

CARTAS CIENTÍFICAS

Estudio piloto de pacientes con patología oncohematológica en una unidad de Hospitalización a domicilio



Pilot study of patients with oncohematological pathology in a Home Hospitalization Unit

Sra. Editora:

La hospitalización a domicilio (HAD) supone un cambio en el modelo clásico asistencial, promueve los derechos de la Carta Europea del niño hospitalizado, evita estancias hospitalarias y respeta la intimidad del paciente y su familia¹.

Cada vez más procedimientos de ámbito hospitalario son atendidos en unidades de HAD, demostrando buenos resultados². La pediatría interna hospitalaria, por su versatilidad y su visión integral de la atención del niño hospitalizado³, tiene un papel fundamental en la incorporación de nuevas técnicas y enfermedades en HAD.

Las enfermedades oncohematológicas conllevan múltiples ingresos que interfieren en la calidad de vida del paciente y su familia. En 2008, el trabajo de Hansson et al.⁴ valoró la factibilidad del ingreso en domicilio de niños con cáncer en cuanto a satisfacción y preferencia. Aunque sin diferencias significativas, se obtuvieron scores más elevados en el grupo de HAD (51 pacientes), en cuanto al estado físico de los pacientes, estado psicosocial y nivel funcional, respecto al de ingreso hospitalario (44 pacientes).

Un estudio realizado entre 2015 y 2017, en Alberta Children's Hospital (Canadá), incluyó a 136 niños con cáncer en un programa de HAD para quimioterapia, antibioterapia y rehidratación por vía intravenosa, con buenos resultados. Los familiares refirieron mayor calidad de vida, menor interrupción en su rutina diaria y menor ansiedad del paciente ante el tratamiento en domicilio⁵.

Se realiza una revisión retrospectiva de los niños con enfermedad oncohematológica ingresados en HAD de un hospital terciario entre diciembre del 2018 y febrero del 2021. Describe sus características demográficas, clínicas, el tratamiento recibido y el grado de satisfacción y seguridad percibida por las familias.

La atención directa en domicilio se realizó por los pediatras de la unidad de HAD en coordinación con el oncólogo responsable del paciente.

Los pacientes incluidos cumplieron los criterios de ingreso en HAD: estabilidad clínica, voluntariedad del ingreso y firma de consentimiento informado. Familias fiables y entrenadas con posibilidad de contacto telefónico 24/7, domicilio a menos de 30 min del hospital.

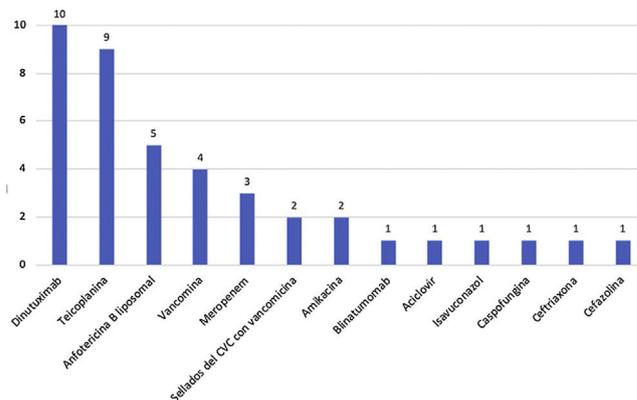


Figura 1 Medicación intravenosa administrada. Se recoge número de pacientes absoluto que recibieron los fármacos descritos.

Se obtuvo consentimiento de las familias para recibir la encuesta de satisfacción mediante un formulario anónimo online. Incluía preguntas sobre la satisfacción y la percepción de seguridad de los familiares puntuadas mediante escala de Likert del 1 (menor puntuación) a 5 (mayor puntuación), y sobre la carga de trabajo que les supuso (anexo 1).

Del total de ingresos en HAD (634), el 7,4% (47) correspondía a enfermedad oncohematológica; 8 ingresaron en repetidas ocasiones, por lo que hubo un total de 31 pacientes (51% varones). La mediana de edad fue 8 años (RIC 3-11), su estancia media de 7 días (RIC 5-12). Se evitaron 416 estancias hospitalarias.

Las enfermedades oncohematológicas más prevalentes fueron la leucemia y el neuroblastoma (76,5%). El motivo de ingreso más frecuente fue la necesidad de antibioterapia intravenosa por infecciones invasivas (70,2%) (tabla 1).

Las medicaciones por vía intravenosa más empleadas fueron el dinutuximab y la teicoplanina (fig. 1.). En el 42,2% (19) de los casos fueron administradas por las familias.

Durante su ingreso en HAD, precisaron reingreso hospitalario el 21,2% (10/47): 5 por fiebre, 4 para cambio del tratamiento y uno por mal cumplimiento terapéutico. No hubo eventos que comprometieran la seguridad del paciente.

Se enviaron 26 encuestas, una por paciente, excluyendo a los fallecidos o en recaída activa (3 casos) y a los que no se pudo contactar (2 casos). El índice de respuesta fue de 92% (24/26). El 100% puntuó la satisfacción global con el servicio de HAD entre 4 y 5. El 52,4% consideró que la carga de trabajo era menor de la esperada y el 38,1% la esperada. El 100% valoró su sensación de seguridad entre 4 y 5. Todos volverían a elegir la posibilidad de ingreso en HAD.

Tabla 1 Procedencia, enfermedades y motivos de ingreso de pacientes en HAD

Área de procedencia	
Planta hospitalización Oncología	39 (80,8%)
Hospital de Día Oncología	7 (14,8%)
UCIP	1 (2,1%)
Patologías oncológicas	
Leucemia	25 (53,1%)
Neuroblastoma	11 (23,4%)
Aplasia medular	3 (6,3%)
Tumor óseo	3 (6,3%)
Otras (Inmunodeficiencia, tumor cerebral, tumor germinal, meduloblastoma, Histiocitosis células Langerhans)	5 (10,6%)
Motivos de ingreso	
Terapia antimicrobiana domiciliar endovenosa	33 (70,2%)
Infección asociada a CVC	17 (51,5%)
Infección fúngica invasiva	7 (21,2%)
Infección vírica	2 (6%)
Infección intraabdominal	2 (6%)
Infección tracto urinario	2 (6%)
Meningitis	1 (3%)
Fiebre sin foco	1 (3%)
Sepsis por Klebsiella	1 (3%)
Infusión anticuerpo monoclonal	11 (23,4%)
Oxigenoterapia	1 (2,1%)
Sueroterapia intravenosa	1 (2,1%)
Fraccionamiento de nutrición enteral SNG	1 (2,1%)

Se recogen en datos: número de pacientes en valores absolutos (porcentaje respecto al total, entre paréntesis).

Como ventajas, destacaron la mejoría en la conciliación familiar y comodidad (19 respuestas) y la posibilidad de evitar infecciones (2 respuestas). Como desventajas, la preocupación por no encontrarse en un entorno hospitalario (5 respuestas) y la inseguridad en el manejo de los dispositivos (5 respuestas), con mejoría de esta percepción en el transcurso de los días.

Las principales limitaciones de este estudio son el pequeño tamaño muestral y la utilización de una encuesta elaborada por los investigadores a falta de una validada ajustada a las necesidades del estudio.

Concluimos que los niños con enfermedad oncológica pueden beneficiarse de ingresos en unidades de HAD, permitiendo disminuir su estancia hospitalaria con un alto grado de satisfacción y sensación de seguridad por parte de las familias.

Son necesarios más estudios que demuestren la efectividad y seguridad de la HAD en este grupo de pacientes.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.05.010>.

Bibliografía

- Schuurman M. The European Association for Children in Hospital Charter with Annotations. EACH, 2016 [consultado 20 Feb 2020]. Disponible en: https://www.each-for-sick-children.org/images/stories/2016/Charter_AUG2016_oSZ.pdf.
- Cabrera López I, Agúndez Reigosa B, Adrados García S, Villalobos Pinto E, Cano Fernández J, Jiménez García R. Home-hospital care for children with acute illnesses: A 2 year follow-up study. *J Paed Child Health*. 2022;58:969–77, <http://dx.doi.org/10.1111/jpc.15870>.
- Alcalá Minagorre PJ, Villalobos Pinto E, Ramos Fernández JM, Rodríguez Fernández R, Vázquez Ronco M, Escosa García L, et al. Cambios a partir de la COVID-19. Una perspectiva desde la pediatría interna hospitalaria. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93:243e1–3243e, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.06.004>, e8.
- Hansson H, Kjaergaard H, Johansen C, Hallström I, Christensen J, Madsen M, et al. Hospital-based home care for children with cancer: Feasibility and psychosocial impact on children and their families. *Pediatr Blood Cancer*. 2013;60:865–72, <http://dx.doi.org/10.1002/psc.24474>.
- Lippert M, Semmens S, Tacey L, Rent T, Defoe K, Bucsis M, et al. The Hospital at Home program: No place like home. *Curr Oncol*. 2017;24:23–7, <http://dx.doi.org/10.3747/co.24.3326>.

Juan Añón-Hidalgo^{a,*}, Isabel Cabrera-López^a, Beatriz Agúndez-Reigosa^a, David Ruano Domínguez^b, María José de Vicente-Velasco^a y Raquel Jiménez-García^a

^a Unidad de Hospitalización a Domicilio, Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^b Servicio de Oncohematología y Trasplante, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Juanjesus.anon@salud.madrid.org (J. Añón-Hidalgo).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.05.010>
1695-4033/ © 2022 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).