BOL PEDIATR. 2026; 66: 138-144

Mesa Redonda: Paciente pediátrico complejo

Hospitalización a domicilio. Aportaciones en nuestro entorno

A. COCCOLO GÓNGORA

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

¿QUÉ ES LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA?

Los ingresos hospitalarios suponen una gran disrupción de la vida de los pacientes pediátricos y sus familias, asociado a un estrés añadido de estar en un ambiente desconocido, ajustándose a los horarios del centro y alteración de sus rutinas habituales de sueño, alimentación y juego.

La Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado (Parlamento Europeo, 1986) y la Carta EACH recogen, entre otros, el derecho a ser hospitalizado solo si los cuidados no pueden prestarse igual de bien en casa o en régimen ambulatorio, y durante el menor tiempo posible.

Asimismo, en los pacientes con patología crónica y complejidad y necesidades de cuidados paliativos, la Carta Europea de Cuidados Paliativos para Niños y Jóvenes (Carta IMPaCCT/EAPC, adoptada en España a través de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos Pediátricos) recoge que el lugar de los cuidados sea el que prefiera el paciente y su familia.

En este contexto, nace la hospitalización a domicilio (HAD) pediátrica. Esta forma de hospitalización es una alternativa asistencial que ofrece cuidados de rango hospitalario en la casa de los pacientes, asegurando la misma calidad, seguridad y responsabilidad clínica que una planta de hospitalización convencional[1,2]. El paciente sigue ingresado a cargo del hospital, pero el equipo (pediatras y enfermería) se desplaza a su casa y mantiene contacto continuo con la familia[3].

En el paciente agudo, la HAD permite tratar diversos tipos de procesos como infecciones que requieren antibioterapia intravenosa, bronquiolitis o neumonías con oxigenoterapia, o completar tratamientos tras un alta precoz[2,4]. La evidencia disponible indica que, en pacientes bien seleccionados, es una alternativa segura y eficaz al ingreso convencional[1,5].

En el paciente crónico, la HAD puede atender las descompensaciones de niños/as con enfermedades de larga evolución, acortar ingresos y acompañar la transición del hospital al hogar de niños dependientes de tecnología (oxigenoterapia, ventilación, nutrición enteral o parenteral, traqueostomía)[6-8].

Junto a la HAD existe la atención domiciliaria de los equipos de pacientes crónico-complejos y de cuidados paliativos pediátricos. Estos equipos siguen al niño de forma longitudinal, a lo largo de meses o años, y no solo durante un episodio agudo. Su objetivo es el control de síntomas, la planificación anticipada de la atención, el acompañamiento a la familia y, cuando llega el momento, la atención al final de la vida en el lugar elegido por la familia[8,9].

La HAD y la atención domiciliaria paliativa son, por tanto, una forma práctica de hacer efectivos los derechos de los pacientes pediátricos: el niño/a recibe cuidados de calidad sin salir de su entorno.

MODALIDADES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

La organización de la atención domiciliaria pediátrica varía mucho entre países y centros, tanto en el tipo de pacientes como en la dependencia del equipo y los horarios de cobertura[3]. En la tabla I se reflejan distintos modelos de atención domiciliaria:

Correspondencia: alejandracoccolo@gmail.com

© 2026 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABLA I. Modelos de atención domiciliaria.

Modalidad	Pacientes	Objetivo	Duración
HAD de agudos	Niños sanos o crónicos con un proceso agudo	Sustituir o acortar el ingreso	Días
HAD de crónicos y alta precoz	Prematuros, niños dependientes de tecnología, crónicos complejos descompensados	Acortar estancias y acompañar la transición al hogar	Semanas
Equipos de crónicos complejos y paliativos	Niños con enfermedades limitantes o amenazantes para la vida	Seguimiento longitudinal, control de síntomas, final de vida	Meses o años
Enfermería domiciliaria (*home nursing*)	Niños con alta dependencia de cuidados	Cuidados técnicos y respiro familiar	Continuada
Telemedicina y telemonitorización	Complemento de todas las anteriores	Seguimiento a distancia y respuesta rápida	Variable

La enfermería domiciliaria es un recurso muy desarrollado en Estados Unidos, donde se asocia a un menor uso hospitalario en niños con complejidad médica[8,10,11]. Su disponibilidad, sin embargo, es irregular y depende de la financiación y de la oferta de profesionales[7,11].

La telemedicina complementa las visitas presenciales. Permite teleconsultas, monitorización de constantes y seguimiento de dispositivos, y puede mejorar resultados de salud en niños con complejidad médica[12]. En España, un programa de telecuidado domiciliario pediátrico mostró costes inferiores a la atención habitual[13]. Los modelos de "salas virtuales" para niños también se han mostrado seguros y eficaces[5].

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD

Los pacientes pediátricos con patología crónica y complejidad son un grupo de pacientes muy heterogéneo que se caracterizan por reunir varias de estas características[6,14]:

- Una o varias enfermedades crónicas graves, que afectan a uno o más órganos o sistemas.
- Limitaciones funcionales importantes y, a menudo, discapacidad.
- Dependencia de tecnología médica para sobrevivir o mantener su calidad de vida.
- Necesidades de atención elevadas, con múltiples especialistas, fármacos y servicios implicados.

Este grupo de pacientes es poco prevalente en la población pediátrica (se estima que menos de 1%), pero requieren un elevado consumo de recursos, suponiendo un 30-40% del gasto sanitario[15]. La literatura coincide en que estos pacientes presentan:

- Más hospitalizaciones y más largas. En plantas de pediatría de hospitales españoles representan una proporción importante de los ingresos y de los días de estancia[16-18].
- Más reingresos, a menudo por las mismas causas (infecciones respiratorias, problemas de alimentación, complicaciones de dispositivos)[19,20].
- Más visitas a urgencias, especialmente en los niños con enfermedades neurológicas o con trastornos mentales y de conducta asociados[21,22].
- Más ingresos en cuidados intensivos, con estancias más prolongadas y peores resultados cuando hay desnutrición[23-26].
- Uso intensivo de atención primaria, con más comorbilidades a mayor número de enfermedades crónicas[27,28].

La atención domiciliaria es, por tanto, de especial importancia en estos pacientes: permite acortar estancias hospitalarias e incluso evitarlas, y tratar en casa reagudizaciones. En las modalidades de atención domiciliaria con seguimiento continuo, evita visitas a urgencias gracias a un equipo de referencia accesible por teléfono o telemedicina[8,10,12].

En el niño crónico complejo, la atención domiciliaria no solo sustituye días de hospital: cambia la forma de cuidar. Sus aportaciones principales son:

- Tratamiento de reagudizaciones en casa. Infecciones respiratorias, ajustes de soporte respiratorio o problemas de alimentación pueden manejarse en el domicilio, evitando ingresos y la exposición a infecciones nosocomiales[2,6].
- Alta precoz tras ingresos prolongados. El equipo completa en casa tratamientos, ajustes de ventilación o de nutrición, y la adaptación de la familia a los dispositivos[8,29].
- Detección precoz de descompensaciones. La visita regular y la telemonitorización permiten actuar antes de que el niño necesite urgencias o cuidados intensivos[12].

- Coordinación de la atención. Estos niños dependen de muchos especialistas. Un equipo de referencia que conoce al paciente en su entorno integra la información, simplifica tratamientos y evita duplicidades[7,8].
- Control de síntomas y dolor. El abordaje interdisciplinar del dolor crónico y complejo mejora el control de síntomas y la calidad de vida[9].
- Atención paliativa y final de vida. Permite que el niño permanezca en casa cuando la familia lo desea, con planificación anticipada de decisiones.

La evidencia apoya estos beneficios. La enfermería domiciliaria se ha asociado a menos ingresos y estancias más cortas en niños con complejidad médica[10,11]. Servicios de atención domiciliaria pediátrica en Brasil y Corea han mostrado reducción del uso hospitalario y buena respuesta a las prioridades de los cuidadores[30,31]. Aun así, la investigación en este campo es todavía limitada y heterogénea, y se necesitan estudios con resultados comparables[1,7].

LA IMPORTANCIA Y COMPLEJIDAD DE LA TRANSICIÓN AL DOMICILIO

El paso del hospital al hogar es uno de los momentos de mayor riesgo y vulnerabilidad para el niño crónico complejo y su familia. Es un proceso de transición que afecta a toda la familia: los familiares pasan de ser acompañantes a ser los principales cuidadores, con responsabilidades técnicas que antes asumía el personal sanitario[32].

Una revisión sistemática sobre transiciones hospital-domicilio en niños con complejidad médica encontró una gran variedad de resultados medidos (reingresos, visitas a urgencias, calidad de vida, estrés parental, costes), lo que dificulta comparar programas[33].

Una transición bien planificada debería incluir[8,29,33]:

1. Valoración precoz, desde el inicio del ingreso, de las necesidades del niño y de la capacidad de la familia y de la vivienda.
2. Un profesional coordinador que sea referencia para la familia y para los distintos servicios.
3. Formación estructurada de los cuidadores, con comprobación de competencias antes del alta.
4. Disponibilidad del material y los dispositivos en casa antes del alta, y de un plan de mantenimiento.
5. Comunicación con atención primaria, servicios sociales y el centro educativo.
6. Un plan de cuidados y de actuación ante urgencias por escrito, con teléfonos de contacto.
7. Seguimiento estrecho los primeros días, el periodo de más riesgo de reingreso.

Los equipos de HAD y de atención domiciliaria actúan como puente en esta etapa: acompañan a la familia en casa durante los primeros días o semanas, resuelven dudas en tiempo real y ajustan el plan a la realidad del hogar.

LAS FAMILIAS COMO EJE CENTRAL DE LA HAD

La familia es el eje de los cuidados en el domicilio, y su formación es una condición imprescindible para la seguridad del niño. Las demandas diarias de cuidado de estos niños son altas y abarcan procedimientos técnicos, administración de medicación, alimentación, higiene, movilización y vigilancia continua[34]. Además, el grado de participación de la familia influye en la carga de trabajo de las unidades de HAD[35].

Dependiendo las características de cada paciente y el motivo que impulsa la atención u hospitalización en el domicilio, los cuidadores deben aprender distintas técnicas entre las que destacan:

- Administración de medicación intravenosa.
- Manejo de oxigenoterapia y/o ventilación mecánica.
- Aspiración de secreciones, cuidado de traqueostomía, nebulización de medicación…
- Manejo de dispositivos de nutrición enteral, cuidados de sondas de nutrición…
- Reconocimiento de signos de alarma y pasos a seguir ante cada uno de ellos.
- Prevención: infecciones, úlceras por presión, broncoaspiración.
- Uso de los canales de comunicación con el equipo y de la telemedicina[12].

La metodología importa tanto como el contenido. Funcionan mejor la enseñanza práctica y progresiva, la demostración seguida de práctica supervisada, la comprobación de que el cuidador ha adquirido la competencia y el material escrito o audiovisual de apoyo. Es recomendable formar al menos a dos cuidadores para evitar la sobrecarga de uno solo[8].

Las familias pasan a adquirir un rol de cuidador y administran cuidados de enfermería muchas veces complejos. El equipo de HAD tiene que asegurar no solo una formación adecuada, comprobando que conocen y entienden bien la información, sino que es necesario proporcionar la sensación de seguridad y acompañamiento, para garantizar que no están solos. Es importante que los profesionales sanitarios se aseguren de que los cuidados por parte de la familia serán

TABLA II. Ventajas de la de atención domiciliaria.

Para el paciente	Para la familia	Para el sistema sanitario
Permanece en su entorno, con sus rutinas de sueño, juego y alimentación[36,37]	Mantiene la unidad familiar y la atención a los hermanos[36,37]	Libera camas hospitalarias y acorta estancias[4,10]
Menor exposición a infecciones nosocomiales[2]	Menos desplazamientos y menos alteración de la vida laboral[37]	Reduce reingresos y visitas a urgencias en niños con complejidad médica[10,11]
Menos ansiedad y mejor descanso[37]	Mayor sensación de control y participación en los cuidados [36]	Costes inferiores a la hospitalización convencional[13]
Atención individualizada y continuidad con el mismo equipo[8]	Formación y apoyo profesional en el propio hogar[8,34]	Seguridad y eficacia comparables al ingreso en pacientes seleccionados[1,5]
Posibilidad de continuar la escolarización	Mejor respuesta a sus prioridades como cuidadores[31]	Mejor coordinación entre niveles asistenciales[3]

seguros en el domicilio, repitiendo la formación siempre que sea necesario.

VENTAJAS PARA EL PACIENTE, LA FAMILIA Y EL SISTEMA SANITARIO

Las ventajas de la atención domiciliaria se muestran en la tabla II.

Las revisiones de experiencias de niños y padres coinciden: prefieren la atención en casa por la normalidad y la intimidad que aporta[36,37]. También señalan inconvenientes que hay que prevenir: la carga de cuidados, el cansancio, la sensación de responsabilidad y, a veces, el aislamiento social[34,36]. Por eso la HAD no debe trasladar a la familia la carga del hospital, sino acompañarla con recursos suficientes, incluido el respiro familiar.

SITUACIÓN EN ESPAÑA

España tiene una larga tradición en HAD de adultos, pero la HAD pediátrica y la atención paliativa domiciliaria es más reciente en la historia de nuestro país y siguen siendo recursos desiguales entre territorios.

Cuidados paliativos pediátricos con atención domiciliaria

La atención domiciliaria en Pediatría en España ha ido de la mano de las Unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos y es en esa área donde más extendida está. Sin embargo, la distribución de los recursos asistenciales es muy desigual dependiendo del código postal. No todas las Comunidades Autónomas tienen una atención especializada domiciliaria, por equipos completos (incluyendo psicología y trabajo social) y el horario de atención es muy variable, contando con asistencia 24 horas en el domicilio solo en algunas comunidades seleccionadas.

Hospitalización a domicilio pediátrica en el paciente agudo

La HAD comenzó en España en 1981, pero el desarrollo de unidades pediátricas ha sido mucho más lento. Surgieron primero para patologías concretas, como el alta precoz del prematuro o la atención del niño crónico complejo[38]. La primera Unidad de HAD para el paciente agudo se inauguró en 2018 en el Hospital Universitario Niño Jesús en Madrid y posteriormente, en 2019, en el Hospital Sant Joan de Déu.

En los últimos años se han creado nuevas unidades, sobre todo en hospitales de tercer nivel. La unidad del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid) publicó un seguimiento de dos años de niños con enfermedades agudas atendidos en casa[4]. En su primer año atendió a más de 500 pacientes y evitó más de 1.800 estancias hospitalarias[39]. Otros centros, como el Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), han desarrollado modelos de telecuidado domiciliario[13], y recientemente se ha estudiado cómo la complejidad del paciente y la participación de la familia predicen la carga de trabajo de estas unidades[35].

IMPACTO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA EN NUESTRO MEDIO

En el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) se inauguró la Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica en septiembre de 2025. Consiste en una unidad de ingreso de rango hospitalario, inicialmente orientada a la patología aguda o crónica reagudizada. La atención se realiza durante el día (hasta las 21.00 h), siendo posible valoración por el personal médico hasta las 17.00 h o por la mañana durante los días festivos.

Durante el periodo nocturno disponen de un teléfono del hospital (no específico de la unidad) para consultar dudas, sin poder realizar valoración en el domicilio.

Durante el primer año hemos realizado 127 ingresos, con una mediana de edad de 5,1 años (RI 1,4-8,9 años). Ha supuesto 785 días ahorrados de ingreso hospitalario (mediana de días de ingreso 4 días, RI 3-6).

La mayoría de los ingresos han sido por necesidad de tratamiento intravenoso (85,8%), administrando fármacos desde antibióticos, antifúngicos y antivirales, hasta otras medicaciones como corticoterapia, albúmina y furosemida. Se ha administrado también sin complicaciones el anticuerpo monoclonal Teplizumab, siendo la primera vez en España que se administra en domicilio.

Los pacientes que hemos ingresado en domicilio han ido progresivamente asociando complejidad, y más de la mitad de los pacientes presentaban alguna patología de base, destacando: patología oncohematológica (29,1%), patología neurológica, genética o malformativa (6,2%) y trasplante cardíaco (2,3%).

Hemos evolucionado de forma progresiva y dada las necesidades de la población, a una atención domiciliaria para el paciente con patología crónica y complejidad y necesidad de cuidados paliativos, llevando a cabo el apoyo domiciliario en el momento de final de vida, con tratamientos de control de síntomas.

La respuesta de las familias en todos estos ingresos ha sido muy buena, siendo sin lugar a duda el mayor éxito y el objetivo principal de nuestra unidad. Se valora principalmente el trato humano, la cercanía y la sensación de acompañamiento. Las familias destacan que se respeta el sueño del niño/a, se descansa y se recupera mejor. La carga de trabajo ha sido percibida como la esperada (48,6% de los encuestados) o menor de la esperada (51,4%), siendo también algo muy positivo y que intentamos evaluar de forma continuada dado todos los cuidados que pedimos a los familiares.

Con respecto a las incidencias que hemos encontrado durante el primer año, destaca que no ha habido eventos adversos graves en la administración de medicación. Se han realizado 14 reingresos (11%), la mayoría de pacientes con patología oncohematológica.

CONCLUSIÓN

La hospitalización a domicilio pediátrica permite ofrecer cuidados de rango hospitalario en el entorno del paciente, con la misma calidad y seguridad que una planta convencional, y protege su sueño, su alimentación, su juego y la vida familiar. La evidencia indica que, en pacientes bien seleccionados, es una alternativa segura y eficaz al ingreso tradicional. Además, reduce estancias, reingresos y visitas a urgencias, y su coste es menor para el sistema sanitario.

Su valor es aún mayor en el paciente con patología crónica y complejidad. Es un grupo poco numeroso, pero con un gran consumo de recursos. En él, la atención domiciliaria no solo sustituye días de hospital, sino que cambia la forma de cuidar: permite tratar las reagudizaciones en casa, detectar antes las descompensaciones, coordinar la atención y acompañar al niño al final de la vida en el lugar que elija la familia. La transición del hospital al hogar es un momento de especial vulnerabilidad. Por eso exige una planificación estructurada y un equipo que sirva de puente. La familia es el eje de estos cuidados, y su formación, el acompañamiento y el respiro familiar son condiciones imprescindibles para que la HAD no traslade a los cuidadores la carga del hospital.

Nuestra experiencia en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla ha ido acorde a la bibliografía, sin suponer un riesgo aumentado para los pacientes y siendo una experiencia positiva para las familias.

Los retos de futuro son ampliar la cobertura horaria, incluida la valoración nocturna en el domicilio, e integrar la telemonitorización. También es necesario avanzar hacia una oferta equitativa en todo el territorio y generar evidencia con indicadores comparables que permita consolidar este modelo asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Detollenaere J, Van Den Heede K, Vlayen J. Systematic literature review on the effectiveness and safety of paediatric hospital-at-home care as a substitute for hospital care. Eur J Pediatr. 2023;182:2735-57. https://doi.org/10.1007/s00431-023-04916-2.
2. Pian J, Klig J. Acute pediatric home hospital care. Pediatrics. 2020;145(6):e20190074. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0074.
3. Lefèvre M, Detollenaere J, Zeevaert R, Van De Voorde C. The organisation of paediatric hospital-at-home care: A multi-country comparative study. J Integr Care. 2023;31(3):224-36. https://doi.org/10.1108/jica-05-2023-0031.
4. Pinto EV, Jiménez García R. Home–hospital care for children with acute illnesses: A 2-year follow-up study. J Paediatr Child Health. 2021;58(6): 969-77. https://doi.org/10.1111/jpc.15870.
5. Cheung C, Farnham L, Al-Mukhtar R, Chahal A, Karcz K, Nagano C, et al. Are virtual wards for children safe and effective? A 3-year retrospective service evaluation of an urban Hospital at Home service for children and young people. Arch Dis Child. 2024;110:369-76. https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327582.
6. García Fernández de Villalta M, Rodríguez Alonso A. Niño con múltiples patologías. Patología compleja. Pediatr Integral. 2023;XXVII(4):216-25.

7. Foster C, Lin E, Feinstein JA, Seltzer RR, Graham RJ, Coleman C, et al. Home health care research for children with disability and medical complexity. Pediatrics. 2025;155(2):e2024067966. https://doi.org/10.1542/peds.2024-067966.
8. Lin E, Noritz G. Home health care of children, adolescents and young adults with complex medical needs: Clinical report. Pediatrics. 2025;156(3):e2025073171. https://doi.org/10.1542/peds.2025-073171.
9. Salerno A, Rusalen F, De Tommasi V, Rosa M, Maghini I, Ghiraldo G, et al. Interdisciplinary management of paediatric chronic and complex pain: The experience of a specialised outpatient clinic in Italy. Eur J Pediatr. 2025;184:608. https://doi.org/10.1007/s00431-025-06451-8.
10. Gay J, Thurm C, Hall M, Fassino MJ, Fowler L, Palusci JV, et al. Home health nursing care and hospital use for medically complex children. Pediatrics. 2016;138(5):e20160530. https://doi.org/10.1542/peds.2016-0530.
11. Koob C, Griffin SF, Stuenkel M, Cartmell KB, Rennert L, Sease K. Bridging the gaps in pediatric complex healthcare: The case for home nursing care among children with medical complexity. BMC Health Serv Res. 2024;24:804. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11235-1.
12. Ferro F, Tozzi A, Erba I, Dall'oglio I, Campana A, Cecchetti C, et al. Impact of telemedicine on health outcomes in children with medical complexity: An integrative review. Eur J Pediatr. 2021;180:2389-400. https://doi.org/10.1007/s00431-021-04164-2.
13. Llandrich RC, Elizalde MM, García García JG, García Cuyàs F, López Seguí F. Pediatric tele–home care compared to usual care: Cost-minimization analysis. JMIR Pediatr Parent. 2021;5(1):e31628. https://doi.org/10.2196/31628.
14. Rogers JE, Reed MP, Blaine K, Manning H. Children with medical complexity: A concept analysis. Nurs Forum. 2021;56: 676-83. https://doi.org/10.1111/nuf.12559.
15. Cohen E, Berry JG, Camacho X, Anderson G, Wodchis W, Guttmann A. Patterns and costs of health care use of children with medical complexity. Pediatrics. 2012;130(6):e1463-70. https://doi.org/ 10.1542/peds.2012-0175.
16. García-Miralles L, Ortega-Macías M, López-González L, Del Villar Guerra P, Cano A. Identification and characteristics of children with complex chronic diseases in the paediatric ward of a tertiary hospital: A prospective study. Eur J Pediatr. 2026;185:511. https://doi.org/10.1007/s00431-026-07193-x.
17. Huélamo MS-B, Pinto EV, Jiménez García R. Hospital care of patients with chronic pathology. Andes Pediatr. 2022;93(5):640-7. https://doi.org/10.32641/andespediatr.v93i5.4060.
18. Penela-Sánchez D, Ricart S, Vidiella N, García-García J. A study of paediatric patients with complex chronic conditions admitted to a paediatric department over a 12 month period. An Pediatr. 2021;95(4):233-9. https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.07.022.
19. Celebi FOZ, Şenel S. Patients with chronic conditions and their complex care needs in a tertiary care hospital. Arch Pediatr. 2021;28(6):470-4. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2021.05.001.
20. Pérez-Ardanaz B, Gutiérrez-Rodríguez L, Peláez-Cantero MJ, Morales-Asencio J, Gómez-González A, García-Piñero JM, et al. Healthcare service use for children with chronic complex diseases: A longitudinal six-year follow-up study. J Pediatr Nurs. 2024;77:e132-8. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.04.001.
21. Jafari K, Carlin K, Çağlar D, Klein EJ, Simon TD. National characteristics of emergency care for children with neurologic complex chronic conditions. West J Emerg Med. 2024;25:237-45. https://doi.org/10.5811/westjem.17834.
22. Ramgopal S, Goodman D, Kan K, Smith TL, Foster C. Children with medical complexity and mental and behavioral disorders in the emergency department. Hosp Pediatr. 2022;13:9-16. https://doi.org/10.1542/hpeds.2022-006835.
23. Costa CAD, Crestani F, Tonial CT, Fiori H, Santos I, Ramos Garcia PC. Association of nutritional status with clinical outcomes of critically ill pediatric patients with complex chronic conditions. Clin Nutr. 2022;41(12):2786-91. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.10.019.
24. Grandjean C, Perez M, Ramelet A. Comparison of clinical characteristics and healthcare resource use of pediatric chronic and non-chronic critically ill patients in intensive care units: A retrospective national registry study. Front Pediatr. 2023;11:1194833. https://doi.org/10.3389/fped.2023.1194833.
25. Li X, Yan H-P, Li X, Zhang X-P, Huang J-T, Gan J, et al. Complex chronic conditions in the PICU: Single-center retrospective study in Central-Southern China, 2020–2025. Pediatr Crit Care Med. 2026;27:1116-26. https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000003990.
26. Salem SML, Graham R. Chronic illness in pediatric critical care. Front Pediatr. 2021;9:686206. https://doi.org/10.3389/fped.2021.686206.
27. Barrio Cortés J, Suárez Fernández C, Oliveira MB-D, Muñoz-Lagos C, Martínez MBT, Lozano-Hernández C, et al. Chronic diseases in the paediatric population: Comorbidities and use of primary care services. An Pediatr. 2020;93(3):183-93. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.019.
28. Barrio-Cortes J, Benito-Sánchez B, Sánchez-Ruano R, García-Hernández C, Beca-Martínez MT, Martínez-Cuevas M, et al. Utilization of healthcare services in patients with chronic diseases under 18 years old: Differences and contributing factors. J Pers Med. 2024;14(9):956. https://doi.org/10.3390/jpm14090956.
29. Haspels HN, Knoester H, Jansen NJG, Ahout IM, Van Karnebeek C, De Hoog M, et al. Hospital to home transition of children with medical complexities in the Netherlands: Current practice. Eur J Pediatr. 2025;184:122. https://doi.org/10.1007/s00431-024-05960-2.
30. De Carvalho AD, Ferreira H, Borges E, Borges L, De Paula AL, Hattori W, et al. Analyses of the effectiveness of a Brazilian pediatric home care service: A preliminary study. BMC Health Serv Res. 2019;19:324. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4148-4.
31. Kim K, Kim E, Seo H, Gong M, Lee H, Kwon S, et al. Caregiver priorities and healthcare outcomes in a pediatric home care service for children with medical complexity: A quasi-experimental

study. Eur J Pediatr. 2026;185:48. https://doi.org/10.1007/s00431-025-06672-x.

32. Loura D, Ferreira AM, Romeiro J, Charepe Z. Health-illness transition processes in children with complex chronic conditions and their parents: A scoping review. BMC Pediatr. 2024;24:446. https://doi.org/10.1186/s12887-024-04919-4.
33. De Lange A, Alsem M, Haspels HN, Van Karnebeek C, Van Woensel JV, Etten-Jamaludin FS, et al. Hospital-to-home transitions for children with medical complexity: Part 1, a systematic review of reported outcomes. Eur J Pediatr. 2023;182:3805-31. https://doi.org/10.1007/s00431-023-05050-9.
34. Barreto TB, Machado VM, De Carvalho MSN, Ribeiro CTM. Daily care demands of children with complex chronic conditions at home: A scoping review. Rev Bras Enferm. 2026;79:e20250341. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0341.
35. Batlle A, Pardo A, Daunis-I-Estadella P, García Romero R, López-Mateo S, Achotegui A, et al. Predicting healthcare workload in pediatric home hospitalization: The role of patient complexity and family participation. Healthcare. 2025;13(23):3066. https://doi.org/10.3390/healthcare13233066.
36. Beisland E, Drageset J, Blindheim MG, Jorem G, Moi AL. Children's and parents' experiences of home care provided by hospital staff: A scoping review. J Clin Nurs. 2024;33:3018-32. https://doi.org/10.1111/jocn.17109.
37. Pinheiro C, Pires C, Romeiro J, Ramos S, Charepe Z. The experience of children and family in pediatric home hospitalization: A systematic review of qualitative evidence. J Pediatr Nurs. 2024;78:e124-32. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.06.027.
38. Jiménez García R. Hospitalización a domicilio pediátrica. Un modelo emergente. Emerg Pediatr. 2024;3(1):55-6.
39. Comunidad de Madrid. La unidad pediátrica de hospitalización a domicilio evita en su primer año más de 1.800 ingresos. [Acceso Intranet 3 noviembre 2026]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/noticias/2019/12/24/unidad-pediatrica-hospitalizacion-domicilio-evita-su-primer-ano-1800-ingresos.