

DEL HOSPITALISMO A LA HOSPITALIZACIÓN INADECUADA

PABLO YOUNG¹, EDUARDO BORSINI², NAOMI CORTE ARUJ¹, BÁRBARA C. FINN¹,
MARIANO A. QUEZEL¹, JAVIER A. POLLÁN³, JULIO E. BRUETMAN¹

¹Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires, ²Servicio de Neumonología, Hospital Británico de Buenos Aires, ³Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Pablo Young, Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico, Perdriel 74, 1280 Buenos Aires, Argentina

E-mail: pabloyoung2003@yahoo.com.ar

Recibido: 19-V-2025

Aceptado: 15-VIII-2025

Resumen

El término hospitalismo ha evolucionado en los últimos 150 años, adquiriendo distintos significados. Inicialmente, refería a las enfermedades intrahospitalarias que aumentan la mortalidad. Posteriormente, René Spitz describió el hospitalismo infantil como una respuesta física y emocional adversa en niños hospitalizados por largos periodos, separados de sus padres. Durante el Siglo XX, se amplió a la idea de los efectos negativos de una hospitalización prolongada, afectando la estructura biopsicosocial del paciente. Aportamos un cuarto significado, como es el del hospitalismo médico, que describe la necesidad patológica de algunos médicos de considerar el hospital como su primer hogar. En paralelo, la inadecuación sanitaria se define como la implementación de prácticas cuyo beneficio no está demostrado, dejando aquellas que generan más riesgos. Un ejemplo es la hospitalización inadecuada, producto de una sobreutilización injustificada que no responde a las necesidades reales del paciente, con un balance riesgo-beneficio desfavorable o cuando existen alternativas más eficientes. Para enfrentar estos problemas, se plantea el rol de los médicos hospitalistas, quienes, al gestionar la hospitalización de forma adecuada, pueden reducir hospitalizaciones innecesarias, mejorar la atención y optimizar el uso de recursos. Así, se promueve una atención más eficiente, segura y centrada en el paciente.

Palabras clave: hospital, hospitalismo, hospitalización, inadecuación, sanitario

Abstract

From hospitalism to inappropriate hospitalization

The term hospitalism has taken on various meanings over the last 150 years. Initially, it was related

to in-hospital diseases that increase mortality. Later, René Spitz introduced the concept of infant hospitalism, describing the emotional and physical adverse effects on children hospitalized for long periods and separated from their parents. In the 20th century, the term expanded to include the negative effects of prolonged hospitalization, which harms the biopsychosocial structure of the patient. Additionally, medical hospitalism has been proposed, describing a pathological need for some doctors to consider the hospital as their primary home. Meanwhile, sanitary inadequacy aims to eliminate practices that create more risks than benefits, such as inappropriate hospitalization, which refers to overutilization that does not address the patient's real needs. Hospitalist physicians play a key role in managing hospitalizations efficiently, avoiding unnecessary stays, and improving resource use, thus promoting safer, more efficient, and patient-centered care.

Key words: hospital, hospitalism, hospitalization, inadequacy, sanitary

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- El término hospitalismo ha evolucionado, abarcando desde enfermedades intrahospitalarias hasta la prolongación de la internación. La inadecuación sanitaria y la sobreutilización de la hospitalización implica procesos de admisión o estancia hospitalaria injustificada, que no benefician al paciente o no responden a sus necesidades.

Contribución del trabajo al conocimiento actual

- Existe un tipo de hospitalismo que ocurre cuando el hospital se constituye en el primer hogar del médico, lo que llamaríamos “hospitalismo médico propiamente dicho”.
- Los médicos hospitalistas con visión centrada en el paciente juegan un papel crucial al abordar los desafíos relacionados con el hospitalismo y la hospitalización inadecuada.

El hospital es la única escuela para crear a un verdadero discípulo de Esculapio.

Abernethy en Aequanimitas (Williams Osler)

Cuanto antes se aparte a los pacientes de la influencia deprimente del hospital, más rápida será su convalecencia

(Charles H. Mayo)

El modelo de atención médica centrada en el hospital es originario del mundo árabe y llegó a Europa con las Cruzadas Cristianas estableciéndose inicialmente en monasterios y conventos, para luego separarse de la concepción religiosa y establecerse como un ejemplo de especialización.

En tiempos modernos los hospitales se consolidaron junto a la función asistencial, como centros de capacitación profesional, formación de recursos humanos y desarrollo de nuevas tecnologías para la salud.

Parte del éxito de la medicina contemporánea atribuido a los hospitales se refleja en una mayor supervivencia de pacientes gravemente enfermos y una mejoría de las técnicas quirúrgicas, culminando en una reducción de la mortalidad¹. A pesar de ello, a lo largo del tiempo se han descrito diferentes tipos de situaciones o problemáticas que se han llamado hospitalismo, con significados distintos que iremos revisando.

Incorporamos aquí un nuevo tipo de hospitalismo, para finalizar con la relación de los dos primeros hospitalismos con la hospitalización inadecuada.

El primer hospitalismo

El primer significado del término hospitalismo surgió en Inglaterra alrededor de 1860, para mencionar una situación observada por aquel entonces, en la que los pacientes que eran amputados en la práctica privada tenían menor mortalidad que aquellos intervenidos en el hospital². En una instancia previa, Ignaz Semmelweis (1818-1865) implementó el lavado de manos durante los partos para evitar contagios en la era pre antibiótica²⁻⁶. Parte de la solución de aquel hospitalismo llegó en la era pre antibiótica de la mano de Joseph Lister (1827-1912) con la antisepsia⁷. De hecho, el término “hospitalismo” fue acuñado para describir una variedad de enfermedades adquiridas en los pacientes hospitalizados (por ej. hospitalismo infeccioso entre otros), a menudo más letales que la causa original de admisión o la condición misma que motivó la internación⁸.

El segundo hospitalismo

El envejecimiento de la población, la pluriopatología y los factores estresantes durante la internación son predictores de la re-hospitalización en los primeros 30 días siguientes al egreso, que hasta en dos tercios de las veces es debido a causas diferentes a la que motivara su ingreso inicial⁹. Esta situación ha sido descrita por Krumholz, quien acuñó el término “Post-Hospital syndrome” o síndrome post-hospitalización (SPH) en el año 2013, señalándolo como un objetivo pendiente de ser modificado por la medicina moderna^{1,10}. Algo similar ocurre en la Unidad de Cuidados Intensivos y se ha dado en llamar síndrome post cuidados intensivos (PICS, por sus siglas en inglés)¹¹.

Harlan Krumholz, internista de Yale, atribuye el SPH a factores de estrés durante la internación, especialmente debidos a alteraciones del sueño y de los ritmos circadianos, déficits alimentarios, dolor, falta de actividad física, fármacos que alteran el estado cognitivo o noticias adversas difíciles de comprender.

Los cuatro hospitales norteamericanos con menos reinternaciones invierten en calidad y tienen un *software* de estratificación de pacientes como instrumento básico de gestión. Al ingreso

identifican a los pacientes de riesgo y garantizan internamente un buen trabajo en equipo. Educaban a los pacientes y a sus familias en el manejo de condiciones y síntomas y se aseguran de que se hayan comprendido todos los temas clave. Mantienen una línea abierta con el paciente tras el egreso: teléfono, teleconsulta, telemonitorización u otras prácticas de mejora de la calidad de las transferencias entre hospital y comunidad y alinean esfuerzos entre el hospital, la atención primaria y otros servicios comunitarios para garantizar una continuidad asistencial^{10, 11}.

El término “hospitalismo médico” no es comúnmente utilizado en el ámbito científico. Sin embargo, se podría interpretar como una expresión que describe las posibles consecuencias negativas para la salud asociadas con las largas estancias en entornos hospitalarios. Cuando los pacientes permanecen en el hospital durante períodos prolongados, enfrentan una serie de riesgos para su salud física y mental, como: infecciones nosocomiales (hospitalismo infeccioso), fragilidad, pérdida de la autonomía, descondicionamiento físico, efectos secundarios de tratamientos, aislamiento social, etc.

El hospitalismo de finales del siglo XX e inicios del XXI es la continuidad del primer hospitalismo, se define como la “suma de pérdidas que sufre el ser humano, adulto o niño, que se adquiere por el hecho de permanecer internado en un hospital que toma en cuenta su condición de enfermedad, pero margina los determinantes de su unidad estructural biopsicosocial”¹².

En el hospitalismo, el individuo tiene al hospital como escenario principal de su vida social. Un estatus de “paciente crónico” revela la historia del predominio del papel de “enfermo” y “paciente” en sus relaciones, con una reducida variedad de roles desempeñados¹³.

El hospitalismo deberá mantener la mejoría adquirida por el paciente, asociado durante su estancia hospitalaria, dando luego protagonismo a la estructura social que sustente los beneficios adquiridos en la internación.

Un indicador de la aparición de hospitalismo es la re-internación, siendo el primero una de las causas de SPH y el segundo su consecuencia. El fenómeno del síndrome de la puerta giratoria (SPG) es aquel en el que el paciente aparenta estar bien pero posteriormente el egreso sufre un

deterioro del estado general en un corto período (meses, semanas o días), por lo que es necesario su readmisión^{1, 9}. Hospitalismo y SPG son conceptos complementarios en el que uno contextualiza la ocurrencia del otro formando parte de un continuo como SPH. En el hospitalismo, el paciente depende del hospital como entorno/referencia para su mantenimiento psicológico y emocional. En el SPG, el sujeto puede estar bien y sin síntomas aparentes, pero cuando egresa y pierde espacio hospitalario o de referencia, se profundizan sus síntomas, lo que releva su dependencia y conducen a la readmisión.

Enumeraremos a continuación algunas condiciones que pueden perpetuar el hospitalismo¹⁴:

a) Falta de criterios objetivos para definir el egreso: el concepto y criterios de egreso deben estar claros en el equipo tratante, y deben ser planteados desde el primer día de internación en una charla abierta entre el equipo, paciente y familia^{9, 15-17}.

Desde la medicina clásica, el alta y la curación están íntimamente ligadas, por ello le llamamos egreso y no “alta”. La curación es un término que sugiere un significado de “extracción de la enfermedad” y, en consecuencia, eliminación de los síntomas. El razonamiento del egreso como parte de un proceso o transición es clave para la comprensión del paciente y la familia.

b) Tratar al paciente como un “paciente”, implica dos significados: uno es que enfatiza cualidades de pasividad y paciencia en el individuo, adecuadas, por ejemplo, para un paciente recién operado; y otro que valore su participación activa en el tratamiento. La institución debe coparticipar con el paciente (en su segundo sentido) en el proceso de descubrimiento y desarrollo de su potencial, evitando tomar decisiones por él que refuercen su conducta pasiva. El equipo no debe asumir la posición de ser el único que sabe qué es lo mejor para el paciente y su familia, ya que reforzará su pasividad^{15, 16}.

c) Aislamiento de la institución de la comunidad: no importa el tamaño de la institución, se debe tener cuidado de evitar una percepción de autosuficiencia, que desaliente su integración comunitaria. La vida social del paciente en busca de su salud no debe centrarse en la institución, si no ser compartida con la familia y los afectos (con horarios de visitas prolongados

aun en áreas cerradas) y la comunidad (permitir visitas y conexión con el exterior visual y electrónica), para evitar el aislamiento¹⁸⁻²⁰.

d) Trabajo en equipo: en el día a día de la institución, el equipo tiene la oportunidad de definir colectivamente la dirección de cada conducta, que puede proporcionar una sensación de gran aprendizaje y satisfacción para los involucrados.

Los equipos humanos en la sala de hospitalización e inclusive los equipos de evaluación para el egreso, se conforman de manera variada por médicos, enfermeros, asistentes sociales, etc. El médico hospitalista ocupa una posición privilegiada para articular el proceso de egreso, no desde un liderazgo jerárquico sino como figura de síntesis e integración. Su conocimiento transversal de la trayectoria clínica del paciente, articulada con los distintos miembros del equipo, le permiten contemplar las diversas dimensiones —clínicas, funcionales, emocionales y sociales— que el mismo aporta. Así, el hospitalista favorece una decisión de egreso oportuna, apoyada en la visión plural del equipo y centrada en las necesidades del paciente^{8,9}.

Tratamiento del hospitalismo: el rol clave del hospitalista

La medicina ha evolucionado, es actualmente resolutoria, respetuosa y menos invasiva que hace unas décadas. La prueba de ello es que la esperanza de vida se ha incrementado y la salud general de la población es claramente mejor. No obstante, parece que hay cierta discordancia entre estos datos objetivos y la autopercepción de la salud por parte de una buena parte de la población²¹. Esto último se debe a diversas causas, entre las que destaca la progresiva tecnificación de la medicina a costa, frecuentemente, de una pérdida de los valores humanísticos de la profesión.

En los últimos 50 años la hospitalización de los pacientes ha mejorado los resultados, en línea con la aparición de nuevas terapéuticas. De hecho, el término “hospitalismo”, como hemos visto, en su acepción inicial fue acuñado para describir una variedad de enfermedades, algunas de ellas prevenibles, adquiridas por pacientes hospitalizados y que a menudo son más mortales que la causa misma de admisión. En la era moderna, los beneficios de la hospitalización

se logran a expensas de recursos sustanciales, pero ni siquiera estos altos costos han eliminado del todo estas complicaciones.

El movimiento hospitalista, a partir de médicos dedicados a la atención de pacientes hospitalizados (adultos y pediátricos), ha demostrado reducir costos, manteniendo una buena satisfacción, mejorando la calidad de la atención y disminuyendo la mortalidad de los pacientes²²⁻²⁶. A diferencia del internista general, el hospitalista brinda una atención completa y oportuna de todas las necesidades del paciente, incluyendo diagnóstico, tratamiento y procedimientos de variada índole, incorpora técnicas de mejoramiento de procesos y de calidad, colabora, comunica y coordina los cuidados prestados por los diferentes profesionales de la salud, hace uso eficiente de los recursos hospitalarios y se encarga de que las transiciones (cuidados progresivos) del paciente a través del hospital y entre éste y su domicilio sea segura^{24, 25}. Esta especialidad, descrita en EE.UU. en 1996, ha alcanzado un desarrollo y crecimiento sin precedentes en ese país, superando el crecimiento de todas las especialidades de la medicina²⁴.

El hospitalista es el médico en mejor posición para definir el final de una hospitalización, ya que al tener presencia permanente en el hospital puede definir el egreso de pacientes a cualquier hora, evitando su postergación hasta el día siguiente en espera de algo pendiente, dado que médicos con menor presencia horaria en el hospital, incluso teniendo formación en gestión clínica, no son capaces de concretar en forma sistemática²⁷. White encontró una disminución significativa en la duración de las estancias en 60% de los 48 estudios evaluados, cifra que se eleva a 88% cuando se compara a hospitalistas académicos con médicos de la comunidad²⁸.

Para prevenir o minimizar los riesgos del hospitalismo se promueven: el enfoque de la atención centrada en el paciente complejo, la movilización temprana, la prevención de infecciones y la promoción de la salud mental durante la hospitalización. Estos enfoques buscan optimizar la calidad de la atención hospitalaria y reducir los posibles efectos negativos asociados con las estancias prolongadas²⁹. Debemos estar atentos a algunas condiciones que pueden perpetuar el hospitalismo, como es el entorno familiar, com-

prendiendo la dinámica familiar que puede reforzar la enfermedad del paciente.

Es importante reducir al máximo los efectos negativos del hospitalismo, como la dependencia institucional y la codependencia. Esta última se refiere al vínculo que puede desarrollarse entre el paciente (o sus familiares) y algún profesional del equipo de salud, generando una relación en la que el otro actúa como un “espejo distorsionado”. Esto refuerza una imagen de fragilidad que no necesariamente es real, dificultando que la persona recupere su autonomía y salga de su estado de dependencia.

Durante gran parte de la historia médica, los hospitales fueron vistos como lugares donde los pacientes llegaban para morir, ya sea debido a la gravedad de su enfermedad inicial o debido a las muchas complicaciones iatrogénicas que fueron resumidas bajo el término “hospitalismo”. Durante los últimos 75 años, la medicina ha visto el desarrollo y la proliferación de numerosas especialidades, cuya experiencia puede definirse por los procedimientos que realizan o el tipo de pacientes que atienden. Esta diferenciación progresiva se ha caracterizado por programas de formación distintivos y, a menudo, por evidencia de que la capacitación y la práctica enfocadas, producen mejores resultados.

A medida que el sistema de atención médica continúa su evolución alejándose del omnipresente médico general a una gran cantidad de especialistas, los hospitalistas son simplemente la última de una serie de mejoras. Es probable que la próxima década sea marcada por la continua expansión del modelo hospitalista y por esfuerzos continuos para lograr sus beneficios manifiestos y al mismo tiempo desarrollar mejores enfoques para abordar sus posibles deficiencias³⁰⁻³⁴.

Tercer hospitalismo o de Spitz

Se conoce como síndrome de hospitalismo (tercer significado) a una respuesta emocional y física adversa observada en pacientes, particularmente niños, que han estado hospitalizados durante períodos prolongados³²⁻³⁴.

Se caracteriza por síntomas que se relacionan directamente con la privación del ambiente familiar y la rutina habitual. Esta condición, aunque fue reconocida durante más de un siglo en el campo médico, ha ganado atención particu-

lar en las últimas décadas debido a la creciente comprensión de la interacción entre la salud física y mental y su impacto en la recuperación y el bienestar del paciente^{35, 36}.

Históricamente, el término “hospitalismo” con este significado fue acuñado en las primeras décadas de 1900 para describir a los niños que presentaban retraso en el desarrollo y síntomas de deterioro emocional después de largas estancias en hospitales. Estos niños, a menudo internados por enfermedades físicas, mostraban signos de retraso en áreas como el habla, la motricidad y el desarrollo social. Adicionalmente, exhibían síntomas de desinterés, apatía y, en algunos casos, pérdida de peso inexplicada³⁶.

Con el tiempo, este síndrome fue objeto de diversos estudios e investigaciones que han buscado comprender sus causas subyacentes y mecanismos. Se ha propuesto que una combinación de factores ambientales, psicológicos y físicos contribuyen a su aparición. La falta de estímulo ambiental, la privación sensorial, la falta de interacción social adecuada y el trauma de estar separado de la familia y de la rutina diaria, pueden conducir a una serie de respuestas emocionales y físicas adversas³⁵.

La privación emocional y la falta de estímulos adecuados durante períodos cruciales del desarrollo pueden tener efectos devastadores. El cerebro humano es altamente plástico, especialmente en las primeras etapas de la vida. Durante este tiempo, las experiencias, interacciones y estímulos juegan un papel vital en la formación de conexiones neuronales y en la organización cerebral. La ausencia de estos estímulos puede llevar a cambios neurofisiológicos y neuropsicológicos que se manifiestan en los síntomas observados en el síndrome de hospitalismo.

Desde una perspectiva psicológica, la hospitalización implica un cambio drástico en el ambiente y la rutina del paciente. Los niños, en particular, pueden no comprender completamente la razón de su hospitalización, lo que puede generar ansiedad, miedo y sentimientos de abandono. Estar rodeado de extraños, enfrentarse a procedimientos médicos desconocidos y la falta de contacto con una estructura familiar diariamente, pueden agravar estos sentimientos³⁷.

La identificación temprana y el tratamiento del síndrome de hospitalismo son esenciales

para mejorar el pronóstico del paciente. Las intervenciones incluyen un ambiente hospitalario más acogedor, visitas regulares de familiares, oportunidades de juego y socialización, y apoyo psicológico.

La escasez de contacto humano durante gran parte del día y la carencia de cuidados maternos y paternos hacen que, a pesar de que los niños reciban una perfecta atención dietética e higiénica, entren en un estado de aletargamiento y estupor, que, si no se corrige por el contacto con la madre o con un subrogante aceptable, puede llevar incluso a la muerte. Los estudios acerca del hospitalismo han provocado profundas reformas en las condiciones de hospitalización de los niños.

A esto se lo conoce como hospitalismo de Spitz, procedente del psicoanalista Rene Spitz (1887-1974), discípulo de Sigmund Freud (1856-1939). Esta corriente contraria a la cercanía afectiva adulto-niño, ha sido cuestionada durante el siglo XX por autores como Spitz, Harry Harlow (1905-1981) y John Bowlby (1907-1990) –este último el autor de la teoría del apego–, quienes expusieron el impacto negativo en la sobrevivencia infantil de la separación de la madre durante la internación en un hospital (hospitalismo)³⁵⁻³⁷.

En 1935 Spitz comenzó la investigación en el área del desarrollo infantil. Fue uno de los primeros investigadores que usó la observación directa infantil como método experimental para estudiar a un sujeto, tanto sano como enfermo. Sus mayores contribuciones científicas vinieron de sus estudios de los efectos de los cuidados maternos y la carencia afectiva sobre infantes.

Spitz observó que la tasa de mortalidad durante los primeros meses de vida era mucho más elevada entre los neonatos que carecían de estímulos benignos, particularmente cuando en las maternidades eran aislados de sus madres y las enfermeras sustitutas quedaban a cargo de ellos. Valoró varios aspectos: observación infantil y evaluación, depresión anaclítica, transiciones del desarrollo, los procesos de comunicación eficaz y comprensión de la complejidad del desarrollo.

Spitz acuñó el término “depresión anaclítica” para referirse a la carencia afectiva parcial (la pérdida de un objeto amado). Cuando el objeto de amor es devuelto (típicamente la madre) al

niño dentro de un período de tres a cinco meses, se recupera. Si se priva al niño durante un período mayor a cinco meses, mostrará síntomas de deterioro cada vez más serios. Él llamó “hospitalismo” a esta privación total³⁶.

En 1945 Spitz investigó el hospitalismo en niños de un orfanato³⁵. Encontró que el desequilibrio del desarrollo causado por las condiciones desfavorables ambientales durante el primer año de vida, producía daño psicossomático irreparable en infantes (hijos) normales. En otro estudio mostró que, en circunstancias favorables y con la organización adecuada, podía alcanzarse un desarrollo positivo. Declaró que, por lo tanto, los métodos en hospicios debían ser evaluados con cautela³⁶. Además, registró su investigación con filmaciones. La película “Enfermedad Psicogénica en la Primera Infancia” (1952), muestra los efectos de privación emocional y maternal sobre el niño. La película fue la causa principal del cambio, sobre todo en el cuidado de niños en institutos, casas y hospitales, debido a que el público tomó conciencia acerca del impacto de la privación.

En nuestro medio, al igual que lo sugirieran Spitz o Bowlby, en 1964 fue el Dr. Florencio Escardó (1904-1992) quien tomó la iniciativa de permitir el ingreso de las madres a la sala del Hospital de Niños de la que era jefe, no sin resistencias por parte de la comunidad pediátrica. El proceso hacia el respeto del vínculo de apego ha continuado: internación conjunta en vez de *nursery*, contacto piel a piel en vez de separación de la diada en el momento del nacimiento. En los primeros minutos y horas de vida existe un período sensible en el que es necesario que la diada se encuentre en íntimo contacto para que la evolución ulterior de las relaciones entre ellos sea óptima³⁸⁻⁴⁰.

Escardó se preguntó: ¿Qué puede tener de revolucionario pensar que las madres deben estar con sus hijos enfermos? [...] ¿Cómo alguien puede aprender pediatría si no se está al lado de los padres? Tardé treinta y dos años en conseguir que los padres entraran a la Sala en el Hospital de Niños –¡treinta y dos años! – Es lo único de lo que estoy orgulloso en la vida³⁸.

En la década del 60, Patton y Gardner propusieron que el estrés emocional puede afectar los niveles superiores de centros cerebrales, par-

tualmente la amígdala y la corteza límbica, que se sabe que controlan las emociones. De esta manera, los impulsos de estos centros cerebrales pueden pasar al hipotálamo donde se transducen en mensajes neuroendocrinos que afectan la producción y liberación de hormonas hipotalámicas. De esta manera, las alteraciones psicológicas en niños bien alimentados podrían traducirse en una disminución del factor liberador de la hormona del crecimiento en el hipotálamo, con una reducción de la secreción de la hormona de crecimiento de la hipófisis y niveles reducidos de secreción de IGF-1 de los tejidos del cuerpo⁴¹. Los mecanismos neuroendocrinos involucrados entre los estímulos emocionales y el crecimiento fueron confirmados tanto por estudios experimentales en animales, como por estudios clínicos en humanos⁴².

El cuarto hospitalismo

Aunque el término suele asociarse con los efectos negativos en los pacientes debido a estancias prolongadas en entornos hospitalarios, los médicos también pueden experimentar impactos negativos debido a su trabajo en hospitales.

Algunas de las formas en que el hospitalismo afecta a los médicos incluyen: la fatiga y agotamiento por trabajar largas horas en especialidades médicas que implican jornadas prolongadas o trabajo de guardia⁴³. Los médicos pueden experimentar altos niveles de estrés emocional debido a la carga de trabajo, la toma de decisiones difíciles, la interacción con pacientes en situaciones delicadas (a veces expuestos a violencia física o verbal) y a la gestión de emergencias médicas. El *burnout* es un problema común entre los médicos, especialmente en entornos hospitalarios^{44, 45}. A menudo están expuestos a la enfermedad, el sufrimiento y la muerte de pacientes, lo que puede tener un impacto emocional en su bienestar psicológico.

Existe presión por el rendimiento y la rentabilidad institucional, y responsabilidad para satisfacer las demandas de los pacientes y garantizar la seguridad y la calidad de la atención médica, lo que puede generar estrés adicional, e incluso en nuestro medio, se ha documentado como una fuente potencial de aumento del error médico debido a estas condiciones⁴³. De no modificarse a tiempo puede llevar a la despersonaliza-

ción, pérdida de la empatía y conexión con los pacientes, aislamiento profesional, e impacto en la vida personal.

Una observación poco explorada ocurre cuando el hospital se constituye en el primer hogar del médico y su hogar deviene en un rol secundario, lo que llamaríamos “hospitalismo médico propiamente dicho”, por afectar de manera directa a su persona (cuarto significado). Esto obedece a múltiples factores y se observa con frecuencia en el periodo de la residencia. Los residentes de años inferiores (periodo inicial) tienen más turnos de guardia, pasan más tiempo en el hospital, y a veces, aunque no estén de guardia se quedan a cenar o a pernoctar (observado sobre todo cuando no existía el día o descanso postguardia)⁴³. En ocasiones son médicos de provincias o extranjeros que viven solos, y debido a la distancia de su hogar eligen cenar acompañados. La reiteración de estas conductas se asemeja a un “encarcelamiento” voluntario en el contexto hospitalario, lo que a veces impide la interacción en sociedad. En este sentido, el hospitalismo médico describe posibles consecuencias negativas para la salud asociadas con las largas estancias en entornos hospitalarios⁴⁶. Este fenómeno, observado con frecuencia, aún debe ser investigado en profundidad. Se trata de un cierto grado de sisifemia, término creado por el Dr. José Manuel Vicente, que evidencia obsesión abrumadora hacia el trabajo, la que desemboca entre otros, en jornadas laborales agotadoras, falta de sueño, carencia de momentos de ocio y deterioro en las relaciones sociales. El término se inspira en el mito griego de Sísifo, quien, obligado a cumplir un castigo, empujaba una piedra enorme cuesta arriba por una ladera empinada, que siempre rodaba hacia abajo antes de llegar a la cima, por lo que tenía que comenzar nuevamente el trabajo de subir esa pesada carga una y otra vez^{47, 48}.

Para abordar estos desafíos, es importante que los hospitales implementen medidas para apoyar la salud y el bienestar de los médicos⁴³, como programas de apoyo emocional, acceso a recursos de bienestar, políticas de gestión del tiempo y la carga laboral, y capacitación en manejo del estrés y el *burnout*. Además, es fundamental promover una cultura de cuidado mutuo y apoyo entre los profesionales de la salud.

Hospitalización inadecuada: nuevos horizontes

En 1959, Milton I. Roemer y Max Shain propusieron la idea de que, en una población asegurada (con cobertura social), “una cama hospitalaria disponible es una cama que tiende a ser usada”. Esta premisa, conocida como la Ley de Roemer, ha sido ampliamente aceptada en el ámbito de los sistemas de salud⁴⁹. Este fenómeno se relaciona con la inadecuación sanitaria, que implica adoptar prácticas sanitarias cuando su efectividad está demostrada y suprimir aquellas que generen más riesgos que beneficios.

La inadecuación sanitaria puede manifestarse de dos formas principales:

Infrautilización: cuando se omite una práctica sanitaria que habría proporcionado un beneficio neto positivo para el paciente. Esto ocurre cuando no se ofrece un tratamiento o intervención médica que se haya demostrado efectivo y necesario.

Sobreutilización: cuando se llevan a cabo procedimientos médicos injustificados. Esto puede incluir la admisión o permanencia de pacientes en el hospital sin justificación, intervenciones con un balance riesgo/beneficio desfavorable, o falta de adecuación a las necesidades reales del paciente.

La inadecuación sanitaria tiene consecuencias negativas, como la exposición a riesgos innecesarios, el uso ineficiente de recursos y la carga emocional y física asociada a intervenciones médicas no fundamentadas. Identificar y abordar estos problemas es fundamental para garantizar una atención sanitaria de calidad y eficiente^{49, 50}, reforzando la premisa fundamental de la profesión médica: “el médico solo está obligado a no dañar”.

La sobreutilización de días de estancia hospitalaria se refiere a ocupar una cama de manera innecesaria, ya sea debido a una admisión prematura o a un retraso injustificado en el egreso (segundo hospitalismo). Este concepto fue introducido en nuestro medio por Ramón Carrillo en la década de 1950 y se desarrolló más ampliamente en EE. UU. durante la década de 1960, cuando la accesibilidad a la atención médica se convirtió en un tema central de debate sanitario, dando lugar a la creación de los programas *Medicare* y *Medicaid*⁵¹.

La estimación de la estancia hospitalaria inadecuada fue el primer aspecto abordado en el estudio de la sobreutilización del hospital. A través de expertos se llevaron a cabo los primeros análisis, revelando una falta de uniformidad en los criterios y gran variabilidad en los resultados. Se estima que entre el 24% y el 58% de los días de estancia hospitalaria pueden considerarse inadecuados, aunque este porcentaje varía según los centros, servicios de atención y metodología utilizada en la medición⁵².

Entre sus principales causas se encuentran los retrasos en la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas, la subutilización de procesos y alternativas ambulatorias, el tratamiento conservador y la falta de una red de cuidados en entornos extrahospitalarios⁵³. En las últimas décadas, esta última causa ha cobrado mayor relevancia, especialmente debido al envejecimiento progresivo de la población. Este cambio demográfico ha llevado al desarrollo de nuevas metodologías centradas en el estudio de la adecuación en el ámbito sociosanitario y en el manejo ambulatorio de pacientes crónicos^{54, 55}. Otra causa de sobreutilización vista en la práctica es la escasa posibilidad de atender por consultorios externos a muchos pacientes complejos que, si bien no requieren hospitalización, ven atrasados sus diagnósticos y terapias por la dificultad de reunir estudios y consultas con diversos especialistas.

Por otra parte, la institucionalización de la muerte y el uso de las instalaciones hospitalarias con este propósito tiene en muchas sociedades un fuerte arraigo cultural y se observa incluso en enfermedades progresivas e incurables o en la edad avanzada, cuando el final de la vida es inevitable⁵⁶.

En España, una revisión realizada en 1995 estimó que la sobreutilización oscilaba entre el 9% y el 18% en hospitales de tercer nivel, entre el 17% y el 44% en unidades de medicina interna, y 10% y 25% en servicios de urgencias⁵⁷. Principalmente, las admisiones innecesarias proceden de unidades de urgencias cuando podrían haber sido manejadas de forma ambulatoria. Por otro lado, las admisiones prematuras están relacionadas con el ámbito quirúrgico, donde los pacientes son ingresados antes de tiempo en relación con su situación clínica o al tipo de atención médica que necesitan.

Ambos tipos de hospitalización inadecuada (sobreutilización de días de estancia hospitalaria o sobreutilización de admisiones hospitalarias) pueden acarrear consecuencias comunes. A este respecto, suele considerarse que todo procedimiento sanitario (incluyendo la hospitalización) conlleva, *per se*, un riesgo intrínseco de que acontezca un incidente de seguridad durante su ejecución (primer hospitalismo)^{58, 59}. En esta línea existe un término interesante en la literatura, “cascada de iatrogenesis”, introducido por Mold y Stein, quienes sostienen que los efectos en cascada operan con frecuencia en la atención clínica de los pacientes, y que reconocer este hecho nos permite comprender mejor el proceso de toma de decisiones clínicas⁶⁰.

Por tanto, si el procedimiento hubiese sido indicado de manera injustificada, entonces el incidente podría considerarse potencialmente evitable. En el caso de la hospitalización inadecuada, el riesgo para el paciente será previsiblemente mayor si: 1) se combina con la indicación de otros procedimientos adicionales (asociados o no a la propia hospitalización), y 2) si tales procedimientos presentan alto grado de complejidad (intervenciones de carácter invasivo).

Cuando se produce una sobreutilización de camas, ya sea por ingresos innecesarios o debido a estancias prolongadas no justificadas, se incrementan los costos asociados a la atención hospitalaria. Además, esta situación puede dificultar la capacidad del sistema de salud para responder eficazmente a picos de demanda, como el aumento repentino de casos durante una crisis sanitaria. Por lo tanto, mantener un equilibrio adecuado entre la disponibilidad y la demanda real de atención médica es crucial para garantizar una atención de calidad y optimizar los recursos.

En su conjunto, las hospitalizaciones inadecuadas tienen un efecto negativo sobre el conjunto de los sistemas sanitarios, constituyendo una diana de gran interés para aumentar la eficiencia y la seguridad de los servicios de salud. No obstante, para estimar la efectividad de potenciales acciones de mejora, es necesario realizar una estimación precisa y un seguimiento estrecho del grado de inadecuación, que solo será posible mediante herramientas de medición prácticas y fiables directas o indirectas que

escapan a su análisis en este trabajo, pero han sido revisadas recientemente por Vicente-Guijarro J y col.⁵⁹.

Se emplean diversas estrategias, cada una con sus propias indicaciones, criterios y herramientas de medición. La elección de una metodología específica debe realizarse en función de los objetivos que se deseen alcanzar. Las estrategias de medición dependientes del diagnóstico permiten analizar la hospitalización de pacientes con enfermedades específicas mediante una evaluación detallada de sus historias clínicas, proporcionando información detallada sobre el uso de recursos y la carga asistencial asociada a grupos diagnósticos particulares⁶¹.

Estos indicadores son de utilidad en el ámbito de la microgestión, anticipando necesidades futuras y facilitando la planificación y organización interna de las unidades de gestión clínica. Por otro lado, los indicadores independientes del diagnóstico son los más utilizados en los estudios científicos debido a su versatilidad y amplio alcance de aplicación.

En la microgestión (gestión del caso), estos indicadores son útiles para la toma de decisiones en unidades de urgencias y servicios con pacientes de enfermedad diversa, como medicina interna. En la mesogestión, permiten estudiar muestras completas de pacientes hospitalizados, lo que ayuda a identificar las principales causas de ingresos y estancias hospitalarias injustificadas en cada centro. En la macrogestión, facilitan el diseño de indicadores necesarios para el *benchmarking* entre hospitales y para establecer estrategias de mejora conjuntas y coordinadas⁶¹. Las metodologías fueron diseñadas en contextos específicos y presentan limitaciones, como ser el área de incertidumbre o “escala de grises”, que abarcan situaciones donde la pertinencia de un procedimiento sanitario no puede establecerse con certeza. Este fenómeno puede estar influenciado por las características individuales de los pacientes o la disponibilidad de recursos en el sistema de salud. Por lo tanto, es crucial interpretar los resultados considerando el modelo teórico de cada herramienta y el contexto social y sanitario.

De igual manera, aunque algunas de estas herramientas se sigan utilizando en la actualidad, la mayor parte de éstas se diseñaron en las dé-

cadadas de 1980 y 1990. Desde entonces, la innovación en este campo de trabajo ha sido menor. Esta situación no ha variado sustancialmente con el auge de iniciativas internacionales que han elaborado recomendaciones para la práctica clínica. Ejemplos de ello son; *The Do Not Do Recommendations*, en Reino Unido y *Choosing Wisely*, originaria de los EE.UU., pero también adoptada por más de 30 países, incluso la Argentina, que tiene una iniciativa⁶². Existe cierto margen de mejora en la elaboración, difusión y aplicación de recomendaciones y guías relativas a la hospitalización, que disminuirían la inadecuación de otros procedimientos asociados, como la prescripción farmacológica⁶³⁻⁶⁵.

La falta de innovación puede tener consecuencias negativas en la evaluación de la adecuación de la hospitalización, ya que los criterios que definen la adecuación pueden cambiar con la evolución de la evidencia científica y la implementación de nuevas tecnologías sanitarias. Algunos ejemplos destacados de estas innovaciones incluyen: la atención ambulatoria, que posibilita el manejo diagnóstico y terapéutico sin necesidad de hospitalización. La hospitalización domiciliaria ofrece una alternativa efectiva para ciertos pacientes, especialmente los de edad avanzada o con enfermedades crónicas⁶⁶. Asimismo, los cuidados paliativos y directivas de fin de vida en enfermedades avanzadas favorecen los cuidados médicos en el hogar, y la telemedicina, que incluye diversas formas de comunicación remota entre médicos y pacientes, como videoconsultas y telemonitorización, lo que puede moderar la necesidad de hospitalización y mejorar la continuidad asistencial^{58, 67-71}.

Igualmente, la creciente proliferación y actividad de centros de atención sociosanitaria, consecuencia de un progresivo envejecimiento poblacional, hace necesarias la creación y adaptación de metodologías de medición específicas para este ámbito. A este respecto, la reducción de las hospitalizaciones potencialmente evitables se posiciona como un objetivo de especial relevancia, pues permitiría prevenir nuevos riesgos que no siempre aportan un beneficio clínico y aumentan la sostenibilidad del sistema sanitario.

En la actualidad, ya se han impulsado algunas iniciativas útiles. Un ejemplo sería las *End of life burdensome transistions*, que comprenden transi-

ciones asistenciales realizadas en la fase final de la vida del paciente. En ciertos supuestos, el valor clínico potencial de esta práctica sería limitada, considerándose como una forma de sobreutilización de la hospitalización. La frecuencia de su presentación es variable, oscilando entre el 2.1 y el 37.5%^{55, 72, 73}. Algunos autores apuntan a que este fenómeno se produciría cuando las transiciones cumplen con alguna de las siguientes tres condiciones: 1) se realizan en los últimos 3 días de vida; 2) se produce una pérdida de continuidad asistencial en los centros sociosanitarios tras una hospitalización en los últimos tres meses de vida, y 3) se suceden múltiples hospitalizaciones en los últimos 3 meses de vida.

Otro recurso sería las *Do not Hospitalised Orders*, entendidas como las indicaciones a seguir en la etapa final de la vida, habiendo sido acordadas por el propio paciente o por sus responsables legales a partir de una valoración geriátrica específica. Instaurado de manera adecuada, podría resultar efectivo para disminuir traslados y hospitalizaciones injustificadas en pacientes de centros sociosanitarios.

La ausencia de metodologías modernas no descarta el uso de herramientas previamente establecidas que han demostrado ser confiables y aceptables. Un ejemplo es el *Appropriateness Evaluation Protocol* (Protocolo de Evaluación de Adecuación), que ha sido validado a nivel internacional y se ha mostrado eficaz en diversos entornos de atención médica⁷². Este protocolo es fácil de aplicar y es compatible para evaluar la adecuación de las admisiones y los días de estancia hospitalaria.

Estas herramientas brindan una base sólida para comprender y abordar la adecuación de la hospitalización como puente a la solución del hospitalismo, contribuyendo así a la mejora continua de la calidad de la atención médica.

Las instituciones deben superar el hospitalismo, el SPH y la hospitalización inadecuada, lo que será más sencillo de la mano de los hospitalistas.

Conclusión

El hospitalismo es una expresión de la relación entre el paciente, su entorno, el equipo tratante y el hospital. Para enfrentarlo se plantea el rol de los médicos hospitalistas, quienes, al gestionar la hospitalización de forma adecuada,

pueden reducir hospitalizaciones innecesarias, mejorar la atención y optimizar el uso de recursos, promoviendo una atención más eficiente, segura y centrada en el paciente.

Agradecimiento: Al Dr. Diego San Jose-Saras por la lectura crítica y aportes a este manuscrito.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Borsini E, Young P. Síndrome post-hospitalización. Crónica de un largo camino a casa. *RAMR* 2019; 19: 1-4.
2. Simpson JY. Effects of hospitalism upon the mortality of limb-amputations, etc. *Br Med J* 1869; 1: 93-4.
3. Simpson JY. Our existing system of hospitalism and its effects. *Edinb Med J* 1869; 14: 816-30.
4. Simpson JY. Our Existing System of Hospitalism and Its Effects. *Edinb Med J* 1869; 14: 1084-115.
5. Erichsen JE. Lectures on Hospitalism: And the Causes of Death after Operations. *Br Med J* 1874; 1: 193-6.
6. Miranda MC, Navarrete LT. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Rev Chil Infect* 2008; 25: 54-7.
7. Mason ML. Joseph Lister; hospitalism and the antiseptic principle. *Q Bull Northwest Univ Med Sch* 1959; 33: 152-69.
8. Goldman L. Hospitalists as a cure for hospitalism. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 2003; 114: 37-48.
9. Eymin G, Aizman A, Lopetegui L, Manjarrez E. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Rev Med Chile* 2014; 142: 229-37.
10. Krumholz HM. Post-hospital syndrome--an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med* 2013; 368: 100-2.
11. Schwitzer E, Schwab K, Brinkman L, et al. Syndrome after ICU admission. *Chest Intensive Care* 2023; 1: 100003-3.
12. Saint S, Christakis DA, Baldwin LM, Rosenblatt R. Is hospitalism new? An analysis of medicare data from Washington State in 1994. *Eff Clin Pract* 2000; 3: 35-9.
13. McDonald L. Florence Nightingale's Influence on Hospital Design, Hospitalism, Hospital Diseases, and Hospital Architects. *HERD* 2020; 13: 30-5.
14. Gulassa DCR. Tire-me desta, mas daqui não me deixe sair!" Hospitalismo: reflexões sobre o drama da (co)dependência em instituição psiquiátrica). *Revista Brasileira de Psicodrama* 2011; 19: 58-71.
15. Manian FA. Whither continuity of care? *N Engl J Med* 1999; 340: 1362-3.
16. Hahn B, Ball T, Diab W, Choi C, Bleau H, Flynn A. Utilization of a multidisciplinary hospital-based approach to reduce readmission rates. *SAGE Open Med* 2024; 12: 20503121241226591.
17. Pogue CA, Schlak AE, McHugh MD. Effect of discharge readiness on 30-day readmissions among older adults living with multiple chronic conditions. *Med Care* 2024; 62: 205-12.
18. Rudnick A. Hospitalism/institutionalization. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996; 33: 212-3.
19. Kubacki A. Relapse of hospitalism: coming full circle or squaring one? *Can J Psychiatry* 1993; 38: 695.
20. Maviglia SM, Bates D. Hospitalism in the USA. *Lancet* 1999; 353: 1902.
21. Casademont J. La medicina del pasado y del futuro vista desde la experiencia. Revisión. *Med Clin (Barc)* 2024; 7: 100420.
22. Yorio MA. El desafío para el médico internista de hoy. *Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* 2008; 65: 5-7.
23. Solis I. ¿Es la medicina hospitalaria una alternativa para nuestros internistas? *Rev Med Chile* 2010; 138: 258-9.
24. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med* 1996; 335: 514-7.
25. Eymin G, Jaffer AK. Medicina hospitalaria a 15 años de su implementación. ¿Cuáles son los potenciales beneficios en nuestro medio? *Rev Méd Chile* 2013; 141: 353-60.
26. Berkovits A, Aizman A, Eymin G, Rojas L. Medicina hospitalaria. *Rev Med Chile* 2009; 137: 1385-7.
27. White HL, Stukel TA, Wodchis WP, Glazier RH. Defining hospitalist physicians using clinical practice data: a systems-level pilot study of Ontario physicians. *Open Med* 2013; 7: e74-84.
28. White HL, Glazier RL. Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency, and outcome measures. *BMC Med* 2011; 9: 58.

29. Rodríguez J, Dackiewicz N, Toera D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Arch Argent Pediatr* 2014; 112: 55-8.
30. Schwatka NV, Keniston A, Astik G, et al. Hospitalist shared leadership for safety, health, and well-being at work: United States, 2022-2023. *Am J Public Health* 2024; 114: 162-6.
31. Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Felix-Muñoz G, Gutiérrez P. Tiempo de estancia en medicina interna. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49: 527-31.
32. Pinheiroa LS. Gobierno clínico en medicina interna: el desafío de la duración de la estancia hospitalaria. *Rev Clin Esp* 2025; 225: 240-3.
33. Ramírez-Perea N, Orozco-Beltrán D. Presente y futuro de los médicos internistas en la sanidad pública española. *Rev Clin Esp* 2025; 225: 250-1.
34. Montero Ruiz E. Soplan vientos de cambio. El papel asistencial de los internistas en los hospitales. *Med Clin (Barc)* 2025; 164: 106942.
35. Spitz RA. Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child* 1945; 1: 53-74.
36. Spitz RA. Hospitalism; a follow-up report. *Psychoanal Study Child* 1946; 2: 113-7.
37. MacDonald SG. The real and the researchable: a brief review of the contribution of John Bowlby (1907-1990). *Perspect Psychiatr Care* 2001; 37: 60-4.
38. Escardo F, Giberti E. Sobre hospitalismo. *Rev Colomb Pediatr Pueric* 1963; 21: 157-73.
39. Jenik A, Grad E. Prohibición del vínculo de apego en el Tercer Reich. *Arch Argent Pediatr* 2021; 119: 221-3.
40. Diamant A. Florencio Escardo: La Psicología y la Psicologías y la lucha contra los múltiples prejuicios. *Anu Investig (Fac Psicol Univ B Aires)* 2007; 14: 123-33.
41. Patton RG, Gardner LI. Growth failure in maternal deprivation. Charles C. Thomas (ed). Springfield, 1963, p 94.
42. Bogin B. What makes people grow? Love and hope. *J Physiol Anthropol* 2023; 42: 13.
43. Mul Fedele ML, López Gabeiras MDP, Simonelli G, et al. "Multivariate analysis of the impact of sleep and working hours on medical errors: a MICE approach". *BMC Public Health* 2023; 23: 2317.
44. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018; 178: 1317-31.
45. Haslam A, Tuia J, Miller SL, Prasad V. Systematic review and Meta-Analysis of randomized trials testing interventions to reduce physician burnout. *Am J Med* 2024; 137: 249-57.
46. Young P. Residencias médicas del Hospital Británico de Buenos Aires: pasado, presente y futuro. *Fronteras en Medicina* 2022; 17: 53-69.
47. Blanchet NP. The myth of Sisyphus and physician burnout. *Plast Reconstr Surg* 2019; 144: 154e-155e.
48. Estrés laboral y frustración: qué es la sisifemia, el trastorno que afecta a los trabajadores sobreexigidos. En: <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/en-las-redes/estres-laboral-y-frustracion-que-es-la-sisifemia-el-trastorno-que-afecta-a-los-trabajadores-nid24092023/>; consultado mayo 2024.
49. Roemer MI. Hospital utilization under insurance. *Hospitals* 1959; 33: 36-7.
50. Vicente-Guijarro J. Adecuación de las prácticas clínicas en el ámbito quirúrgico en España: sobreutilización, errores y consecuencias legales. Universidad de Alcalá (UAH); 2021. En: <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/51269>; consultado mayo 2024.
51. Amrein ME, Young P. Ramón Carrillo (1906-1956) el primer ministro de Salud Pública de la Argentina. *Fronteras en Medicina* 2015; 9: 26-33.
52. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy* 2000; 53: 157-84.
53. Corral-Gudino L. Primum non nocere: When hospital care is unnecessary or excessive. *Med Clin (Barc)* 2020; 155: 123-5.
54. Gozalo P, Teno JM, Mitchell SL, et al. End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues. *N Engl J Med* 2011; 365: 1212-21.
55. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2020; 101: 103396.
56. Borsini E, Montes Onganía A, De Muria M, Finn B, Golpe R. Palliative approach in advanced respiratory diseases. *Respirar* 2023; 15: 263-78.
57. Lorenzo S, Suñol R. An overview of Spanish studies on appropriateness of hospital use. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 213-8.
58. San Jose-Saras D, Vicente-Guijarro J, Sousa P, Moreno-Nunez P, Aranaz-Andres JM. Inappropriate hospital admission as a risk factor for the subsequent development of adverse events: A cross-sectional study. *BMC Med* 2023; 21: 312.

59. Vicente-Guijarro J, San Jose-Saras D, Aranaz-Andres JM. Hospitalización inadecuada: estrategias de medición. *Med Clin (Barc)* 2024; S0025-7753(24)00144-1.
60. Mold JW, Stein HF. The Cascade effect in the clinical care of patients. *N Engl J Med* 1986; 314: 512-4.
61. Báez M, Lourençon TH, Méndez Rocabado DV, Ernst G, Bruetman JE, Gómez Naar S, Young P. Estudio transversal para describir la frecuencia de pluripatología en el Hospital Británico de Buenos Aires. *Fronteras en Medicina* 2022; 2: 90-7.
62. Milione HF, Valdez P, Cabrera Rayo A, Camera L. Choosing Wisely latino e hispanoamericano en medicina interna. Síntesis de las recomendaciones del Foro Internacional de Medicina Interna en Prevención Cuaternaria, 2020. *Rev Arg Med* 2020; 8: S88-S100.
63. Carollo M, Boccardi V, Crisafulli S, et al. Medication review and deprescribing in different healthcare settings: a position statement from an Italian scientific consortium. *Aging Clin Exp Res* 2024; 36: 63.
64. Vasilevskis EE, Shah AS, Hollingsworth EK, et al. Deprescribing medications among older adults from end of hospitalization Through Postacute Care: A Shed-MEDS Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2023; 183: 223-31.
65. Ponte ML, Wachs L, Wachs A, Serra HA. Prescribing cascade. A proposed new way to evaluate it. *Medicina (B Aires)* 2017; 77: 13-6.
66. Romero-Ruperto S, Llaneras Artigues J, Mosquera-Brea M, Jiménez-Moreno FX. Hospitalización a domicilio en la asistencia de los pacientes con enfermedad aguda. *Med Clin (Barc)* 2024; S0025-7753(24)00448-2.
67. Canzoniero JV, Afshar E, Hedian H, Koch C, Morgan DJ. Unnecessary hospitalization and related harm for patients with low-risk syncope. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1065-7.
68. Peters GM, Kooij L, Lenferink A, van Harten WH, Doggen CJM. The Effect of Telehealth on Hospital Services Use: Systematic review and Meta-analysis. *J Med Internet Res* 2021; 23: e25195.
69. Borsini E, Blanco M, Finn BC, et al. Telemonitorización del tratamiento con presión positiva domiciliaria. Datos preliminares de un programa piloto. *Fronteras en Medicina* 2020; 15: 242-9.
70. Judson TJ, Longhurst CA, Horman SF. Hospitalists outside the hospital: preparing for new settings of care delivery. *J Hosp Med* 2024; 19: 535-8.
71. Krumholz HM, Wang K, Lin Z, et al. Hospital-readmission risk - isolating hospital effects from patient effects. *N Engl J Med* 2017; 377: 1055-64.
72. Wang XJ, Teno JM, Gozalo PL, Dosa D, Thomas KS, Bélanger E. State variation in potentially burdensome transitions among assisted living residents at the end of life. *JAMA Intern Med* 2022; 182: 229-31.
73. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: A technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19: 855-71.