



Oxigenoterapia de alto flujo domiciliaria en pacientes pediátricos con necesidades paliativas

Marta Balsells Costa¹, Ana Díez Izquierdo², Laura Gil Juanmiquel¹, Fátima Camba Longueira¹, Juliana del Campo Domènech¹, Andrés J. Morgenstern Isaak¹

¹Médico facultativo pediatra. Unidad de Atención Paliativa Pediátrica Integral, Hospital Universitario Vall d'Hebron.

²Médico facultativo pediatra. Unidad de Neumología, Alergología y Fibrosis Quística Pediátricas, Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Introducción

La asistencia respiratoria pediátrica domiciliaria ha evolucionado en los últimos años hasta presentar una gran variedad de dispositivos, modalidades e interfaces. La oxigenoterapia de alto flujo (OAF), clásicamente limitada al uso hospitalario, actualmente es una opción disponible en el domicilio, pudiendo evitar ingresos hospitalarios a pacientes y familias capacitadas para su uso.

Objetivos

El objetivo es describir la implementación de la OAF en pacientes pediátricos seguidos por una Unidad de Atención Paliativa Pediátrica (UAPP) tras la elaboración de un plan de decisiones que prioriza el manejo domiciliario.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes pediátricos en seguimiento por la UAPP de un hospital terciario con uso de OAF domiciliaria del 1 enero al 31 diciembre 2021 (1 año).

Resultados

En enero 2021 se dispone de OAF domiciliaria como nueva opción terapéutica estableciéndose en 9 pacientes pediátricos, realizándose seguimiento por la UAPP en el 67% (6/9) de los casos.

Todos los pacientes (6/6) son diagnosticados de enfermedades neurológicas graves, el 50% progresivas y el 50% restante no progresivas. En todos los casos se evidencia disfagia precisando nutrición mediante dispositivos gástricos o gastroyeyunales.

La OAF es una opción terapéutica utilizada en situación basal así como en interurrencias respiratorias o en progresión de enfermedad.

El 50% (3/6) de los pacientes reciben soporte respiratorio domiciliario en su estado basal. De estos se indica en el 33% (1/3) OAF continua, en el 33% (1/3) OAF nocturna y en el 33% (1/3) ventilación mecánica no invasiva (VMNI) nocturna.

En el 83% (5/6) de los pacientes se consensua no ser tributarios de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Implementando la OAF domiciliaria se han evitado 39 días de ingreso hospitalario. De estos, 28 días por inicio o aumento de soporte por progresión de enfermedad y 11 días por interurrencias respiratorias.

El 50% (3/6) de los pacientes fueron éxitos durante el 2021. De éstos se consideró en el 67% (2/3) el soporte respiratorio máximo la OAF, y en el 33% (1/3) la VMNI. El 67% (2/3) fallecieron en el domicilio por deseo de la familia, con retirada del soporte respiratorio al detectarse situación de final de vida.

Conclusiones

La implementación de la OAF domiciliaria ha demostrado disminuir los ingresos hospitalarios en pacientes en seguimiento por la UAPP en situación de exacerbación respiratoria y en el final de vida, especialmente si se ha establecido un plan de decisiones con manejo domiciliario exclusivo.