

IMPACTO DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS VS. HOSPITALARIOS EN EL PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.

Romero García Laura M., Navarro González, Eva, Martín Salazar Pilar, García Torres Estefanía. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización domiciliar es una alternativa asistencial del sector sanitario que consiste en un modelo organizativo capaz de proporcionar a los pacientes en su domicilio un conjunto de atenciones médicas y de enfermería de rango hospitalario¹.

Se ha demostrado que los pacientes tratados con Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos Autólogo (AUTO-TPH) en régimen domiciliario presentan un mayor bienestar social y familiar que los tratados en el hospital².

La atención domiciliar llevada a cabo por un equipo de Enfermería experto en pacientes a los que se ha realizado un trasplante autólogo de Progenitores Hematopoyéticos ha supuesto un avance en el manejo de pacientes hematológicos de alta complejidad³.

Por todo esto, hemos llevado a cabo la implantación en nuestro centro de un programa de Trasplante Autólogo Domiciliario (TAD) estableciendo los protocolos específicos para los cuidados en domicilio llevados a cabo por un equipo de enfermería experta. El paciente incluido en el programa es trasladado a su domicilio en el día posterior a la infusión de Progenitores Hematopoyéticos, donde las enfermeras del equipo domiciliario realizan un control exhaustivo diario 2 veces al día y por vía telefónica las veces necesarias según el estado del paciente en horario de 8 a 22h. Fuera de este horario el paciente contará con enfermería hospitalaria de la Unidad de TPH. El equipo médico está coordinado de forma permanente con enfermería y en caso de aparecer una complicación clínica relevante refractaria al tratamiento domiciliario el paciente será trasladado al centro hospitalario en una unidad móvil urgente donde será ingresado en una habitación reservada para tal efecto. El paciente permanecerá acompañado 24 horas al día de un cuidador principal que previamente ha sido valorado y formado por enfermería en los cuidados domiciliarios.

OBJETIVO

Analizar la seguridad y viabilidad de la intervención de un equipo de enfermería experta en la atención domiciliar de los pacientes a los que se les realiza Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos en el Hospital Universitario Reina Sofía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal en pacientes a los que se les realizó AUTO-TPH en la Unidad de Trasplante de Adultos del HURS en el periodo comprendido entre Enero y Junio de 2021.

Se establecieron 2 grupos: grupo Hospitalario (GH) y grupo Domiciliario (TAD). Ambos grupos son comparables en cuanto a tamaño muestral (n=11 en GH y n=9 en TAD) y diagnóstico (5 Mielomas Múltiples y 6 Linfomas en GH y 5 Mielomas Múltiples y 4 Linfomas en TAD). En todos los pacientes, la administración de la quimioterapia de acondicionamiento y la infusión de las células progenitoras se ha realizado de forma hospitalaria.

El grupo TAD es trasladado a su domicilio en el día posterior a la infusión de Progenitores Hematopoyéticos (día +1) mientras que el GH permanece hospitalizado hasta el alta médica. Se han considerado días de ingreso aquellos que transcurren a partir del día +1.

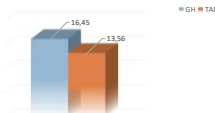
Ambos grupos son evaluados diariamente por Enfermería. Entre las valoraciones realizadas se encuentra el cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente que clasifica la ingesta en: muy buena, buena, aceptable, baja y nula. Se han medido otras variables como dolor (escala analógica del dolor), náuseas/vómitos (escala náuseas 0-4), mucositis (escala OMS) y diarrea. Los cuidados de Enfermería son similares en ambos grupos. La transfusión de hemoderivados en el grupo TAD tiene lugar en el domicilio.

RESULTADOS

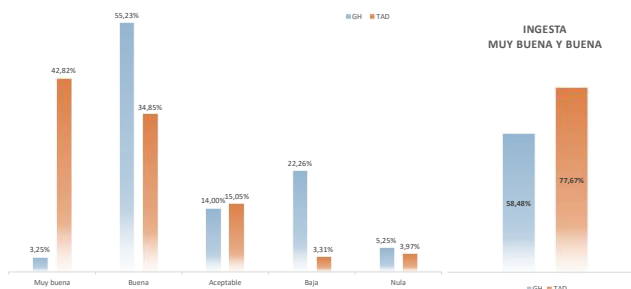
- Los pacientes TAD presentan una ingesta superior a los pacientes GH (Ingesta muy buena y buena 77.67% TAD vs. 58.48% GH).
- Menor incidencia de fiebre y diarrea en los pacientes que realizan el proceso en su domicilio, aunque sin significación estadística (33.33% TAD vs. 55.48% GH en fiebre y 66.67% TAD vs. 90.91% GH en diarrea, p=n/s), además de presentar un porcentaje inferior de días con estos síntomas, (1.67 días TAD vs. 4.33 días GH en fiebre y 2.67 días TAD vs. 5.50 días GH en diarrea).
- El número de unidades de plaquetas transfundidas en el domicilio es también menor que las transfundidas en el paciente hospitalizado (1.78 unidades TAD vs. 3.55 unidades GH).
- No encontramos diferencias en cuanto a: la incidencia y severidad de mucositis (0% grado máximo 3-4 en ambos grupos), número de concentrados de hemáties transfundidos, presencia de náuseas/vómitos y dolor.
- 1 paciente del grupo TAD fue ingresado en el centro hospitalario (día +7) por complicaciones no susceptibles de ser tratadas en domicilio. Fuera del horario de atención del equipo de Enfermería domiciliar (8h-22h) sólo se produjo una llamada telefónica de consulta que fue resuelta por el equipo de Enfermería hospitalaria.
- El 56% de los pacientes TAD utilizaron bomba de infusión portátil, no habiendo incidencias y siendo calificadas por todos como de manejo sencillo y cómodo. No hubo infecciones de catéter central en este grupo.
- En los cuestionarios de valoración del programa del programa TAD cabe destacar los buenos resultados obtenidos (100% refieren muy buena) en parámetros relacionados con la comodidad, la intimidad, seguridad y la satisfacción general.

RESULTADOS

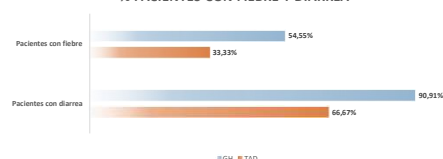
MEDIA DÍAS INGRESO



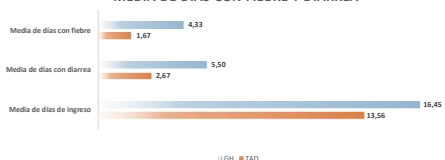
INGESTA DIARIA



% PACIENTES CON FIEBRE Y DIARREA



MEDIA DE DÍAS CON FIEBRE Y DIARREA



TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS



CONCLUSIONES

- El programa TAD, liderado por Enfermería experta en Hematología junto con la instauración de procedimientos específicos se confirma como una alternativa de atención factible y segura para el paciente que la percibe con mayor comodidad e intimidad, no presentando complicaciones de mayor relevancia que las observadas en el centro hospitalario y con tendencia a la reducción de los días de ingreso hospitalario. Asimismo, podría reducir el gasto sanitario permitiendo un uso más eficiente de los recursos.
- Parece haber una menor incidencia de cuadros infecciosos por la reducción de síntomas derivados de estos en los pacientes que realizan el proceso en su domicilio que pudiera estar relacionado con una disminución de infecciones nosocomiales. Además, los pacientes TAD presentan una ingesta superior a los pacientes del GH debido posiblemente a la opción que ofrece el domicilio de adaptar los alimentos a sus preferencias y horarios, no siendo necesaria una modificación importante respecto a su dieta habitual.
- Como propuestas de investigación futura nos parece especialmente importante aumentar el tamaño muestral y analizar otros datos relacionados con resultados en salud y coste derivados del procedimiento en ambos grupos.



PACIENTE GH DÍA +5

PACIENTE TAD DÍA +5

BIBLIOGRAFÍA

- Cotta RMN, Suárez-Varela MM, López González A, Filho C, Sette J, Real ER, et al. Home hospitalization: background, current situation, and future prospects. Rev Panam Salud Pública. 2001 Jul;10(1):45-55.
- Martino M, Ciavarella S, De Summa S, Russo L, Meliandro N, Imbalzano L, et al. Una evaluación comparativa de la calidad de vida en pacientes con mieloma múltiple sometidos a un autotrasplante de células madre a través de un modelo ambulatorio y hospitalario. Biol Blood Marrow Transplant. 2018; 24 (3): 608-13.
- Fernández-Avilés F, Carreras E, Urbano-Ispizua A, Rovira M, Martínez C, Gaya A, et al. Case-Control Comparison of At-Home to Total Hospital Care for Autologous Stem-Cell Transplantation for Hematologic Malignancies. J Clin Oncol. 2006 Oct 20;24(30):4855-61.