

**CARTA CIENTÍFICA**

## Hospitalización a domicilio pediátrica. Un modelo emergente para el tratamiento de pacientes con patología aguda

Raquel Jiménez García, Isabel Cabrera López, Beatriz Agúndez Reigosa

*Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

La Hospitalización a Domicilio (HAD) es un recurso asistencial que permite al paciente recibir cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario en su casa. Según la definición propuesta por el Comité Científico del Congreso Mundial de Hospitalización a Domicilio 2023<sup>(1)</sup>, se trata de un servicio clínico para la atención de pacientes agudos que utiliza el personal, el equipamiento, las tecnologías, la medicación y las técnicas que habitualmente son proporcionadas en los hospitales, y ofrece esa atención hospitalaria en los domicilios de pacientes seleccionados. Es, por lo tanto, un recurso que sustituye a la hospitalización convencional.

Su objetivo es mejorar la vida de los enfermos que necesitan hospitalización, cambiando la cultura de los hospitales para ofrecer atención de nivel hospitalario en domicilio<sup>(1)</sup>.

En España, la HAD comienza en 1981, cuando el Hospital Gregorio Marañón, antiguo hospital provincial de Madrid, abre la primera Unidad de estas características. Desde entonces se han creado más de 100 unidades dedicadas a la atención de pacientes adultos<sup>(2)</sup>. Sin embargo, el desarrollo de unidades pediátricas ha sido mucho más lento, surgiendo inicialmente como unidades para la atención de patologías específicas, como son el alta precoz del recién nacido prematuro o la atención de niños con patología crónica y complejidad<sup>(3)</sup>, cuidados paliativos o antibioterapia intravenosa. No es hasta hace 5 años cuando empiezan a funcionar unidades de HAD con el objetivo de atender a niños con todo tipo de patologías agudas o crónicas reagudizadas<sup>(4)</sup>.

Su implementación requiere una planificación muy cuidadosa que asegure la atención todos los días del año, garantizando la seguridad del paciente del mismo modo que en la

hospitalización convencional. Se debe tener en cuenta qué patologías se atenderán y cómo, cuáles serán los criterios de ingreso (generales y específicos por patologías), los recursos humanos y materiales necesarios (transporte, oxigenoterapia, equipamiento portátil, bombas de infusión, telemonitorización...), la sistematización del proceso farmacéutico (suministro, preparación y administración de la medicación intravenosa), la documentación (consentimiento informado, guía de acogida, registros...), los planes de cuidados, los circuitos de atención (ingreso, derivación, alta, atención programada y urgente...), la integración en la historia clínica electrónica del hospital, la organización y la formación del personal y cuidadores, los planes de cuidados, los costes y el control de calidad, entre otros. También será imprescindible establecer alianzas con otros servicios clínicos, servicios centrales (radiología, laboratorio), farmacia y servicios de emergencias extrahospitalarios.

La HAD aporta numerosas ventajas para el niño y su familia, mejorando el confort, facilitando el mantenimiento de las rutinas diarias (juegos, comidas, sueño, higiene), favoreciendo la conciliación familiar y laboral, y promoviendo una mayor implicación de los padres en los cuidados de sus hijos, lo que provoca un alto grado de satisfacción en las familias<sup>(4-6)</sup>.

En noviembre de 2018 se inauguró en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid), la primera Unidad de HAD en España dedicada a la atención de pacientes con patología aguda, funcionando como un servicio transversal del hospital que da cobertura a todos los servicios médicos y quirúrgicos.

En los cuatro primeros años de actividad, hubo un total de 1.711 episodios de ingreso correspondientes a 1.489 pacientes. El 55,9% eran varones. La mediana de edad fue de 5 años (RIQ 2-10 años). Excluyendo a los pacientes que ingresaron para realización de polisomnografía nocturna, la mediana de tiempo de ingreso en la Unidad fue de 4 días (RIQ de 3-6). Previo al ingreso en la Unidad de HAD, la mediana de estancia en el Hospital fue de 2 días (RIQ 1-5). En total se evitaron 6.982 estancias hospitalarias.

El 57% de los pacientes ingresaron desde la planta de hospitalización, un 34% desde Consultas Externas (funda-

Recibido el 29 de febrero de 2024

Aceptado el 6 de marzo de 2024

Dirección para correspondencia:

Dra. Raquel Jiménez García

Correo electrónico: Raquel.jimgar@gmail.com

mentalmente para realización de estudios del sueño) y un 7% directamente desde el Servicio de Urgencias (SU).

Los pacientes procedentes de la Sala de Hospitalización fueron derivados fundamentalmente desde la sección de pediatría general (n= 657; 67,6%), cirugía general (n= 120; 12,3%) y oncohematología (n= 71; 7,3%).

Las patologías atendidas con mayor frecuencia fueron: trastorno del sueño para realización de polisomnografía nocturna (568; 33,2%); bronquitis/asma con necesidad de oxigenoterapia (216; 12,6%), infección de piel y partes blandas (139; 8,1%); infección del área ORL (124; 7,2%), infección intraabdominal (119; 7%), infección osteoarticular (99; 5,8%), infección bacteriana grave (87; 5,1%), neumonía (82; 4,8%); infección del tracto urinario (74; 4,3%) y bronquiolitis aguda (54; 3,2%).

El 32% de los pacientes tenía una patología de base, fundamentalmente una patología neurológica grave (201; 11,7%), síndrome congénito (159; 9,3%) o enfermedad oncohematológica (94; 5,5%).

Los tres procedimientos que se realizaron con mayor frecuencia fueron administración de antibioterapia endovenosa (n= 729; 42,6%), polisomnografía para el diagnóstico de patología respiratoria del sueño (n= 520; 30,4%) y oxigenoterapia para patología respiratoria aguda (n= 306; 17,9%).

El 6% (n= 67) de los pacientes precisaron reingreso hospitalario, el 5% de forma no programada y un 1% de manera programada. El motivo más frecuente de reingreso hospitalario no programado fue el empeoramiento clínico (n= 43; 75%).

En cuanto a la satisfacción de las familias, en la encuesta realizada durante los años 2021 y 2022 al alta de la Unidad, el 98% respondieron estar muy satisfechos y el 2% satisfechos (índice de respuesta 45%, 238/530).

Como puede deducirse de los datos de actividad de estos primeros años, la HAD consigue disminuir o, en ocasiones, evitar la estancia hospitalaria en niños con patologías agudas que clásicamente se han tratado en el hospital. El número de pacientes que se beneficia de un ingreso directo desde el SU es todavía bajo, pero es posible que el establecimiento de protocolos diagnóstico-terapéuticos por patologías que ayuden a seleccionar los pacientes candidatos a ingreso domiciliario y el cambio de cultura respecto a la necesidad de un ingreso convencional y en pro de la HAD (tanto entre los profesionales como entre la población) provoque un cambio en el futuro.

Los procedimientos utilizados más habitualmente durante la hospitalización convencional pediátrica (oxigenoterapia y administración de medicación intravenosa) pueden realizarse en casa con un adecuado entrenamiento de los padres y con el apoyo del personal de la Unidad y la telemonitorización<sup>(7-12)</sup>. Esto requiere la identificación correcta de los pacientes candidatos, la dotación de unos recursos adecuados y la implicación y coordinación con todos los servicios del hospital. Es necesario que cada centro se adapte a sus necesidades específicas. La seguridad del paciente debe ser siempre una prioridad, estableciendo una organización funcional que asegure la atención las 24 horas del día, y los mecanismos de respuesta rápida y adecuada en caso de empeoramiento clínico o emergencia.

La experiencia en nuestra UHAD demuestra que la HAD es una alternativa válida a la hospitalización convencional en

pacientes pediátricos seleccionados con patología aguda, disminuyendo las estancias hospitalarias, incluso evitando ingresos desde el SU, con un buen nivel de seguridad, expresada en una frecuencia baja de reingresos, con un alto grado de satisfacción de las familias.

Para seguir potenciando su desarrollo en el futuro, se debe impulsar la integración tecnológica y la colaboración interservicios, e incluso interhospitalaria, con el objetivo de que un mayor número de niños puedan recibir atención médica de rango hospitalario en sus hogares, lo que indudablemente redundaría en la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. What is Hospital at Home? A consensus definition on Hospital at Home. World Hospital at Home Congress 2023: [https://www.hospitalathome.org.uk/whatis?r\\_done=1](https://www.hospitalathome.org.uk/whatis?r_done=1)
2. González-Ramallo VJ, Segado-Soriano A. Veinticinco años de hospitalización a domicilio en España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(9): 332-3.
3. Prado Atlaglic F, Valdebenito Parra C, Babaic Müller N, Salinas Flores P, Muñoz Berríos F, Jáuregui Abraham M, et al. Hospitalización domiciliaria en niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS): perspectivas financieras en hospital de alta complejidad, Chile. *Rev Fac Med Hum*. 2021; 21(4): 722-31.
4. Cabrera López IM, Agúndez Reigosa B, Adrados García S, Vilalobos Pinto E, Cano Fernández J, Jiménez García R. Home-hospital care for children with acute illnesses: A 2-year follow-up study. *J Paediatr Child Health*. 2022; 58(6): 969-77.
5. Carter B, Fisher-Smith D, Porter D, Lane S, Peak M, Taylor-Robinson D, et al. Being 'at-home' on outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT): a qualitative study of parents' experiences of paediatric OPAT. *Arch Dis Child*. 2020; 105(3): 276-81.
6. Çamur Z, Sarökaya Karabudak S. The effect of parental participation in the care of hospitalized children on parent satisfaction and parent and child anxiety: randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2021; 27(5): e12910.
7. Tie SW, Hall GL, Peter S, Vine J, Verheggen M, Pascoe EM, et al. Home oxygen for children with acute bronchiolitis. *Arch Dis Child*. 2009; 94(8): 641-3.
8. Flett KB, Breslin K, Braun PA, Hambidge SJ. Outpatient course and complications associated with home oxygen therapy for mild bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014; 133: 769-75.
9. Kingshott RN, Gahleitner F, Elphick HE, Gringras P, Farquhar M, Pickering RM, et al. Sleep studies at home: Experience in research and clinical cohorts. *Arch Dis Child*. 2019; 104(5): 476-81.
10. Agúndez Reigosa B, Cabrera López IM, Sánchez Marcos E, Galán-Olleros M, Sánchez Olivier M, Calleja Gero L, et al. Hospital at Home Program for the Treatment of Pediatric Osteoarticular Infections. *Hosp Pediatr*. 2024; 14(2): 75-83.
11. Mirón-Rubio M, González-Ramallo V, Estrada-Cuxart O, Sanroma-Mendizábal P, Segado-Soriano A, Mujal-Martínez A, et al. Intravenous antimicrobial therapy in the hospital-at-home setting: data from the Spanish Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy Registry. *Future Microbiol*. 2016; 11(3): 375-90.
12. Hodgson KA, Huynh J, Ibrahim LF, Sacks B, Golschevsky D, Layley M, et al. The use, appropriateness and outcomes of outpatient parenteral antimicrobial therapy. *Arch Dis Child*. 2016; 101(10): 886-93.