

TRABAJO FIN DE GRADO MEDICINA.



**SEGURIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA
DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PARA
PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA
COMPLICADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
GETAFE.**

Nombre del Tutor Clínico: Virginia Jiménez Carneros.

Servicio del Tutor: Cirugía General y Aparato Digestivo.

Nombre del Tutor Metodológico: Joaquín González Revaldería.

Nombre del Alumno: María José Sánchez Buendía.

Hospital Universitario de Getafe.

Villaviciosa de Odón, Junio 2025.

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis tutores, la Dra. Virginia Jiménez Carneros y el Dr. Joaquín González Revaldería, por su amabilidad, enseñanza y enorme implicación en mi trabajo fin de grado desde el primer día.

En segundo lugar, a mis padres y hermanos, por escucharme, creer en mí siempre y motivarme a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

A mis abuelos, tíos y primos, gracias por las innumerables visitas realizadas a lo largo de todos estos años y los momentos de diversión.

A mis amigos, por la compañía y el apoyo constante durante todo este proceso.

Por último, a la Universidad Europea de Madrid por la formación recibida en sus aulas que me permite tener el conocimiento necesario para desarrollar la profesión.

ÍNDICE.

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | RESUMEN Y PALABRAS CLAVE..... | 1 |
| 2. | ABSTRACT AND KEY WORDS..... | 2 |
| 3. | INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 4. | HIPÓTESIS Y OBJETIVOS..... | 7 |
| 4.1 | HIPÓTESIS | 7 |
| 4.2 | OBJETIVO PRINCIPAL..... | 7 |
| 4.3 | OBJETIVOS SECUNDARIOS..... | 7 |
| 5. | MATERIAL Y MÉTODOS..... | 8 |
| 5.1 | DISEÑO DEL ESTUDIO..... | 8 |
| 5.2 | ÁMBITO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO | 8 |
| 5.3 | CRITERIOS CLÍNICOS DE INCLUSIÓN | 8 |
| 5.4 | CRITERIOS CLÍNICOS DE EXCLUSIÓN | 8 |
| 5.5 | CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL | 9 |
| 5.6 | SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES | 9 |
| 5.7 | MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS | 10 |
| 5.8 | PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO..... | 11 |
| 6. | ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES..... | 11 |
| 7. | RESULTADOS..... | 12 |
| 8. | DISCUSIÓN..... | 17 |
| 9. | CONCLUSIONES..... | 22 |
| 10. | BIBLIOGRAFÍA..... | 23 |
| 11. | ANEXOS..... | 26 |

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

La enfermedad diverticular de colon es una entidad común en los países occidentales, especialmente en personas mayores, caracterizada por la presencia de divertículos en el colon, siendo la diverticulitis aguda una de sus complicaciones más prevalentes.

El manejo de los pacientes con diverticulitis aguda no complicada se realiza de manera ambulatoria, con excelentes resultados; sin embargo, los pacientes con diverticulitis aguda complicada precisan ingreso hospitalario para seguimiento y tratamiento antibiótico intravenoso.

Aunque no es una práctica habitual en este ámbito, el manejo de pacientes en hospitalización domiciliaria ha demostrado ser eficaz y eficiente, aportando beneficios para el paciente y para el sistema sanitario, convirtiéndolo en una opción de tratamiento en el manejo de determinados procesos.

El objetivo principal de este estudio es evaluar la seguridad del manejo de pacientes con diverticulitis aguda complicada en régimen de hospitalización domiciliaria, comparando los reingresos entre pacientes tratados en este régimen y aquellos en hospitalización convencional.

Los objetivos secundarios incluyen describir las características sociodemográficas y factores de riesgo de los pacientes, analizar la relación entre comorbilidades y evaluar la satisfacción de los pacientes tratados en hospitalización domiciliaria.

Se llevó a cabo un estudio observacional, longitudinal, descriptivo/analítico y retrospectivo.

Se recogieron los datos de 110 pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada (clasificación Neff Ib), tratados en régimen de hospitalización domiciliaria en el año 2023 y los pacientes sometidos a hospitalización convencional en el año 2022 en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Getafe.

El análisis de los resultados evidencia la ausencia de diferencias significativas en el número de reingresos hospitalarios entre ambas modalidades de ingreso hospitalario domiciliario o hospitalario convencional, permitiendo concluir que el manejo en régimen hospitalario domiciliario es una alternativa segura para el tratamiento de pacientes con diverticulitis aguda complicada Neff Ib.

Palabras clave: diverticulitis, hospitalización domiciliaria, hospitalización convencional.

2. ABSTRACT AND KEY WORDS.

The diverticular disease of the colon is a common condition in western countries, particularly among older adults, and is characterized by the presence of diverticula in the colon. It's most serious complication is diverticulitis.

The main risk factors include age, a low-fiber diet, smoking, among others. Diverticulitis can be classified into different stages depending on its severity, with computed tomography (CT scan) being the diagnostic test of choice.

While uncomplicated diverticulitis is typically managed on an outpatient basis, complicated cases have traditionally required inpatient care.

In recent years, home hospitalization has proven to be a cost-effective alternative, offering advantages such as greater patient comfort, a reduced risk of nosocomial infections, and lower costs for the healthcare system. This makes it a viable treatment option in selected clinical scenarios.

The main objective of this study is to assess the safety of managing patients with complicated acute diverticulitis through home hospitalization, by comparing readmission rates with those treated through conventional hospitalization. Secondary objectives include describing the sociodemographic characteristics and risk factors of the patients, analyzing the relationship with comorbidities, and evaluating patient satisfaction in the home hospitalization group.

An observational, longitudinal, descriptive/analytical, and retrospective study was conducted.

Data were collected from 110 patients diagnosed with complicated acute diverticulitis (Neff Ib), treated under a home hospitalization model in 2023, and compared to patients managed with conventional hospitalization in 2022 at the University Hospital of Getafe.

The analysis of the results showed no significant differences between the two types of hospitalization, concluding that home-based management of complicated diverticulitis is as safe as conventional inpatient care.

Keywords: diverticulitis, home hospitalization, conventional hospitalization.

3. INTRODUCCIÓN.

La enfermedad diverticular de colon es una entidad frecuente en los países occidentales, con una prevalencia del 70% en personas mayores de 80 años.

Los divertículos son herniaciones de la mucosa y submucosa del intestino grueso, a través de su capa muscular, formando dilataciones en la pared de este, siendo el sigma la localización más frecuente (1-3).

Los principales factores de riesgo para esta enfermedad son la edad, la dieta baja en fibra y alta en carnes rojas y carbohidratos refinados, el tabaquismo, consumo crónico de Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES), sedentarismo, estreñimiento crónico y obesidad (4).

La diverticulosis puede debutar en distintas presentaciones: enfermedad diverticular, hemorragia digestiva baja y diverticulitis.

Las diferentes manifestaciones clínicas de la diverticulitis son: dolor abdominal en fosa iliaca izquierda o hipogastrio mantenido o intermitente, acompañado de fiebre, náuseas o vómitos.

La exploración física evidencia marcada sensibilidad abdominal a la exploración con signos de irritación peritoneal (5,6).

Tiene mayor prevalencia en hombres mayores de 60 años. No obstante, en los últimos años se observa un cambio en el patrón de presentación de esta, en cuanto a la edad aparición, tipo de complicación y gravedad de los pacientes, evidenciando un incremento de su incidencia en personas menores de 50 años (7,8).

El término de enfermedad diverticular del colon engloba tres situaciones distintas asociadas a la presencia de divertículos (9):

- Estado prediverticular, caracterizado por engrosamiento y acortamiento de la pared del intestino grueso sin divertículos reconocibles.
- Diverticulosis, se caracteriza por la presencia de divertículos propiamente dichos, es la forma más frecuente.

- Diverticulitis, es la inflamación de estos, secundaria a respuesta del sistema inmune ante un daño, pudiendo asociar infección.

La diverticulitis es una complicación en la enfermedad diverticular y consiste en la inflamación de un divertículo en presencia o ausencia de infección. Si la evolución no es favorable puede implicar la perforación local colónica, abscesos, fístulas, obstrucción o peritonitis (10,11).

La clasificación clásica de la diverticulitis aguda es la clasificación de Hinchey (12,13); ésta hace una subdivisión según el grado y la extensión del proceso inflamatorio – infeccioso, estableciendo diferentes estadios:

- Estadio 0: diverticulitis clínica leve.
- Estadio I: absceso pericólico o flemón.
- Estadio II: absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal.
- Estadio III: peritonitis purulenta generalizada.
- Estadio IV: peritonitis fecaloidea generalizada.

Existen otras clasificaciones posteriores a esta con utilidad actual en la práctica clínica, entre ellas:

Clasificación de Neff (13,14) se basa en los hallazgos radiológicos objetivados por TAC distinguiendo cinco estadios que oscilan de menor a mayor gravedad:

- Estadio 0: diverticulitis no complicada. Incluye divertículos, engrosamiento mural, aumento de la grasa pericólica.
- Estadio I: diverticulitis localmente complicada. Absceso < 4cm.
- Estadio II: diverticulitis localmente complicada. Absceso > 4cm.
- Estadio III: diverticulitis complicada con abscesos a distancia (fuera de cavidad pélvica).
- Estadio IV: neumoperitoneo difuso o líquido libre intraabdominal.

Clasificación de Neff modificada:

- Estadio 0: diverticulitis no complicada. Incluye divertículos, engrosamiento mural, aumento de la grasa pericólica.
- Estadio I: diverticulitis localmente complicada.
- Estadio Ia: neumoperitoneo localizado en forma de burbujas de gas.
- Estadio Ib: absceso < 4 cm.

- Estadio II: absceso > 4 cm.
- Estadio III: diverticulitis complicada con abscesos a distancia (fuera de cavidad pélvica).
- Estadio IV: neumoperitoneo difuso o líquido libre intrabdominal.

Clasificación de Wses (15-17) basada en los hallazgos radiológicos por TAC diferencia la diverticulitis complicada de la no complicada, estableciendo diferentes estadios:

Diverticulitis no complicada:

- Estadio 0: divertículo con engrosamiento de la pared y aumento de la densidad de grasa pericólica.

Diverticulitis complicada:

- Estadio Ia: aparecen burbujas de gas pericólico o mínima cantidad de líquido libre pericólico, sin absceso.
- Estadio Ib: absceso < 4cm.
- Estadio IIa: absceso > 4 cm.
- Estadio IIb: presencia de aire a distancia (> 5 cm desde el segmento de intestino afectado).
- Estadio III: líquido libre difuso sin presencia de gas libre (no perforación colónica).
- Estadio IV: líquido libre difuso con presencia de gas libre (perforación colónica).

La prueba prínceps para el diagnóstico (18) es la tomografía axial computada (TAC), con una sensibilidad del 98% y especificidad del 100%. Aunque se precisa mayor evidencia científica, la ecografía está ocupando un papel cada vez más importante en el diagnóstico de la diverticulitis aguda.

En la evolución natural (19,20) de los pacientes que presentan un episodio de diverticulitis aguda, tras un primer cuadro de diverticulitis, en un 30 a 40% de los pacientes se mantendrán asintomáticos, en un 30 a 40 % de los casos se presentará dolor abdominal sin diverticulitis y en un 30% de los individuos sufrirá un segundo episodio.

El manejo de la diverticulitis aguda no complicada se realiza de manera ambulatoria con excelentes resultados (21).

Sin embargo, el manejo de los pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada se realiza clásicamente en régimen de hospitalización convencional, (22,23). La prevalencia de la enfermedad y la tasa de pacientes con diverticulitis aguda complicada Neff 1b que evolucionan de manera satisfactoria, así como la puesta en marcha de la Unidad de Hospitalización domiciliaria en el Hospital Universitario de Getafe (24), ha facilitado la implementación por la Unidad de Cirugía Colorrectal del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, del manejo de estos pacientes seleccionados en el ámbito de la hospitalización domiciliaria (25,26), considerando numerosas las ventajas asociadas a dicha práctica para el paciente y su entorno y para la gestión eficiente del sistema sanitario :

- Comodidad del entorno familiar, de forma que permite a los pacientes recibir atención médica rodeados de sus seres queridos. Esto puede tener un impacto positivo en la recuperación, ya que el ambiente familiar puede ayudar a reducir el estrés y promover una sensación de bienestar.
- Continuidad del cuidado, los pacientes van a recibir atención médica personalizada y especializada por parte de un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud. Esto asegura la coordinación estrecha entre médicos, enfermeras, terapeutas y otros especialistas, lo que resulta en un tratamiento integral y eficaz.
- Disminución del riesgo de infecciones nosocomiales inherentes a la atención hospitalaria.
- Participación y compromiso del paciente, de forma que este participa activamente en su propio cuidado y toma decisiones compartidas sobre su tratamiento, promoviendo así la autonomía y la sensación de control, lo que tiene un impacto positivo en la recuperación.
- Reducción del coste por proceso, siendo el objetivo la optimización e incremento de la eficiencia del proceso.

Dado que ha aumentado la prevalencia e incidencia en la población que sufre esta enfermedad y como consecuencia necesita ser tratada, resulta interesante

evaluar la seguridad de esta innovadora propuesta de tratamiento en régimen hospitalario domiciliario en pacientes con diverticulitis aguda complicada, con el objetivo de aportar el mayor número de beneficios al paciente y su repercusión en el sistema sanitario.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

4.1 HIPÓTESIS.

La hospitalización domiciliaria no presenta diferencias significativas en la tasa de reingresos frente a la hospitalización convencional siendo, por tanto, una alternativa segura en el tratamiento de los pacientes con diverticulitis aguda complicada (Neff 1b).

4.2 OBJETIVO PRINCIPAL.

Evaluar la seguridad del manejo de pacientes con diverticulitis aguda complicada en régimen de hospitalización domiciliaria, realizando una comparación el número reingresos en pacientes con diverticulitis aguda complicada Neff 1b en régimen de hospitalización domiciliaria frente a los pacientes en régimen de hospitalización convencional en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Getafe.

4.3 OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- Describir las características sociodemográficas y factores de riesgo asociados a esta patología en la población de estudio.
- Identificar la correlación entre comorbilidades y fracaso del tratamiento en régimen de hospitalización domiciliaria, entendiendo este como el reingreso del paciente tras la intervención.
- Comparar el tiempo medio de seguimiento en pacientes con régimen de hospitalización domiciliaria frente a los de hospitalización convencional.
- Describir la tasa de intervención quirúrgica urgente en ambos grupos.
- Describir la satisfacción del paciente sometido a tratamiento de diverticulitis aguda en régimen de hospitalización domiciliaria.

5. MATERIAL Y MÉTODOS.

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio observacional, longitudinal, descriptivo - analítico y retrospectivo.

5.2 ÁMBITO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Se recogieron los datos de 110 pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada Neff Ib, tratados en régimen de hospitalización domiciliaria en el año 2023 y los pacientes sometidos a hospitalización convencional en el año 2022 en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Getafe.

5.3 CRITERIOS CLÍNICOS DE INCLUSIÓN.

- Paciente con diagnóstico clínico-radiológico (TAC) de diverticulitis aguda complicada, previa valoración por el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
- Diagnóstico radiológico realizado mediante TAC de abdomen.
- Clasificación ASA I-II. Valoración individualizada de los pacientes ASA III.
- Ausencia de abdomen agudo en la exploración.
- Ausencia de criterios de SRIS.
- Evolución favorable clínico-analítica durante su estancia en observación en el Servicio de urgencias (vigilancia en observación las primeras 24 horas tras su diagnóstico).

5.4 CRITERIOS CLÍNICOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con diagnóstico clínico-radiológico de diverticulitis aguda complicada clasificada como estadio Ib con absceso pericólico >2cm, estadios II, III y IV.
- Pacientes con criterios de manejo ambulatorio de diverticulitis aguda no complicada (Estadio 0 según clasificación mNeff la según clasificación de Hinchey modificada).
- Paciente con clasificación ASA IV.
- Cardiopatía severa.
- EPOC severo.
- DMID: valoración individualizada en función del control glucémico durante su estancia en observación en el Servicio de Urgencias.

- Insuficiencia renal crónica moderada-severa.
- Desnutrición calórico-proteica.
- Obesidad mórbida.
- Hepatopatía crónica severa. Cirrosis hepática.
- Pacientes inmunodeprimidos (tratamiento con corticoide crónico, infección por VIH).
- Enfermedad oncológica activa.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Pacientes gestantes.
- Ausencia de respuesta favorable al tratamiento pautado durante su permanencia en observación en el Servicio de Urgencias.

5.5 CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL.

Se precisan 198 sujetos en el grupo en régimen de hospitalización domiciliaria y 210 sujetos en el grupo de hospitalización convencional, para detectar una diferencia de 10% en las tasas de reingresos hospitalarios entre ambos grupos. El cálculo se ha realizado con un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, considerando que la hospitalización domiciliaria podría ser mejor o peor que la convencional.

Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 0%.

La fórmula empleada para el cálculo del tamaño muestral es la fórmula de comparación de dos proporciones de muestras independientes mediante un contraste de hipótesis bilateral.

5.6 SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Para el objetivo principal la variable estudiada fue reingreso en pacientes con diverticulitis aguda Neff Ib intervenidos en régimen hospitalario domiciliar y régimen hospitalario convencional.

Para los objetivos secundarios, las variables cualitativas incluían variables sociodemográficas como edad medida en años y sexo entendiendo este como masculino o femenino en los pacientes.

La existencia o inexistencia de hábitos tóxicos en los mismos siendo esto el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

Los parámetros de infección mediante una analítica evaluando principalmente las alteraciones en leucocitos y PCR.

La presencia o ausencia de enfermedades previas como la insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, dislipemia, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, obesidad, hipertensión arterial entre otras.

En variables cuantitativas, el tratamiento con antibiótico empleado medido en pautas de mg/dl entendiéndose que este presenta ligeras diferencias según el régimen de hospitalización en el que se encuentre el paciente.

También el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos por esta causa, mediante NPS (Net Promoter Score).

La tabla de variables está disponible en el anexo II y presenta de forma simplificada las variables estudiadas, que se han expuesto y desarrollado anteriormente.

5.7 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.

Al tratarse de un estudio retrospectivo, el proceso de recogida de datos para la elaboración de la base de datos se realizó mediante la revisión de la historia clínica informatizada HCIS (Health Care System Information) de los pacientes del Hospital Universitario de Getafe.

Este proceso se llevó a cabo por el estudiante, con la supervisión del tutor en todo momento, mediante una base de datos pseudonimizada.

Se diseñaron dos bases de datos, asignándose un código numérico a cada paciente. En una base de datos se tenían los datos identificativos del participante (custodiada por el tutor), y en la otra base de datos no se incluyeron datos identificativos, y es la que el alumno empleó para realizar el análisis estadístico.

La base de datos se mantuvo sometida a los controles de los sistemas del hospital, y no se incluyó en dispositivos móviles externos.

Se tuvieron en cuenta las historias registradas desde enero 2022 hasta enero 2023.

5.8 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El software utilizado para obtener los datos de análisis estadístico fue el programa estadístico Jamovi.

Los datos incluidos en el análisis estadístico procedieron de la base de datos creada previamente en Microsoft Excel.

Se realizó un análisis descriptivo de variables cuantitativas, que han sido descritas con la media y la desviación típica para aquellas que sigan normalidad, la mediana y rango intercuartílico en aquellas que no sigan la normalidad.

El análisis descriptivo de variables cualitativas se describió en porcentaje.

Para estudiar la relación entre dos variables cuantitativas se utilizó la correlación de Pearson en caso de variables gaussianas o de Spearman en caso de no gaussianidad.

En variables cualitativas se utilizó la Prueba exacta de Fisher.

6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

El protocolo fue evaluado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Getafe y el proyecto no se inició hasta tener la aprobación de este.

A dicho comité se pidió exención de solicitar consentimiento informado por tratarse de un estudio observacional retrospectivo con riesgo nulo para el paciente.

El código del informe valorable del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario de Getafe es TFG_CEIM_24/33, recogido en el anexo.

El trabajo se realizó respetando las normativas en materia de bioética según la declaración de Helsinki, el informe de Belmont, el convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina y la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

Se cumplió con la legislación de la UE sobre datos personales, en concreto la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Real Decreto 1720/2007, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (ver Anexo 1 compromiso del estudiante y tutor).

7. RESULTADOS.

Para realizar este estudio, se recogieron los datos de un total de 110 pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada Neff Ib, tratados en régimen de hospitalización domiciliaria en el año 2023 y los pacientes sometidos a hospitalización convencional en el año 2022 en el Hospital Universitario de Getafe.

No fue necesario excluir ningún paciente porque todos cumplieron los criterios de inclusión y ninguno presentó los de exclusión.

La muestra estudiada estaba formada por un 52,6% de varones frente a un 46,4% de mujeres, divididos en grupos según régimen de reingreso hospitalario domiciliar u hospitalario convencional.

En varones un 8% de los reingresos fueron en régimen hospitalario domiciliar y un 44,6 % en régimen hospitalario convencional; en el caso de las mujeres, se registraron un 10% de reingresos en régimen hospitalario domiciliar y un 36,4% de reingresos en régimen hospitalario convencional.

En estos pacientes se midieron las comorbilidades: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, dislipemia, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, obesidad, hipertensión arterial u otras enfermedades que condicionaran un reingreso, de forma que en ambos regímenes los pacientes presentaban algunas de las comorbilidades mencionadas.

Se obtuvo que un 15% de pacientes con insuficiencia cardiaca reingresan en régimen hospitalario domiciliar y un 72% de pacientes con la misma comorbilidad reingresa en régimen hospitalario convencional, esta relación se observa de la misma manera para el resto de las comorbilidades estudiadas. (Ver gráficos 1 y 2).

Todos los pacientes incluidos en el estudio presentaban una clasificación ASA I-II con puntuación en escala de Barthel de 95 -100.

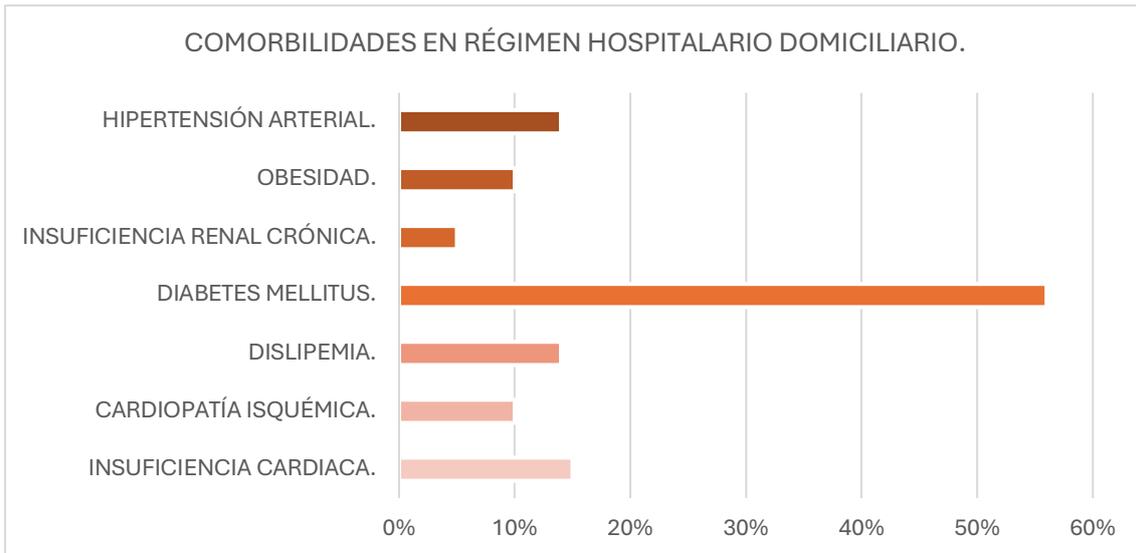


Gráfico 1. Representación de comorbilidades en régimen hospitalario domiciliario.

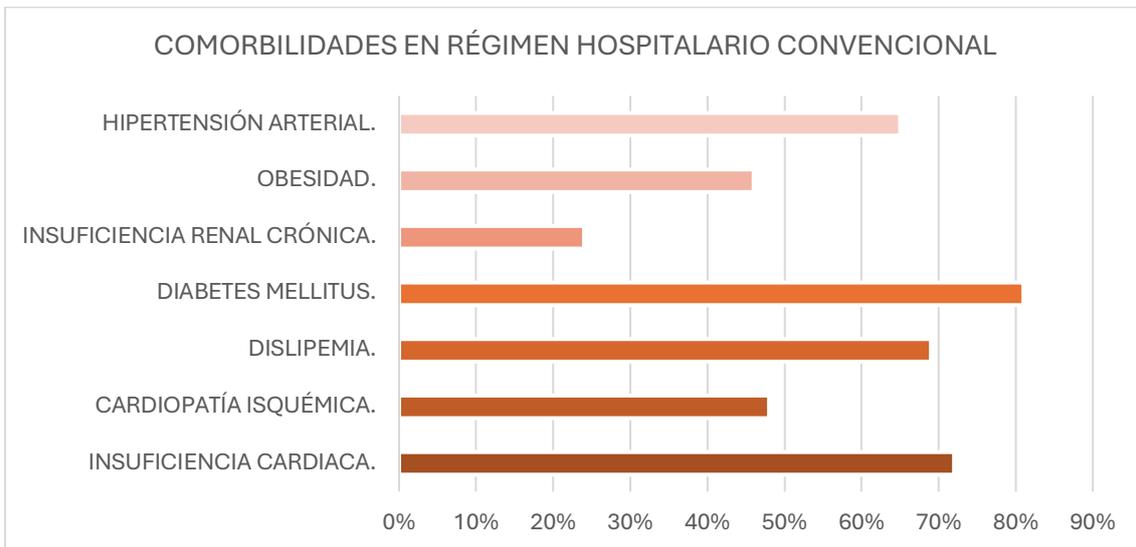


Gráfico 2. Representación de comorbilidades en régimen hospitalario convencional.

Por otro lado, se midió la presencia de hábitos tóxicos en estos pacientes, estos fueron hábito alcohólico, hábito tabáquico y otros hábitos como el consumo de drogas.

Se observó que en ambos regímenes los pacientes presentan hábitos tóxicos, siendo el hábito tóxico más destacable el hábito tabáquico tanto en el grupo de hospitalización domiciliaria como en el de hospitalización convencional. (Ver gráficos 3 y 4).

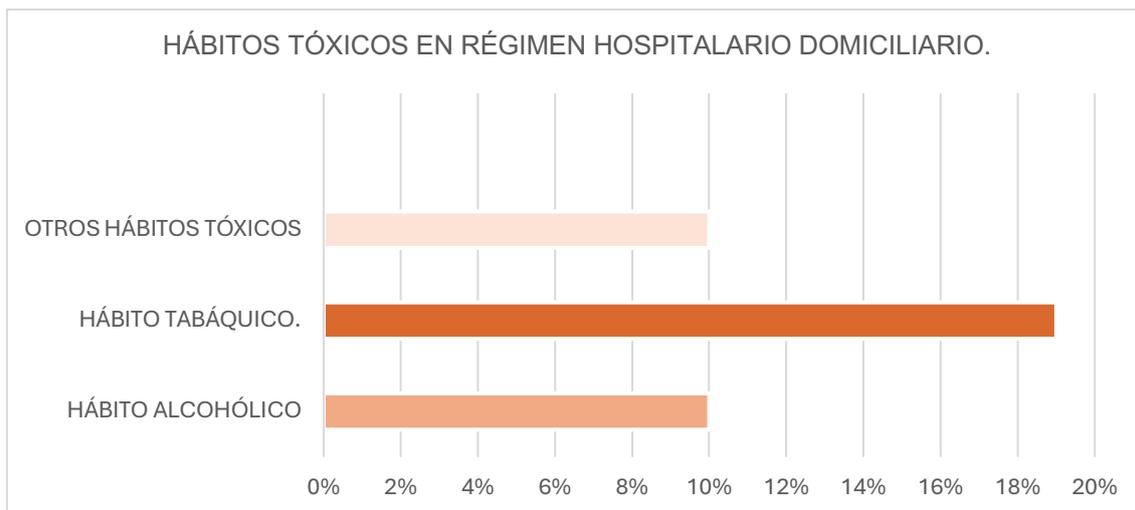


Gráfico 3. Representación de hábitos tóxicos en pacientes en régimen hospitalario domiciliario.

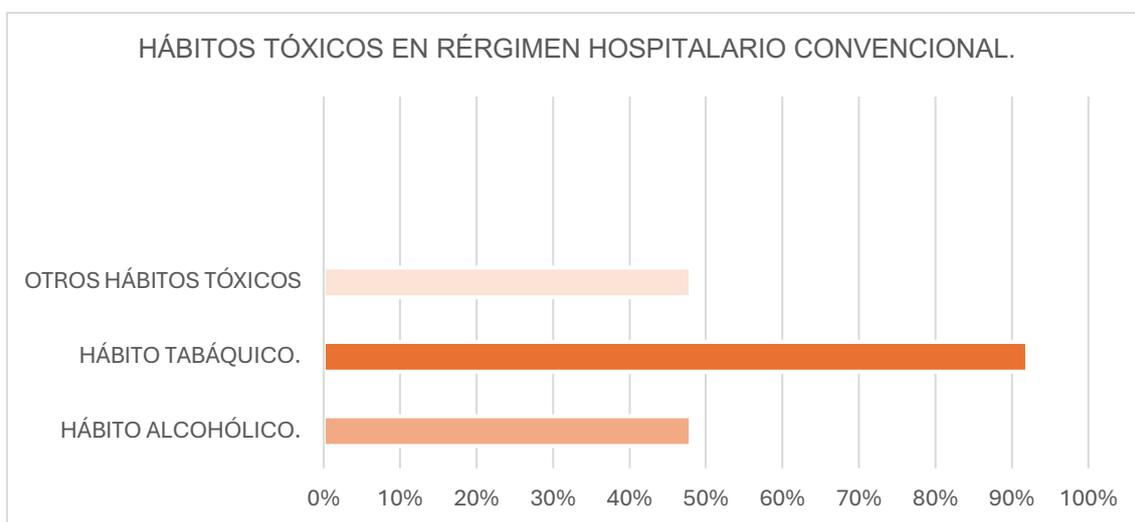


Gráfico 4. Representación de hábitos tóxicos en pacientes en régimen hospitalario convencional.

Se midieron parámetros de infección en estos pacientes tanto al inicio del tratamiento como al final de este; se utilizó la cifra de leucocitos y la cifra de PCR en cada uno de los regímenes para cada paciente.

Se obtuvo un coeficiente de Pearson de $r = 0.75$ con $p < 0.05$ entre la cifra de leucocitos y la PCR inicial, esto implica que, ambos varían de forma similar ya que ambos se elevan en la infección.

Por otro lado, se obtuvo un coeficiente de Pearson de $r = 0.85$ con $p < 0.05$ entre los leucocitos y la PCR finales, lo que significa que cuanto mayor es el número de leucocitos finales, mayor es el valor de PCR final.

Se estudió el porcentaje de pacientes que reingresó en cada régimen, según la pauta de antibiótico administrada, siendo estos régimen hospitalario domiciliario y régimen hospitalario convencional, así mismo, se evidenció que, para cada régimen, se pueden observar diferentes pautas de tratamiento antibiótico que resultan útiles en los pacientes intervenidos.

En régimen hospitalario domiciliario, la combinación de ceftriaxona y metronidazol se utilizó en un 58% de los pacientes, sin embargo, en régimen hospitalario convencional se utilizó amoxicilina clavulánico en un 60% de los pacientes, siendo estas las pautas que se administraron con mayor frecuencia en cada régimen. (Ver gráfico 4).

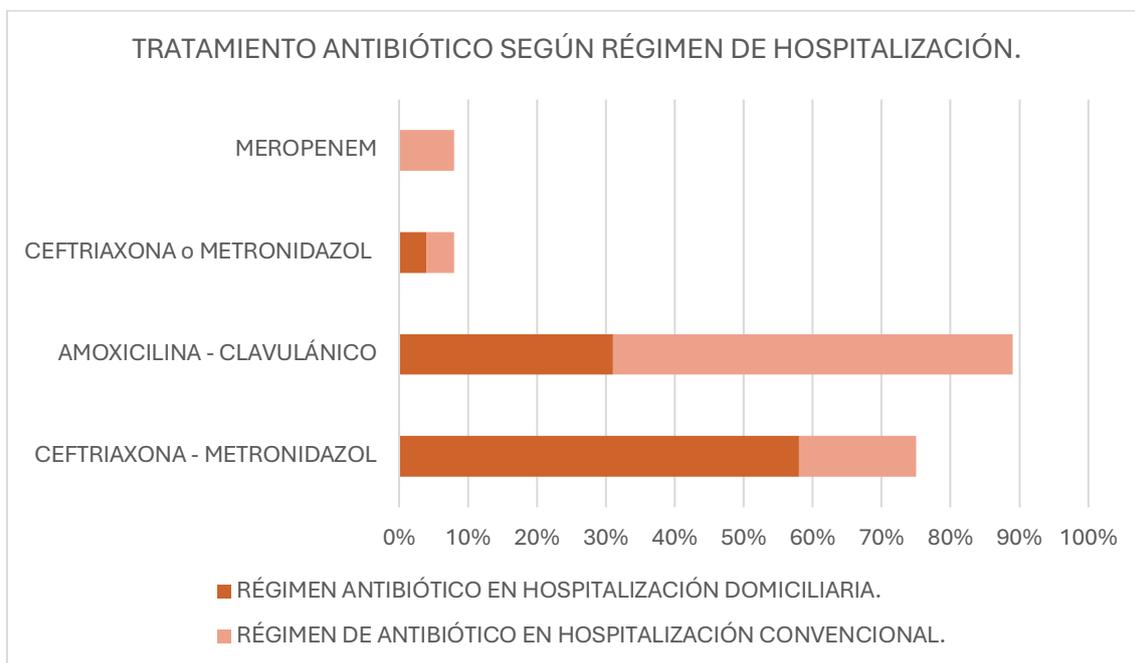


Gráfico 4. Representación del tratamiento antibiótico según régimen de hospitalización de cada paciente.

En cuanto al coste sanitario asociado a la hospitalización convencional para este subgrupo de pacientes se documentó que es tres veces superior al coste generado por su atención mediante hospitalización domiciliaria.

Las encuestas de satisfacción evidencian un elevado grado de satisfacción con la atención recibida y la percepción del manejo en domicilio (valoración 100% NPS).

De los 55 pacientes con diverticulitis aguda Neff Ib tratados en régimen de hospitalización domiciliaria, 5 pacientes precisaron ingreso hospitalario, mientras que, de los 55 pacientes tratados en régimen de hospitalización convencional, 8 requirieron reingreso hospitalario.

Se obtuvo, mediante la prueba exacta de Fisher un valor de p mayor que 0.05, lo que significa que no existen diferencias estadísticamente significativas, esto permite concluir que el ingreso hospitalario domiciliario es seguro para estos pacientes, de forma similar a lo esperado en la hipótesis.

También, se obtuvo un coeficiente de Pearson de $r = 0.75$ entre la cifra de leucocitos y la PCR inicial, con una significación estadística de p menor que 0.05, esto indica una correlación positiva entre ambas variables, también con un coeficiente de Pearson de $r = 0.85$ entre la cifra de leucocitos y la PCR final, se obtuvo una significación estadística de p menor que 0.05, lo que muestra, de nuevo, una correlación positiva entre ambas variables.

Por tanto, para ambos casos, tanto la cifra inicial como final de leucocitos y PCR tienden a aumentar o disminuir conjuntamente, aunque no de manera perfectamente exacta o proporcional.

8. DISCUSIÓN.

La diverticulitis es una complicación de la enfermedad diverticular que aparece con una prevalencia del 70% en la población de pacientes mayores de 80 años.

Es esencial en el manejo de esta entidad realizar un diagnóstico preciso del cuadro atendiendo a los criterios de selección de pacientes para realizar una clasificación adecuada y en función de esto, ofrecer el tratamiento que precise de forma segura y eficaz, optimizando los recursos disponibles.

El manejo de esta patología se ha visto modificado con el paso del tiempo y de la evidencia científica disponible.

Hasta el año 2022 en la Unidad de Proctología del Hospital Universitario de Getafe a estos pacientes se les trataba en régimen de ingreso hospitalario convencional por precisar tratamiento endovenoso, pruebas complementarias o intervencionistas. En 2023, en esta misma unidad, se puso en marcha un programa de tratamiento alternativo como es el régimen de ingreso hospitalario domiciliario para un subgrupo de pacientes seleccionados (pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada Neff 1b).

El objetivo planteado se centraba en determinar si ambos regímenes son igualmente seguros y eficaces, considerando factores como comorbilidades, hábitos tóxicos, parámetros de infección y pautas de tratamiento antibiótico en los pacientes seleccionados.

Los resultados obtenidos en este estudio responden a dicha cuestión al encontrar que no existen diferencias significativas en el número de reingresos entre ambos grupos, con un valor p mayor de 0.05, se demuestra que el ingreso hospitalario domiciliario puede ser considerado una alternativa viable al régimen hospitalario convencional para este tipo de pacientes con diverticulitis aguda complicada Neff 1b, sin comprometer la calidad del tratamiento en el paciente.

En este contexto, se observó que, aunque la incidencia fue superior en el sexo masculino, el sexo femenino tenía una mayor tasa de reingresos en ambos regímenes.

En relación con las comorbilidades, sería razonable esperar tener un mayor número de reingresos en hospitalización convencional, debido a que los pacientes candidatos a este régimen tienen mayor carga de enfermedad, tanto es así que, los pacientes con insuficiencia cardíaca, dislipemia y diabetes mellitus presentaron un mayor número de reingresos en régimen hospitalario convencional, siendo en régimen hospitalario convencional la comorbilidad más frecuente de los pacientes con reingreso la diabetes mellitus.

Se ha estudiado que tanto la insuficiencia cardíaca como la diabetes mellitus se asocian con una mayor severidad de la enfermedad, complicaciones infecciosas y una estancia hospitalaria prolongada.

Resulta esencial considerar estos aspectos para adaptar el manejo, seguimiento y régimen de ingreso de los pacientes (27,28).

Se identificó el hábito tabáquico como el hábito tóxico más prevalente entre los pacientes de ambos grupos, lo que podría representar un factor de riesgo relevante en el manejo de la diverticulitis aguda complicada.

Considerando estos resultados, un estudio de cohortes retrospectivo en Reino Unido realizado entre 2006 y 2011 encontró que el 11,2% de pacientes con diverticulitis aguda fueron readmitidos, entre los factores asociados a un mayor riesgo de admisión se incluyeron el sexo femenino, tabaquismo y comorbilidades como la insuficiencia cardíaca o dislipemia (29).

En cuanto a los parámetros de infección, los leucocitos y la PCR mostraron una fuerte correlación positiva con un coeficiente de Pearson de $r = 0.75$ para las mediciones iniciales y $r = 0.85$ para las mediciones finales, siendo $p < 0.05$, lo que confirma la utilidad de estos parámetros en la evaluación de la evolución clínica de los pacientes, puesto que proporcionan información acerca del estado

general del mismo, siendo sencilla y útil su medición para evaluar la respuesta al tratamiento y la monitorización de la evolución de la enfermedad.

Sin embargo, no deben de considerarse de manera aislada ya que no son los únicos marcadores analíticos valorables en estos pacientes (30).

Respecto a las pautas de tratamiento antibiótico (31), se observó que la combinación de ceftriaxona y metronidazol fue más utilizada en el régimen domiciliario, debido a su amplia cobertura frente a microorganismos aerobios como anaerobios y al manejo eficaz de infecciones complejas sin necesidad de ingreso prolongado presentando una buena tolerancia y facilidad de administración, así como la compatibilidad con las premisas de los sistemas de hospitalización domiciliaria, mientras que amoxicilina clavulánico fue la cobertura antibiótica de elección en el régimen convencional por presentar una elevada eficacia en infecciones polimicrobianas y tener un perfil farmacocinético y farmacodinámico que permite su empleo tanto en monoterapia como en combinación con otros antimicrobianos permitiendo el ajuste de dosificación adaptable a las características del estado del paciente.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con otros trabajos que han examinado la efectividad de la hospitalización domiciliaria en comparación con la convencional (32).

Son varios los estudios previos que han sugerido que la hospitalización domiciliaria puede ser una alternativa viable y segura para los pacientes con enfermedades agudas, especialmente cuando no hay complicaciones graves.

En cuanto al coste sanitario asociado a la hospitalización convencional para este subgrupo de pacientes, se documentó que dicho modelo asistencial supone, en nuestra área, un gasto tres veces superior al generado por su atención en régimen de hospitalización domiciliaria. Este dato refuerza la evidencia disponible sobre la eficiencia económica de los modelos asistenciales alternativos, particularmente en contextos en los que no se compromete la seguridad ni la calidad del cuidado.

Asimismo, los resultados obtenidos a partir de las encuestas de satisfacción evidencian un elevado grado de aceptación y valoración positiva por parte de los pacientes, alcanzando un Net Promoter Score (NPS) del 100 %, entendiendo la utilidad de este como herramienta para medir la experiencia de nuestros pacientes y la probabilidad de recomendación del servicio.

Se establece una clasificación siendo la puntuación de 0 a 10 puntos: los promotores (9-10) son los pacientes más satisfechos y leales, los pasivos (7-8) son pacientes neutrales y no recomiendan activamente el servicio, y los detractores (0-6) son pacientes insatisfechos.

Por tanto, un NPS del 100% indica, no solo una alta satisfacción con la atención recibida, sino también una percepción muy favorable del manejo en el entorno domiciliario (33).

Teniendo en cuenta que el estudio es retrospectivo y la información se ha recogido de historias clínicas, puede ser una limitación que en alguna de ellas falten datos.

Este estudio presenta varias fortalezas que contribuyen a la validez y relevancia de los resultados obtenidos, pues se incluyó un número de pacientes adecuado, que permitió obtener resultados para evidenciar la ausencia de diferencias significativas entre ambos regímenes hospitalización domiciliaria y hospitalización convencional, garantizando la validez estadística de los hallazgos.

No fue necesario excluir a ningún paciente, ya que todos cumplieron los criterios de inclusión y ninguno presentó criterios de exclusión, lo que asegura una muestra representativa para el estudio.

Además, el enfoque multidimensional, que considera no sólo la tasa de reingreso, sino también comorbilidades, hábitos tóxicos, parámetros de infección y antibióticos, proporcionando una visión integral de los factores que pueden influir en los resultados.

El principal aporte de este estudio radica en la evidencia que respalda la seguridad y eficacia de la hospitalización domiciliaria como opción para pacientes con diverticulitis aguda complicada Neff 1b, sugiriendo que ambos regímenes, domiciliario y convencional, son equivalentes en términos de reingresos y resultados clínicos cuando son aplicados a nuestra población.

Este hallazgo es relevante tanto para optimizar recursos hospitalarios como para ofrecer una alternativa menos invasiva en los pacientes seleccionados que puedan beneficiarse de este tipo de tratamiento (34).

El resultado favorable, podría soportar en el futuro próximo la puesta en marcha del régimen de hospitalización domiciliaria en pacientes con diverticulitis aguda complicada Neff 1b con abscesos superiores a 2 cm que precisen drenaje percutáneo.

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones tanto para la práctica clínica como para la investigación futura.

En el ámbito clínico, permite considerar el régimen de hospitalización domiciliaria como una opción viable para los pacientes con diverticulitis aguda complicada, especialmente si se pueden controlar adecuadamente las comorbilidades y las complicaciones durante el seguimiento, permitiendo reducir la saturación de los hospitales, el coste sanitario y exaltando la optimización de recursos.

En futuras investigaciones, sería útil realizar estudios con mayor tamaño muestral y de mayor diversidad para evaluar la aplicabilidad de estos resultados en diferentes poblaciones.

Se sugiere realizar estudios prospectivos multicéntricos que incluyan una muestra más amplia y diversa de pacientes, con seguimiento a largo plazo para evaluar las consecuencias a largo plazo del reingreso domiciliario.

Además, sería valioso investigar otras variables que puedan influir en la efectividad del tratamiento, así como la presencia de complicaciones graves al ingreso o el cumplimiento de las pautas de tratamiento antibiótico.

9. CONCLUSIONES.

En la evaluación de 110 pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda complicada Neff Ib, tratados en régimen de hospitalización domiciliaria en el año 2023 y los pacientes sometidos a hospitalización convencional en el año 2022 en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Getafe, se muestra que ambos regímenes son igualmente seguros y eficaces para el manejo de estos pacientes.

La ausencia de diferencias estadísticamente significativas en el número de reingresos entre ambos grupos, sustentada por un valor p mayor de 0.05, demuestra que el ingreso domiciliario puede ser considerado una alternativa viable al régimen convencional en este subgrupo de pacientes sin comprometer la calidad del tratamiento.

La hospitalización domiciliaria por tanto emerge como una opción viable y segura, permitiendo un manejo más flexible y adaptado a las necesidades individuales, con la posibilidad de mejorar la calidad de vida del paciente y optimizar los sistemas de atención sanitaria consiguiendo una reducción de los costes.

10. BIBLIOGRAFÍA.

1. Capitán del Río I, Capitán Vallvey J. Enfermedad diverticular: definición, clasificación y etiopatogenia. *Cirugía Andaluza*. 2021;32(4): 123 - 135.
2. Tursi A, Scarpignato C, Strate LL, Lanas A, Kruis W, Lahat A, et al. Colonic diverticular disease. Vol. 6, *Nature Reviews Disease Primers*. 2020; 6: 1 - 12.
3. Strate LL, Morris AM. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. Vol. 156, *Gastroenterology*. 2019; 156 (4): 1282 - 1298.
4. Gunby SA, Ma W, Levy MJ, Giovannucci EL, Chan AT, Strate LL. Smoking and Alcohol Consumption and Risk of Incident Diverticulitis in Women. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2024;22(5): 987 - 995.
5. Szuster Benavides M, Muñoz Vargas B, Ulloa Velásquez LF. Generalidades de la diverticulitis aguda. *Revista Medica Sinergia*. 2022;7(8): 45 - 52.
6. Vázquez SK, Peirón CU, Martín NG. Diverticular disease. *Medicine (Spain)*. 2024;14(4): 123 - 130.
7. Cohan JN, Horns JJ, Hanson HA, Allen-Brady K, Kieffer MC, Huang LC, et al. The Association Between Family History and Diverticulitis Recurrence: A Population-Based Study. *Dis Colon Rectum*. 2023;66(2): 123 - 130.
8. De Roo AC, Chen Y, Du X, Handelman S, Byrnes M, Regenbogen SE, et al. Polygenic Risk Prediction in Diverticulitis. *Ann Surg*. 2023;277(6): 123 - 132.
9. Feuerstein JD, Falchuk KR. Diverticulosis and Diverticulitis. Vol. 91, *Mayo Clinic Proceedings*. 2016; 91 (10): 1492 - 1503.
10. Meara MP, Alexander CM. Emergency Presentations of Diverticulitis. Vol. 98, *Surgical Clinics of North America*. 2018; 98 (3): 453 - 467.
11. Drew ZJ, Chakrabarty S, Malghan R. Complicated appendicular diverticulitis. *J Med Radiat Sci*. 2022;69(3): 120 - 132.
12. Roccatagliata ND, Rodríguez LD, Guardo L, Larrañaga VN, Espil G, Vallejos J. Revisión de la clasificación de Hinchey (diverticulitis) y su correlación terapéutica. *Revista Argentina de Radiología / Argentinian Journal of Radiology*. 2020;84(04): 112 - 122.
13. Cremonini C, Biloslavo A, Robustelli V, Giannessi S, Del Monte SR, Mastronardi M, et al. What are the differences between the three most used classifications for acute colonic diverticulitis? A comparative multicenter study. En: *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2024; 1 (1): 1 - 10.
14. López LM, Clotet F, Aracil XS, Ortega NM, Soto SN, López M. Aplicación de la clasificación de Neff modificada en el manejo de la diverticulitis aguda. *Dig*. 2017;109 (5109): 120 - 130.
15. Iglesias ME, Llamas Alonso C, Mazo DM, Arias Rodríguez P. CLASIFICANDO LA DIVERTICULITIS AGUDA: ESCALA DE WSES. *Cirugía Española*. 2020; 98 (2): 120 - 125.
16. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management

- of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. Vol. 15, World Journal of Emergency Surgery. 2020; 15: 1 – 10.
17. Encina A, Antonio J, Sánchez G, Sánchez O, Órtiz Á, Aceituno R, et al. Cirugía Española [Internet]. Vol. 101, CIR ESP. 2023; 101: 1120 – 124. Disponible en: www.elsevier.es/cirugiaP-364-
 18. Diagnóstico y manejo de la diverticulitis aguda complicada: una revisión de las estrategias y recomendaciones actuales. Revista Ocronos. 2023; 1: 1- 10.
 19. Martínez Pérez C, García Coret MJ, Villalba Ferrer F. La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. Rev Cir (Mex). 2021;73(3): 120 - 126.
 20. Cascante Gutiérrez A, Arriola Gutiérrez J, Castillo Arias R. Actualización sobre fisiopatología y manejo inicial de diverticulitis aguda. Revista Medica Sinergia. 2022;7(9): 110 - 120.
 21. Sánchez Gollarte A, Alvarado Hurtado R, Vera Mansilla C, Mendoza Moreno F, Díez Alonso M, García-Moreno Nisa F. Tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada. Acta Gastroenterol Latinoam. 2020;50(4): 125 -130.
 22. Tochigi T, Kosugi C, Shuto K, Mori M, Hirano A, Koda K. Management of complicated diverticulitis of the colon. Vol. 2, Annals of Gastroenterological Surgery. 2018; 2 (1): 1 - 10.
 23. Williamson AJH, Cain BT, Hoggan TJ, Larsen MW, Kimball ER, Bloomquist K, et al. Challenges and Opportunities in the Elective Management of Diverticulitis: Perspectives From a National Sample of Colorectal Surgeons. Dis Colon Rectum. 2024;67(2).
 24. Protocolo UHD - Diverticulitis.
 25. Veleiro IN, Bermúdez JRA, López FF, Abad CB, Buela IG, Benito JF, et al. 310 - MANEJO DE LAS DIVERTICULITIS AGUDAS COMPLICADAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. Rev Clin Esp. 2023;223.
 26. Solé G. Cirugía Española O-205-PROTOCOLIZACIÓN DE LA DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA [Internet]. 2024. Disponible en: www.elsevier.es/cirugia
 27. Cologne KG, Skiada D, Beale E, Inaba K, Senagore AJ, Demetriades D. Effects of diabetes mellitus in patients presenting with diverticulitis. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. marzo de 2014;76(3):704-9.
 28. Sheer AJ, Heckman JE, Schneider EB, Wu AW, Segal JB, Feinberg R, et al. Congestive Heart Failure and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Predict Poor Surgical Outcomes in Older Adults Undergoing Elective Diverticulitis Surgery. Dis Colon Rectum. noviembre de 2011;54(11):1430-1435.
 29. Mehta D, Saha A, Chawla L, Siddiqui MT, Kaur S, Pandya D, et al. National Landscape of Unplanned 30-Day Readmission Rates for Acute Non-hemorrhagic Diverticulitis: Insight from National Readmission Database. Dig Dis Sci. 1 de abril de 2021;66(4):1009-1021.
 30. Aydın SM, Ünal Y, Başpınar A, Altın S, Bezirci R, Cebeci E, et al. The role of infectious parameters in the early prediction of

- complicated colonic diverticulitis. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*. 2024;30(1).
31. Guirao X, Arias J, Ma Badía J, García-Rodríguez JA, Mensa J, Álvarez-Lerma F, et al. Recomendaciones en el tratamiento antibiótico empírico de la infección intraabdominal. *Cir Esp*. 2010;87(2):63-81.
 32. Veleiro IN, Bermúdez JRA, López FF, Abad CB, Buela IG, Benito JF, et al. 310 - MANEJO DE LAS DIVERTICULITIS AGUDAS COMPLICADAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. *Rev Clin Esp*. 2023;223 (1): 145 - 150.
 33. Carneros J, Polaina R, Manuel J, Vázquez M, Rubio V, Bocanegra G, et al. Cirugía Española P-447-IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS DE MANEJO DE DIVERTICULITIS AGUDA NEFF I EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA [Internet]. 2024. Disponible en: www.elsevier.es/cirugia
 34. Baquero A. Net Promoter Score (NPS) and Customer Satisfaction: Relationship and Efficient Management. *Sustainability (Switzerland)*. 2022;14(4).

11. ANEXOS.

ANEXO 1:

- El estudiante y su tutor se comprometen a conocer y cumplir la normativa reguladora en materia de protección de datos de carácter personal. En concreto, declaran haber leído y comprendido Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27/04/2016, así como el resto de normativa de desarrollo, y las previsiones al respecto contempladas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- El estudiante y su tutor se comprometen a mantener absoluta confidencialidad y reserva sobre cualquier dato que pudiera conocer con ocasión de la realización del trabajo, especialmente los de carácter personal, que no podrá copiar o utilizar con fin distinto al que esté determinado, ni tampoco ceder a otros ni siquiera a efectos de conservación. Esta obligación subsistirá una vez cumplido el periodo de Tempo para el que se le haya autorizado el acceso. así como a no realizar ninguna actividad de reidentificación de los mismos, salvo que se aprecie la existencia de un peligro real y concreto para la seguridad o salud de una persona o grupo de personas, o una amenaza grave para sus derechos o sea necesaria para garantizar una adecuada asistencia sanitaria.

- El estudiante declara haber leído y se compromete a conocer y cumplir la “Política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid”, publicado en la Orden 491/2013, de 27 de

junio y todas las políticas, normas y procedimientos de la CSCM y o el Hospital que emanen del citado código.

ANEXO 2: TABLA DE VARIABLES.

| VARIABLE PRINCIPAL. | TIPO DE VARIABLE. | CATEGORÍA. | EXPLICACIÓN. |
|--|-------------------------|-----------------------|--|
| REINGRESO. | CUALITATIVA DICOTÓMICA. | SÍ/NO. | Pacientes que reingresan en régimen hospitalario domiciliario y convencional. |
| VARIABLES SECUNDARIAS. | TIPO DE VARIABLE. | CATEGORÍA. | EXPLICACIÓN. |
| EDAD. | CUANTITATIVA DISCRETA. | AÑOS. | |
| SEXO. | CUALITATIVA NOMINAL. | VARÓN/MUJER. | |
| ENFERMEDADES PREVIAS. | CUALITATIVA DICOTÓMICA. | SÍ/NO. | Pacientes con FRCV, DM o dislipemia, entre las enfermedades más prevalentes. Pacientes con enfermedades crónicas. |
| TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO. | CUALITATIVA DICOTÓMICA. | SÍ/NO. | |
| TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN RÉGIMEN HOSPITALARIO DOMICILIARIO. | CUALITATIVA NOMINAL. | PAUTA DE ANTIBIÓTICO. | |
| TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN RÉGIMEN HOSPITALARIO CONVENCIONAL. | CUALITATIVA NOMINAL. | PAUTA DE ANTIBIÓTICO. | |
| HÁBITOS TÓXICOS. | CUALITATIVA DICOTÓMICA. | SÍ/NO. | Paciente consumidor de alcohol, tabaco u otras drogas. |
| TIEMPO DE SEGUIMIENTO. | CUANTITATIVA DISCRETA. | MESES. | Pacientes intervenidos necesitaran un tiempo de seguimiento para ver la evolución del tratamiento aplicado. Entre 6 – 12 meses. |
| INFECCIÓN. | CUALITATIVA DICOTÓMICA. | SÍ/NO. | Pacientes con alteraciones analíticas en bioquímica, coagulación o hemograma (leucocitosis), también otras pruebas diagnósticas como cultivo que demuestre presencia de infección o PCR. |
| REINGRESO EN RÉGIMEN HOSPITALARIO DOMICILIARIO. | CUALITATIVA DICOTÓMICA. | SÍ/NO. | Pacientes que han reingresado siendo candidatos a régimen hospitalario domiciliario. |
| REINGRESO EN RÉGIMEN HOSPITALARIO CONVENCIONAL. | CUALITATIVA DICOTÓMICA. | SÍ/NO. | Pacientes que han reingresado siendo candidatos a régimen hospitalario convencional. |
| GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON NPS (NET PROMOTER SCORE). | CUANTITATIVA DISCRETA. | 0 - 10. | Pacientes con diverticulitis aguda complicada Neff 1b intervenidos en el Hospital Universitario de Getafe tratados en régimen de hospitalización domiciliaria. |

ANEXO 3: INFORME FAVORABLE DEL CEIm.

**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS
(CEIm) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE**

D. Óscar Peñuelas Rodríguez, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario de Getafe

CERTIFICA:

Que ha sido revisada la documentación presentada por la Investigadora principal Dña. María José Sánchez Buendía, alumna de la Facultad de Medicina de la Universidad Europea de Madrid, en la que se incluyen los cambios solicitados en el informe favorable condicionado, emitido por el CEIm de este Hospital, en la reunión que tuvo lugar el día jueves, 09 de octubre de 2024 (A09/24), en relación a la evaluación del Trabajo fin de Grado titulado: "**Seguridad en la implantación del programa de régimen de hospitalización domiciliaria para pacientes con diverticulitis aguda complicada en el Hospital Universitario de Getafe**".

- **Protocolo:** Versión 1.0, 14/09/2024

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.

Por ello, este Comité emite **Informe Favorable** sobre la realización de dicho Trabajo fin de Grado a, Dña. María José Sánchez Buendía, alumna del Grado Medicina de la Universidad Europea de Madrid, como Investigadora principal y cuya tutora es la Dra. Virginia Jiménez Careros, del servicio de Cirugía general y digestivo de nuestro centro.

Lo que firmo en Getafe, a 29 de octubre de 2024.



Fdo.: D. Óscar Peñuelas Rodríguez
Presidente del CEIm
Hospital Universitario de Getafe