

Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos: análisis comparativo de los modelos hospitalario y domiciliario

Costela – Ruiz, Víctor J.; María del Mar Pérez García ; María Laura Rodríguez Pareja ; Pedro Antonio Sierra Segura, Manuel Jurado Chacón

Índice

Introducción
Objetivos
Metodología
Resultados
Conclusiones



Introducción

Trasplante de progenitores hematopoyéticos:

Primer TPH con éxito en **1959** → Dr. Kurnick

Técnica ampliamente utilizada en la actualidad → tratamiento diferentes **hemopatías y patologías** relacionadas con la hematopoyesis

TPH **autólogo** Vs TPH **allogénico**

TPH **autólogo neoplásicas hematológicas** como la LMA, MM, LH refractario y LNH agresivo; así como para aquellas patologías **oncológicas** como el neuroblastoma y otras cerebrales, tumores germinales; además de algunas **enfermedades autoinmunes**

Ensayos clínicos finales de los **años 90** con el modelo domiciliario

Primeros **TAPH domiciliarios** en **Hospital Clinic de Barcelona** → modelo importado a **Granada** por Dr. Pedro González



Biology of Blood and Marrow Transplantation

journal homepage: www.bbmt.org

ASBMT[™]
American Society for Blood
and Marrow Transplantation

Brief Articles

A Comparative Assessment of Quality of Life in Patients with Multiple Myeloma Undergoing Autologous Stem Cell Transplantation Through an Outpatient and Inpatient Model



CrossMark

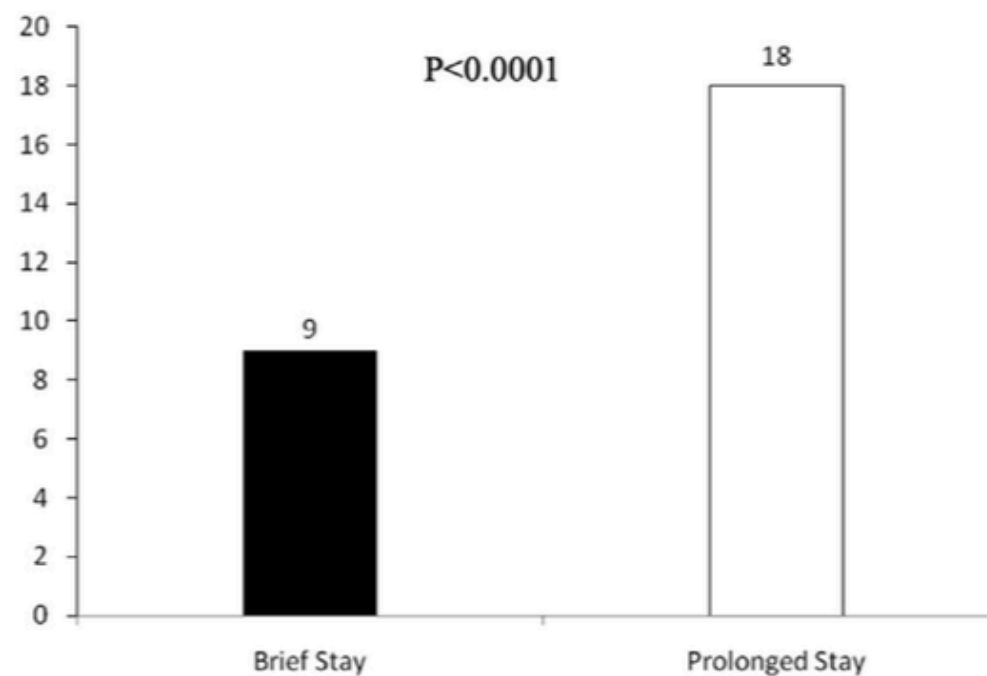
Massimo Martino ^{1,*}, Sabino Ciavarella ², Simona De Summa ³, Letteria Russo ¹, Nicola Meliambro ¹, Lucrezia Imbalzano ¹, Giuseppe Alberto Gallo ¹, Tiziana Moscato ¹, Giuseppe Messina ¹, Anna Ferreri ¹, Maria Cuzzola ¹, Giuseppe Irrera ¹, Virginia Naso ¹, Michele Cimminiello ⁴, Giuseppe Console ¹, Giacomo Loseto ², Stefania Tommasi ³, Attilio Guarini ²



SEGURIDAD

Figure 1 Complications Arising Within 100 Days From Autologous Stem Cell Transplantation by Length of Initial Stay

Figure 2 Median Cumulative Hospital Days Within 100 Days From Autologous Stem Cell Transplantation by Length of Initial Hospital Stay





COSTE

Case-Control Comparison of At-Home to Total Hospital Care for Autologous Stem-Cell Transplantation for Hematologic Malignancies

Francesc Fernández-Avilés, Enric Carreras, Alvaro Urbano-Ispizua, Montserrat Rovira, Carmen Martínez, Anna Gaya, Miquel Granell, Laia Ramiro, Cristina Gallego, Adela Hernando, Susana Segura, Lourdes García, Manel González, Montserrat Valverde, and Emili Montserrat

Table 4. Economical Cost Comparison Between At-Home and In-Hospital Groups

Variable	At-Home Group (n = 50)		In-Hospital Group (n = 50)		P (t test)
	Median	Range	Median	Range	
At-home structure and hospital room*	434	341-1,173	1,381	1,122-2,244	< .00001
Physician fees†	96	72-212	190	159-301	< .00001
Nurses fees‡	1,437	213-2,771	1,232	1,001-2,002	.17
Pharmacy charges	973	39-2,489	1,860	90-2,974	.0002
Transfusion charges	476	76-1,602	514	76-4,200	.66
Laboratory§	148	65-343	350	186-1,504	.00005
Total charges	3,345	2,236-7,401	6,250	3,598-12,005	< .00001

NOTE. Values are given in Euros as median and range per patient.

*At-home: store material, telephone, and car; in-hospital: auxiliary workers fees (3 hours/day), subsistence, and store material.

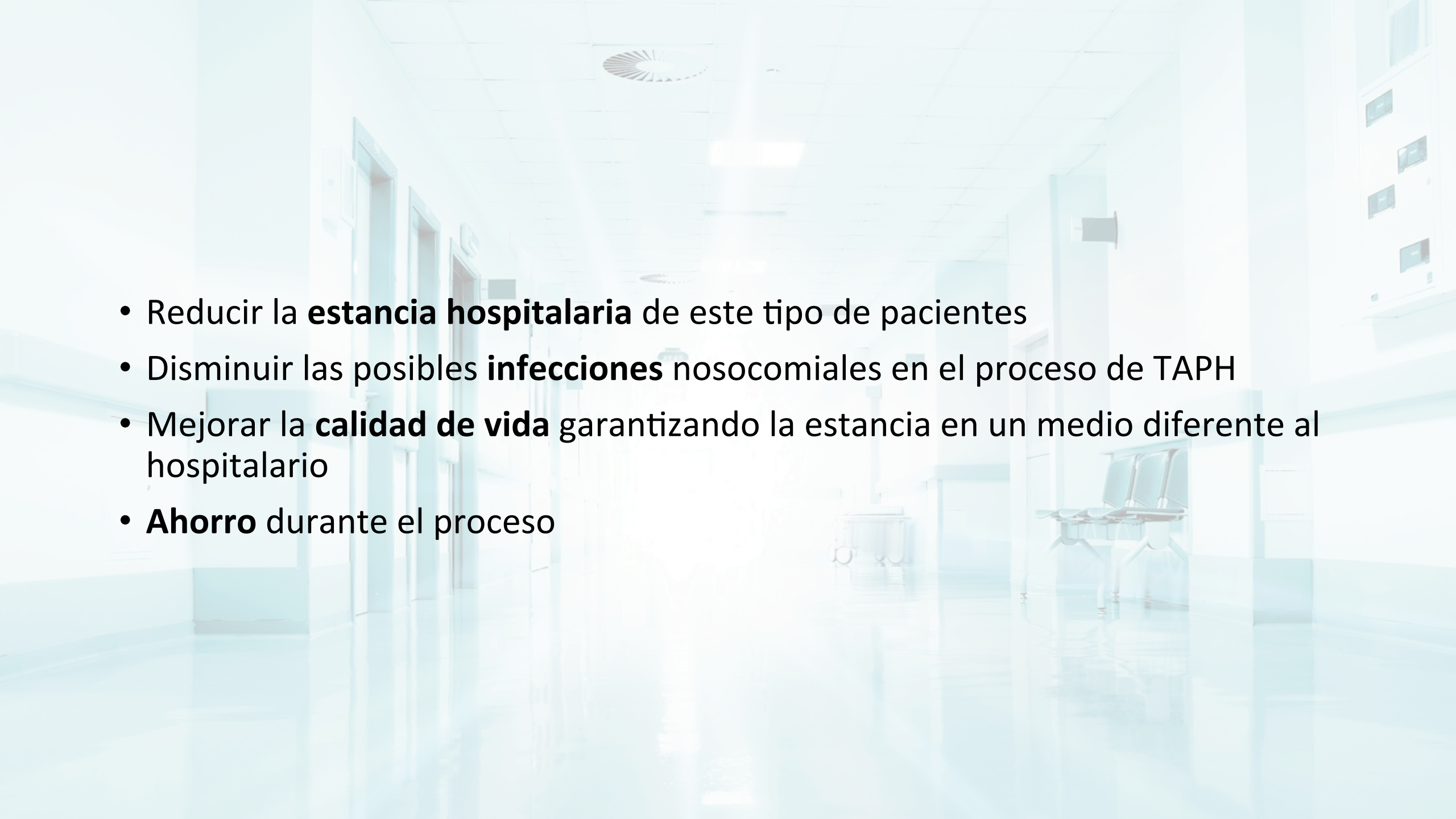
†At-home: 45 minutes/visit and 50 minutes/week for discussing with the nurse patient's condition; in-hospital: 30 minutes/visit, seven visits/week.

‡At-home: 4 hours/day (direct visit and travel time); in-hospital: 3 hours/day (direct visit).

§At-home: three hematology and two chemistry assessments/week, respectively; in-hospital: seven hematology and three chemistry assessments/week.



Objetivos

- 
- Reducir la **estancia hospitalaria** de este tipo de pacientes
 - Disminuir las posibles **infecciones** nosocomiales en el proceso de TAPH
 - Mejorar la **calidad de vida** garantizando la estancia en un medio diferente al hospitalario
 - **Ahorro** durante el proceso



Metodología

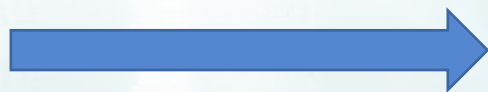


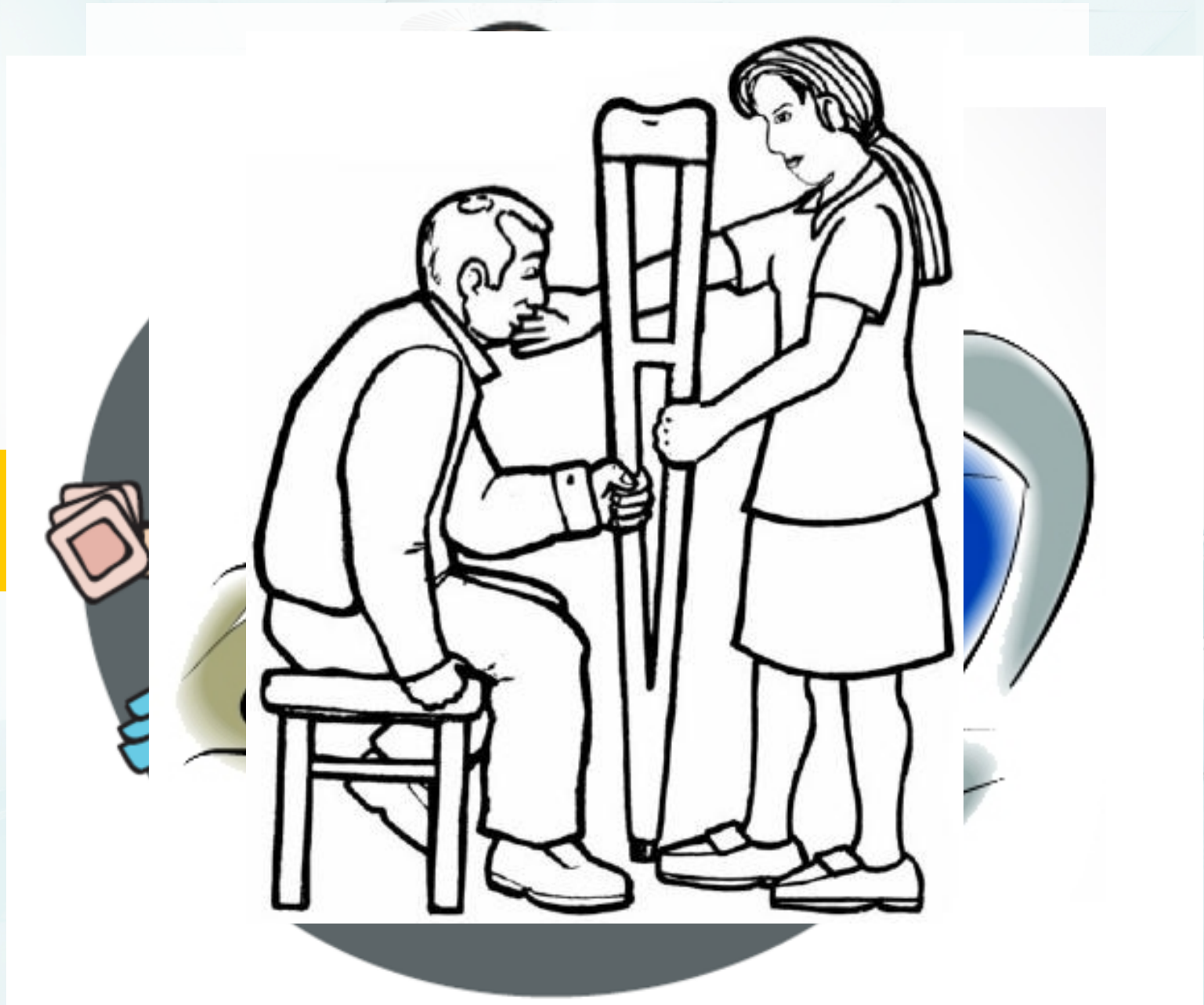
Acondicionamiento (de 2 a 4 días)



**Infusión progenitores
hematopoyéticos (24 horas –
infusión + vigilancia –)**

**Aplasia medular (día +8 a +14 o +
15)**

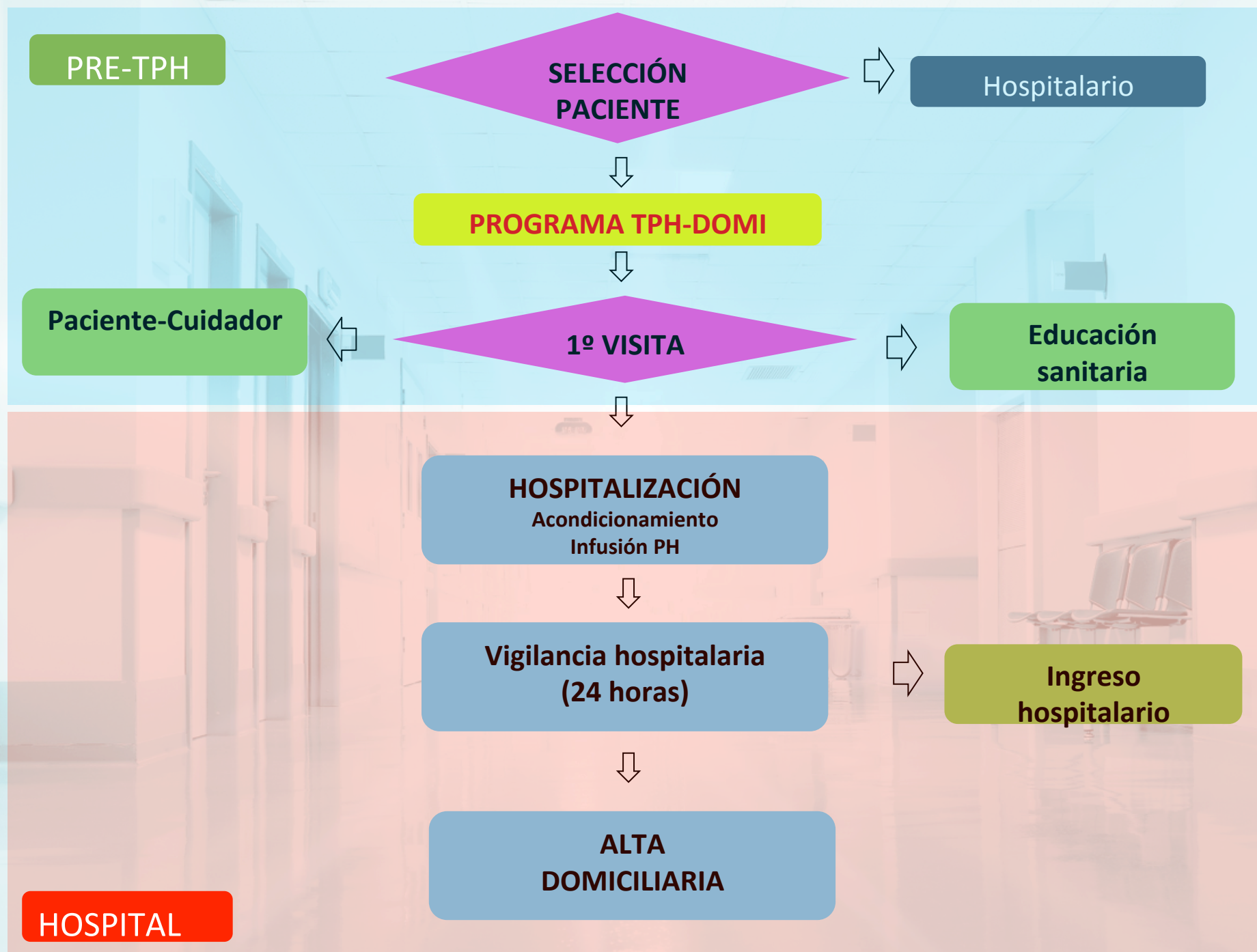


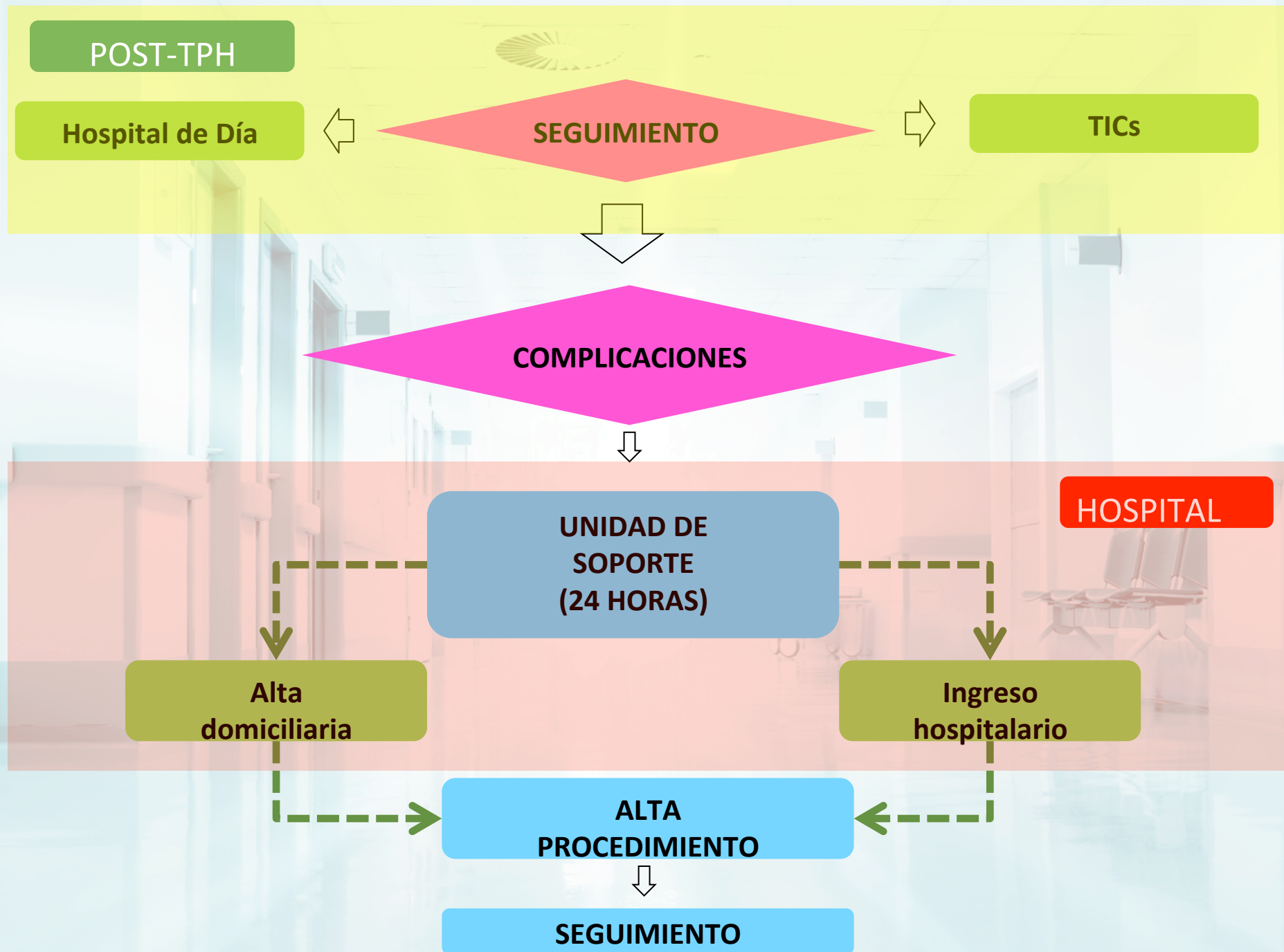




PROCEDIMIENTO







Actitud al alta

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

TRATAMIENTO SOPORTE

MATERIAL SANITARIO



CONSULTA DE UAD (Planta 10º)



Pasar consulta
Exploración física
Control analítico
Ajuste de tratamiento



Educación sanitaria
Extracción analítica
Administración Medicación
Transfusión
Preparación medicación domicilio



DOMICILIO
TICS



Paciente Hematología

TIC`s

Videoconferencia diaria
Registro de constantes
Diario de eventos
Adherencia al tratamiento
Monitorización de cifras



App THAD®



Videoconferencia diaria

Registro de constantes

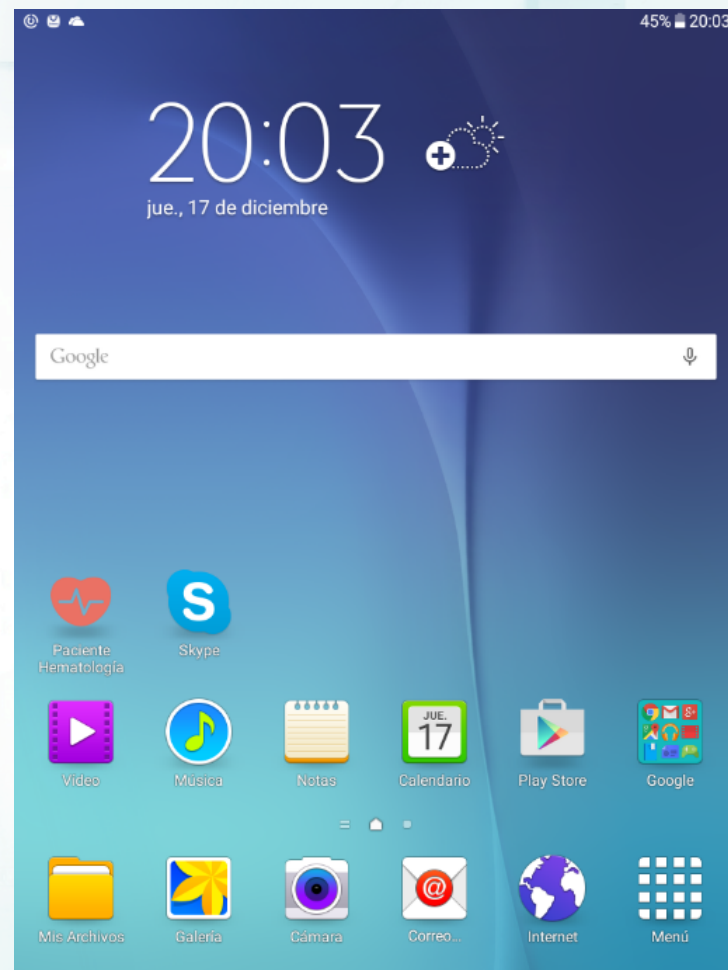
Diario de eventos

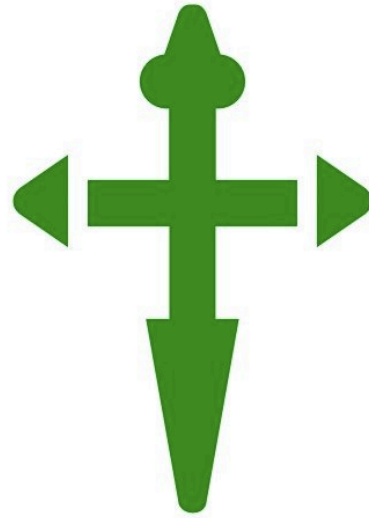
Adherencia al tratamiento

Documentos útiles



Paciente
Hematología





aecc

Contra el Cáncer

CRITERIOS DE REINGRESO



- Petición justificada del paciente (claudicación del cuidador)
- Datos clínicos o analíticos de disfunción de un órgano
- Hipotensión (TA sistólica < 90 mmHg o reducción > 40 mmHg del valor basal)
- Acidosis láctica
- Síntoma refractario (dolor, diarrea)
- Focalidad infecciosa clínicamente relevante (neumonía, meningismo,...)



Resultados

Datos TAPH domiciliario Junio 2015 –
Febrero 2018 Complejo Hospitalario
Universitario Granada

- Se han incluido **26 pacientes** en el programa de atención domiciliaria. Los diagnósticos de los pacientes son los siguientes:
- **17 Mieloma Múltiple** sometido a TAPH.
- **3 Linfoma de Hodgkin** sometido a TAPH.
- **1 Leucemia Linfática Crónica** sometido a Trasplante Alogénico con acondicionamiento de intensidad reducida.
- **5 Leucemia Aguda Mieloblástica** sometido a tratamiento de consolidación (ARA-c altas dosis).

Análisis estadístico pacientes TAPH
domiciliario Junio 2015 – Junio 2017
Complejo Hospitalario Universitario
Granada

Tabla 1. Características pacientes

	Domicilio (n=14)	Hospital (n=26)	p <0.05
Sexo (Hombre)	76.9%	52.3%	NS
Edad (años)	56.3 (40-68)	59.8 (48-69)	NS
Tipo de catéter • Hickman • PICC	9 (64.28%) 5 (35.71%)	10 (47.6%) 11 (52.4%)	NS

Md Pedro Antonio González Sierra

Tabla 2. Resultados SEGURIDAD

	Domicilio (n=14)	Hospital (n=26)	P <0.05
Fiebre (%)	4 (30.76%)	17 (80.9%)	0.005
Antibióticos empleados (media)	0.45	2.71	0.005
Mucositis	61.53%	85.71%	0.003
NPT	7.69%	61.90%	0.002
MRT (30 días)	0%	0%	NA
MRT (100 días)	0%	0%	NA

Tabla 3. Resultados HOSPITALIZACIÓN

	Domicilio (n=14)	Hospital (n=26)	P <0.05
Días procedimiento (mediana días)	20	21	NS
Días Ingreso Hospitalario (media/mediana días)	6	21	0.000

Tabla 4. Análisis Económico

	Domicilio (n=14)	Hospital (n=26)	P <0.05
Hospitalización	5224,53	12551,21	0.000
Asistencia Ambulatoria	161,18	0	0.000
Farmacia	941,57	1799,33	0.006
Nº Pruebas diagnósticas laboratorio	26,46	42	0.000
Nº Pruebas Microbiología	3,15	10	0.000
Nº Pruebas Radiodiagnóstico	0,92	2,61	0.001
Coste global	6979,15	15214,17	0.000

Tabla 5. Valoración de la satisfacción			
	2015 (n=4)	2016 (n=4)	Mejoría
Seguridad	8.75	9.5	ñ
Atención Médica	9.25	9.75	ñ
Atención Enfermería	9.25	9.5	ñ
Atención Psicológica	9.25	9.5	ñ
Información	9.5	9.5	=
Organización	8.25	9.25	ñ
Respuesta	8.25	9.5	ñ
Disponibilidad	8.5	9.5	ñ
Satisfacción Global	8.75	9.5	ñ



Conclusiones

¿Qué ventajas nos aporta el TAPH domiciliario?

- Descenso en la ratio de **días de estancia** hospitalaria
- Menor presencia de **complicaciones**
- Disminución de los **costes** (pruebas, ingresos, farmacia,...)
- **Conciliación** con el medio social, familiar y emocional del paciente
- Equipo **multidisciplinar** que aborda todas las esferas del paciente
- Manejo de **tecnologías de la información y la comunicación**
- Sistemas de **calidad**

¿Qué inconvenientes encontramos en el uso de esta técnica?

- El **ritmo de infusión** de la medicación en medio domiciliario es bajo
- **Reingresos** no justificados
- Habitación para el paciente **bloqueada** para en caso de necesidad de ingreso
- Carencia de **recursos humanos** suficientes

¿Cómo podemos mejorar los resultados generales del procedimiento?

- Área de **atención específica** desde hospital de día (de 8 a 22h), desde donde se podría hacer el acondicionamiento y la infusión de PH
- **Reserva – bloqueo** de cama solo en periodo de **neutropenia profunda**
- Disminuir la tasa de reingresos incorporando **enfermería domiciliaria** y cambios en el **protocolo** para el manejo de la neutropenia febril
- Mejora de los **recursos de la información y la comunicación** incorporando el empleo de sensores, cuestionarios dirigidos para la autoanamnesis, cuestionarios de calidad de vida para la valoración de la esfera psicoemocional y mensajería instantánea

Conclusiones finales

- Podemos poner de manifiesto como se trata de un modelo de trasplante autólogo **seguro y eficaz** para el paciente, que permite una mejor adaptación del mismo a la técnica por tratarse del medio en el que se desenvuelve en su vida diaria
- Los resultados satisfactorios y el éxito del modelo nos deben estimular positivamente y potenciar esta **nueva forma de abordaje** de determinados procedimientos, lo que va a contribuir al crecimiento del mismo con resultados positivos para la población y para el sistema sanitario

Gracias

