

EDITORIAL

¿Qué papel tienen los Servicios de Urgencias Pediátricas en la hospitalización a domicilio? ¿Son una prioridad actual para la urgencia pediátrica?

Abel Martínez Mejías¹, Paula Vázquez López²

¹Servicio de Pediatría. Consorci Sanitari de Terrassa. ²Coordinadora Urgencia Pediátrica. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Profesora asociada Universidad Complutense de Madrid. Presidenta de la SEUP

El pasado 27 de noviembre, SEUP celebró su tradicional jornada SENIOR (Figura 1). La jornada acogió a un total de 42 pediatras con méritos por su responsabilidad en los servicios de urgencias pediátricas (SUP), en la sociedad científica o por ser expertos en el “tema”. En ella se pretendía ahondar en el significado de un programa HAD (hospitalización a domicilio), en sus implicaciones para pacientes, familias y los propios SUP. Queríamos averiguar si un programa HAD debería ser considerado por SEUP como una línea estratégica y un camino a seguir por los SUP.

Tras hacer una inmersión teórica en la materia, quisimos debatir sobre cuatro preguntas que consideramos básicas:

- ¿Es posible implementar una Unidad de HAD desde un SUP?
- ¿Qué pacientes podrían ingresar en un programa HAD directamente desde un SUP?
- ¿Es factible la coordinación entre el equipo de HAD y del SUP?
- ¿Qué prioridades deberían tener los SUP para su puesta en marcha?

IMPLEMENTAR UN PROGRAMA HAD

La hospitalización a domicilio (HAD)⁽¹⁾ surgió con el objetivo de atender y dar cuidados a pacientes (agudos o crónicos reagudizados) en su propia casa, pacientes seleccionados que clásicamente hubieran ingresado en un hospital.

Recibido el 12 de abril de 2024

Aceptado el 12 de abril de 2024

Dirección para correspondencia:

Dr. Abel Martínez Mejías

Correo electrónico: amartinez@cst.cat

Un programa HAD es un recurso que provee a pacientes y a su familia de una alternativa a la hospitalización convencional.

Según la definición de *World Hospital at home community*, “el Hospital en casa/hogar es un servicio clínico agudo que requiere personal, equipos, tecnologías, medicamentos y habilidades que normalmente se brindan en los hospitales y ofrece esa atención hospitalaria a personas seleccionadas en sus hogares...”. No debe confundirse con actividades preventivas, controles de Atención Primaria o seguimiento ambulatorio especializado.

Esta alternativa innovadora en la atención sanitaria aporta beneficios para los niños, la familia y el sistema de salud, e intenta:

- Aumentar la calidad de vida del paciente y su familia con un enfoque más biopsicosocial (aporta humanización y bienestar, educación para la salud y mejor comunicación médico-paciente/familiar).
- Preservar la seguridad (disminuye riesgos asociados a la hospitalización).
- Ser más eficaces (mayor beneficio económico y de gestión de recursos)⁽²⁾.
- Evitar los aspectos negativos que la hospitalización convencional puede producir (inmediata o diferidamente) a nivel emocional y conductual en los pacientes, y concretamente en la edad pediátrica^(3,4).
- Aumentar la capacitación de las familias y el conocimiento de la enfermedad, lo que les confiere mayor seguridad, confort y en general, una atención más humanizada.

En un programa HAD debemos contar con un equipo multidisciplinar de pediatras y enfermeras con experiencia en hospitalización convencional. El programa debería “nacer” integrado dentro de la actividad asistencial general del hospital, contar con el apoyo de especialistas y establecer interrelaciones y buenas alianzas con otros servicios. También necesitará la complicidad de las familias y cuidadores (identificar y capacitar pre-ingreso a un cuidador responsable



JORNADA SENIOR 2023.
Lunes 27 de noviembre.

¿Qué papel tienen los SUP en la Hospitalización a Domicilio (HAD)?
Salón de actos del Hospital Materno infantil Gregorio Marañón (planta 0)

9:00h-9:15h. BIENVENIDA. (Organización J.SENIOR)

9,15h-9:45h. LA JUNTA DIRECTIVA INFORMA. Paula Vázquez (JD)

9:45h-10:40. MESA REDONDA: Implementación de una unidad de hospitalización a domicilio. Moderador: Lorenzo Guerra (JD)

-Qué es la HAD y qué no es. -Diferentes modelos de HAD. Pasos para la implementación. Raquel Jiménez (Hospital U. Niño Jesús, Madrid)

-Cartera de servicios, tipo de pacientes y procedimientos, equipo, telemonitorización. Isabel Cabrera. (Hospital U. Niño Jesús, Madrid)

- "Modelo de adultos: una HAD implementada desde SU". Carlos Bibiano. Jefe de Urgencias y Unidad HAD. Hospital Infanta Leonor, Vallecas. Madrid

10:40h-11:30h. MESA REDONDA: Día a día en una unidad de Hospitalización a domicilio. Moderan: Estibaliz Garrido, Reyes Campillo (JD)

- Organización del equipo y coordinación con otros servicios hospitalarios. Clara Molina. FEA de la Unidad de HAD. Hospital la Paz. Madrid,

- Capacitación de los padres. Carmen Villalón. Enfermera de la unidad de HAD del Hospital San Joan de Deu. Barcelona.

- Satisfacción de las familias. Mónica Sánchez Olivier. DUE de la unidad de HAD del Hospital Universitario Niño Jesús..

11:30h -12.00h. DESCANSO

12.00h-12:40h. TRABAJO EN GRUPOS: Papel de los SUP en la HAD. ¿Crees que en tu realidad podrías ser capaces de hacerlo? Organización Abel Martínez (Consorci Sanitari de Terrassa) (Soporte a Grupos: JD y ponentes).

12:40- 13:30h. Discusión en gran grupo. Moderan: R. Jiménez; I. Cabrera,

13:30 -14:00h. CONCLUSIONES Y CIERRE. A. Martínez, L. Guerra, P. Vázquez.

FIGURA 1.

será vital en todos los sentidos). Todos los actores del programa deberían conocer de forma clara su rol y entenderlo en su conjunto.

HABLEMOS DE PACIENTES

La detección y selección de pacientes del HAD suele llevarse a cabo conjuntamente por médicos y enfermeras de HAD y hospitalización convencional. Los pacientes candidatos a HAD suelen estar ingresados en el hospital o provienen directamente de Urgencias; en este último caso, los pediatras de Urgencias deberían estar implicados y ser los encargados de la detección de los pacientes candidatos y de la gestión de la derivación al programa HAD. Las patologías más comunes del paciente agudo pediátrico en un HAD son la patología respiratoria aguda y la antibioticoterapia parenteral de algunas infecciones bacterianas (celulitis, infección de orina/pielonefritis, eccema infectado, neumonía y linfadenitis).

Las condiciones de los pacientes de un SUP para entrar en un programa HAD deberían incluir:

- Un diagnóstico claro.
- Condiciones adecuadas del paciente: clínicas (patología aguda pero estable), sociales y geográficas (distancia, accesibilidad).
- Tratamientos que faciliten la derivación al programa, su cumplimiento y la capacitación de las familias, como serían las administraciones de tratamiento en una o dos veces al día (p. ej., ceftriaxona y gentamicina) o estancias cortas.

- Mínimo riesgo de complicaciones graves/urgentes y de resolución rápida y segura (p. ej., shock séptico, hipoxemia).
- Supervisión con padres/cuidadores que acepten el plan de cuidados, en un ambiente "hogareño", apacible y conocido por el niño.

El tratamiento domiciliario no parece ser menos seguro que el tratamiento hospitalario^(5,6). Los estudios demuestran que los programas son satisfactorios para pacientes y familias, y menos costoso por episodio que el tratamiento hospitalario (en un 30-75%).

La capacitación de los pacientes y sobre todo cuidadores es una premisa y suele recaer en las enfermeras del programa HAD. Asegurar la asistencia, el correcto seguimiento del paciente y su estabilidad clínica es una condición. El régimen de visitas presenciales (visita médica y/o enfermera) será flexible y adaptado a las patologías, y se debería brindar un soporte telefónico o de telemedicina para las familias el máximo tiempo posible (idealmente 24/7); en caso de necesidad, el SUP podría ser un buen recurso para complementar la atención continuada de los pacientes. La coordinación con otros dispositivos hospitalarios será obligatoria.

HABLEMOS DE COORDINACIÓN

Aparte de la correcta selección de pacientes, disponer de profesionales sanitarios competentes, motivados, formados y con adaptabilidad, contar con una red y circuitos adecuados en el centro asistencial y en el territorio, y tener una buena comunicación y coordinación entre los diferentes servicios y niveles de atención implicados, serán factores determinantes para el éxito o no de la implantación del programa.

Los SUP y los HAD deben establecer sistemas de colaboración y circuitos para la transferencia o derivación de pacientes. Ha de quedar claro que las condiciones del paciente lo permiten, que hay una planificación y que la familia lo acepta. Se deben comprender y valorar los beneficios de cada opción y sus limitaciones, los equipos sanitarios deben tomar decisiones consensuadas para permitir un uso racional de recursos, que, aunque limitados en el tiempo, puedan proporcionar mayor comodidad y bienestar para pacientes y familias.

El conjunto de factores a tener en cuenta para la implantación y funcionamiento de un programa HAD debería incluir una serie de aspectos más "internos" como los relacionados con el equipo (quienes, qué formación) o con los pacientes (criterios de inclusión/exclusión, procedencia, edad, patología, necesidad de pruebas complementarias, riesgo de incidencias), o de qué recursos se dispone (financiación, telemonitorización, tipos de terapias), y otros más "externos" por implicar a otros estamentos, como la cartera de servicios (número de pacientes a atender, estancia media máxima, horario de atención y forma), las interrelaciones entre especialidades y otras unidades (Farmacia, Admisiones, Radiología, Laboratorio, Atención Primaria y sistema de emergencias 112), la asunción de responsabilidades, circuitos de transporte de pacientes u otros aspectos que deben implicar a la dirección y gerencia, como son el diseño del programa, la formación o la implantación de la cultura de HAD.

PRIORIDADES PARA QUE UN SUP INICIE UN PROGRAMA HAD

SEUP es una sociedad de ámbito nacional en la que están representados y participan la mayoría de los SUP españoles, y una de sus peculiaridades es su gran heterogeneidad, que se evidencia cuando analizamos su variada composición, organización e incluso ubicación (urbanos/rurales; diferencias en niveles asistenciales; número y especialidad de los recursos humanos; pertenencia a hospitales exclusivamente pediátricos; independencia de las unidades de urgencias pediátricas, etc.,). Todo ello constituye un reto para la elaboración o implantación de planes comunes.

Actualmente los SUP están inmersos en el análisis y mejora de sus propias necesidades, sigue habiendo importantes déficits que influyen en la atención pediátrica diaria y que se consideran prioritarios. Un programa HAD que dependa de la urgencia pediátrica, necesitará recursos variados y alianzas que muchos SUP aun no tienen, por lo que, aunque la implementación de un programa HAD desde los SUP se valora como una gran oportunidad para la mejora de la calidad asistencial, NO parece que sea el momento para la mayoría de los SUP y tampoco para considerarlo una línea estratégica actual de SEUP como sociedad.

No obstante y en aras del beneficio del paciente, la familia y de la mejora en la calidad asistencial, SEUP ve la necesidad de iniciar una mayor sensibilización en el tema, de potenciar la cultura de hospitalización a domicilio, de fomentar alianzas y de prestar información y apoyo a aquellos SUP que por su capacidad y realidad actual vean en los HAD una apuesta más prioritaria.

EN CONCLUSIÓN

Los HAD en pediatría son un recurso sustitutivo adecuado y equivalente a la hospitalización convencional, es eficiente,

seguro y genera una gran satisfacción a los usuarios y equipos sanitarios.

Requieren de un equipo experto y multidisciplinar, de una selección específica de pacientes y de la complicidad de los familiares y cuidadores.

Las interrelaciones, alianzas, implicación del Hospital y coordinación entre niveles asistenciales son fundamentales para implantar un HAD.

Las experiencias previas (adultos y pediátricas) avalan que se puede implementar un HAD desde un Servicio de Urgencias, pero por la cantidad y variabilidad de recursos y aspectos de coordinación necesarios el proceso debería ser en función de la realidad de cada SUP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Batlle A, Aldemira A, Agúndez B, Cabrera I, Esquerdo E, López S, et al; Grupo de Trabajo de Hospitalización a Domicilio de la SEPIH. Home hospitalization of the acute patient: a new approach to care. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023; 99(5): 329-34.
2. Bibiano Guillén C. Direct admission to home hospitalization from the emergency department: feasible, efficient, and necessary. *Emergencias*. 2023; 35(3): 163-4.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Latheters AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991; 324(6): 370-6.
4. De Mula-Fuentes B, Quintana M, Rimbau J, Martínez-Mejías A, Úriz MS, Rivera-Pérez C, et al. Anxiety, hospital fears and conduct and behavioral alterations during pediatric hospitalization. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018; 46(2): 42-50.
5. Bryant PA, Katz NT. Inpatient versus outpatient parenteral antibiotic therapy at home for acute infections in children: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2018; 18(2): e45-54.
6. Norris AH, Shrestha NK, Allison GM, Keller SC, Bhavan KP, Zurlo JJ, et al. 2018 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Management of Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy. *Clin Infect Dis*. 2019; 68(1): e1-35.