



Comentario de vanguardia

Hospitalización domiciliaria como una estrategia de atención novedosa para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca

Enlaces de autor abren el panel superpuestoHubert B. Haywood MD, MBA^{un}, Gregg C. Fonarow MD^b, Muhammad Shahzeb Khan MD, MSc^c, Michael E. Nassif MD^f, Javed Butler MD, MPH, MBA^{d,e}, Stephen J. Greene MD^{c,g}

Mostrar más

Añadir a Mendeley

Compartir

Cita

<https://doi.org/10.1016/j.jchf.2023.02.013>Obtener derechos y contenido

El Hospital en el hogar (HaH), un modelo de atención diseñado para ofrecer atención a nivel de hospitalización en el domicilio del paciente, representa una oportunidad significativa para mejorar el manejo del empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (WHF). Durante décadas, la mecánica de la atención clínica para la insuficiencia cardíaca (IC) se ha mantenido en gran medida sin cambios, con la FHT generalmente tratada por una de las dos vías posibles: hospitalización con diuréticos intravenosos (IV), o manejo ambulatorio continuado con intensificación de terapias orales. Este enfoque dicotómico entre hospital o hogar ha forzado un amplio espectro de gravedad de la enfermedad y necesidades de atención a un paradigma rígido, limitando la atención a estos dos entornos tradicionales. Para el paciente

adecuado, HaH ofrece la oportunidad potencial de unir las ventajas tanto del hospital *como* del hogar en un modelo de atención innovador, equitativo, basado en el valor y centrado en el paciente.

Considerando los desafíos y el valor del enfoque de statu quo en la gestión de WHF

Varias carencias están asociadas al modelo tradicional de atención hospitalaria y ambulatoria para WHF (Figura 1). En la atención hospitalaria, las limitaciones comienzan con la decisión inicial de ingreso hospitalario. Aunque el ingreso hospitalario es indudablemente necesario para muchos pacientes con presentaciones severas de WHF (por ejemplo, insuficiencia respiratoria, shock cardiogénico, arritmia inestable), la decisión de que un paciente sea tratado como paciente hospitalario o ambulatorio es inherentemente subjetiva y varía entre los clínicos. Además, la necesidad de ingreso en un hospital suele estar impulsada por factores no biológicos independientes de la fisiopatología de la IC. Estos factores pueden incluir la infraestructura y el acceso a la atención sanitaria ambulatoria local, el apoyo al cuidador y la situación de vivienda del paciente. En muchos casos, la necesidad de hospitalización por IC puede deberse única o principalmente a la necesidad de un acceso fácil y rápido a la terapia diurética intravenosa y a la falta de opciones ambulatorias disponibles para la administración de agentes diuréticos intravenosos y/o un seguimiento clínico y de laboratorio muy cuidadoso.

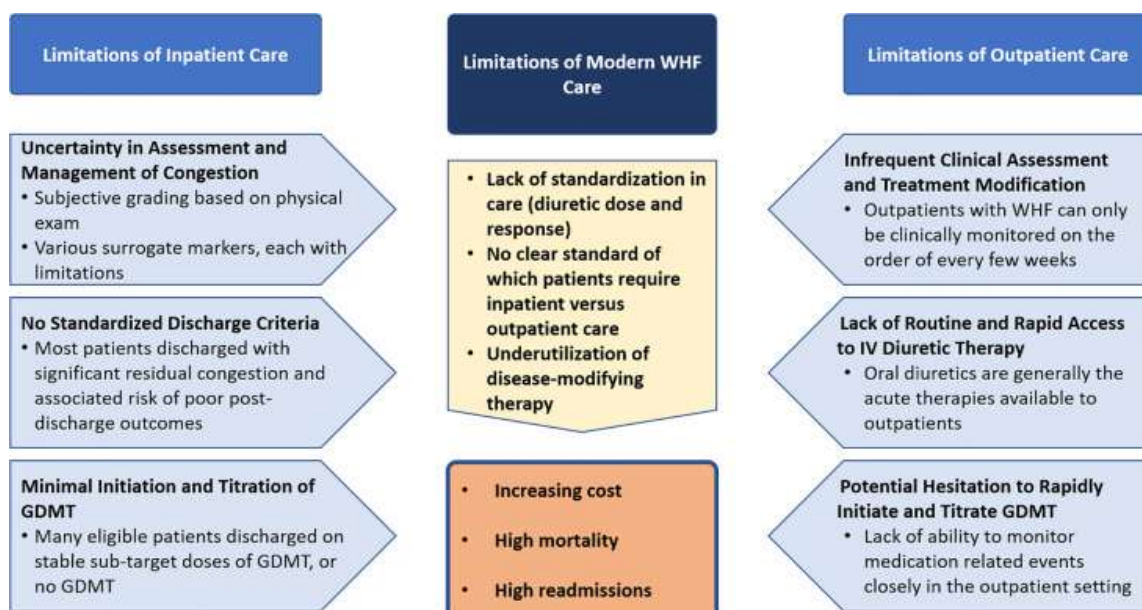


Figura 1. Deficiencias del Statu Quo en la Atención Hospitalaria y Ambulatoria para la Enfermedad Sanitaria Prolongada

Los modelos actuales de atención hospitalaria y ambulatoria para el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (WHF) presentan varias carencias.

La *atención hospitalaria* está limitada por la evaluación subjetiva de la congestión en la WHF y por la evaluación subjetiva y difícil de la respuesta al tratamiento. La atención hospitalaria también pone a los pacientes en riesgo de padecer enfermedades adquiridas en el hospital. El *tratamiento ambulatorio* de la WHF también está limitado por la falta de un seguimiento cercano y la incapacidad para detectar señales de alerta temprana, lo que puede provocar eventos adversos. El entorno ambulatorio también está fragmentado, lo que dificulta la coordinación del cuidado. *Ya sea en pacientes hospitalarios o ambulatorios, las decisiones sobre la elección, la dosis y la vía de los agentes diuréticos también son variables y dependen del clínico.* Tanto los entornos de atención hospitalaria como ambulatoria no inician ni ajustan rápidamente las terapias basadas en la evidencia. GDMT = terapias médicas dirigidas por guías.

Dado que el ingreso hospitalario para agentes diuréticos intravenosos es el estándar actual para la gran mayoría de los pacientes con WHF, es importante valorar el valor de este enfoque rutinario. Una discusión sobre el valor requiere una consideración cuidadosa tanto de los beneficios de la hospitalización por IC como de los costes. En primer lugar, cuando se consideran los beneficios, de nuevo junto con el reconocimiento de que la hospitalización por WHF es ciertamente necesaria para pacientes con presentaciones graves, *la posibilidad de que la hospitalización sea especialmente eficaz como estrategia rutinaria generalizada para WHF es dudosa.* Por ejemplo, aunque los signos y síntomas de congestión son la principal causa de ingreso hospitalario, el manejo de la terapia diurética hospitalaria es muy variable (por ejemplo, agentes, dosis, frecuencia, duración) sin un enfoque estandarizado basado en la evidencia, y se ve rutinariamente desafiada por ineficiencias e ineficacia significativas. De hecho, a pesar de que la extirpación de volumen intravascular es un objetivo central en la terapia hospitalaria, entre el 30% y el 40% de los pacientes tienen una pérdida de peso mínima o nula (o incluso un aumento de peso) durante la hospitalización,

y muchos son dados de alta con congestión residual significativa.¹ Del mismo modo, no existen criterios estandarizados ni basados en la evidencia, y los mismos desafíos con la subjetividad y variabilidad del clínico presentes en el momento del ingreso están presentes en el momento del alta. Sin embargo, aparte de los desafíos en la gestión de la congestión, la hospitalización estándar por IC en la práctica clínica en Estados Unidos también se caracteriza por una mínima iniciación y/o titulación de terapias médicas dirigidas por directrices (GDMT) que han demostrado mejorar los resultados para los pacientes.² La mayoría de los pacientes permanecen en dosis subobjetivo estables de GDMT o permanecen completamente sin medicación. Esta falta de optimización de la GDMT durante una hospitalización por WHF culmina en grandes lagunas en el uso de terapias al alta. Entre los pacientes elegibles hospitalizados con WHF en Norteamérica, 1 de cada 4 será dado de alta sin betabloqueante, 1 de cada 3 sin inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina/bloqueador de receptores de angiotensina/inhibidor de neprilisina de los receptores de angiotensina, y >1 de cada 2 sin antagonista del receptor mineralocorticoide.² El uso de inhibidores cotransportadores 2 de sodio-glucosa también está sustancialmente infrautilizado entre los pacientes elegibles en el momento del alta hospitalaria. En conjunto, si se consideran las ineficiencias y la variabilidad en el manejo de la congestión, combinadas con las lagunas en la GDMT, no sea sorprendente que aproximadamente *1 de cada 4 pacientes hospitalizados por WHF sea readmitido o fallece en un plazo de 30 días tras la alta hospitalaria.*³

Consideremos ahora los costes de la estrategia de hospitalización rutinaria para pacientes hospitalizados en WHF. Desde una perspectiva financiera, estimaciones recientes proyectan que Estados Unidos gastará casi 180.000 millones de dólares anuales en el cuidado de adultos con HF.⁴ La hospitalización por IC representa la mayor parte del coste total relacionado con el IC y es un factor principal que la IC es la comorbilidad más costosa en Estados Unidos.⁴ Sin embargo, la hospitalización asocia costes adicionales centrados en el paciente. Por ejemplo, además del tiempo evidente que los pacientes pasan fuera de casa durante una hospitalización por insuficiencia cardíaca índice, estas hospitalizaciones también son indicadores preocupantes de bajas tasas de tiempo en casa en las semanas o meses siguientes. *Más de 1 de cada 4 beneficiarios de Medicare hospitalizados por IC son dados de alta a un centro de enfermería o rehabilitación especializada.* Esto contribuye a que solo el 56% de los

beneficiarios de Medicare pasen el 100% de su tiempo en casa durante los primeros 30 días tras la baja. Al año, la proporción con tiempo completo en casa cae a solo el 19%.⁵ Estos datos resultan especialmente humildes cuando *reconocemos que los pacientes con IC solicitan el tiempo en casa como una prioridad sanitaria máxima*.⁶ Además, a pesar de sus múltiples recursos, los hospitales conllevan sus propios riesgos intrínsecos. Estos riesgos incluyen infecciones nosocomiales, tromboembolismo venoso, delirio y descondicionamiento. Estos riesgos pueden complicar fácilmente las hospitalizaciones rutinarias por IC, lo que puede provocar morbilidad y mortalidad adicionales. Se reconoce cada vez más la exposición significativa al estrés alostático (capacidad de adaptarse al ambiente) durante la hospitalización, por lo que los pacientes suelen estar privados de sueño, experimentar alteraciones en los ritmos circadianos, estar mal nutridos y experimentar repetidamente situaciones mentalmente desafiantes.^{7,8}

En resumen, cuando se consideran las brechas en la calidad de la atención, los malos resultados, el tiempo considerable de los pacientes fuera de casa, los síndromes posthospitalarios y los costes financieros excesivos, se puede cuestionar fácilmente el valor de la atención tradicional, rutinaria y hospitalaria como enfoque por defecto del WHF. El statu quo actual no satisface adecuadamente las necesidades de los pacientes con IC ni del sistema sanitario, y el listón para desarrollar e implementar vías de atención de mayor valor para estos pacientes es baja.

Hospital en casa (HaH) como una oportunidad novedosa para WHF

Aunque los programas de HaH tienen una historia que se remonta a los años 90 en Estados Unidos, no existía un medio práctico de reembolso generalizado hasta la pandemia de COVID-19, lo que limitó su adopción. Los primeros programas se financiaban en gran medida con subvenciones o como proyectos demostrativos de CMS (Centros de Medicare y Medicaid). En 2021, la CMS lanzó la iniciativa AHCaH (Atención Hospitalaria Aguda en Domicilio), permitiendo que los programas de HaH que cumplen con los estándares mínimos soliciten una exención que permita el reembolso completo de la tarifa por servicio de Medicare. **HaH bajo la exención de AHCaH requiere visitas de enfermería dos veces al día, una visita diaria al médico o a un**

proveedor de práctica avanzada (que puede ser virtual), y la provisión de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, servicios de laboratorio, radiología básica, gestión de casos y servicios de trabajo social. Es importante destacar que la exención de la AHCaH exige que los programas cuenten con un plan sólido de respuesta a emergencias, **incluyendo la capacidad de responder a emergencias en un plazo de 30 minutos.** Para el seguimiento y la rendición de cuentas, CMS exige que se informe sobre la mortalidad y las escaladas de vuelta al hospital físico afiliado. Para promover la calidad y la consistencia, los programas deben tener protocolos estándar para la selección y el registro de pacientes.

Los programas de HaH se han multiplicado bajo la exención de AHCaH, con cientos de programas activos. Aunque los datos siguen siendo limitados en general, hay cada vez más evidencia que respalda los posibles beneficios clínicos de la HaH para la WHF. **Un metaanálisis de estudios europeos realizado en 2015, que incorporó 3 ensayos controlados aleatorizados (ECA) y 3 estudios observacionales de HaH para WHF, incluyendo >500 pacientes, encontró que la seguridad de HaH era comparable a la de la hospitalización tradicional.**⁸ Específicamente, entre los 3 ECA incluidos, no hubo diferencias significativas en la mortalidad a los 6 y 12 meses.⁹ Aunque se necesita más investigación (especialmente estudios que definen el subconjunto de pacientes con WHF que pueden beneficiarse más de la HaH), la evidencia existente respalda la adopción segura del modelo, especialmente cuando se consideran los riesgos asociados, los desafíos con la eficacia y el valor del enfoque *statu quo* para la admisión rutinaria de pacientes hospitalizados por WHF.

Ventajas potenciales del hospital en casa

HaH ofrece varias ventajas potenciales respecto al modelo tradicional de atención para WHF ([Figura 2](#)). Mediante la cadencia requerida de visitas de enfermería dos veces al día, HaH puede adaptarse a las necesidades de cuidado habituales de un paciente con WHF, desde dosis diuréticas intravenosas dos veces al día hasta pruebas químicas de laboratorio dos veces al día. La exención del CMS también exige acceso domiciliario a servicios móviles de radiología (normalmente rayos X y ecografía básica), aunque los servicios más avanzados (por ejemplo, cateterización cardíaca) suelen requerir transporte temporal de regreso al hospital físico. Los programas bajo la exención de AHCaH también

requieren fisioterapia y terapia ocupacional a domicilio, entre otros servicios de salud aliados. Estos recursos se adaptan a una amplia variedad de, si no la mayoría, de los pacientes con WHF. Gracias a la prestación de atención en el entorno habitual y familiar de los pacientes, *la HaH puede reducir el riesgo concomitante de infecciones, delirio, desnutrición y descondicionamiento*. Por ejemplo, los pacientes con Ansiedad Sanitaria tienden a ser más activos durante el ingreso que sus compañeros hospitalizados tradicionalmente,¹⁰ apoyando un mayor estado funcional al alta.



Figura 2. Hospitalización en casa por el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca: posibles ventajas frente a la atención hospitalaria tradicional

El hospital en casa (HaH) tiene muchas ventajas en la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca. Para los pacientes adecuados, un ingreso en HaH por WHF probablemente resultará en un mayor tiempo en casa, menos descondicionamiento y un menor riesgo de enfermedades adquiridas en hospital, incluyendo un menor riesgo de delirio. Es importante destacar que una admisión en HaH ofrece la oportunidad de comprender y abordar las barreras sociales para la atención que pueden solo ser evidentes al visitar el domicilio del paciente. HaH puede ofrecer la oportunidad de iniciar y ajustar GDMT más rápidamente. Abreviaturas como en [la Figura 1](#).

También se ha señalado que la HaH tiene un coste económico menor que el ingreso hospitalario tradicional. En el mismo metaanálisis de 2015 mencionado anteriormente, los tres ECA incluidos señalaron una disminución del coste de atención con la HaH en comparación con la hospitalización tradicional, con 2 estudios que señalaron una extensión de los ahorros de costes entre 6 y 12 meses.⁹ Del mismo modo, la cohorte agrupada de pacientes con HaH mostró una mejor

calidad de vida reportada por los pacientes.⁹ En coherencia con estos hallazgos, un ensayo estadounidense de 2021 realizado por Levine et al¹⁰ sobre la enfermedad de la Salud Superior frente a la hospitalización tradicional, que incluyó la enfermedad de la Salud Blanca y Salud (WHF) entre otras condiciones, encontró que los pacientes con Hiperhombro tenían menos reingresos a los 30 días.

Además de sustituir o acortar las hospitalizaciones tradicionales, HaH también ofrece una oportunidad única para mejorar el uso de terapias basadas en la evidencia para pacientes con WHF. Aunque no es la razón principal para la admisión en un programa de HaH, el seguimiento más cercano de HaH puede mejorar la comodidad del clínico al probar la rápida iniciación y titulación de terapias en la población de alto riesgo con WHF, en comparación con el entorno ambulatorio tradicional, donde la frecuencia de las evaluaciones clínicas y de laboratorio suele limitarse a cada pocas semanas o meses. Especialmente bajo un paquete de pagos de 30 días, se podría imaginar la continuación de ciertos servicios de HaH incluso después de un ingreso en cuidados agudos, mientras los medicamentos del paciente se aumentan bajo estricta vigilancia clínica y de laboratorio.

Afrontando los desafíos y las dudas con el hospital en casa

La HaH tiene el potencial de tener un impacto significativo en muchos pacientes con WHF, pero no sustituirá la hospitalización tradicional para pacientes con presentaciones clínicas más graves o un riesgo clínico muy extremo. Por ejemplo, aunque los programas de HaH pueden utilizar dispositivos móviles para telemetría, dada la ausencia de capacidades de respuesta inmediata, los programas de HaH generalmente excluyen a pacientes con WHF con un riesgo particularmente alto de arritmias inestables, ya sea por antecedentes, alteraciones electrolíticas/metabólicas u otros factores de riesgo.¹⁰ Si un paciente comienza a mostrar signos de deterioro clínico, como arritmia o shock cardiogénico, entonces puede ser trasladado de nuevo al hospital (con el personal acudiendo al domicilio en un plazo de 30 minutos, según los requisitos de la exención de AHCaH).

Dado que los programas de HaH suelen requerir que los pacientes cuenten con apoyo de cuidadores y vivienda segura, algunos han expresado preocupación de que HaH, al seleccionar pacientes con estos recursos, pueda agravar las

desigualdades en salud. Sin embargo, al estar en el hogar, los clínicos y el personal de HaH pueden abordar de forma más directa los factores sociales que contribuyen a la enfermedad, como realizar una conciliación sólida de medicación, inspeccionar directamente la cocina y la nevera del paciente para evaluar el acceso a los alimentos y los hábitos alimenticios, y evaluar directamente el apoyo del cuidador del paciente. Además, al llevar a los clínicos al hogar del paciente, tanto presencialmente como virtualmente, HaH puede ofrecer atención sanitaria a los pacientes cuando el traslado al hospital o clínica resulta complicado, y potencialmente aliarse mejor con los cuidadores en la atención y las transiciones de atención. Para los pacientes que necesitan atención ambulatoria cercana tras el alta, más allá de la exención de AHCaH, HaH potencialmente trabaja hacia un modelo único de telemedicina, con un médico que presta atención de forma virtual pero asistido por una enfermera presencial u otro trabajador clínico. Al abordar las barreras de transporte, una mejor implicación de los cuidadores y una mejor comprensión del entorno social de los pacientes, la Salud Superior tiene un potencial significativo para mejorar, en lugar de agravar, las disparidades en la atención de la IC.

La adopción temprana de la HC también puede verse dificultada por la ruptura radical de HaH respecto a los entornos de atención tradicionales donde la IC se ha gestionado durante varias décadas. Históricamente, los clínicos, incluidos los cardiólogos, han sido formados para atender a los pacientes ya sea en el hospital o en la clínica, no en un modelo híbrido centrado en el hogar del paciente. En última instancia, a medida que HaH aumente, será necesaria investigación para captar las percepciones de los clínicos y los desafíos médicos y/o operativos reportados con este modelo de atención. Además, aunque los programas de HaH están actualmente limitados a un pequeño pero dedicado grupo de hospitales, la escala nacional debería incluir esfuerzos para monitorizar y prevenir cualquier posible deterioro en la calidad de la atención o los servicios prestados. Serán necesarios esfuerzos sustanciales para garantizar un acceso equitativo a HaH. Se necesitan ensayos clínicos aleatorizados adicionales para evaluar la eficacia, seguridad, percepción del paciente y todas las implicaciones coste/valor, así como para ayudar a definir mejor los candidatos óptimos para esta estrategia.

Conclusiones

En los últimos 2 años, bajo la exención de AHCaH y los cambios asociados en el reembolso, HaH para WHF ha pasado de ser un concepto teórico a una realidad práctica para los sistemas sanitarios. Aunque representa una oportunidad para una atención más centrada en el paciente impulsada por el aumento del tiempo en casa con la familia, HaH también representa un uso prudente de los recursos sanitarios y la capacidad hospitalaria. Además, al prestar atención en el hogar del paciente, los médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios tienen la oportunidad de ver, comprender y abordar los factores sociales y económicos que hasta entonces no se habían visto y que impulsan la condición de un paciente en particular. Es importante destacar que los responsables políticos han concedido recientemente a HaH un voto de confianza, y el Congreso de EE. UU. ha prorrogado el programa AHCaH 2 años más allá del final de la declaración de emergencia por COVID-19, lo que sugiere una fuente de financiación fiable para el futuro previsible. Con cientos de programas de HaH en funcionamiento y un mecanismo de financiación fiable, la cuestión no es si o cuándo HaH se consolidará, sino cómo los clínicos y otros líderes moldearán su futuro. Aunque aún queda trabajo para perfeccionar aún más la HaH para la WHF, la experiencia hasta la fecha sugiere que la HaH posee todos los ingredientes necesarios para convertirse en una estrategia central para tratar a pacientes con WHF.

Apoyo financiero y divulgaciones de autores

El Dr. Fonarow ha trabajado como consultor para Abbott, Amgen, AstraZeneca, Bayer, Cytokinetics, Eli Lilly, Janssen, Medtronic, Merck, Novartis y Pfizer. El Dr. Butler ha trabajado como consultor para Abbott, Adrenomed, Amgen, American Regent, Applied Therapeutics, AstraZeneca, Bayer, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, CVRx, G3 Pharmaceutical, Impulse Dynamics, Innolife, Janssen, LivaNova, Medtronic, Merck, Novartis, NovoNordisk, Pfizer, Roche y Vifor. El Dr. Greene ha recibido apoyo en investigación del Premio de Investigación del Departamento de Medicina de la Universidad de Duke, la American Heart Association (#929502), el National Heart Lung and Blood Institute, Amgen, AstraZeneca, Bristol Myers Squibb, Cytokinetics, Merck, Novartis, Pfizer y Sanofi; ha formado parte de consejos asesores para Amgen, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Lilly, Bristol Myers Squibb, Cytokinetics, Roche Diagnostics y Sanofi; ha trabajado como consultor para Amgen, Bayer,

Bristol Myers Squibb, Boehringer Ingelheim, Lilly, CSL Vifor, Merck, PharmaIN, Roche Diagnostics, Sanofi, Tricog Health, Urovant Pharmaceuticals; y ha recibido honorarios de conferenciantes de Boehringer Ingelheim, Cytokinetics y Roche Diagnostics. Todos los demás autores han informado que no tienen ninguna relación relevante para el contenido de este artículo que revelar.

Referencias

1. [1](#)

A.P. Ambrosy, L.P. Cerbin, P.W. Armstrong, *entre otros*.
Cambio de peso corporal durante y después de la hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda: características del paciente, marcadores de congestión y resultados: resultados de ASCEND-HF

J Am Coll Cardiol HF, 5 (1) (2017), pp. 1-13,

[10.1016/j.jchf.2016.09.012](https://doi.org/10.1016/j.jchf.2016.09.012)

[Ver PDF](#)[Ver artículo](#)[Ver en Scopus](#)[Google Scholar](#)

2. [2](#)

S.J. Greene, J.A. Ezekowitz, K.J. Anstrom, *entre otros*.
Terapia médica durante la hospitalización por insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida: el registro VICTORIA

J Card Fail, 28 (7) (2022), pp. 1063-1077,

[10.1016/j.cardfail.2022.02.011](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2022.02.011)

[Ver PDF](#)[Ver artículo](#)[Ver en Scopus](#)[Google Scholar](#)

3. [3](#)

S.J. Greene, T.S. Triana, Raluca Ionescu-Iltu, *entre otros*.
Pacientes hospitalizados por insuficiencia de novo frente a un agravamiento de insuficiencia cardíaca crónica en Estados Unidos

J Am Coll Cardiol, 77 (7) (2021), pp. 1023-1025,

[10.1016/j.jacc.2020.12.026](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.12.026)

[Ver PDF](#)[Ver artículo](#)[Ver en Scopus](#)[Google Scholar](#)

4. [4](#)

R. Bhatnagar, G.C. Fonarow, P.A. Heidenreich, B. Ziaeian

Gasto en insuficiencia cardíaca en Estados Unidos: la
Encuesta del Panel de Gastos Médicos 2009-2018

J Am Coll Cardiol HF, 10 (2022), pp. 571-580,

[10.1016/j.jchf.2022.05.006](https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.05.006)

[Ver PDF](#)[Ver artículo](#)[Ver en Scopus](#)[Google Scholar](#)

5. 5

S.J. Greene, E.C. O'Brien, R.J. Mentz, *entre otros*.

Hora de domicilio tras el alta entre pacientes
hospitalizados por insuficiencia cardíaca

J Am Coll Cardiol, 71 (23) (2018), pp. 2643-2652,

[10.1016/j.jacc.2018.03.517](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.03.517)

[Ver PDF](#)[Ver artículo](#)[Ver en Scopus](#)[Google Scholar](#)

6. 6

M.D. Samsky, L. Lin, S.J. Greene, *et al*.

Percepciones de los pacientes y familiaridad con la terapia
médica para la insuficiencia cardíaca

JAMA Cardiol, 5 (3) (2020), pp. 292-

299, [10.1001/jamacardio.2019.4987](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2019.4987)

[Ver en la editorial](#)

[Ver en Scopus](#)[Google Scholar](#)

7. 7

V.M. Arora, N. Stewart

Dormir en adultos mayores hospitalizados

Sleep Med Clin, 13 (1) (2018), pp. 127-

135, [10.1016/j.jsmc.2017.09.012](https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.012)

[Ver en Google Scholar](#) [de la editorial](#)