Revista Clínica Española xxx (xxxx) 502280

Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce

DOCUMENTO DE CONSENSO

Resumen ejecutivo del documento de consenso sobre el tratamiento domiciliario de la embolia pulmonar

L. Ordieres Ortega[a,*], J.L. Modesto dos Santos[b], P. Parra Caballero[c], T. Soriano Sánchez[d], C. Sánchez del Hoyo[e], E. Coloma Bazán[f], M. Anta Fernández[g] y M. Martín del Pozo[h]

[a] *Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; Universidad Complutense de Madrid, Fundación de Investigación Gregorio Marañón, Madrid, España*
[b] *Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, Navarra, España*
[c] *Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*
[d] *Servicio de Hospitalización a Domicilio, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España*
[e] *Servicio de Medicina Interna, Hospital de Medina del Campo, Valladolid, España*
[f] *Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España*
[g] *Servicio de Hospitalización a Domicilio., Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España*
[h] *Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Sofía, Madrid, España*

Recibido el 12 de septiembre de 2024; aceptado el 26 de febrero de 2025

PALABRAS CLAVE
Embolia pulmonar;
Hospitalización a domicilio;
Enfermedad tromboembólica venosa

Resumen
Introducción: La hospitalización a domicilio (HaD) es una modalidad de asistencia segura que reduce costes y riesgos en comparación con la hospitalización convencional. La evidencia apoya la seguridad del manejo ambulatorio en los pacientes con embolia pulmonar (EP).
Objetivos y métodos: Protocolizar la identificación y el manejo clínico de los pacientes con EP candidatos a manejo en régimen de HaD. Este documento ha sido elaborado de forma conjunta entre el Grupo de Enfermedad Tromboembólica Venosa y el Grupo de Hospitalización a Domicilio de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).
Resultados: Se consideraron un total de 44 declaraciones. Se realizaron votaciones mediante una escala de Likert. Un total de 39 recomendaciones alcanzaron consenso.
Conclusiones: Los grupos de trabajo de ETV y HaD de la SEMI recomiendan valorar el tratamiento domiciliario de la EP en los pacientes con bajo riesgo de complicaciones.
© 2025 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lucia.oomere@gmail.com (L. Ordieres Ortega).

https://doi.org/10.1016/j.rce.2025.502280
0014-2565/© 2025 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Cómo citar este artículo: L. Ordieres Ortega, J.L. Modesto dos Santos, P. Parra Caballero et al., Resumen ejecutivo del documento de consenso sobre el tratamiento domiciliario de la embolia pulmonar, Revista Clínica Española, https://doi.org/10.1016/j.rce.2025.502280

KEYWORDS
Pulmonary embolism;
Home hospitalization;
Venous thromboembolic disease

Executive summary of the consensus document on home care treatment of pulmonary embolism

Abstract
Introduction: Home hospitalisation (HH) is a safe care modality that reduces costs and risks compared to conventional hospitalisation. Evidence supports the safety of outpatient management in patients with pulmonary embolism (PE).
Objectives and methods: To establish a protocol for the identification and clinical management of patients with PE who are candidates for HH management. This document has been prepared jointly by the Venous Thromboembolic Disease Group (VTD) and the Home Hospitalisation Group (HH) of the Spanish Society of Internal Medicine (SEMI).
Results: A total of 44 statements were considered. Voting was carried out using a Likert scale. A total of 39 recommendations reached consensus.
Conclusions: The SEMI VTD and HH working groups recommend evaluating home treatment of PE in patients with a low risk of complications.
© 2025 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) supone más de medio millón de muertes anuales en Europa[1], y es la tercera causa de enfermedad cardiovascular[2]. La tasa de incidencia anual de la embolia pulmonar (EP) se estima en torno a 1/1.000 personas, aumentando de forma proporcional con la edad[3].

La EP es responsable de unas 300.000 muertes al año en EE. UU. y más de 370.000 en Europa[3], aunque se observa una disminución progresiva en los últimos años, debido a mejores medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, la mortalidad varía según las características de los pacientes y del propio evento trombótico. De ello se deriva la enorme importancia de la estratificación temprana del riesgo de complicaciones y mortalidad, siendo esta menor en aquellos pacientes sin disfunción del ventrículo cardiaco derecho[1].

Sin embargo, existen casos de bajo riesgo de complicaciones, principalmente aquellos sin afectación de cavidades derechas ni compromiso hemodinámico. Las estrategias de estratificación del riesgo en los pacientes con EP permiten seleccionar a aquellos pacientes con bajo riesgo de complicaciones en los que se podría considerar el manejo ambulatorio[4], lo que resulta además costoefectivo comparado con la hospitalización convencional, de acuerdo con la literatura[2].

Distintos autores han sugerido la posibilidad del tratamiento ambulatorio de los pacientes estratificados como de bajo riesgo según la escala Hestia o la escala *Pulmonary Embolism Severity Index* simplificada (sPESI)[2,5], y la evidencia apoya la seguridad del manejo en domicilio de los pacientes con EP[1,2,4]. No obstante, no se dispone de evidencia sólida en cuanto al manejo en hospitalización a domicilio (HaD) de la EP, si bien múltiples autores han mostrado la eficacia y seguridad de estas unidades en el tratamiento de otras enfermedades[6,7]. Los pacientes deben cumplir una serie de criterios generales para su ingreso en estas unidades (tabla 1). El manejo domiciliario de la EP, además de ser seguro en los pacientes con bajo riesgo de complicaciones, permitiría reducir los costes relacionados con la hospitalización convencional, evitar los riesgos asociados a la misma y mejorar la satisfacción de los pacientes[8].

El desarrollo de protocolos terapéuticos con el fin de estandarizar la práctica clínica respecto a la atención domiciliaria de los pacientes con EP de bajo riesgo, así como de evaluar científica y objetivamente sus resultados, debe servir de instrumento de consenso cuya implantación reducirá las diferencias en los resultados de salud y en el aprovechamiento de los recursos de nuestro medio.

El objetivo principal del presente documento es aportar recomendaciones que permitan la identificación y manejo clínico de los pacientes con EP candidatos a manejo en régimen de HaD, facilitando la toma de decisiones a los profesionales implicados en la atención de estos pacientes en un área con escasa evidencia sólida disponible.

Metodología

Este documento ha sido elaborado de forma conjunta entre el Grupo de Enfermedad Tromboembólica Venosa y el Grupo de Hospitalización a Domicilio de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). El comité se reclutó entre los distintos internistas que forman parte de estos grupos de trabajo, mediante adscripción voluntaria. El comité fue responsable tanto de elaborar las preguntas como de sus respuestas.

Se realizó una primera reunión *online* a través de la plataforma Microsoft Teams®, en la que se establecieron las líneas de actuación.

Para ello, se consultaron inicialmente las recomendaciones de las guías internacionales. Se realizó una búsqueda bibliográfica extensa en MEDLINE empleando las palabras clave *hospital at home* y *pulmonary embolism*, seleccionando únicamente artículos en inglés, francés o español. De esta revisión de la literatura se extrajeron puntos de conflicto o de insuficiente evidencia.

Tabla 1 Criterios generales de inclusión y exclusión para valorar el ingreso en las unidades de hospitalización a domicilio

Criterios de inclusión generales para ingreso en hospitalización a domicilio	Criterios de exclusión generales para ingreso en hospitalización a domicilio
Aceptación del ingreso por parte del paciente y cuidadores principales.	Rechazo de ingreso por parte del paciente o cuidadores principales.
Estabilidad clínica.	Paciente hemodinámicamente inestable.
Existencia de cuidador principal en el domicilio.	Paciente con muy elevado riesgo de complicaciones inmediatas.
Residencia habitual en el área de cobertura.	Residencia fuera del área de cobertura.
Disponibilidad de contacto telefónico.	Situación sociofamiliar inadecuada.
Situación sociosanitaria que permita el ingreso.	

Se redactó, a partir de ello, un borrador estableciendo los puntos de interés y controversia en cada aspecto, con un total de 44 propuestas iniciales, y se creó una encuesta a través de la plataforma Google Forms® en la que los investigadores votaron de forma confidencial. Esto se llevó a cabo mediante una escala de votación validada de Likert: 1-3 (totalmente en desacuerdo), 4-6 (neutro) y 7-9 (totalmente de acuerdo). Ante la ausencia de evidencia sólida sobre la que basar los ítems, se estableció un punto de corte del 75% de acuerdo para alcanzar consenso, de forma que se obtuvieran recomendaciones con un alto nivel de acuerdo.

Con ello, se llevó a cabo una segunda reunión en la que se pusieron en común los puntos en los que se había alcanzado consenso. Los indicadores que alcanzaron el nivel de «casi consenso» (entre el 70-80%) fueron revisadas para determinar si debían modificarse u omitirse por completo. Finalmente se desecharon 5 propuestas y se reformularon 8, realizando una segunda votación *online* en la que se eliminó una propuesta y se reformularon 4 propuestas. Por último, se realizó una votación final para confirmar el consenso alcanzado en cada una de las propuestas definitivas. Las propuestas aceptadas y rechazadas se encuentran disponibles en los anexos 1 y 2 del material suplementario, respectivamente.

El texto siguiente se basa en las 38 recomendaciones en las que finalmente se alcanzó consenso entre todos los investigadores. La lista de declaraciones aceptadas se puede encontrar en el anexo 1 del material suplementario, junto con el nivel de consenso alcanzado en cada una de ellas.

Resultados

Las puntuaciones obtenidas en cada apartado del consenso se encuentran disponibles en el anexo 1 del material suplementario.

Selección de los pacientes candidatos a hospitalización a domicilio

En la actualidad no se dispone de evidencia acerca del tipo de paciente más adecuado para el ingreso en HaD. Este comité sugiere las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda que los pacientes con EP en los que se plantee traslado a HaD cumplan los criterios generales de ingreso en HaD (tabla 1) y estén adecuadamente estratificados según las escalas Hestia o sPESI (tabla 2).
- Todos los pacientes en los que se contemple la posibilidad de HaD deben cumplir al menos los criterios siguientes: bajo riesgo de muerte precoz o complicaciones graves secundarias a la EP, ausencia de comorbilidad grave que requiera su hospitalización y posibilidad de tratamiento adecuado fuera del centro hospitalario.
- Los pacientes con EP de bajo riesgo según la escala sPESI pueden ser candidatos a manejo fuera del centro hospitalario en ausencia de contraindicaciones relativas. En el estudio HOME-PE se incluye a los pacientes con puntuación igual a 0 en las escalas sPESI o Hestia, siendo ambas igual de válidas y seguras para seleccionar a estos pacientes[4].
- Los pacientes con un valor de sPESI igual a 0 presentan una baja mortalidad, por lo que podrían ser candidatos a manejo ambulatorio (sin necesidad de seguimiento hospitalario), recomendándose priorizar el mismo frente al ingreso hospitalario[9]. No obstante, aquellos que requieran vigilancia de comorbilidades o cuadros clínicos asociados podrían beneficiarse también de la asistencia en HaD. La trombosis asociada a cáncer, especialmente en casos incidentales, no debería suponer una contraindicación absoluta para el manejo ambulatorio[9].
- En pacientes con EP aguda, la escala sPESI y la escala Hestia no mostraron diferencias a la hora de seleccionar los pacientes que podrían no requerir ingreso hospitalario. La escala Hestia podría identificar a los pacientes con EP que no precisarían ingreso en el centro hospitalario, independientemente de la afectación del ventrículo derecho[10]. Sin embargo, se recomienda asociar el juicio clínico del médico que valora al paciente[4,5].
- La taquicardia podría indicar los pacientes con necesidad de vigilancia estrecha, encontrándose peor pronóstico por encima de los 100 lpm, por lo que se sugiere utilizar dicho punto de corte para detectar los pacientes con posibilidad de complicaciones a corto plazo[11].
- La selección de pacientes debería considerar, además, su riesgo hemorrágico. Existen múltiples escalas para identificar a pacientes con alto riesgo de sangrado en la ETV, pero con escasa validación. Las guías ACPP y el score VTE-BLEED parecen ser las más precisas a la hora de identificar los pacientes con bajo riesgo hemorrágico y potencial para anticoagulación a largo plazo[12].
- El juicio clínico es fundamental a la hora de seleccionar adecuadamente a los pacientes con EP aguda candidatos a HaD. Las recomendaciones aportadas en el presente

Tabla 2 Escalas de estratificación de riesgo en la embolia pulmonar

Escala sPESI	Escala Hestia
Edad > 80 años.	Inestabilidad hemodinámica (PAS < 100 mmHg).
Cáncer.	Necesidad de trombolisis/trombectomía.
Enfermedad cardiopulmonar.	Sangrado o alto riesgo de sangrado (contraindicación para anticoagulación, coagulopatía, TIH...)
Frecuencia cardiaca ≥ lpm.	Necesidad de oxigenoterapia para saturación > 90%.
PAS < 100 mmHg.	EP a pesar de anticoagulación.
Saturación de oxígeno < 90%.	Embarazo.
	Fallo hepático severo.
	Necesidad de analgesia intravenosa por dolor mal controlado.
	Necesidad de tratamiento hospitalario por otros motivos, médicos o sociales.

En caso de presentar una respuesta afirmativa para alguno de los ítems en la escala sPESI o la escala Hestia, no se considerará EP de bajo riesgo.
EP: embolia pulmonar; PAS: presión arterial sistólica; TIH: trombocitopenia inducida por heparina.

documento son genéricas, siendo necesario individualizar en cada paciente según el juicio de cada profesional, priorizando, ante todo, la seguridad del paciente.

Por tanto, se sugiere valorar la HaD en los pacientes que cumplan todos los siguientes criterios:

- Que cumplan criterios de ingreso en la HaD, incluyendo aceptación por parte del paciente y sus cuidadores.
- Bajo riesgo hemorrágico y ausencia de hemorragia activa.
- Que presenten uno de los cuadros siguientes:
- EP de bajo riesgo y necesidad de vigilancia por comorbilidad o cuadros clínicos asociados.
- EP de riesgo intermedio bajo definido como sPESI > 0, pero con ausencia de disfunción ventricular por imagen o marcadores cardiacos y ausencia de taquicardia > 100 lpm. En los pacientes con EP de riesgo intermedio bajo y sPESI = 1 por elevación de troponinas, se recomienda vigilancia hospitalaria de 24-48 h antes de valorar la HaD. En estos casos, se aconseja individualizar siguiendo el juicio clínico del personal sanitario (fig. 1).

Estudios complementarios

A realizar en urgencias

El pilar fundamental de la selección del paciente con EP candidato a ingreso en HaD es la seguridad del paciente. Por este motivo, es clave estratificar el riesgo por escalas validadas y descartar posibles complicaciones previsibles.

Se recomienda realizar una analítica al diagnóstico con marcadores de disfunción cardiaca (troponina y BNP/NT-proBNP), así como bioquímica con función renal y hepática, hemograma y coagulación. Esto permitirá la correcta estratificación del riesgo de la EP, así como la adecuación del tratamiento y la vigilancia de posibles complicaciones asociadas.

Se debe realizar un electrocardiograma al diagnóstico. Además, se recomienda pesar al paciente de cara al ajuste correcto de la dosis de anticoagulación.

En los pacientes con sospecha clínica de trombosis venosa profunda (TVP), especialmente a nivel proximal, se recomienda realización de ecografía de miembros inferiores en urgencias.

A realizar en hospitalización a domicilio

Se sugiere realizar analítica de control durante el ingreso en HaD para vigilancia de hemostasia, plaquetas y/o función renal, a criterio de su médico responsable y según la evolución del paciente. No es necesario el control evolutivo rutinario de los marcadores cardiacos.

Si bien la incorporación de ecografía de miembros inferiores a la escala sPESI no parece mejorar la estratificación en los pacientes de bajo riesgo[11], puede resultar útil para definir la situación del sistema venoso de cara a la posible aparición de complicaciones en el seguimiento. En aquellos pacientes en los que no se hubiera realizado antes del ingreso en HaD, se recomienda la ecografía sistemática de miembros inferiores durante el mismo, incluso en los pacientes asintomáticos.

Papel del ecocardiografía transtorácica y momento de realización

La realización de ecocardiografía transtorácica (ETT) o ecocardioscopia en los pacientes con EP de bajo o muy bajo riesgo no está indicada de manera rutinaria dada la baja mortalidad a 30 días[11]. En estos pacientes, podría ser suficiente descartar afectación cardiaca en el TC de diagnóstico.

Se recomienda realizar ETT o ecocardioscopia en los pacientes con elevación de troponinas como dato de disfunción de VD, ya que la disfunción ecográfica del VD se asocia a un mayor riesgo de complicaciones precoces, incluyendo mortalidad por todas las causas y eventos adversos relacionados con la EP en los pacientes hemodinámicamente estables[13]. Esto debería realizarse antes del traslado a HaD, recomendando vigilancia hospitalaria durante al menos 24-48 h.

Tratamiento de los pacientes con embolia pulmonar ingresados en hospitalización a domicilio

El tratamiento farmacológico de los pacientes con EP ingresados en HaD sigue las mismas normas que el resto de pacientes con EP.

Se debe iniciar anticoagulación a dosis plenas en todos los pacientes con EP ingresados en HaD en los que el riesgo hemorrágico lo permita. Su objetivo es reducir la mortali-

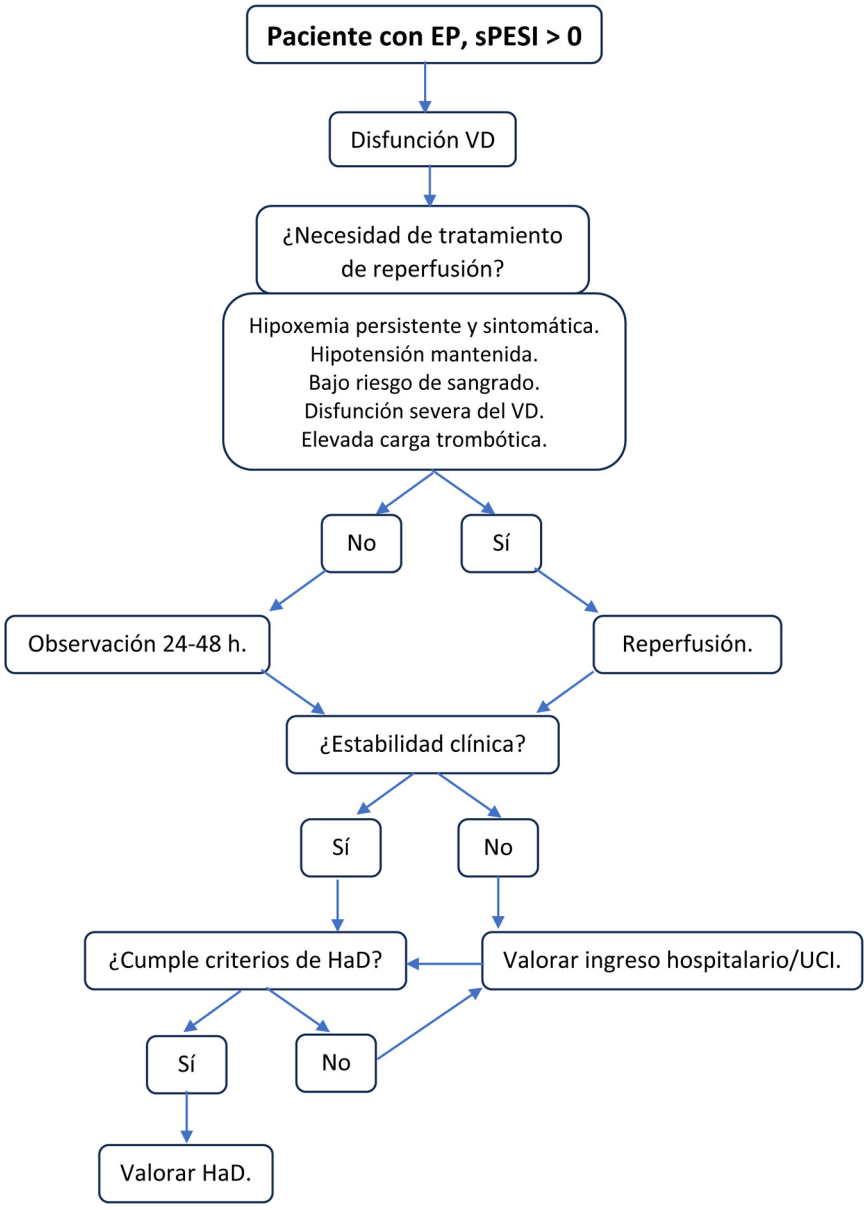

Figura 1 Algoritmo de decisión propuesto para los pacientes con sPESI > 0. EP: embolia pulmonar; HaD: hospitalización a domicilio; sPESI: simplified Pulmonary Embolism Severity Index; UCI: unidad de cuidados intensivos; VD: ventrículo derecho.

dad, conseguir alivio sintomático y disminuir tanto el riesgo de recurrencia como las secuelas a largo plazo.

Dentro de la anticoagulación oral se prefiere el uso de ACOD por su no inferioridad y mejor perfil de seguridad. En la actualidad se dispone de 4 ACOD aprobados para el tratamiento de la embolia pulmonar: apixabán, edoxabán y rivaroxabán (inhibidores del factor Xa) y dabigatrán (inhibidor directo de la trombina).

En cuanto al tratamiento parenteral, se pueden utilizar HBPM y fondaparinux.

Se recomienda deambulación temprana en la mayoría de pacientes con EP aguda, una vez iniciado tratamiento anticoagulante. La actividad física debe reanudarse de forma progresiva.

Se aconseja valorar oxigenoterapia en caso de disnea o SpO_2 < 90-92% (fig. 2).

Complicaciones en los pacientes ingresados en hospitalización a domicilio por embolia pulmonar

En caso de aparición de complicaciones durante el ingreso en HaD, se recomienda manejo de las mismas a criterio de su médico responsable, valorando necesidad de traslado al centro hospitalario en caso de ser preciso.

A continuación, se desarrollan las complicaciones más frecuentes que pueden surgir de forma precoz tras el diagnóstico de la EP y que podrían motivar traslado al centro hospitalario (tabla 3).

Insuficiencia cardiaca

Se recomienda manejar con diurético de asa si existe estabilidad hemodinámica (en caso contrario es imprescindible el traslado al centro hospitalario). El desarrollo de insufi-

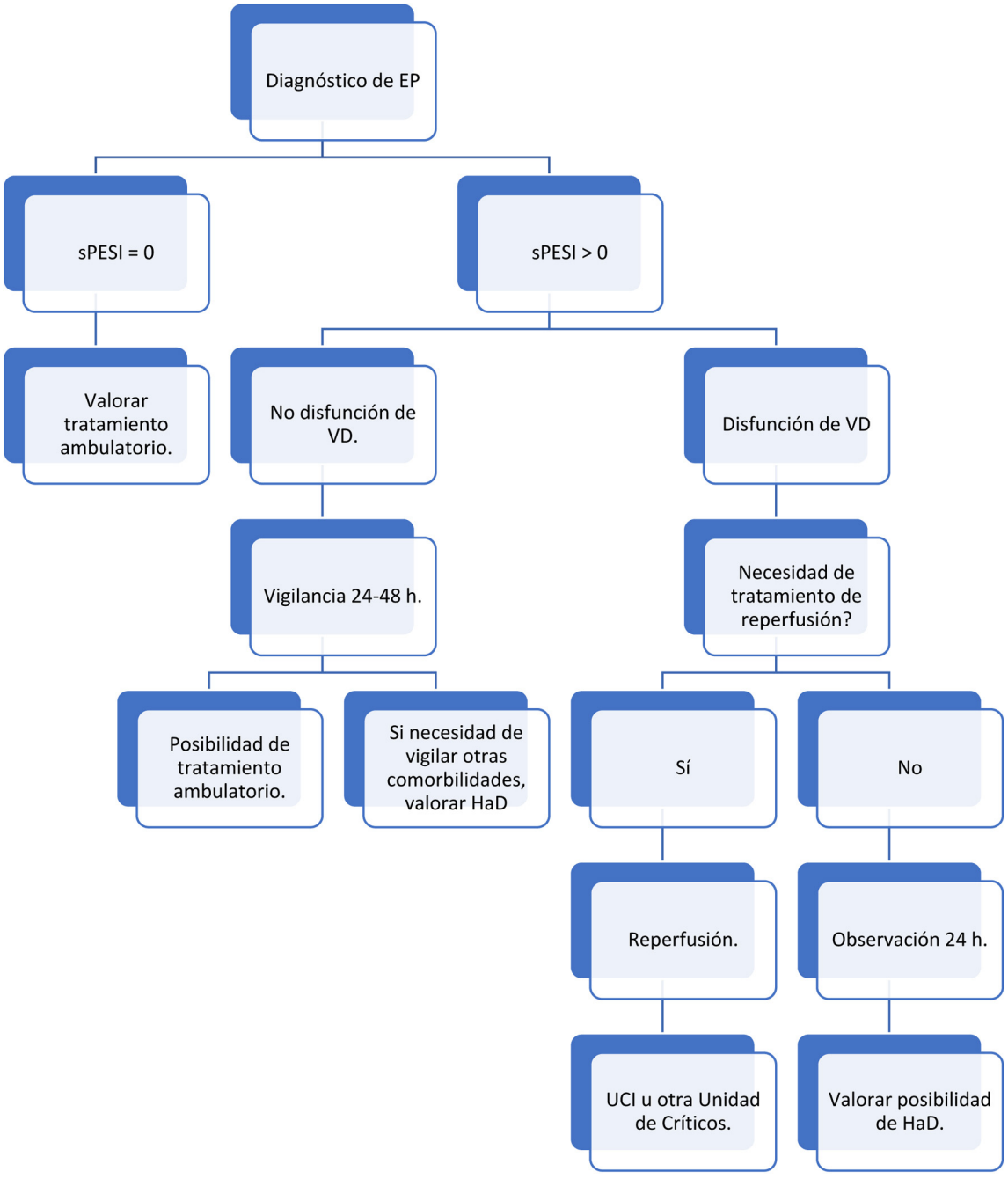

Figura 2 Algoritmo propuesto para el manejo de los pacientes con embolia pulmonar. EP: embolia pulmonar; HaD: hospitalización a domicilio; sPESI: simplified Pulmonary Embolism Severity Index; UCI: unidad de cuidados intensivos; VD: ventrículo derecho.

ciencia cardiaca (IC) durante la fase aguda de la EP lleva a recomendar la realización de ETT de manera precoz, individualizando según el paciente, su situación clínica y sus comorbilidades.

Shock

Principal causa de muerte precoz en los pacientes con EP. Su tratamiento requiere manejo respiratorio y hemodinámico hospitalario, así como la valoración de tratamientos de reperfusión.

Recurrencia trombótica

Ocurre con mayor frecuencia durante las 2 primeras semanas tras el diagnóstico. Se debe asegurar la adecuación y adherencia del tratamiento anticoagulante y valorar la necesidad de hospitalización convencional.

Infarto pulmonar

Se sospecha ante disminución de la SpO_2 o aparición de dolor pleurítico. Debe confirmarse con radiografía o ecografía y manejarse con analgesia, precisando ingreso hospitalario en caso de necesidad de tratamiento intravenoso.

Tabla 3 Signos y síntomas de alarma que pueden indicar la necesidad de derivación al centro hospitalario en los pacientes ingresados en hospitalización a domicilio por embolia pulmonar

Aparición o empeoramiento de disnea u ortopnea.
Aparición o empeoramiento de edemas en las extremidades.
Descenso en la saturación de oxígeno (SpO_2) con respecto al diagnóstico, SpO_2 < 95% en los pacientes sin enfermedad cardiopulmonar previa, o SpO_2 < 90% en cualquier paciente.
Dolor torácico: aparición si no existía al diagnóstico, o incremento del mismo si ya estaba presente.
Complicaciones hemorrágicas mayores o aquellas menores incoercibles.
Fiebre de nueva aparición (temperatura mayor o igual a 38 °C).
Síncope o presíncope.
Inestabilidad hemodinámica.
Focalidad neurológica aguda o disminución del nivel de consciencia.

SpO_2: saturación periférica de oxígeno.

Neumonía
Suele ocurrir por sobreinfección de infarto pulmonar. Se debe realizar radiografía o ecografía para descartar derrame pleural asociado, y tratar con antibioterapia en base a las guías de práctica clínica específicas. Se puede valorar tratamiento domiciliario, salvo que existan datos de gravedad.

Hemorragia
Si se trata de una hemorragia menor que cede con compresión mecánica, puede mantenerse el tratamiento anticoagulante asegurando adecuación y vigilancia clínica. Los antifibrinolíticos tópicos pueden ser de utilidad en la gingivorragia o la epistaxis, y no parecen incrementar el riesgo trombótico. En caso de hemorragia mayor o persistente se debe asegurar estabilidad hemodinámica y trasladar al paciente al hospital para manejo específico.

Ictus
Puede aparecer de forma precoz tras el diagnóstico de EP, bien por existencia de cardiopatía comunicante no conocida (siendo el foramen oval permeable (FOP) lo más habitual) o por desarrollo de fibrilación auricular. No se recomienda descartar FOP de forma rutinaria en todos los pacientes con EP[14]. Precisa traslado al centro hospitalario para valoración.

Tiempos y alta

La estancia media del paciente con EP en HaD no debería ser superior a la de un ingreso hospitalario convencional, siempre y cuando no existan complicaciones.

Existe poca evidencia en la literatura para respaldar cuánto tiempo debe permanecer un paciente en el hospital, previo a su traslado a HaD. Las guías ofrecen diferentes escalas de estratificación de riesgo, pero éstas nunca deben sustituir al juicio clínico.

Tiempo necesario de vigilancia en urgencias
Se debe confirmar la estabilidad del paciente, así como la ausencia de potenciales complicaciones. Las guías recomiendan excluir la presencia de disfunción del VD y trombosis intracardiaca cuando se planifique el traslado inmediato desde urgencias a HaD (en las primeras 24-48 h) de los pacientes. Algunos estudios reportan que el ingreso en HaD se puede hacer dentro de las 24 h del diagnóstico, con resultados favorables y sin complicaciones[15].

Tiempo mínimo de estancia en hospitalización a domicilio
La evidencia acerca del tiempo de ingreso en HaD en este tipo de pacientes es muy limitada. Se sugiere valorar ingresos breves dado que se trata de pacientes seleccionados, siempre y cuando la evolución clínica lo permita[15].

Visitas domiciliarias, ¿cada cuánto?
Los estudios revisados previamente de pacientes con EP tratados en HaD realizan controles diarios por parte del equipo tratante, previa formación de la rápida identificación de potenciales complicaciones, tanto al paciente como a cuidadores. Además, ofrecen contacto telefónico y atención las 24 h del día, 7 días a la semana. Por esta razón, se recomienda que las valoraciones domiciliarias se realicen diariamente para monitorizar signos vitales e identificar, de forma temprana, la aparición de complicaciones[4].

La telemedicina puede resultar una herramienta útil para detectar complicaciones, permitiendo valorar la posibilidad de realizar controles telefónicos en algún momento del ingreso. En centros en los que se disponga de la misma, se sugiere valorar telemonitorización para optimización de las visitas.

Criterios de alta de hospitalización a domicilio
Los criterios de alta serán los mismos que los que se utilizan en hospitalización convencional: estabilidad clínica, correcta adherencia al tratamiento anticoagulante y ausencia de efectos adversos del tratamiento y de complicaciones inherentes.

Tiempo hasta seguimiento en consulta
Se sugiere revisión en consulta monográfica de la ETV, si se dispone de ella, en un plazo no superior a un mes. Si no se dispone de consulta monográfica de la ETV, se propone derivar a consulta de medicina interna en su lugar.

La atención especializada no debe excluir en ningún momento la actividad asistencial de atención primaria. Se propone una estrecha relación mediante Enfermería de enlace, para asegurar la continuidad asistencial entre la atención primaria, HaD y el centro hospitalario.

Discusión

El manejo de la ETV en HaD es un campo en desarrollo que permitiría el manejo de los pacientes en el ámbito extrahos-

pitalario, conllevando con ello tanto un ahorro de recursos como la prevención de riesgos asociados a la hospitalización y otras medidas como el reinicio precoz de la actividad física en el domicilio, pudiendo conllevar todo ello una mejor calidad de vida y satisfacción de los pacientes.

Sin embargo, existe aún una escasa evidencia sólida que permita seleccionar a los pacientes que más se beneficiarían de esta modalidad de ingreso hospitalario. Se han realizado estudios que postulan el manejo ambulatorio de la EP de bajo riesgo, con buena evolución y un bajo ratio de complicaciones[1,2,4,8], pero no existen ensayos clínicos que identifiquen al paciente que, sin poder beneficiarse de un manejo ambulatorio, tampoco precise ingreso hospitalario, siendo, por tanto, el candidato ideal para el ingreso domiciliario en las unidades de HaD.

Este documento, elaborado por internistas con actividad profesional en unidades de HaD y de la ETV, busca dar respuesta a esa incertidumbre, estableciendo recomendaciones para el manejo de la ETV en HaD.

Conclusiones

Los grupos de trabajo de ETV y HaD de la SEMI recomiendan valorar el tratamiento en régimen de hospitalización domiciliaria de la EP en los pacientes con bajo riesgo de complicaciones, incluyendo las hemorrágicas, siempre y cuando acepten el ingreso en las unidades de HaD.

Los perfiles de pacientes que más se beneficiarían del ingreso domiciliario serían aquellos con EP de bajo riesgo y necesidad de vigilancia por comorbilidad o cuadros clínicos asociados y aquellos con EP de riesgo intermedio bajo con sPESI > 0 por comorbilidades o con sPESI = 1 con elevación de troponinas, recomendando en este último caso vigilancia en el centro hospitalario antes del traslado a HaD. La selección de pacientes con EP candidatos a HaD siempre debe pasar por el juicio clínico del personal sanitario.

Es fundamental la creación de estudios sólidos que permitan elaborar recomendaciones con alto grado de evidencia, con el fin de mejorar el cuidado de los pacientes con EP.

Responsabilidades éticas

Certificamos que esta investigación se ha realizado de conformidad con los principios éticos de nuestras instituciones.

Este trabajo y las tablas no han sido previamente publicados y reproducidos de otra fuente. No se requirió ni se aplicó ninguna aprobación ética para este trabajo.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.rce.2025.502280.

Bibliografía

1. Lankeit M, Konstantinides S. Is it time for home treatment of pulmonary embolism? Eur Respir J. 2012;40:742–9.
2. Hendriks SV, van Den Hout WB, van Bemmel T, Bistervels IM, Eijsvogel M, Faber LM, et al. Home Treatment Compared to Initial Hospitalization in Normotensive Patients with Acute Pulmonary Embolism in the Netherlands: A Cost Analysis. Thromb Haemost. 2022;122:427–33.
3. Wendelboe AM, Raskob GE. Global Burden of Thrombosis. Circ Res. 2016;118:1340–7.
4. Roy PM, Penaloza A, Hugli O, Klok FA, Arnoux A, Elias A, et al. Triaging acute pulmonary embolism for home treatment by Hestia or simplified PESI criteria: The HOME-PE randomized trial. Eur Heart J. 2021;42:3146–57.
5. Zondag W, Hiddinga BI, Crobach MJT, Labots G, Dolsma A, Durian M, et al. Hestia criteria can discriminate high- from low-risk patients with pulmonary embolism. Eur Respir J. 2013;41:588–92.
6. González-Colom R, Carot-Sans G, Vela E, Espallargues M, Hernández C, Jiménez FX, et al. Five years of Hospital at Home adoption in Catalonia: impact, challenges, and proposals for quality assurance. BMC Health Serv Res. 2024;24:154.
7. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouye SK, et al. Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients. Ann Intern Med. 2005;143:798–808.
8. Farmakis IT, Kaier K, Hobohm L, Mohr K, Valerio L, Barco S, et al. Healthcare resource utilisation and associated costs after low-risk pulmonary embolism: pre-specified analysis of the Home Treatment of Pulmonary Embolism (HoT-PE) study. Clin Res Cardiol. 2025;114:168–76.
9. Font C, Carmona-Bayonas A, Fernández-Martinez A, Beato C, Vargas A, Gascon P, et al. Outpatient Management of Pulmonary Embolism in Cancer: Data on a Prospective Cohort of 138 Consecutive Patients. J Natl Compr Canc Netw. 2014;12:365–73.
10. Zondag W, Vingerhoets LMA, Durian MF, Dolsma A, Faber LM, Hiddinga BI, et al. Hestia criteria can safely select patients with pulmonary embolism for outpatient treatment irrespective of right ventricular function. J Thromb Haemost. 2013;11:686–92.
11. Jiménez D, Bikdeli B, Rodríguez C, Muriel A, Ballaz A, Soler S, et al. Identification of Low-risk Patients With Acute Symptomatic Pulmonary Embolism. Arch Bronconeumol. 2023;59:575–80 [Article in English, Spanish].
12. Galeano-Valle F, Ordieres-Ortega L, Demelo-Rodríguez P. Risk stratification scores for major bleeding in patients with venous thromboembolism. Span J Med. 2021;1:26–34.
13. Barco S, Mahmoudpour SH, Planquette B, Sanchez O, Konstantinides SV, Meyer G. Prognostic value of right ventricular dysfunction or elevated cardiac biomarkers in patients with low-risk pulmonary embolism: A systematic review and meta-analysis. Eur Heart J. 2019;40:902–10.
14. Meissner I, Khandheria BK, Heit JA, Petty GW, Sheps SG, Schwartz GL, et al. Patent Foramen Ovale: Innocent or Guilty? J Am Coll Cardiol. 2006;47:440–5.
15. Rodríguez-Cerrillo M, Alvarez-Arcaya A, Fernández-Díaz E, Fernández-Cruz A. A prospective study of the management of non-massive pulmonary embolism in the home. Eur J Intern Med. 2009;20:598–600.