



**CORPORACIÓ  
PARC TAULÍ**

# **HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y EL SERVICIO DE URGENCIAS**

**Joan Solà**

**UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI  
HOSPITAL DE SABADELL  
INSTITUT UNIVERSITARI PARC TAULÍ**

**Septiembre 2.010**













# Camas de hospitalización por 1.000 habitantes

**Suiza:** 18.3 por 1,000 habitantes

**Japón:** 16.4 por 1,000 habitantes

**Noruega:** 14.4 por 1,000 habitantes

**Holanda:** 11.1 por 1,000 habitantes

**Alemania:** 9.2 por 1,000 habitantes

**Francia:** 8.4 por 1,000 habitantes

**Hungría:** 8.3 por 1,000 habitantes

**Eslovaquia:** 8.1 por 1,000 habitantes

**Corea del Sur:** 5.5 por 1,000 habitantes

**Grecia:** 4.9 por 1,000 habitantes

**Reino Unido:** 4.1 por 1,000 habitantes

**España:** 4.1 por 1,000 habitantes

**Portugal:** 4 por 1,000 habitantes

**EEUU:** 3.6 por 1,000 habitantes

**Bangladesh:** 3.1 por 1,000 habitantes

**Etiopía:** 3.0 por 1,000 habitantes

**Mali:** 1.6 por 1,000 habitantes

**Niger:** 1.3 por 1,000 habitantes

**Sabadell:** 1.2 por 1,000 habitantes

**Burundi:** 1.0 por 1,000 habitantes

**Haití:** 0.8 por 1,000 habitantes

**Promedio:** 7.3 por 1,000 habitantes

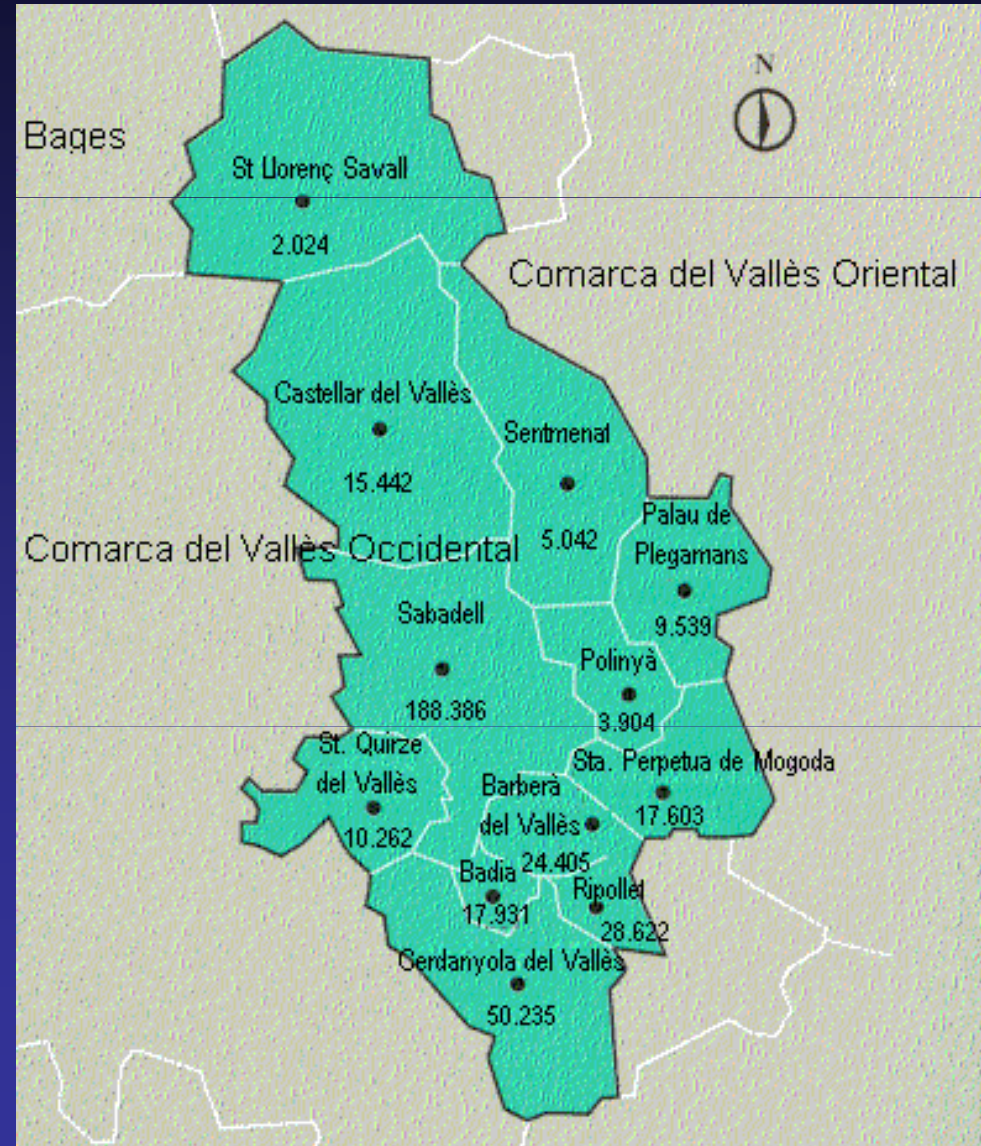


# Área de referencia del Hospital de Sabadell

Área de referencia

**430.000**  
habitantes

Sabadell  
y los otros 11 municipios  
del área sanitaria







**540 camas**

**490 de agudos**

**50 polivalentes**





GRAN PREMIO  
DE ESPAÑA  
TELEFÓNICA

CATALUNYA 2010

Formula 1™



MUMM  
CHAMPAGNE

3

2



## Número de Urgencias diarias en hospitales catalanes

- Hospital Vall d'Hebron de Barcelona: 631
- **Hospital Parc Taulí de Sabadell: 516**
- Hospital del Mar de Barcelona: 427
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau: 415
- Hospital Clínic de Barcelona: 397
- Hospital de Bellvitge: 336
- Hospital Germans Trías de Badalona: 308









# Situación

- Mendoza H, Gómez M, Regalado J et al. **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica** en hospitalización a domicilio. Estudio de 522 casos. Rev Clin Esp. 2007; 207(7):331-6.
- Patel H, Shafazand S, Ekman I. Home care as an option in worsening **chronic heart failure**. A pilot study to evaluate feasibility, quality adjusted life years and cost-effectiveness.
- Mendoza H, Regalado J, Altuna E et al. Tratamiento de la **insuficiencia cardíaca** en régimen de hospitalización a domicilio. Estudio de 158 pacientes. Med Clin (Barc). 2003;120:405-07.
- DeBusk RF, Houston N, Parker KM, Bandura A, Chmura Kraemer H, Cher DJ, et al. Care management for low-risk patients with **heart failure**. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 2004; 141:606-13.
- Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of **Community-Acquired Pneumonia** in Adults. Clin Infect Dis 2007;44:S27-72.
- Ramsdell J, Narsavage GL, Fink J. Management of **Community-Acquired Pneumonia** in the Home An American College of Chest Physicians Clinical Position Statement. Chest 2005;127;1752-1763.
- 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





## Objetivo

- **La Unidad de HaD de nuestro hospital tiene 10 años de existencia, pero la derivación directa de pacientes desde Urgencias era baja, de manera que el año 2006 los ingresos desde Urgencias sólo representaban el 9% del total de ingresos de la Unidad (47 de 520).**
- **El objetivo ha sido realizar acciones concertadas entre los Servicios de Urgencias y Hospitalización a Domicilio para mejorar la tasa de ingresos desde Urgencias en HaD, y evaluar los resultados.**





# **Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD)**

## **Personal en el año 2.006**

**El equipo de HaD estaba formado por:**

**4 enfermeras (2 por la mañana y 2 por la tarde, de lunes a domingo)**

**2 médicos (que cubrían días laborables y 2 tardes a la semana)**

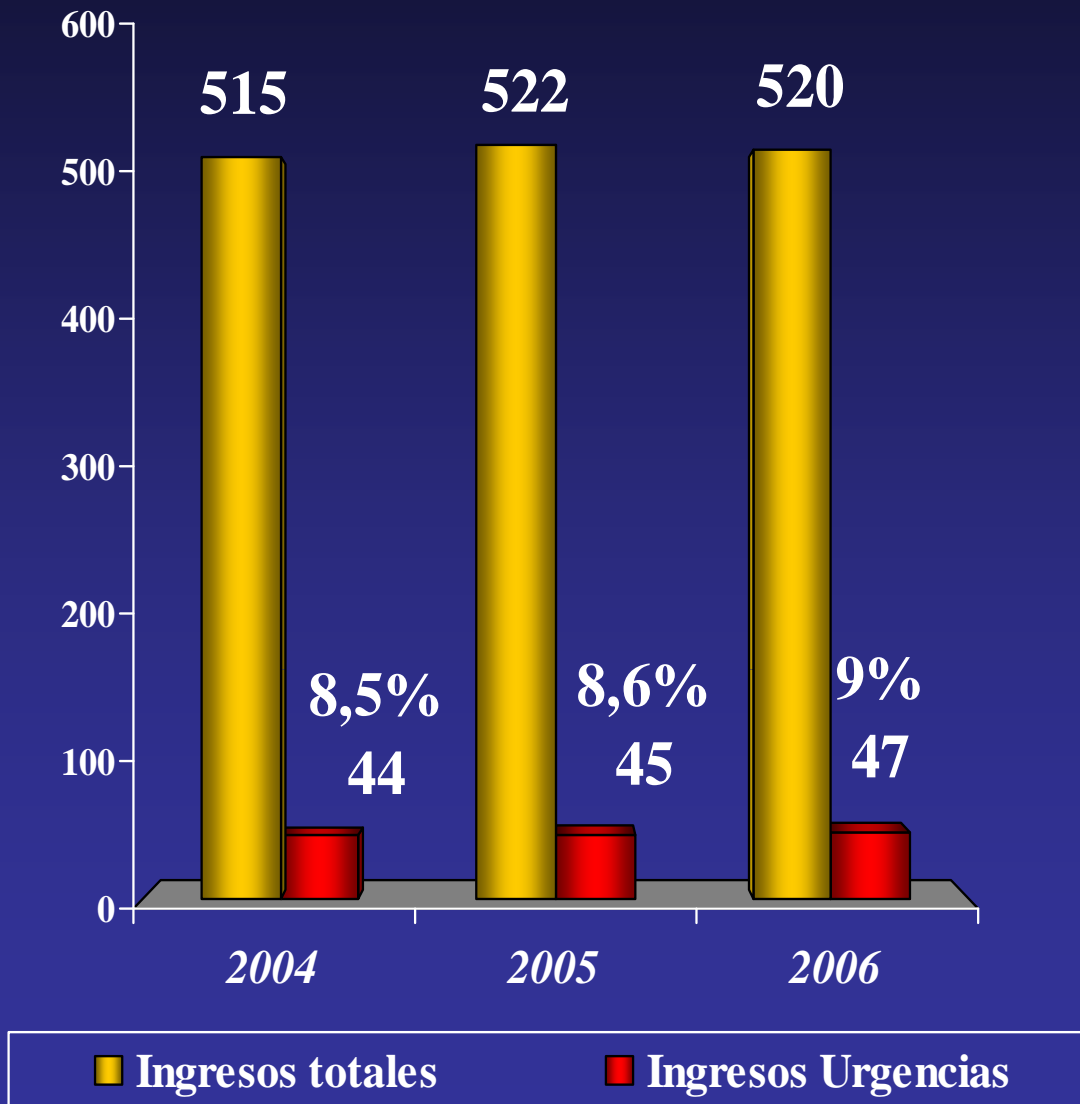
**1 responsable de enfermería sin tareas asistenciales en domicilio**

**1 secretaria a horario parcial**

**40 “camas”, y disponibilidad de tener ingresados a unos 35-40 enfermos simultáneamente.**



## Ingresos en la Unidad de Hospitalización a Domicilio







# Material y métodos

- **Se establecieron una serie de iniciativas para intentar mejorar la colaboración entre los dos Servicios, entre los que podemos enumerar:**
  - **1. Nombrar un responsable en Urgencias del contacto con HaD y un responsable en HaD del contacto con Urgencias.**
  - **2. Definir una cartera de servicios con criterios claros de derivación a HaD.**
  - **3. Sesión en el Servicio de Urgencias para explicar estos criterios y las posibilidades que ofrece la HaD.**
  - **4. Incluir en los objetivos de los miembros de la Unidad de HaD el incremento de ingresos procedentes de Urgencias.**



# **Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD)**

## **Personal actual**

**En enero de 2008 se incrementó el personal de la unidad de HaD en 1 médico y 1 enfermera.**

**El equipo de HaD está formado en el momento actual por:**

**5 enfermeras (3 por la mañana y 2 por la tarde, de lunes a domingo)**

**3 médicos (que cubren días laborables y sábados por la mañana y 3 tardes a la semana)**

**1 responsable de enfermería sin tareas asistenciales en domicilio**

**1 secretaria a horario parcial**

**50 “camas”, y disponibilidad de tener ingresados a unos 45-50 enfermos simultáneamente.**



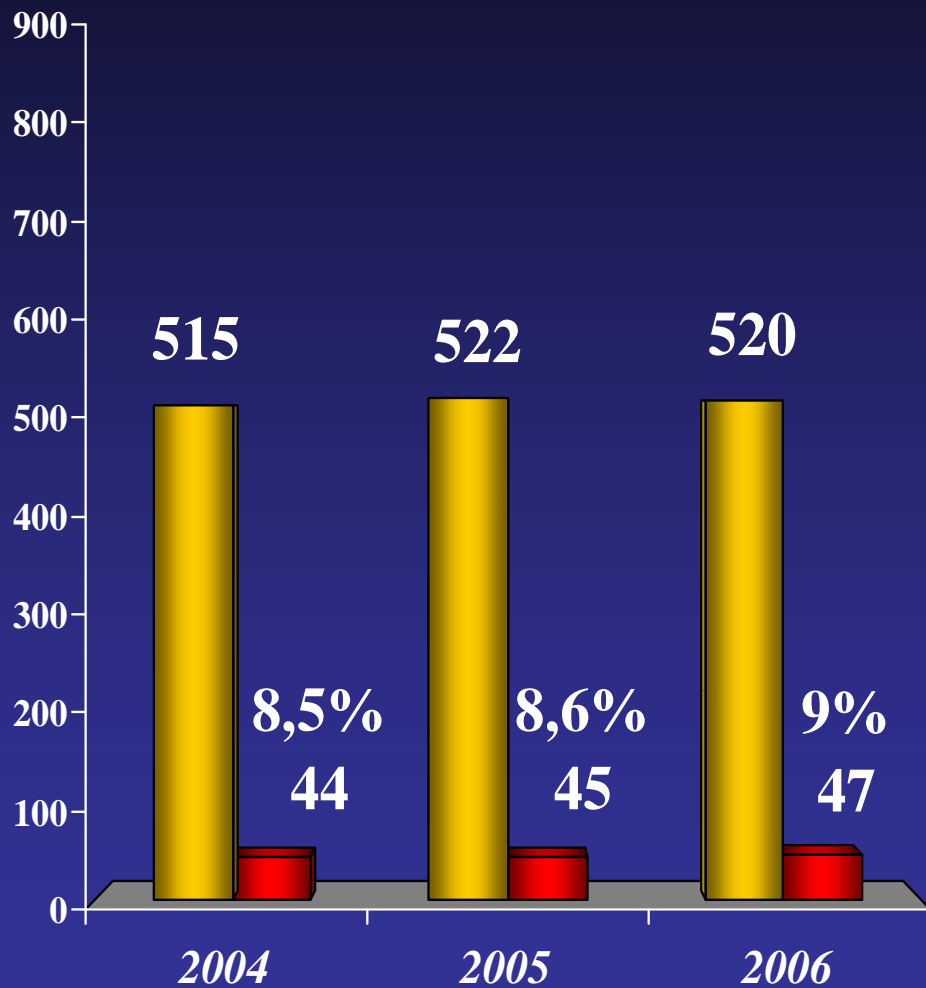


# Resultados

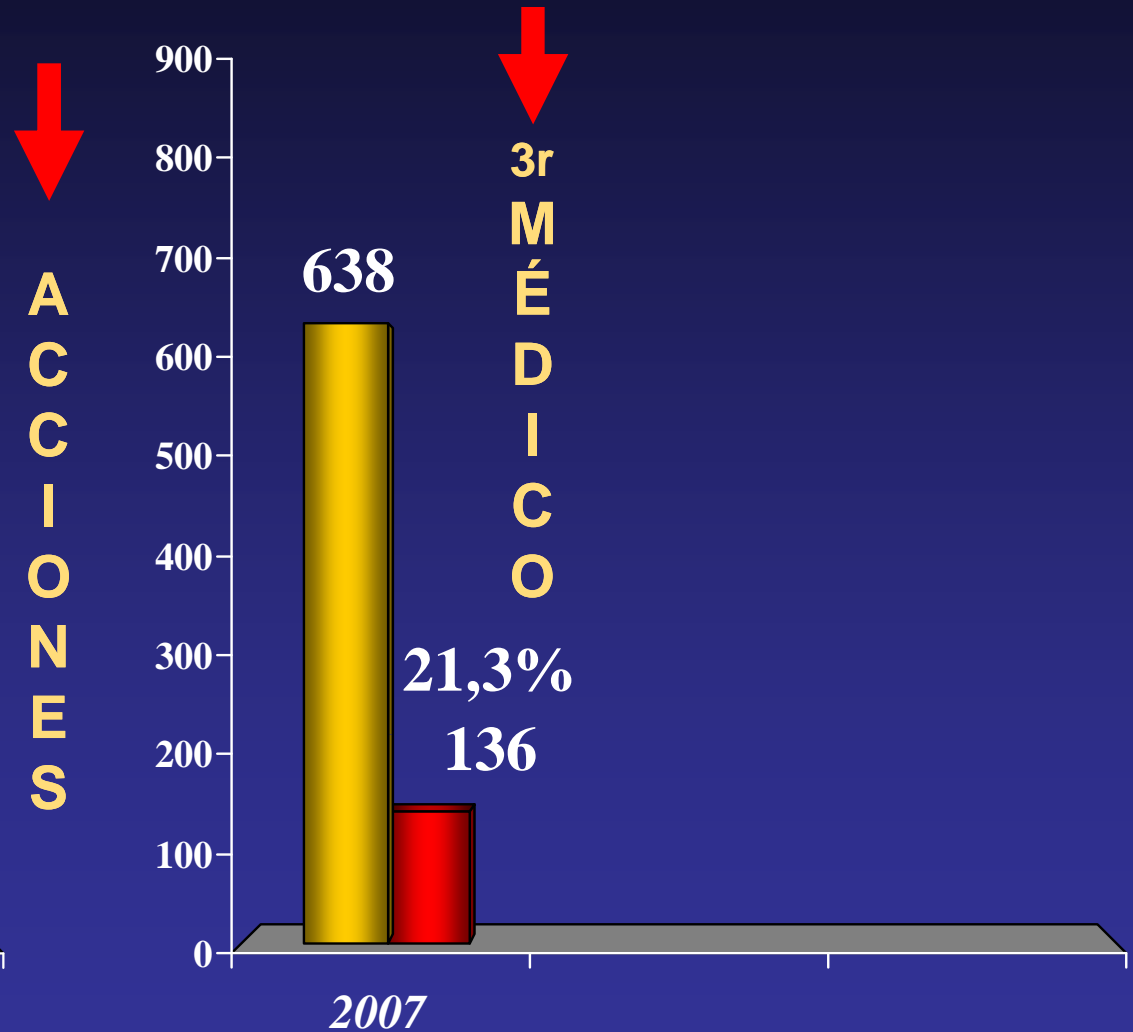
- **Con estas iniciativas se ha incrementado de forma notable la derivación de pacientes desde Urgencias, que han pasado de un 9% (47 de 520) el año 2006 a un 21% (136 de 638) el año 2007 después de implantar las medidas mencionadas, con una tasa de reingresos del 6.3% de los pacientes derivados de Urgencias, que se ha mantenido estable pese al notable incremento de derivaciones.**
- **Estos buenos resultados se han mantenido en el año 2008 (171 de 841, 20.3%) y en el 2009 (168 de 791, 21.2%).**



# Ingresos en la Unidad de Hospitalización a Domicilio



■ Ingresos T. ■ Ingr. Urgencias

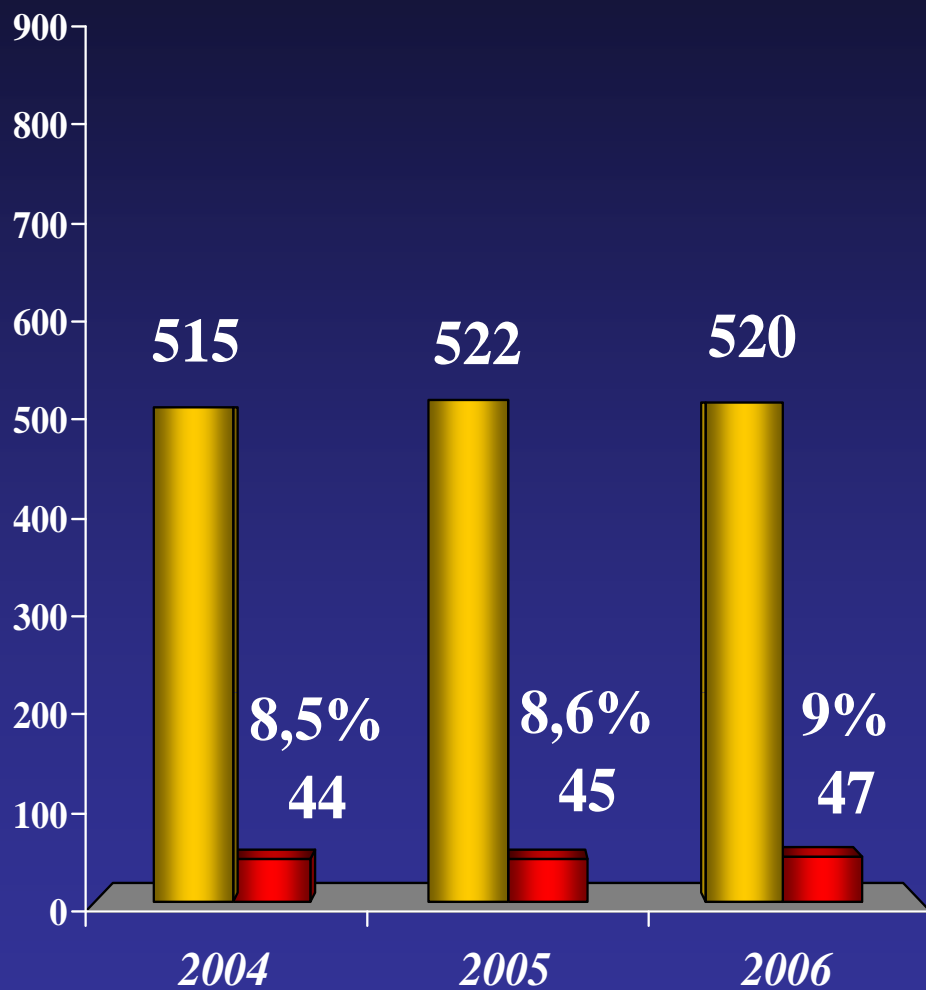


■ Ingresos T. ■ Ingr. Urgencias

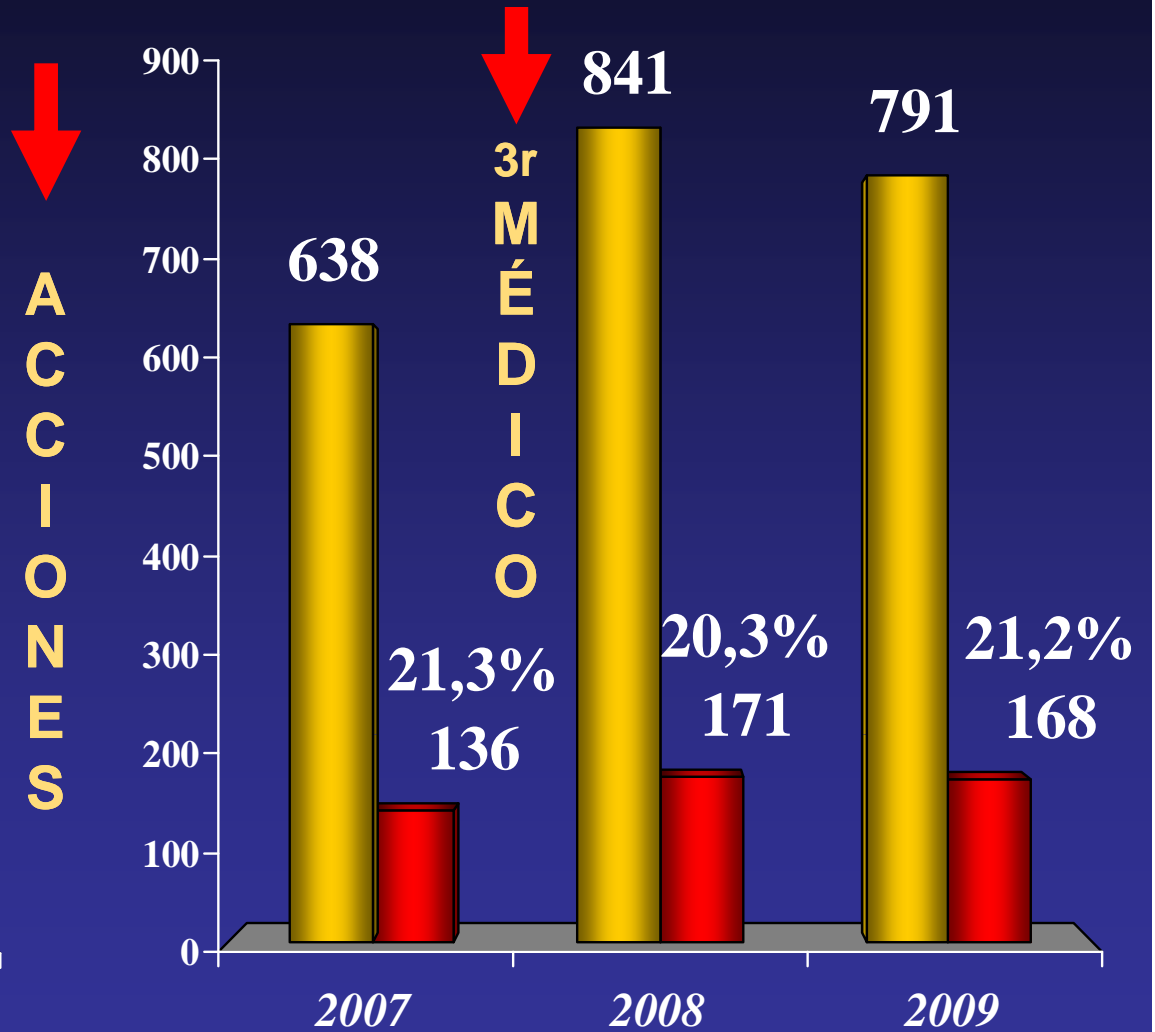




# Ingresos en la Unidad de Hospitalización a Domicilio



■ Ingresos T. ■ Ingr. Urgencias



■ Ingresos T. ■ Ingr. Urgencias



# Resultados

- **El propósito es incrementar aún más esta colaboración, con protocolización de la derivación de patologías en las que aún se puede optimizar más su ingreso a HaD desde Urgencias, como son:**
    - **la neumonía adquirida en la comunidad**
    - **las infecciones de tracto urinario**
    - **las infecciones de partes blandas**
    - **la TVP**
    - **las neutropenias post-quimioterapia**
- que se han protocolizado durante el año 2009 o se van a protocolizar en el 2010.**





# Patologías prevalentes susceptibles de ingreso en HaD desde Urgencias

- **Insuficiencia cardíaca congestiva**
- **Descompensaciones de patología respiratoria**
- **Neumonías**
- **Infecciones de tracto urinario**
- **Celulitis y otras infecciones de tejidos blandos**
- **Enfermedad tromboembólica venosa**
- **Paciente geriátrico, pluripatológico (PPP) y síndrome confusional**



# Insuficiencia cardíaca congestiva

- La ICC es el prototipo de patología crónica con frecuentes descompensaciones, que requiere un manejo asistencial coordinado.
- La HaD es una buena alternativa para estos pacientes, con un alto grado de aceptación y satisfacción del paciente y cuidador, y una buena opción para realizar educación sanitaria en el domicilio, en una enfermedad donde el cumplimiento terapéutico y cambios en los hábitos y estilos de vida suponen una mejoría de la calidad de vida y un descenso de las descompensaciones e ingresos hospitalarios.





## ICC: Criterios de ingreso en HaD

- **Paciente con ICC descompensada en clase funcional II/IV (NYHA) con factores de comorbilidad asociados (BNCO, diabetes, proceso infeccioso, alteración iónica que requiera analíticas seriadas...)**
- **Paciente con ICC descompensada en clase funcional III/IV (NYHA)**
- **Paciente con ICC descompensada IV (NYHA) sin posibilidad de tratamiento etiológico corrector**
- **Paciente con IC grave en situación terminal, con el fin de hacer de unidad puente con PADES**



## **ICC: Criterios de exclusión para un ingreso en HaD**

- **Paciente que no tenga cuidador o vaya a permanecer sólo en el domicilio durante períodos de tiempo diarios**
- **Primer episodio de descompensación cardíaca**
- **Paciente con un deterioro súbito respecto a la situación basal (empeoramiento < 24 h con llegada a Ucias en EAP)**
- **Factores de mal pronóstico (inestabilidad hemodinámica, FA con respuesta ventricular rápida, TV, fallos de MCP, BAV completo, angina inestable o IAM)**



# **ESTUDIO DE LA EFICIENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE FUROSEMIDA EN PERFUSIÓN EN ELASTÓMEROS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EVOLUCIONADA**

# CHEST<sup>®</sup>

Official publication of the American College of Chest Physicians

## **Intermittent administration of furosemide vs continuous infusion preceded by a loading dose for congestive heart failure**

M Lahav, A Regev, P Ralanani and E Theodor

*Chest* 1992;102:725-731





# Resultados

- Durante el año 2009 y 1er trimestre de 2010 han ingresado en la unidad de HaD de nuestro hospital 18 pacientes con insuficiencia cardíaca evolucionada a los que se les ha administrado furosemida en perfusión e.v. con elastómero.
- De éstos, 6 presentaban insuficiencia cardíaca con FE deprimida (con FE entre el 18 y el 33%) y 12 insuficiencia cardíaca diastólica con FE conservada (en general hipertensiva, en pacientes pluripatológicos y evolucionados, llevados en **consulta externa de paciente frágil**).





# Características de los pacientes



**Muy ancianos**

*Edad: 64-94 años  
(edad media: 81 a.)*

♀ 9  
♂ 9



# Insuficiencia cardíaca evolucionada

## Etiología de la insuficiencia cardíaca:

▶ <b>Isquémica</b>	3	}	<b>10</b>
▶ <b>Hipertensiva</b>	2		
▶ <b>Esclerosa</b>	1		
▶ <b>Isquémica-hipertensiva</b>	2		
▶ <b>Esclerosa-hipertensiva</b>	2		
▶ <b>Miocardiopatía dilatada</b>	<b>3</b>		
▶ <b>Cor-pulmonale – HTP</b>	1		
▶ <b>Valvular (EAo severa)</b>	<b>4</b>		



# Comorbilidad

## Tratamiento de base de los pacientes:

▶ Furosemida	18 (100%)	3
▶ Espironolactona	8 (44%)	
▶ IECA-ARA2	12 (66%)	
▶ Beta-bloqueante	10 (55%)	
▶ Calcio-antagonista	8 (44%)	
▶ Digoxina	4 (22%)	
▶ ADOs	8 (44%)	
▶ Insulina	4 (22%)	





# Dependencia



**Alto grado de dependencia**

**Índice de Barthel entre 20-80**

***Barthel medio 45***



## Deterioro cognitivo

**Funciones superiores conservadas**

**Sólo 2 pacientes con deterioro cognitivo moderado o grave**





# Resultados

- De los 18 pacientes, 14 respondieron bien al tratamiento diurético en perfusión ev, 11 de ellos con la perfusión de furosemida, 2 de ellos después de añadir hidroclorotiazida oral y 1 al añadirle hidroclorotiazida y acetazolamida oral.
- Cuatro pacientes presentaron una evolución tórpida, sin responder al tratamiento y fallecieron durante el ingreso, dos de ellos en domicilio con medidas de confort y dos en el hospital.
- La respuesta ha sido favorable en la mayoría de los casos, con buena respuesta diurética, pérdida de peso y compensación de la insuficiencia cardíaca.





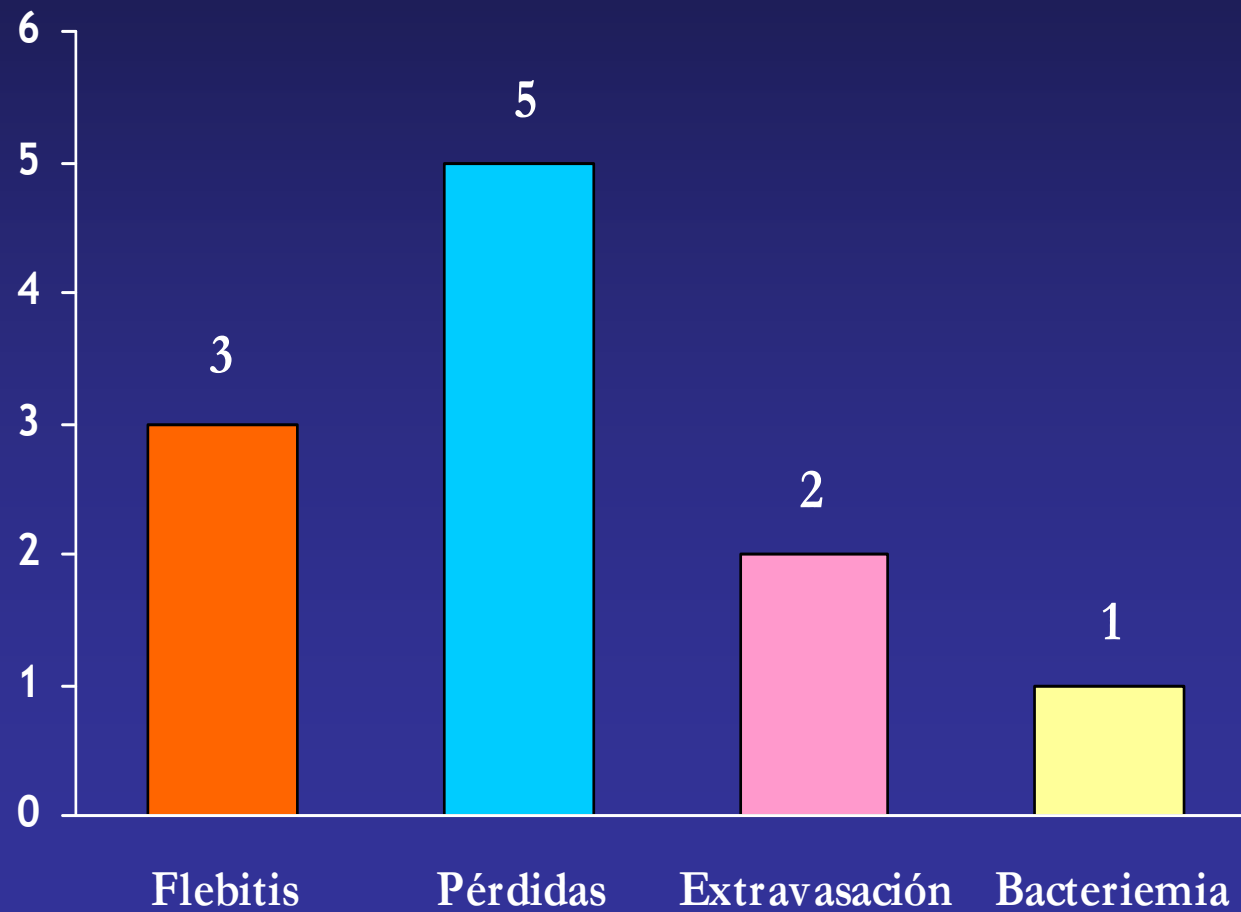
# Resultados

- Dosis pico de furosemida en perfusión e.v. diaria:
  - Entre 80 mg (4 amp.) y 500 mg (25 amp.).
  - Promedio de 194 mg (casi 10 amp.) al día.
- Promedio de 9 días en perfusión e.v. de furosemida por paciente.



# Resultados

## Complicaciones





# Resultados

## Mortalidad de los pacientes del estudio:

▶ Muerte en el ingreso	4 (22%)	} 61%
▶ Muerte < 3 meses	7 (39%)	
▶ Muerte entre 3-6 meses	1 (5%)	
▶ Muerte tardía (11 meses)	1 (5%)	





# Conclusiones

- **La administración de furosemida en perfusión es superior a la intermitente en bolus y disminuye su toxicidad, y debería ser el método de administración preferido en pacientes con insuficiencia cardíaca.**
- **El uso de bombas elastoméricas permite realizar tratamientos diuréticos en perfusión continua en el domicilio, con eficacia y seguridad.**
- **Los tratamientos han sido altamente efectivos, con escasos fracasos terapéuticos. No obstante, al tratarse de pacientes con insuficiencia cardíaca muy evolucionada, el pronóstico a corto plazo es malo, con un alto índice de mortalidad.**



## OCFA agudizada: Criterios de ingreso en HaD

- **Tener criterio de ingreso hospitalario**
- **Diagnóstico establecido (o paciente estable con duda diagnóstica para completar estudio en HaD)**
- **Paciente estable y con evolución favorable en el tiempo de estancia en Urgencias (no será excluyente que persista insuficiencia respiratoria si la evolución clínica es favorable y no precisa  $FiO_2 > 0.28$ )**
- **No es excluyente que el paciente tenga comorbilidad asociada grave, siempre que ésta esté bien controlada**



# **OCFA: Criterios de exclusión para un ingreso en HaD**

- **Presencia de comorbilidad descompensada (insuficiencia renal agudizada, descompensación diabética grave, TEP...)**
- **Ausencia de respuesta al tratamiento iniciado en Ucias**
- **Gravedad de la OCFA (persistencia de acidosis o hipercapnia, inestabilidad hemodinámica, disnea intensa)**
- **Disminución de nivel de conciencia**
- **Presencia de complicaciones cardiovasculares (arritmia, angor, insuficiencia cardíaca...) que pueda requerir el uso de drogas vasopresoras**
- **Insuficiencia respiratoria moderada-grave ( $FiO_2 > 0.28$ )**





# Neumonía: Criterios de ingreso en HaD

- **Diagnóstico clínico (clínica compatible con perfil típico o atípico) y diagnóstico radiológico (infiltrado parenquimatoso o intersticial)**
- **Decisión de ingreso en función de escala pronóstica (CURB65 o Fine)**
- **Neumonías Fine II que requieran ingreso (afectación del estado general, hipoxia, hiponatremia, derrame pleural moderado)**
- **Neumonías Fine III después de un mínimo de 24 horas en observación en Urgencias (USU)**
- **Neumonías Fine IV con buena evolución después de un mínimo de 72 horas en observación en USU-PING**



# Neumonía: Criterios de exclusión para un ingreso en HaD

- Insuficiencia respiratoria grave:  $FiO_2 < 90\%$ ,  $PaO_2 < 60$  mmHg o  $PaCO_2 > 50$  a pesar de oxigenoterapia
- Taquipnea  $\geq 30$  x' y aumento de trabajo respiratorio
- Indicación de ventilación invasiva o fatiga diafragmática
- Inestabilidad hemodinámica (TAS  $< 90$  u oliguria)
- Evidencia de metástasis sépticas
- Desorientación, confusión o coma
- Afectación de más de 2 lóbulos o derrame pleural import.
- Leucopenia ( $< 4.000$ ) o trombopenia en paciente grave



# **Infecciones de tracto urinario: Criterios de ingreso en HaD**

- **Incapacidad para la hidratación y/o tratamientos por vía oral**
- **Deterioro del estado general o fiebre alta**
- **Clínica de complicación local (dolor, hematuria, insuficiencia renal)**
- **Comorbilidad (diabetes, cirrosis, senilidad, neoplasia)**
- **Factores de riesgo para gérmenes multirresistentes**
- **Otros criterios de ITU complicada**



## **Infección de tracto urinario: Criterios de exclusión para un ingreso en HaD**

- **ITU no complicada leve**
- **Shock séptico o sepsis grave**
- **Obstrucción de vía urinaria (ecografía previa en caso de riesgo: en todos los pacientes con ITU superior, excepto mujer sana con PNA no complicada)**
- **No diagnóstico clínico de ITU (no síndrome miccional ni piuria)**





## **Celulitis: Criterios de ingreso en HaD**

- **Pacientes con diagnóstico clínico de celulitis y afectación importante (fiebre, dolor, leucocitosis, afectación estado general)**
- **Paciente hemodinámicamente estable (TAS > 90 mmHg)**
- **No signos de sepsis ni sospecha de necrosis**
- **Necesidad de tratamiento antibiótico parenteral**



## **Celulitis: Criterios de exclusión para un ingreso en HaD**

- **Formas necrosantes graves con tendencia a la diseminación (zonas de cianosis, despegamiento bulloso o placas necrosadas, en un contexto de síndrome tóxico-infeccioso o empeoramiento a pesar de tto. antibiótico)**
- **Celulitis muy extensas**
- **Celulitis leves que no requieren ingreso hospitalario y pueden tratarse con antibiótico oral**



# Terapia TADE

- **Denominamos terapia TADE al tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso para tratar múltiples tipos de infecciones, tanto de origen médico como quirúrgico**
- **En nuestra unidad de HaD utilizamos, en general, dispositivos elastoméricos para la administración de antibióticos e.v. en domicilio, con la colaboración de la familia o el propio paciente en su administración**
- **Usamos una vía corta o larga (en general una PICC) en función del/los antibiótico/s utilizados y la duración del tratamiento**

# BOMBAS ELASTOMÉRICAS

- Intermate Baxter SV100

- Duración nominal de infusión: 1 h.
- Velocidad nominal de infusión: 100 ml/h
- Volumen nominal + residual: 100 ml + 1 ml
- Volumen máximo: 105 ml
- Precisión +/- 15%

- Intermate Baxter SV200

- Duración nominal de infusión: 30 min
- Velocidad nominal de infusión: 200 ml/h
- Volumen nominal + residual: 100 ml + 1 ml
- Volumen máximo: 105 ml
- Precisión +/- 15%

- Intermate Baxter LV250

- Duración nominal de infusión: 1 h
- Velocidad nominal de infusión: 250 ml/h
- Volumen nominal + residual: 250 ml + 3 ml
- Volumen máximo: 275 ml
- Precisión +/- 15%

- Intermate Baxter XLV250

- Duración nominal de infusión: 2 h
- Velocidad nominal de infusión: 250 ml/h
- Volumen nominal + residual: 500 ml + 5 ml
- Volumen máximo: 555 ml
- Precisión +/- 15%



# BOMBAS ELASTOMÉRICAS



# TIPOS DE INFECCIÓN

## I. Respiratorias (n=62) (46,2%)

Bronquiectasias infectadas  
EPOC con infección bronquial  
Neumonías  
Fibrosis Quística  
Ascitis torácica infectada  
Infecciones tracto respiratorio inferior  
Broncoaspiraciones



18 casos  
14 casos  
12 casos  
11 casos  
1 caso  
4 casos  
2 casos

## I. Urinarias (n=17) (12.6%)

ITU  
Pielonefritis

## I. Osteo-articulares (n=17) (12.6%)

I. material protésico  
Espondilodiscitis  
Artritis séptica



15 casos  
2 casos  
11 casos  
5 casos  
1 caso

## I. Intra-abdominales (n=11) (8.2%)

Abscesos hepáticos/abdominales  
Colangitis  
Colitis por CMV  
Diverticulitis  
Quistes hidatídicos complicados



4 casos  
2 casos  
1 caso  
2 casos  
2 casos

## Bacteriemias (n=8) (5.9%)

## Endocarditis (n=5) (3.7%)

## I. Post-quirúrgicas (n=4) (2.9%)

## I. SNC (n=2) (1.4%)

## I. Cutáneas (n=2) (1.4%)

## Miscelánea (n=6) (4.4%)



# ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS

Aciclovir	1 caso
Aztreonam	3 casos
Amikacina	14 casos
Amoxicilina-clavulánico	1 caso
Cefepime	19 casos
Ceftazidima	15 casos
Ceftriaxona	20 casos
Ciprofloxacino	2 casos
Cloxacilina	5 casos
Daptomicina	1 caso
Doxiciclina	1 caso
Ertapenem	20 casos
Ganciclovir	1 caso
Gentamicina	3 casos
Levofloxacino	2 casos
Meropenem	25 casos
Metronidazol	1 caso
Piperacilina-Tazobactam	13 casos
Rifampicina	1 caso
Teicoplanina	1 caso
Tobramicina	6 casos
Vancomicina	15 casos

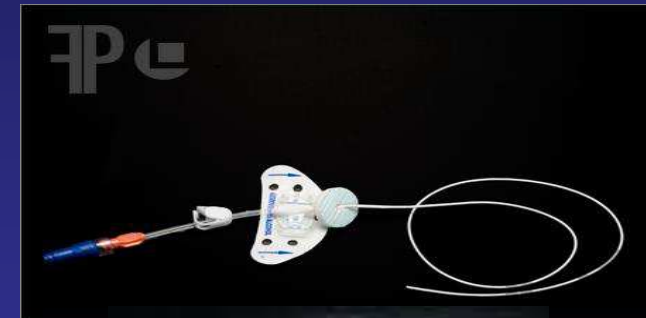
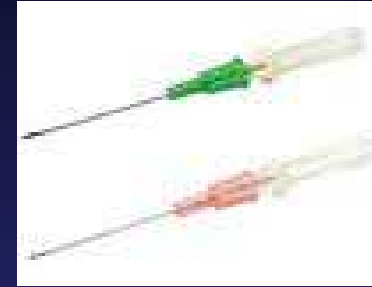
# BACTERIOLOGIA:

- Aislamiento del germen en 88 casos (65,6%).
- Germen más frecuente:
  - Pseudomona aeruginosa 35 casos (26.1%)
  - S.epidermidis 9 casos (6.7%)
  - BLEA 8 casos (5.9%)
  - E.coli 6 casos (4.4%)
  - Neumococo 5 casos (3.7%)
  - S.aureus meticilin-sensible 4 casos (2.9%)
  - MRSA 3 casos (2.2%)



# VIAS DE ADMINISTRACIÓN

- Catéteres cortos tipo abbocath en 63 casos (47%).
- PICC 61 casos (45.5%):
  - De corta duración (tipo drum): 22 casos (16.4%)
  - De larga duración: 39 casos (29.1%)
- Puertos subcutáneos (port-a-cath): 12 casos (9%)





# Enfermedad tromboembólica venosa: Criterios de ingreso en HaD

## **TVP:**

- Diagnóstico de certeza de TVP mediante eco-Doppler o flebografía

## **TEP:**

- Diagnóstico de TEP por TAC helicoidal (o gammagrafía de V/P en casos de alergia a contraste yodado o insuficiencia renal)



## **Enfermedad tromboembólica venosa: Criterios de exclusión para un ingreso en HaD**

### **TVP:**

- Embarazo, enfermedad autoinmune, trastorno de coagulación o trombocitopenia
- Sangrado activo o elevado riesgo de sangrado
- Asociación a TEP importante o que curse con inestabilidad hemodinámica o insuficiencia respiratoria

### **TEP:**

- Pacientes con TEP masivo o submasivo, con índice PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) de III-IV, con índice de hemorragia de Wells de 3 puntos (alto riesgo)



## **Delirium (SCA): Criterios de ingreso en HaD**

---

- **Incapacidad para la hidratación o tratamiento oral**
- **Deterioro del estado general, fiebre alta**
- **Clínica de agitación**
- **Patología desencadenante que requiera tratamiento**
- **Diagnóstico o sospecha etiológica del delirium**
- **Cuidador que acepte el ingreso en HaD (y esté dispuesto a colaborar en el difícil manejo de estos pacientes)**





## **Delirium (SCA): Criterios de exclusión para un ingreso en HaD**

- **Falta de un cuidador implicado y concienciado**
- **Inestabilidad hemodinámica o que la causa del delirium pueda inestabilizar al paciente (ictus, hemorragia subaracnoidea)**
- **Ausencia de diagnóstico o sospecha etiológica del SCA**
- **Agitación de difícil manejo**



# Conclusiones

- Mediante medidas concertadas y protocolización es posible mejorar el ingreso de pacientes procedentes de Urgencias a una Unidad de HaD.
- Las Unidades de Hospitalización a Domicilio pueden ser una buena alternativa a la hospitalización convencional en pacientes de Urgencias que precisen ingreso hospitalario, y que estén estables.
- Página on-line para consultar los protocolos de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio:  
[https://appsx.humv.es/hosp\\_dom](https://appsx.humv.es/hosp_dom)



GRACIAS

