

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE REMEDIOS  
VILLA CLARA**

**INGRESO DOMICILIARIO A LOS PACIENTES EGRESADOS DE LA UNIDAD DE  
CUIDADOS INTERMEDIOS DE REMEDIOS.**

Por:

Dr. Ángel Antonio Urbay Ruiz<sup>1</sup>, Dr. Humberto Cruz Martínez<sup>2</sup>, Dr. José Lorenzo Fong Seuc<sup>3</sup>, Dra. María de los Ángeles Martínez Jiménez<sup>4</sup>, Dr. Juan Alberto Falcón Álvarez<sup>5</sup> y Dra. María Victoria Peraza Pérez<sup>6</sup>

1. Especialista de II Grado en Medicina Interna y Cuidados Intensivos. Master en Educación Médica Superior. Hospital de Remedios. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Hospital de Remedios.
3. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Hospital de Remedios.
4. Especialista de I Grado en Medicina del Trabajo. Asistente. Policlínico de Camajuaní.
5. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Master en Gerencia de Salud. Asistente. Sectorial Provincial de Salud.
6. Especialista de I Grado en MGI y Geriatria. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Hospital "Arnaldo Milián Castro". Asistente. ISCM-VC.

**Resumen**

Se realizó un estudio prospectivo y longitudinal de 210 pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intermedios de Remedios, en el período comprendido entre el 1ro. de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2001, los cuales fueron atendidos en su domicilio por el propio personal de la Unidad de Cuidados Intermedios y el médico de la familia de cada paciente en particular, con el objetivo de evaluar esta modalidad asistencial en los egresados de dicha unidad. En la serie predominó el sexo femenino y los pacientes entre 50 y 74 años; fueron más frecuentes la bronconeumonía y la enfermedad cerebrovascular. La neumonía y la sepsis urinaria nosocomiales resultaron ser las complicaciones más observadas; fallecieron tres enfermos: dos con enfermedad cerebrovascular y uno a causa de una desfavorable evolución en el postoperatorio. La estadía promedio de los pacientes ingresados en el hogar fue de 4,2 días, con un ahorro por concepto de medicamentos de \$10 680,42, y un ahorro total para el hospital de \$ 40 984,36. Los antimicrobianos fueron los medicamentos más utilizados por nuestros enfermos.

**Descriptores DeCS:**

INSTITUCIONES DE CUIDADOS  
INTERMEDIOS  
SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD A  
DOMICILIO

**Subject headings:**

INTERMEDIATE CARE FACILITIES  
HOME CARE SERVICES

**Introducción**

El ser humano es un ente complejo, con sus necesidades básicas que él mismo satisface de forma independiente, cuando está en condiciones de hacerlo. Durante el proceso de la enfermedad, y al

ser ingresadas en la institución hospitalaria, las personas sufren alteraciones en sus ritmos habituales, y dejan la satisfacción de parte de sus necesidades en manos del personal del hospital. La magnitud de los hospitales y la inercia de su funcionamiento crean situaciones alrededor del paciente que no son las más deseables para un proceso terapéutico adecuado: el ruido, los horarios rígidos, las comidas estereotipadas, y en ocasiones frías, el internamiento en el centro, unido a la propia sensación de temor, dolor e inquietud, por la enfermedad y sus consecuencias, alteran –al menos temporalmente– los hábitos de vida del enfermo e influyen negativamente en él. Contel<sup>1</sup>, en estudio, se refiere a esta influencia relacionada con la necesidad del reposo y el sueño del paciente hospitalizado, y describe las causas más frecuentes de alteración, derivadas de la enfermedad y de las actividades y funcionamiento del centro.

Por todos es conocido que el ingreso domiciliario es realizado a lo largo del país por los médicos de la familia, con buenos resultados. Sin embargo, no existen informes de pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) –que habitualmente se trasladan a las salas de Medicina hasta el egreso hospitalario– que sean ingresados en su domicilio sin pasar por las salas de Medicina, y además sean seguidos por el profesional de la UCIM y su médico de familia.

Con el objetivo de conocer el comportamiento de un grupo de pacientes que después de egresar de la UCIM recibieron atención asistencial en su domicilio, y para analizar, además, el ahorro que se logra mediante esta modalidad y el bienestar que proporciona a los enfermos, decidimos realizar esta investigación.

## **Métodos**

Se realizó un estudio prospectivo y longitudinal de 210 pacientes egresados de la UCIM de Remedios, en el período comprendido entre el primero de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2001, cuya evolución fue seguida en sus respectivos domicilios por el propio personal de la UCIM y el médico de la familia.

Posterior a la revisión bibliográfica y documental sobre el tema, se localizaron los datos primarios en el libro de registro de la UCIM, historias clínicas hospitalarias e historias clínicas familiares, que fueron recogidas mediante una encuesta.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron:

1. Tener domicilio en la ciudad de Remedios, lo que hace posible la visita al hogar del enfermo.
2. Núcleo familiar factible y con condiciones para poder desarrollar esta actividad. (Información ofrecida por el médico de la familia).

Fueron excluidos: Puérperas, los enfermos con cardiopatía isquémica (infarto agudo del miocardio y arritmias), así como los asmáticos.

Fueron incluidos: Los pacientes con bronconeumonía, enfermedad cerebrovascular (ECV), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca, bronquiectasia, pericarditis viral aguda, hipertensión arterial severa, estados postoperatorios (SPO), intoxicación exógena, septicemia, meningoencefalitis bacteriana, endocarditis infecciosa, ulcus péptico sangrante, cetoacidosis diabética, insuficiencia renal crónica y ántrax.

Para el diagnóstico de las distintas enfermedades se consultó la segunda edición del Tratado de Medicina Interna de Cecil<sup>2</sup>.

El día del egreso de la UCIM, el paciente y los familiares recibieron información sobre esta modalidad de seguimiento y cómo se efectuaría la misma.

Los días de ingreso en el domicilio fueron determinados por el grupo básico de trabajo de la propia UCIM y el médico de la familia, y tuvieron en cuenta los promedios de estadía en la sala de Medicina (hombres y mujeres), de los pacientes egresados de dicha Unidad en el año 1997.

La observación de los pacientes se realizó por el mismo personal de la UCIM y el médico de la familia de cada paciente.

Se recolectó la información sobre las variables seleccionadas:

- Edad: Se tomó como mínima la menor encontrada (15 años) y como máxima, la mayor presentada (97 años); para su mejor interpretación y comparación se formaron los siguientes grupos de edades: 15-49, 50-74 y 75-97 años.
- Sexo.
- Diagnóstico al ingreso.
- Promedio de estadía (PE).
- Día paciente (DP).
- Costo por hospitalización.
- Ahorro total: Se obtiene de sumar al costo por hospitalización, el costo por concepto de medicamentos.
- Evolución de los pacientes: Satisfactoria y no satisfactoria.
- Complicaciones.
- Letalidad: Desde el primer día de ingreso domiciliario hasta los tres meses.

Se realizó necropsia a los tres pacientes fallecidos, para el 100 %.

Hubo cinco reingresos.

Para el alta en el domicilio se tuvo en cuenta la evolución clínica satisfactoria de los pacientes.

Para el análisis de la información se utilizaron técnicas de distribución de frecuencia, porcentaje, diferencias absolutas y relativas, así como pruebas estadísticas de asociación y significación.

## Resultados

Entre las características epidemiológicas de la muestra, se destacan la edad y el sexo (tabla 1).

Tabla 1 Edad y sexo.

Grupos de edades (años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-49	39	26,5	13	20,6	52	24,8
50-74	58	39,5	38	60,3	96	45,7
75-97	50	34,0	12	19,1	62	29,5
TOTAL	147	70	63	30	210	100

Fuente: Encuesta.

Femenino vs Masculino:  $Z = 5,38$   $p < 0,001$

Distribución por edades:  $\chi^2$  (2gl) = 7,02

$p < 0,05$

Total (50-74 vs c/u de las demás)  $p < 0,001$

Hubo un predominio altamente significativo del sexo femenino, con 147 enfermas (70,0 %) sobre el masculino: 63 pacientes (30,0 %); con una relación mujer/hombre de 2,3/1; además, fue significativa ( $p < 0,05$ ) la prevalencia de mujeres en todos los grupos de edades.

Asimismo, resultó altamente significativo el predominio de los pacientes con ingreso domiciliario en el grupo de 50 a 74 años, con 96 casos (45,7 %); le siguen, en orden decreciente, los grupos de 75 a 97 años (29,5 %) y de 15 a 49 (24,8 %).

En el período estudiado fueron egresados de la UCIM 1080 enfermos; de ellos, fallecieron 115 (10,7 %).

De los 993 pacientes egresados vivos, fueron tratados mediante ingreso domiciliario 210 (21,2 %), y el resto (783 pacientes), fueron trasladados a las salas de Medicina.

En la tabla 2 se muestra las enfermedades padecidas y su relación con la edad.

Tabla 2 Enfermedad por edad en ambos sexos.

Enfermedades	15-40		50-74		75-97		Total	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Bronconeumonía	13	25,0	16	16,7	22	35,5	51	24,3
ECV	3	5,8	24	25,0	22	35,5	49	23,3
EPOC	3	5,8	14	14,6	9	14,5	26	12,4
Insuficiencia cardíaca	8	15,4	10	10,4	6	9,7	24	11,4
Bronquiectasia	4	7,7	10	4,2	1	1,6	15	7,1
Pericarditis viral aguda	8	15,4	4	5,2	0	0	12	5,7
HTA severa	1	1,9	5	4,2	1	1,6	7	3,3
SPO	3	5,8	4	1,0	0	0	7	3,3
Intoxicación exógena	3	5,8	1	1,0	0	0	4	1,9
Septicemia	2	3,8	1	1,0	0	0	3	1,4
Meningoencefalitis bacteriana	2	3,8	1	2,1	0	0	3	1,4
Endocarditis infecciosa	1	1,9	2	1,0	0	0	3	1,4
Úlcus péptico sangrante	0	-	1	1,0	1	1,6	2	1,0
Cetoacidosis diabética	1	1,9	1	1,0	0	0	2	1,0
Insuficiencia renal crónica	0	0	1	1,0	0	0	1	0,5
Ántrax	0	0	1	1,0	0	0	1	0,5
TOTAL	52	24,8	96	45,7	62	29,5	210	100,0

Fuente: Encuesta.

Bronconeumonía y ECV vs resto:  $p < 0,05$   
 50-74 vs resto:  $p < 0,05$

ECV: Enfermedad cerebrovascular.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

SPO: Estado postoperatorio.

La bronconeumonía fue la más frecuente en la serie con 51 enfermos (24,3 %), le sigue la ECV (23,3 %), después, en orden decreciente: la EPOC (12,4 %), la insuficiencia cardíaca (11,4 %), la bronquiectasia (7,1 %), la pericarditis viral aguda (5,7 %), la HTA severa y el estado postoperatorio con 3,3 % cada uno, la intoxicación exógena (1,9 %), la septicemia, la meningoencefalitis bacteriana aguda y la endocarditis infecciosa (1,4 % respectivamente), el úlcus péptico sangrante y la cetoacidosis diabética (1,0 % cada una) y, por último, la insuficiencia renal crónica y el ántrax (0,5 % respectivamente). Resultó significativo el predominio de la bronconeumonía y la ECV ( $p < 0,05$ ).

En los pacientes más jóvenes predominaron: la pericarditis viral aguda, la intoxicación exógena, la septicemia y la meningoencefalitis bacteriana aguda; mientras, en los enfermos de mayor edad alcanzaron más elevados porcentajes: la bronconeumonía, la enfermedad cerebrovascular, la EPOC, la insuficiencia cardíaca, la bronquiectasia y la HTA severa; sobre todo en los pacientes mayores de 50 años.

De los 210 enfermos ingresados en el hogar, se complicaron 29 (tabla 3) y presentaron 42 complicaciones (1,5 % por paciente). Hubo tres fallecidos que representaron el 7,1 % de las mismas, y el 1,43 % del total de pacientes egresados.

Tabla 3 Complicaciones según enfermedad.

Complicaciones	BN	ECV	EPOC	IC	SPO	EI	CD	Cant.	Total	
	Cant.	Cant.	Cant.	Cant.	Cant.	Cant.	Cant.		Complic.	Pac. E.
Neumonía nosocomial	0	7	0	3	1	0	1	12	28,5	5,71
Sepsis urinaria nosocomial	1	4	2	1	2	1	0	11	26,2	5,24
Insuficiencia cardíaca	2	1	1	0	0	0	0	4	9,5	1,91
TEP	1	1	0	0	0	0	0	2	4,8	0,95
IMA	0	1	1	0	0	0	0	2	4,8	0,95
Hemoptisis	2	0	0	0	0	0	0	2	4,8	0,95
Convulsiones	0	2	0	0	0	0	0	2	4,8	0,95
Gastritis médica	1	0	0	0	0	0	0	2	4,8	0,95
SDA	1	0	0	0	0	0	1	2	7,1	1,43
Fallecimiento	0	2	0	0	1	0	0	3	100,0	20,0
Total de complicaciones	8	18	4	4	4	2	2	42		
Pacientes complicados	5	11	4	3	2	2	2	29		
Complicación por paciente	1,6	1,6	1	1,3	2	1	1	1,5		
% de pacientes complicados por enfermedad	9,8	22,4	15,4	12,5	28,6	66,6	100,0	18,0		

Fuente: Encuestas.

BN: Bronconeumonía  
 ECV: Enfermedad cerebrovascular.  
 EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.  
 IC: Insuficiencia cardíaca.  
 SPO: Estado postoperatorio.  
 EI: Endocarditis infecciosa.  
 CD: Cetoacidosis diabética.  
 Complic. De las complicaciones.  
 Pac. E.. Del total de pacientes egresados.

Las complicaciones presentadas fueron: neumonía nosocomial en 12 pacientes, para 28,5 % de las complicaciones y 5,71 % del total de pacientes egresados, la sepsis urinaria nosocomial en 11 enfermos para 26,2 % de las complicaciones y 5,24 % del total de pacientes egresados; le siguen la insuficiencia cardíaca en cuatro casos, el tromboembolismo pulmonar, el infarto agudo del miocardio, la hemoptisis, convulsiones, gastritis medicamentosa y el sangramiento digestivo alto en dos enfermos cada uno.

El mayor número de pacientes complicados padecía de ECV y bronconeumonía, con 11 y cinco enfermos, respectivamente.

Por otra parte, el SPO aportó el mayor número de complicaciones por pacientes con dos, le sigue la bronconeumonía y la ECV con 1,6 cada una.

La cetoacidosis diabética fue la enfermedad que tuvo mayor por ciento de pacientes complicados (100 %) y después la endocarditis infecciosa con 66,6 %.

Hubo dos fallecidos por ECV y uno por SPO.

La evolución de nuestros 210 pacientes ingresados en su domicilio (tabla 4) fue satisfactoria en 204 enfermos (97,1 %) y no lo fue en 6 (2,9 %), de ahí que la diferencia sea muy significativa

( $p < 0,001$ ). Con evolución no satisfactoria, como se explicó en Métodos, tuvimos cinco reingresados, de los cuales fallecieron dos y uno que no ingresó, por lo que ocurre esta complicación en el hogar. Por tanto, consideramos muy positivos y alentadores nuestros resultados.

Tabla 4 Evolución.

Evolución	Reingresos			No reingresos			Total	
	Vivos	Fallecidos	Total	Vivos	Fallecidos	Total	Cant	%
Satisfactoria	-	-	-	204	-	204	204	97,1
No satisfactoria	3	2	5	-	1	1	6	2,9
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>204</b>	<b>1</b>	<b>205</b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta.

Satisfactoria vs no satisfactoria:  $p < 0,001$

Por último, en la tabla 5 se muestra el ahorro que se logra mediante el ingreso domiciliario, pues los 210 pacientes presentaron un promedio de estadía de 4,2 días, que al multiplicarse por el costo día-paciente que tuvieron las salas de Medicina del hospital en el período estudiado, se obtiene el gasto por hospitalización que fue de \$ 30 303,94. Como se observa en la tabla, el costo día-paciente en las féminas fue menor (\$ 32,162) con relación al de los hombres (\$ 38,615).

Tabla 5 Ahorro por no hospitalización en salas de Medicina, con posterioridad al egreso de la Unidad de Cuidados Intermedios

Sexo	Cantidad de pacientes	Estadía promedio con ingreso domiciliario	Costo Día-paciente	Costo por hospitalización
Femenino	147	4,3	32,162	20329,69
Masculino	63	4,1	38,615	9977,25
Total	210	4,2	24,358	30303,94
		Medicamentos no utilizados		10680,42
		Ahorro total		40984,36

Fuente: Encuesta.

Al sumar el gasto por hospitalización con los costos por medicamentos utilizados, se obtuvo el ahorro total que representó para el hospital \$ 40 984,36, lo que sumado a la evolución satisfactoria que presentó 97,1 % de los pacientes, nos habla de la eficacia de esta modalidad de ingreso domiciliario. Si analizáramos los días que los familiares dejan de trabajar para cuidar a sus enfermos en las salas hospitalarias, el ahorro sería mucho mayor, aunque esta variable no fue considerada en nuestros objetivos.

## Discusión

Badgley, citado por Araújo González<sup>3</sup>, señala: "Para que los programas de salud sean eficaces y sostenibles, se deben ejecutar simultáneamente con otras actividades de desarrollo social y económico"; es harto conocido el importante papel que desempeñan los factores sociales, como la vivienda, la nutrición, el nivel de vida, entre otros, junto a los servicios de salud de la población. En importantes documentos programáticos, como el informe de Black y la Carta de Ottawa, se reclama la acción de factores fuera del sector médico como camino necesario para disminuir las inquietudes de salud.

A pesar de la aparición de nuevas enfermedades (SIDA, ébola) y la reaparición de otras (cólera, dengue, tuberculosis), las bronconeumonías mantienen su relevancia ante la enorme carga que

representan para muchos países en desarrollo y, sobre todo, por la gran cantidad de muertes potencialmente evitables que provocan.

Un grupo altamente vulnerable a las bronconeumonías son las personas mayores de 60 años. En el impacto de las infecciones respiratorias sobre estas personas influyen varios factores, que en ocasiones determinan la evolución de la enfermedad: la capacidad emocional (física y mental), el estado nutricional y la presencia de otras enfermedades<sup>3</sup>.

En estos casos es esencial la calidad de la atención médica que se le brinda a estos pacientes. Un problema relevante en esta edad es la aparición de complicaciones consecutivas a la presencia de enfermedades debilitantes de larga evolución, que traen como resultado la aparición de cuadros graves de influenza y neumonía en ancianos, y en muchas ocasiones son la causa directa de muerte.

Numerosas enfermedades vasculares afectan el sistema nervioso central (SNC), y su forma de presentación clínica más frecuente es la ECV.

Se estima que en Estados Unidos ocurren 500 000 casos de ECV al año. De los afectados, 300 000 sobreviven –la mayoría con disfunción neurológica e incapacidad física– y 200 000 fallecen<sup>2,3</sup>.

Las infecciones adquiridas en las unidades de cuidados progresivos (Unidades de Terapia Intensiva) representan una parte importante en el contexto de la sepsis nosocomial en general, y condicionan –como es conocido– un incremento notable en la mortalidad y los costos.

La neumonía nosocomial (NN) ocupa, junto a la sepsis sistémica, un punto de atención especial en las unidades de enfermos críticos. Estadísticas internacionales informan del 12 al 49 % de los ingresados, y llegan a cifras hasta de 66 %<sup>4</sup>.

En Cuba se muestra un comportamiento semejante, y ocupa el foco principal de sepsis intrahospitalarias en algunas unidades de atención al grave.

En varios trabajos<sup>4</sup> se ha demostrado que la neumonía nosocomial prolonga la duración de la hospitalización entre dos y tres veces, con respecto a los pacientes que no sufren esta complicación, lo que supone un considerable incremento de los costos, dado que la estancia hospitalaria es una de las variables más importantes en el cálculo de gastos ocasionados por las infecciones nosocomiales.

La forma más común que tienen los microorganismos de producir NN es por la aspiración de secreciones orofaríngeas. La probabilidad de la colonización de la flora orofaríngea se incrementa en las primeras 48 horas de su ingreso, sustancialmente en pacientes comatosos, y en aquellos que han recibido antibióticos o que sufren de hipertensión, acidosis, azotemia, alcoholismo, diabetes mellitus, leucocitosis, leucopenia, enfermedad pulmonar, o los que tienen una sonda nasogástrica o un tubo endotraqueal<sup>4</sup>.

Muchas enfermedades agudas y graves, la malnutrición o el postoperatorio, incrementan la secreción de proteasas y glucosidasas en las secreciones del tracto respiratorio, lo que condicionará la exposición de un mayor número de receptores a los que se van a unir los patógenos nosocomiales<sup>5</sup>.

El ingreso en el hogar es una modalidad que es aplicada en muchos países con resultados sociales y económicos muy satisfactorios<sup>6-15</sup>. La hospitalización en el domicilio resulta ser una forma de asistencia donde se favorece claramente la idea de que el paciente sea el eje central de los cuidados, y deje de ser sujeto pasivo de su proceso. Cuenta con la ventaja adicional de evitar, en gran medida, el malestar psicológico de verse fuera de su ambiente habitual y su familia. Todo ello parece repercutir positivamente en los aspectos estudiados. No existen en nuestro país investigaciones sobre ingreso domiciliario de los pacientes egresados de la UCIM, para comparar nuestros resultados.

Profesionalmente el ejercicio del médico en casa del paciente inicia un tipo de relación diferente de la que se practica durante la hospitalización convencional. Es el profesional el que se mueve en un espacio desconocido, no le ampara la rutina o la inercia propia de los centros. Se plantea así un reto muy interesante, donde para ofrecer un servicio de calidad deben conocerse aspectos de creatividad respecto a las técnicas, toma de decisión en educación sanitaria, con auditorios variables (vecinos, niños, etc.) y, en suma, todo lo que supone la atención integral a cada ser humano, según sus circunstancias.

## **Summary**

A prospective and longitudinal study was carried out in 210 patients discharged from the Intermediate Care Unit in Remedios from January 1<sup>st</sup>, 2000 to December 31<sup>st</sup>, 2001. They were assisted at home by the very personnel of the Intermediate Care Unit as well as each patient's family doctor. The study was aimed at evaluating this assistance modality. There was a prevalence in the series of females and patients between 50 and 70 years. Bronchopneumonia and cerebrovascular disease were the most frequent diseases. The most observed complications were pneumonia and urinary sepsis. Three patients died: two of them due to cerebrovascular disease and one because of a postoperation unfavourable course. Average staying of patients admitted at home was 4,2 days saving \$ 10 682.42 in medications and \$ 40 984,36 in general for the hospital. Antimicrobials were the most used medications.

## **Referencias bibliográficas**

1. Contel SJC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Aten Prim.* 2000;25:22-8.
2. Singer PA, Siegler M. Ética clínica en el ejercicio de la medicina. En: Bennett JC, Plum F. *Cecil tratado de medicina interna vol. 1.* 20<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 5-8.
3. Araújo González R. La medicina actual y las organizaciones internacionales de salud. tendencias y contradicciones. En: Aguirre del Busto R, Álvarez Vázquez J, Armas Vázquez AR, Araújo González R, Bacallao Gastastoy J, Barrios Ozana I, et al. *Lecturas de filosofía, salud y sociedad.* La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 296-302.
4. Rello Jiménez A, Cabello Hernández T, Torres A. Epidemiology, risk and prognostic factors of nosocomial pneumonia. In: Torres A, Wood Head M. *Pneumonia.* Sheffield: European Respiratory Monograph; 1997. p. 82-100.
5. Agawa H, Yonezagwa Y, Maki H, Halin AW, Caldwell WM. A web based home helper support system. *Biomed Sci Instruí.* 2001;37:95-9.
6. Pierce LL. Caring and expressions of spirituality by urban caregivers of people with stroke in african american families. *Quad Health Res.* 2001;11(3):339-52.
7. Baker DI, Gottschalk M, Eng C, Weber S, Tinetti M. The design and implementation of a restorative care model for home care. *Gerontologist.* 2001; 20:257-63.
8. Lazar HL, Fitzgerald CA, Ahmad T, Bao Y, Cacton T, Shapira OM, et al. Early discharge after coronary artery bypass graft surgery: are patients really going home earlier?. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2001;121(5):943-50.
9. Mercadante S, Fulfaro F, Casuccio A. Pattern of drug use by advanced cancer patients followed at home. *J Palliat Care.* 2001;17(1):37-40.
10. Winterholler MG, Erbguth FJ, Hecht MJ, Heuss D, Neumdorfer B. Surgery with artificial respiration at home. An open, prospective study on home ventilation for neuromuscular disease, in particular, the situation of old patients. *Nervenarzt.* 2001;72(4):293-301.
11. Goulet C, Geury H, Lemdy M, Gauthier RJ, Lepge L, Fraser W, et al. A randomised clinical trial of care for women with preterm labour: home management versus hospital management. *CMAJ.* 2001;16(1):985-91.
12. Miller JS, Cohen MA. Private ltc insurance. The home care claimant experience. *Caring.* 2001; 20(4):12-5.
13. Ribas E, Protela E. Optimizar los recursos y la gestión de los servicios sanitarios. En: *Informe sespas 2001 nov 22-24.* Zaragoza: Salvat; 2002. p. 357-61.
14. Jacopini AG, Zinzi C, Frustaci A, Salmaso D. The home health care experience in a model chronic, degenerative, genetic pathology: huntingtors disease. *Am Ist Super Sanita.* 2000;36 (1):349-9.
15. Takagi Y, Okada A, Sando K, Montes de Oca W, Hernández Hirabukin Y. On-off study of manganese administration to adult patients undergoing home parenteral nutrition: new indexes of in vivo manganese level. *J Parenter Enteral Nutr.* 2001;25(2):92.