

ALT 2.182 UI/l, AST 1315 UI/l, GGT 209 UI/l, FA 383 UI/l, LDH 342 UI/l y ferritina 1.998 ng/ml. Los estudios serológicos fueron negativos salvo para las fracciones IgG e IgM frente a *C. pneumoniae*. La radiografía de tórax fue normal y la ecografía abdominal constató una ligera hepatomegalia. La evolución fue favorable, con normalización clínica y analítica a los 21 días de iniciado el proceso.

Chlamydomphila pneumoniae es una bacteria gramnegativa de desarrollo intracelular y transmisión aérea, causante de infecciones respiratorias de vías altas y del 5 al 10% de las NAC¹. Muy ocasionalmente se ha descrito, además de su posible relación con la enfermedad aterotrombótica² y la cirrosis biliar primaria³, derrame pleural⁴, síndrome de distrés respiratorio agudo, shock séptico, fracaso multiorgánico⁵, meningitis, hepatitis⁶, iritis, artritis⁷, vasculitis leucocitoclástica⁸, síndrome de Guillain-Barré, insuficiencia renal aguda, pericarditis, miocarditis o síndrome febril prolongado sin foco⁹.

La hepatitis aguda, en consecuencia, es una manifestación excepcional de la enfermedad. En ambos casos –el primero de los cuales ha sido comunicado por nosotros recientemente¹⁰– se trata de una hepatitis aguda colestásica, sin cuadro respiratorio añadido y de evolución favorable. La positividad de la IgM frente a *C. pneumoniae* y la negatividad del resto de datos serológicos hace verosímil el diagnóstico de infección aguda por esta bacteria.

Como conclusión, creemos que *C. pneumoniae* debe ser incluida en el diagnóstico etiológico de las hepatitis agudas, sobre todo si se han descartado las causas más habituales.

Bibliografía

- Ruiz M, Ewig S, Marcos MA, Martínez JA, González J, Arancibia F, et al. Etiology of community-acquired pneumonia: impact of age, comorbidity and severity. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;160:397–405.
- Cuffini C, Guzmán LA, Villegas N, Alonso CE, Martínez-Riera L, Rodríguez-Fermepín M, et al. Isolation of *Chlamydomphila pneumoniae* from atheromas of the carotid artery and their antibiotics susceptibility profile. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:81–5.
- Liu HY, Deng AM, Zhang J, Zhou Y, Yao DK, Tu XQ, et al. Correlation of *Chlamydia pneumoniae* infection with primary biliary cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2005;11:4108–10.
- Antón Aranda E, Otegui A. Isolated pleural effusion as unusual manifestation of *Chlamydia pneumoniae* infection. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:268.
- Marik PE, Iglesias J. Severe community-acquired, shock and multiorgan dysfunction syndrome caused by *Chlamydia pneumoniae*. *J Intern Med*. 1997;241:441–4.
- Kalambokis G, Ekonomou G, Kitsanou M, Kostoula A, Bobojianni C, Tsianos E. Extrarespiratory *Chlamydia pneumoniae* infection associated with immune disorder, hepatitis and renal disease. *Scand J Infect Dis*. 2003;35:424–6.
- Sundelöf B, Gnarpe H, Gnarpe J. An unusual manifestation of *Chlamydia pneumoniae* infection: meningitis, hepatitis, iritis and atypical erythema nodosum. *Scand J Infect Dis*. 1993;25:259–61.
- Cascina A, Marone Bianco A, Mangiarotti P, Montecucco CM, Meloni F. Cutaneous vasculitis and reactive arthritis following respiratory infection due to *Chlamydia pneumoniae*: report of a case. *Clin Exp Rheumatol*. 2002;20:845–7.
- Antón Aranda E. Síndrome febril prolongado e infección por *Chlamydia pneumoniae*. *Rev Clin Esp*. 2003;203:382–3.
- Prieto de Paula JM, Franco Hidalgo S, Eiros Bouza JM, Ruiz Rebollo ML. Hepatitis aguda por *Chlamydomphila pneumoniae*. *Rev Clin Esp*. 2011, doi:10.1016/j.rce.2011.01.027.

J.M. Prieto de Paula^{a,*}, S. Franco Hidalgo^b,
E. Mayor Toranzo^a y E. Callejo Giménez^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

^c Centro de Salud Circunvalación, Valladolid Este, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmpripaula@yahoo.es
(J.M. Prieto de Paula).

doi:10.1016/j.semerg.2011.05.014

Hospitalización domiciliaria: el hospital en casa

Home care services: hospital at home

Sr. Director:

Tanto el envejecimiento de la población como el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas y la cronificación de ciertas enfermedades antes rápidamente mortales como el sida o ciertas neoplasias hacen que la falta de camas en nuestros hospitales sea cada vez un problema más plausible.

Por ello se han tenido que desarrollar nuevas fórmulas asistenciales para la atención de nuestros pacientes, como alternativa a la hospitalización tradicional, ya sea tanto en régimen ambulatorio (consultas externas, hospitales de día,

etc.), domiciliario (atención domiciliaria, hospitalización en domicilio), como a distancia (telemedicina), que sustituirán en gran parte los cuidados proporcionados hasta hoy en las salas de nuestras consultas y hospitales.

Médico residente de tercer año en el Centro de Salud Actur Sur (Zaragoza), decidí completar mi corta pero intensa formación como futuro médico de familia, y salir fuera de mi entorno formativo para conocer nuevas formas de trabajo y unidades asistenciales, segura de que ello me aportaría experiencia tanto profesional como personal. Esto fue uno de los motivos que me impulsó a realizar mi rotatorio por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Marqués de Valdecilla, en Santander, la cual, tras celebrar su 25 aniversario, sigue siendo toda una referencia para la comunidad médica.

Las unidades de hospitalización domiciliaria (ya existentes en países como EE.UU. desde los años 1950) surgen como

respuesta a 3 premisas básicas: mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes (y de sus familiares), disminuir la tasa y la gravedad de las infecciones, evitando la aparición de las infecciones nosocomiales, y reducir los costes del ingreso.

Para ello debe existir una aceptación voluntaria por parte del paciente y/o familia, garantizándose atención continuada y pudiéndose contactar con la unidad de hospitalización domiciliaria en todo momento. Existe conexión directa con los diferentes servicios del hospital y la posibilidad de reingreso hospitalario si surgen complicaciones. Así mismo se realiza el suministro tanto de medicamentos, como de todo el material sanitario que necesite el paciente.

Sus objetivos principales son mejorar la calidad de vida del enfermo y favorecer su reinserción precoz al ambiente que les habitual, mejorar la educación sanitaria del enfermo y su entorno familiar y social, promover la interconexión entre asistencia hospitalaria y extrahospitalaria y racionalizar los recursos y lograr una mejor redistribución.

Además el tipo de paciente que abarca es multidisciplinario: enfermos crónicos descompensados (EPOC, cardiopatas, diabéticos, cirróticos, neoplásicos, etc.), enfermos con procesos agudos, fundamentalmente de tipo infeccioso (neumonías, infecciones del tracto urinario, endocarditis, infecciones osteoarticulares y de partes blandas, etc.), pos-cirugía (prótesis de cadera, cirugía de mama, laparotomía, *bypass* coronario, etc.), cura de heridas complicadas, los que requieran tratamiento intravenosos prolongados, nutrición enteral-parenteral, etc.

Y en época de crisis como la que estamos viviendo, ¿por qué no hablar del beneficio que supondría para nuestro

sistema sanitario? Este tipo de unidades ayudan a descongestionar los hospitales, los servicios de urgencias, los reingresos. Disminuyen el número de estancias y abaratan el coste del proceso. Y lo más importante, consigue altos índices de satisfacción de los pacientes.

Ya son muchas las regiones españolas en las que se ha implantado pero todavía quedan algunas comunidades como la mía y muchas zonas geográficas en general, en las que este tipo de servicios son el gran desconocido.

Esperemos que con esfuerzo y tenacidad, todos tengamos las mismas oportunidades y podamos ofrecer a nuestros pacientes una sanidad de calidad.

Bibliografía general

Bentur N. Hospital at home: what is its place in the health system? *Health Policy*. 2001;55:71–9.

Mediano C, Guillén M, Aranda E, Pérez F, Peiró S. Como en casa en ningún sitio. Satisfacción de los pacientes hospitalizados a domicilio. *Rev Calidad Asistencial*. 1995;1:13–8.

Ruipérez I. Hospitalización a domicilio. *Rev Clin Esp*. 2000; 200: 299–300.

E. Trillo Calvo

Medicina de Familia, Centro de Salud Actur Sur, Zaragoza, España

Correo electrónico: etrilloc@salud.aragon.es

doi:10.1016/j.semerg.2011.05.005