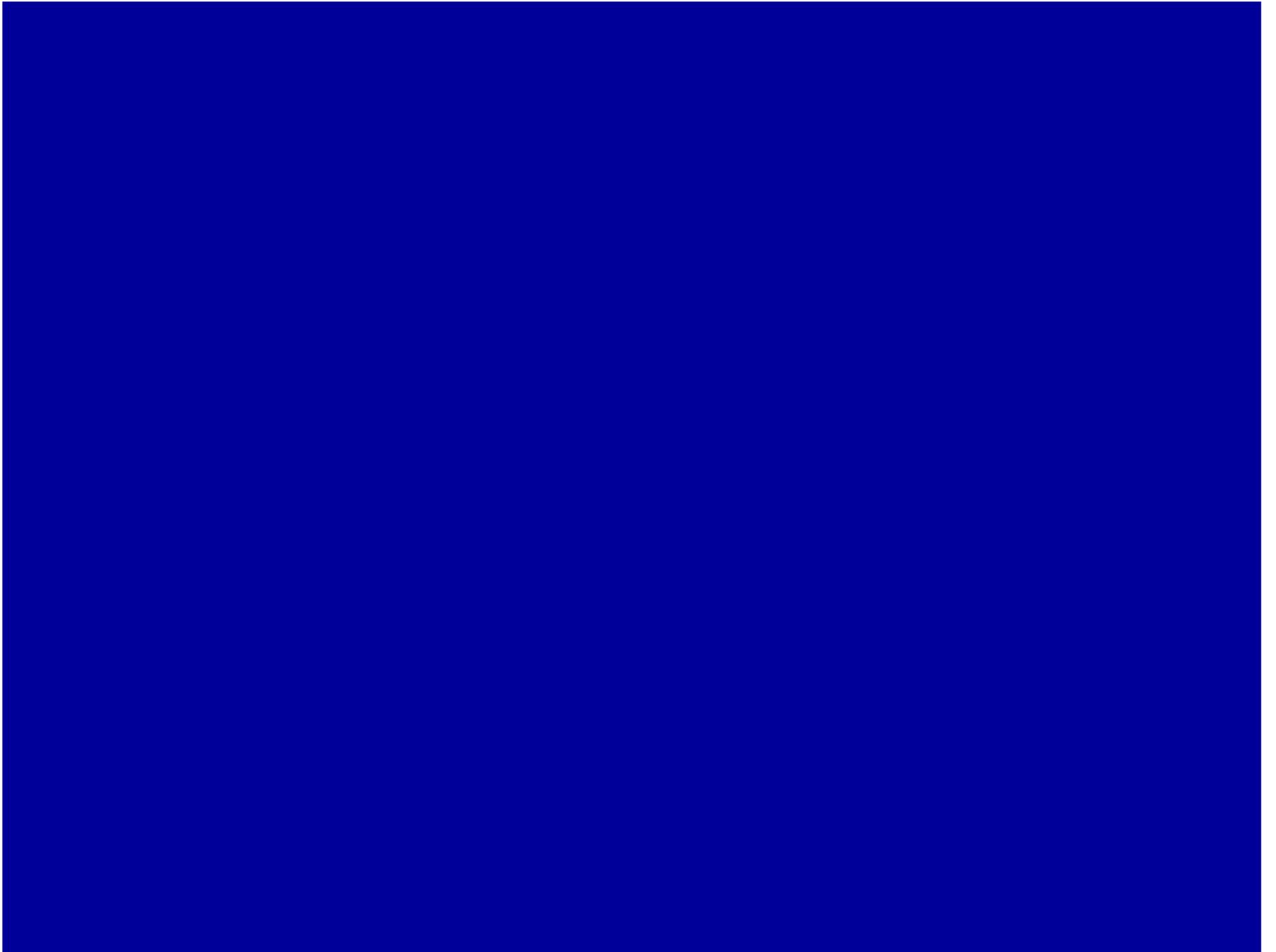


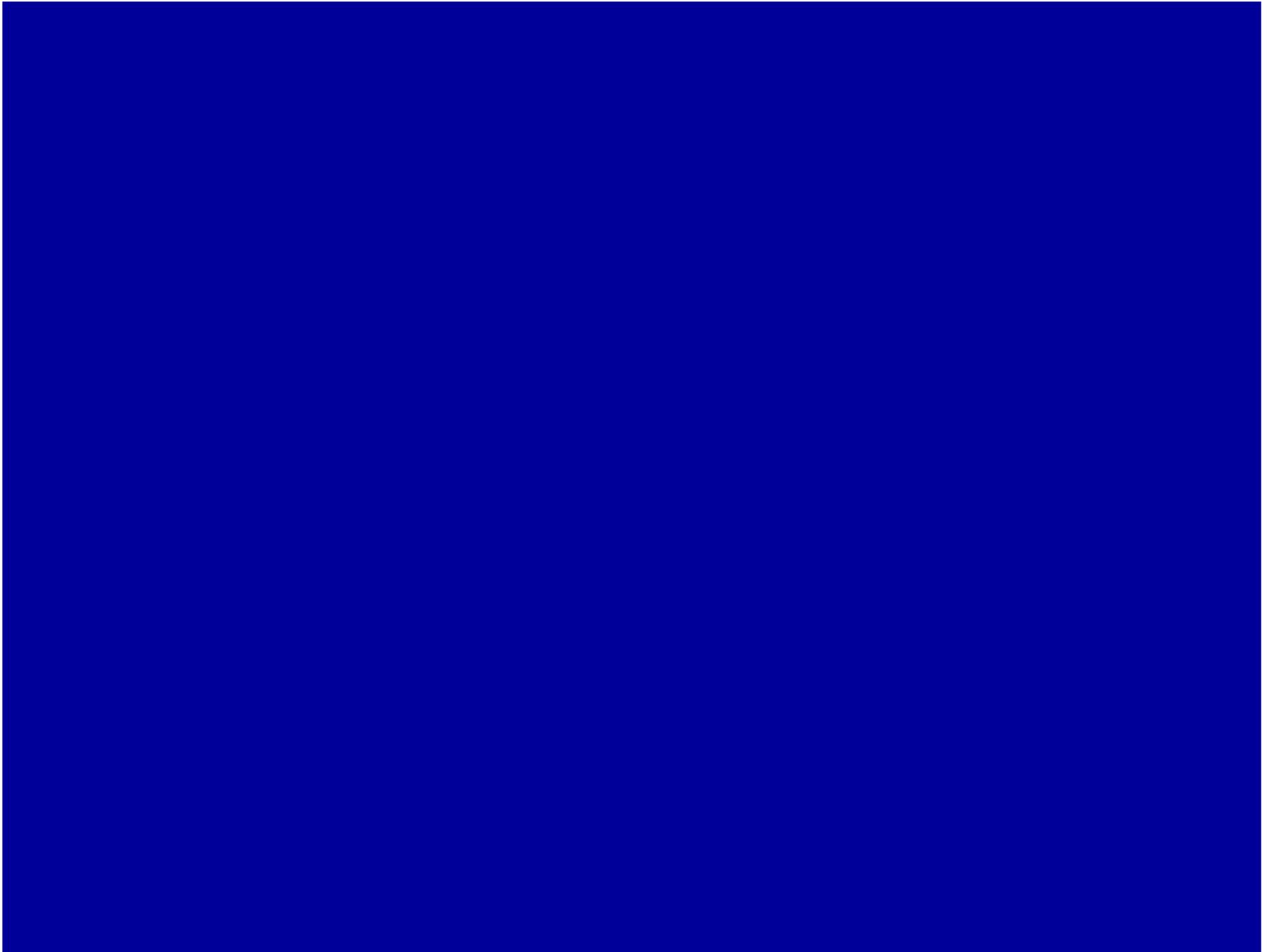


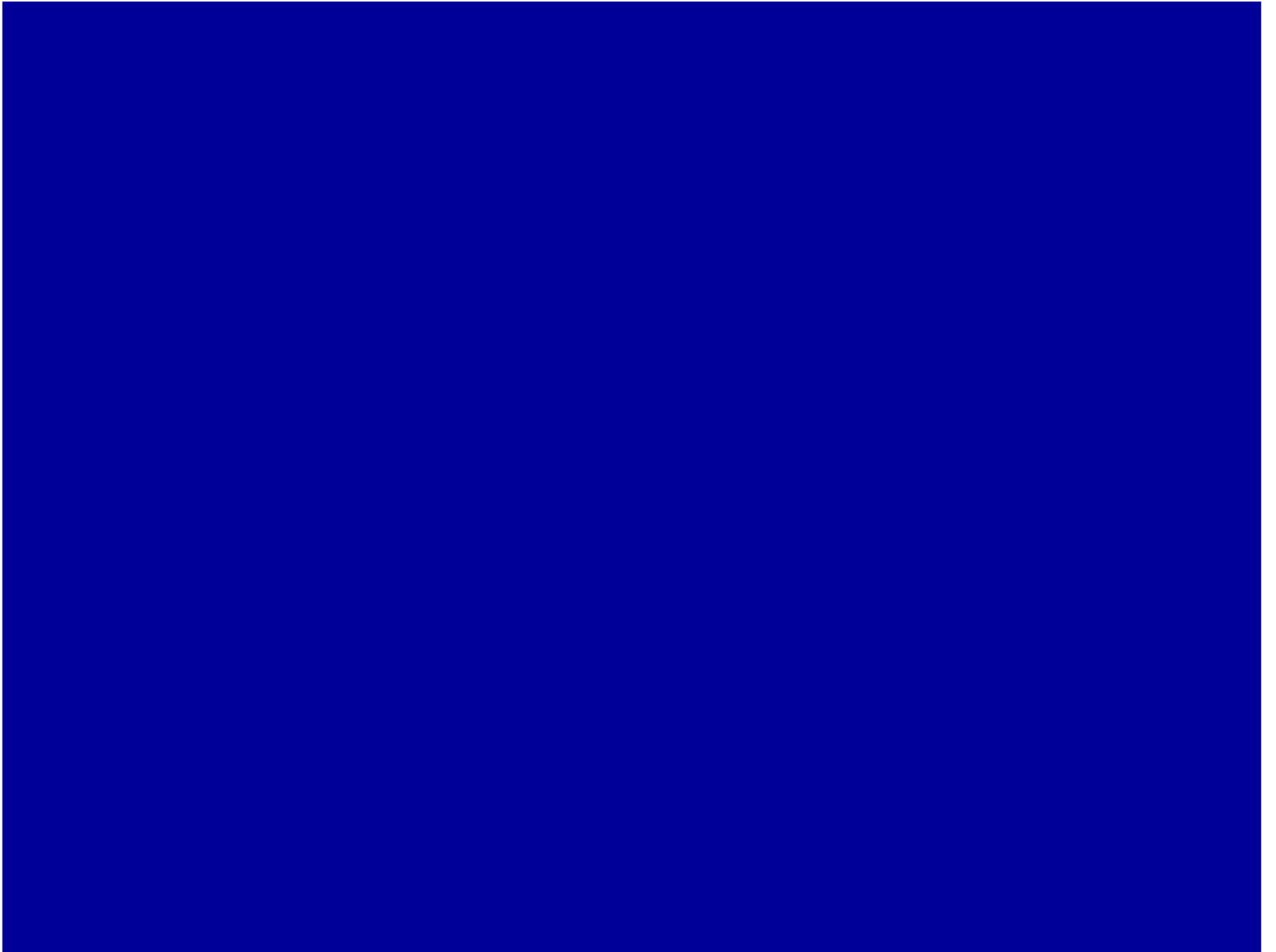


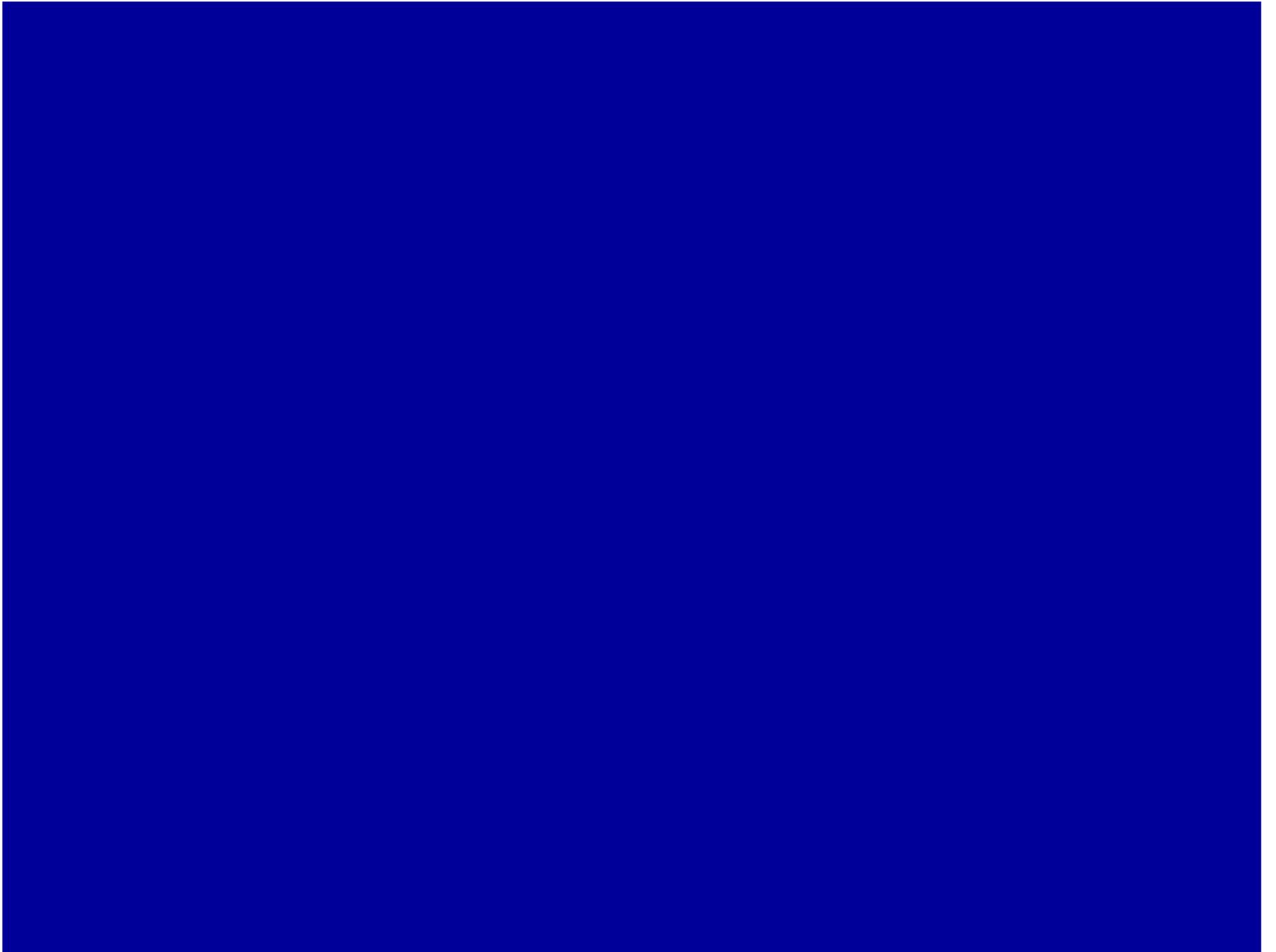


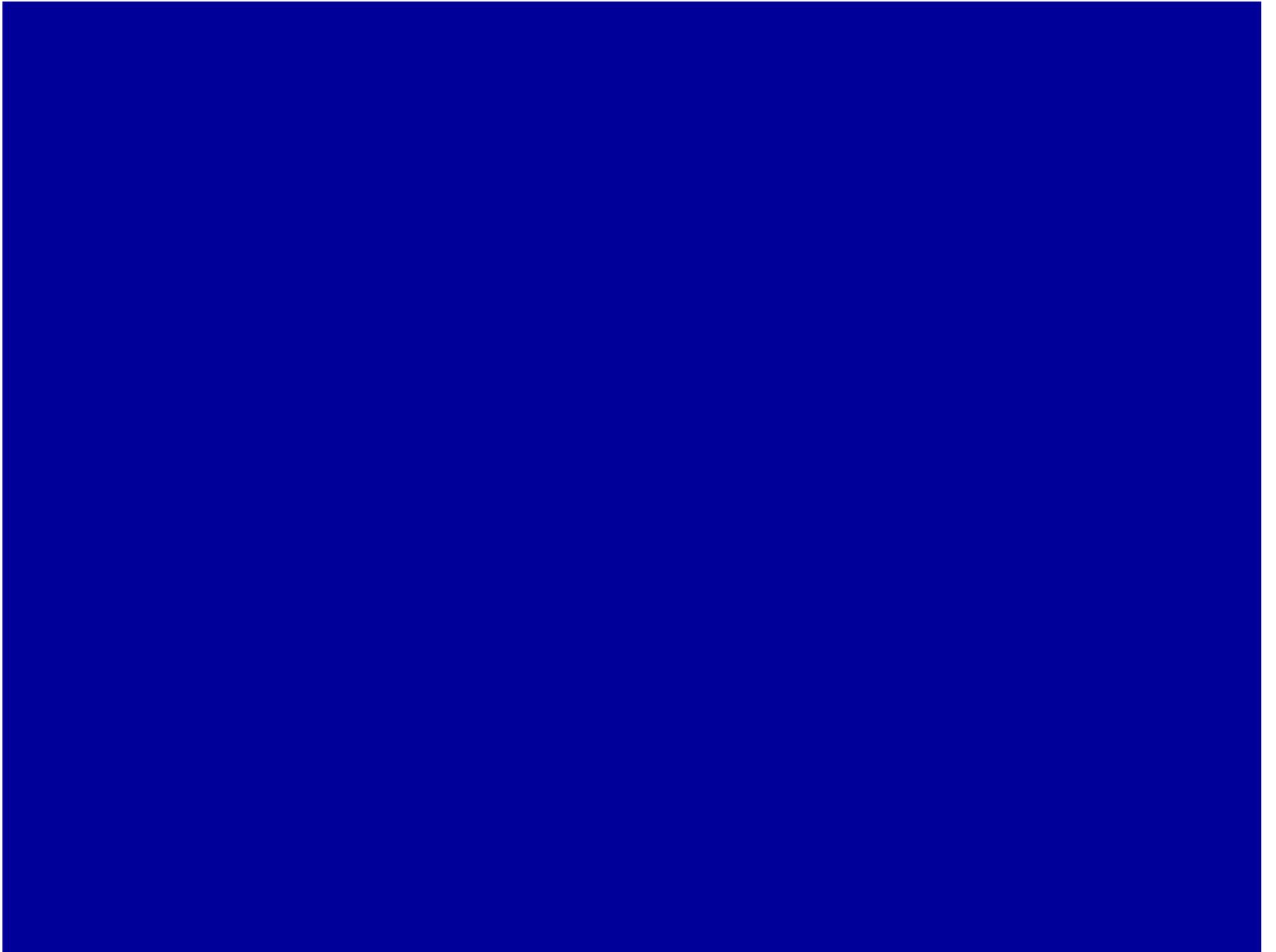


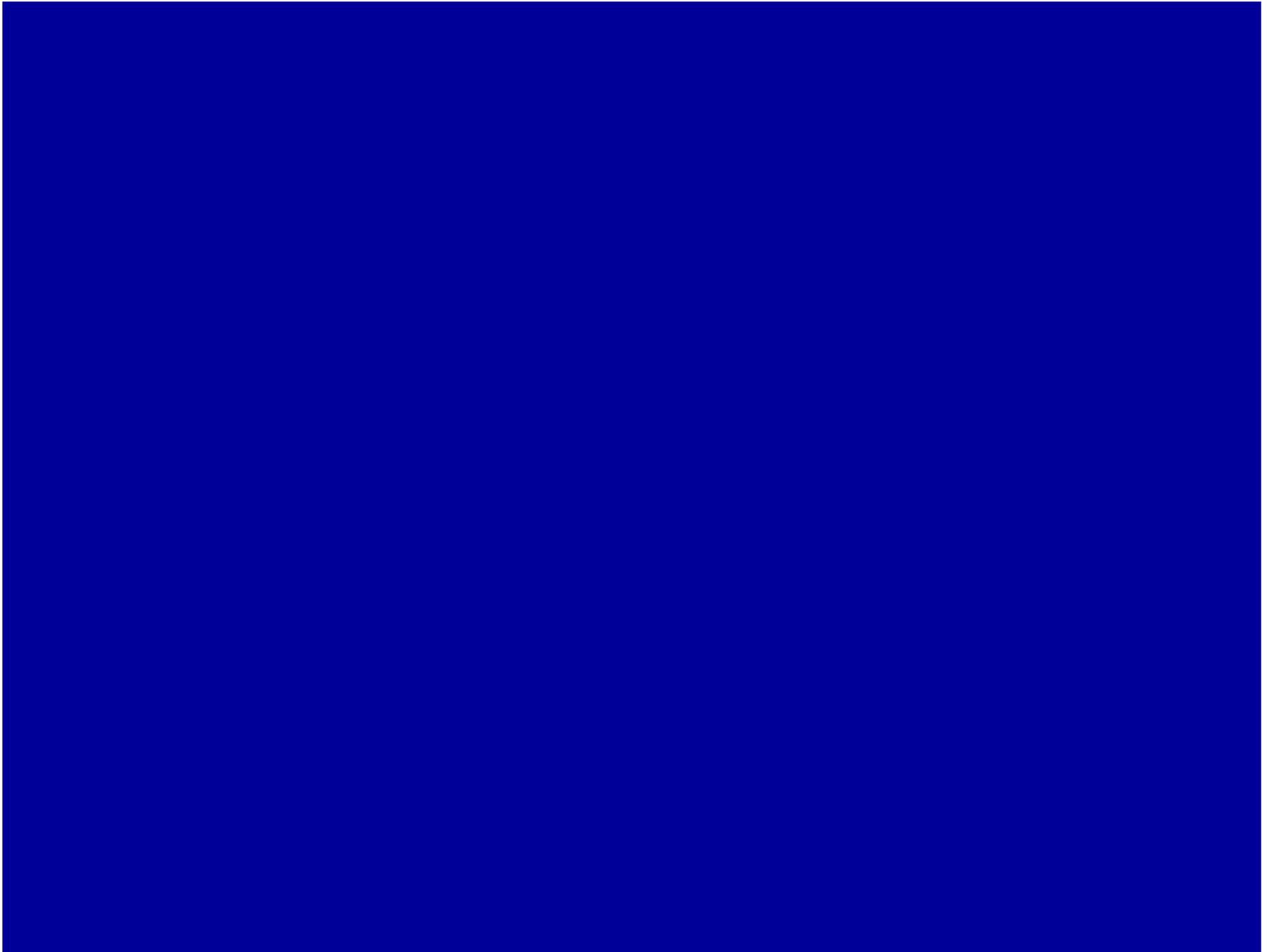


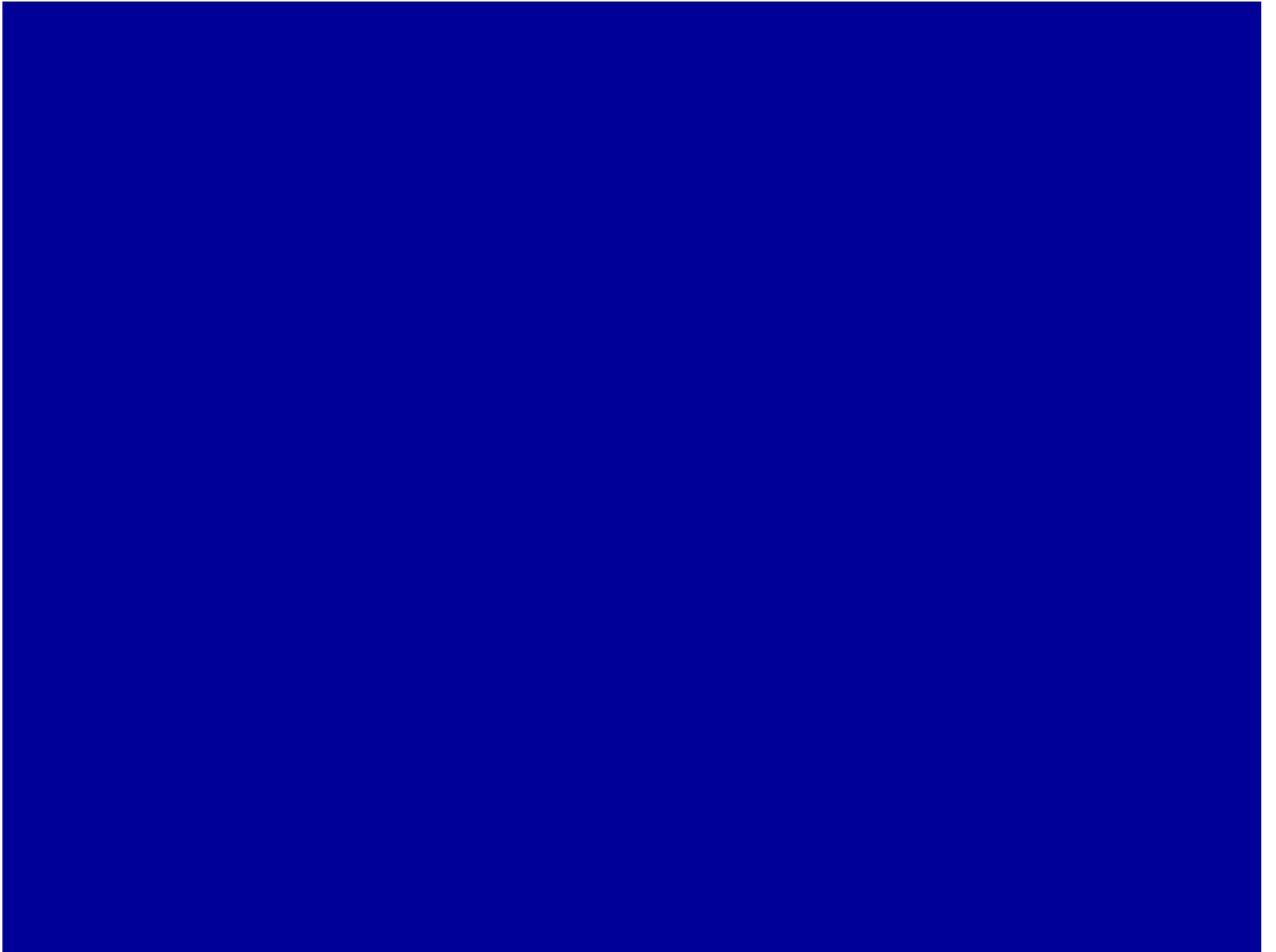


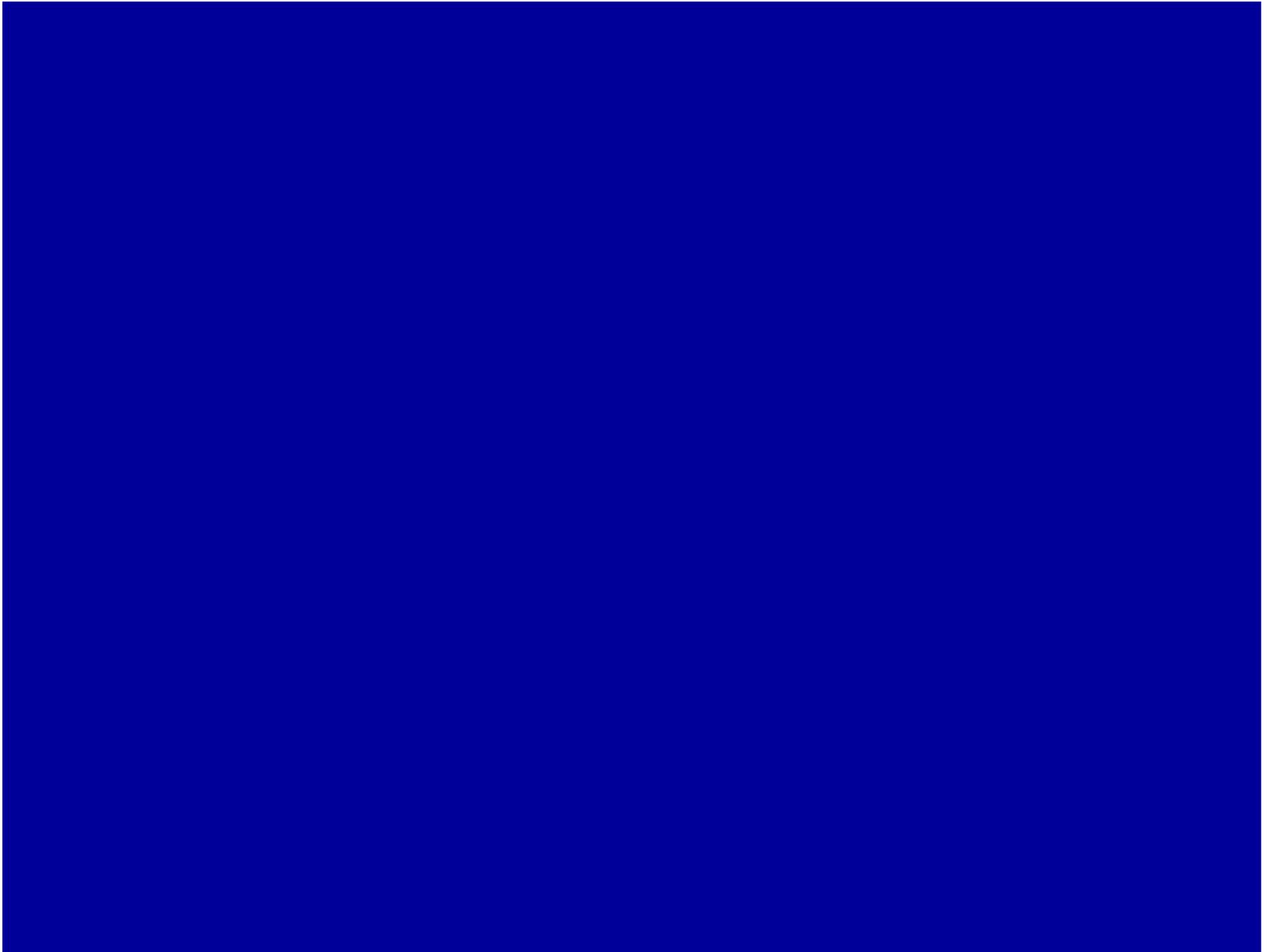












Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data

Sasha Shepperd MSc DPhil, Helen Doll MSc DPhil, Robert M. Angus MBChB, Mike J. Clarke MA DPhil, Steve Iliffe BSc MBBS, Lalit Kalra MD PhD, Nicoletta Aimonio Ricauda MD, Vittoria Tibaldi MD PhD, Andrew D. Wilson MD

CMAJ 2009;180(2):175-82

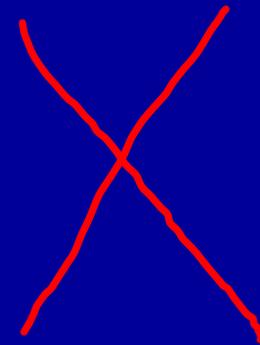
Results: We included 10 randomized trials (with a total of 1327 patients) in our systematic review. Seven of these trials (with a total of 969 patients) were deemed eligible for meta-analysis of individual patient data, but we were able to obtain data for only 5 of these trials (with a total of 844 patients [87%]). There was no significant difference in mortality at 3 months for patients who received hospital care at home (adjusted hazard ratio [HR] 0.77, 95% confidence interval [CI] 0.54–1.09, $p = 0.15$). However, at 6 months, mortality was significantly lower for these patients (adjusted HR 0.62, 95% CI 0.45–0.87, $p = 0.005$). Admissions to hospital were greater, but not significantly so, for patients receiving hospital care at home (adjusted HR 1.49, 95% CI 0.96–2.33, $p = 0.08$). Patients receiving hospital care at home reported greater satisfaction than those receiving inpatient care. **These programs were less expensive than admission to an acute care hospital ward when the analysis was restricted to treatment actually received and when the costs of informal care were excluded.**

Interpretation: **For selected patients, avoiding admission through provision of hospital care at home yielded similar outcomes to inpatient care, at a similar or lower cost.**

Une version française de ce résumé est disponible à l'adresse www.cmaj.ca/cgi/content/full/180/2/175/DC1

CMAJ 2009;180(2):175-82

HADO **NO** ES :



.sistema de seguimiento de enfermos crónicos

.solución de problemas sociales

.solución a situaciones puntuales de bloqueo del H

COMMENTARY

Defining and disseminating the hospital-at-home model

Bruce Leff MD

CMAJ • JANUARY 20, 2009 • 180(2)

*Correspondence to: Dr. Bruce Leff, Associate Professor of Medicine,
Department of Medicine, Division of Geriatric Medicine, Johns
Hopkins University School of Medicine, 5505 Hopkins Bayview Circle,
Baltimore MD 21224, USA; fax 410 550-8701; bleff@jhmi.edu*

Box 1: Key features of the Johns Hopkins “hospital-at-home” model⁹

- A substitutive model providing hospital-level care for patients living in a specified geographic catchment area delineated by 30-min travel time.
- Eligible patients are those with certain acute illnesses that require hospital-level care who also meet previously validated medical eligibility criteria.¹⁰
- Robust input from physicians (at least daily visits and 24-h coverage) and nurses (initial continuous nursing care following by intermittent visits and 24-h coverage).
- Patient retains inpatient status and the hospital or health system retains responsibility for the acute care episode.
- Care is provided in a coordinated manner similar to that in an inpatient ward.