1

MONOGRAFIAS DR. ANTONIO ESTEVE

EL HOSPITAL DE DIA Y SU REPERCUSION EN TERAPEUTICA

S. Erill • J. Estapé

1

MONOGRAFIAS DR. ANTONIO ESTEVE

EL HOSPITAL DE DIA Y SU REPERCUSION EN TERAPEUTICA

S. Erill • J. Estapé

FUNDACION DR. ANTONIO ESTEVE

© 1985, Fundación Dr. Antonio Esteve
ISBN 84-398-4597-9
Depósito legal: B. 27.083-1985
Coordinación y producción:
Ediciones Doyma, S.A.
Travesera de Gracia, 17-21/08021 Barcelona
Impreso en España
Printed in Spain

La Fundación Dr. Antonio Esteve contempla como objetivo prioritario el estímulo del progreso de la terapéutica por medio de la comunicación y la discusión científica.
La Fundación quiere promover la cooperación internacional en la investigación farmacoterapéutica y, a tal fin, organiza reuniones internacionales multidisciplinarias donde grupos reducidos de investigadores discuten los resultados de sus trabajos.
Estas discusiones son recogidas en las publicaciones de los «Esteve Foundation Symposia».
Otras actividades de la Fundación Dr. Antonio Esteve incluyen la organización de reuniones dedicadas a la discusión de problemas de alcance más local, así como las conferencias periódicas «Dr. Antonio Esteve» y otras formas de apoyo a las ciencias médicas, farmacéuticas y biológicas.

Indice

S. Erill
Introducción 7

J. Estapé y M. Daniels
Posibilidades de la hospitalización de día en oncología 11

J.M. Montero y G. Fernández
Posibilidades de informatización en el hospital de día oncológico 17

A. Galán y J. García Conde
Hospital de día frente a hospitalización completa en oncología 27

M. Daniels, J. Estapé, A. Albiach y M. Pérez
Aspectos psicosociales del hospital de día oncológico 33

F. Escobar, R. Vilchez, E. Torres, M. Aguilar, M. Muñoz y R. Orduña
Posibilidades de un hospital de día en diabetología 41

D. Figuerola
Educación del paciente diabético a través del hospital de día 47

C. Udina
El hospital de día psiquiátrico 53

E. Alvarez
Tratamiento farmacológico en el hospital de día psiquiátrico 59

J. Costa Molinari, S. Ros Montalbán y J. Guasp Mañé
El hospital de día psiquiátrico como iniciativa privada 65

F. López Timoneda
Hospital de día: tratamiento ambulatorio de pacientes con dolor crónico 73

J.M. Martínez i Carretero
El hospital de día en el contexto de los sistemas de asistencia sanitaria 81

Lista de participantes

E. ALVAREZ
Servicio de Psiquiatría
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo
Avda. San Antonio María Claret, 167
08025 Barcelona

J. BIGORRA
Servicio de Farmacología Clínica
Hospital Clínico
Casanova, 143
08036 Barcelona

T. BONFILL
Servicio de Coordinación Oncológica
Hospital Clínico
Casanova, 143
08036 Barcelona

R. CARLOS
Dpto. de Anestesiología
Hospital Clínico de San Cecilio
Universidad de Granada
Avda. Madrid, s/n.
18017 Granada

M. CASAS
Servicio de Psiquiatría
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo
Avda. San Antonio María Claret, 167
08025 Barcelona

J. COSTA MOLINARI
Servicio de Psiquiatría
Hospital Ntra. Sra. del Mar
Paseo Marítimo, s/n.
08003 Barcelona

M. DANIELS
Servicio de Coordinación Oncológica
Hospital Clínico
Casanova, 143
08036 Barcelona

E. DÍAZ RUBIO
Servicio de Oncología Médica
Hospital Clínico de San Carlos
Facultad de Medicina
Ciudad Universitaria
28040 Madrid

A. Echeverría
Ministerio de Sanidad y Consumo
Dirección General de Farmacia
y Productos Sanitarios
P.º del Prado, 18-20
28014 Madrid

S. Erill
Fundación Dr. Antonio Esteve
Llobet i Vall-Llosera, 2
08032 Barcelona

F. Escobar
Servicio de Endocrinología
Hospital Clínico de San Cecilio
Avda. de Madrid, s/n
18017 Granada

J. Estapé
Servicio de Coordinación Oncológica
Hospital Clínico
Casanova, 143
08036 Barcelona

D. Figuerola
Servicio de Endocrinología
Hospital Clínico
Casanova, 143
08036 Barcelona

F. García Alonso
Centro Nacional de Farmacobiología
Carretera de Majadahonda a
Pozuelo, km 2
Majadahonda
Madrid

A. Galán
Cátedra de Patología Médica
Hospital Clínico Universitario
Avda. Blasco Ibáñez, 17
46010 Valencia

F. López Timoneda
Servicio de Anestesia
Hospital Clínico de San Carlos
Facultad de Medicina
Ciudad Universitaria
28040 Madrid

J.M. Martínez Carretero
Institut d'Estudis de la Salut
Departament de Sanitat
i Seguretat Social
Generalitat de Catalunya
Avda. de Roma, 157, 1.º
08011 Barcelona

A. Monedero
Ministerio de Sanidad y Consumo
Dirección General de Farmacia
y *Productos Sanitarios*
P.º del Prado, 18-20
28014 Madrid

J.M. Montero
Dpto. de Medicina Interna
Servicio de Oncología Médica
Ciudad Sanitaria La Paz
Paseo de la Castellana, 261
28046 Madrid

A. Moreno
Servicio de Farmacología Clínica
Hospital Clínico
Facultad de Medicina
Ciudad Universitaria
28040 Madrid

A. Sanmartí
Hospital Germans Trias i Pujol
Carretera Canyet
Can Ruti
Badalona
Barcelona

J. Sarabia
Sección de Hospitalización a Domicilio
Hospital Provincial
Dr. Esquerdo, 46
28028 Madrid

A. Senra Varela
Cátedra de Patología General
Policlínico
Facultad de Medicina
Dr. Marañón, 4
11001 Cádiz

C. Udina
Servicio de Psiquiatría
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo
Avda. San Antonio María Claret, 167
08025 Barcelona

M. Valdés
Dpto. de Psiquiatría
Hospital Clínico
Casanova, 143
08036 Barcelona

C. Vallvé
Hoechst Ibérica S.A.
Travesera de Gracia, 47-49
08021 Barcelona

G. Verger
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo
Avda. San Antonio María Claret, 167
08025 Barcelona

E. Vilardell
Servicio de Endocrinología
Hospital Clínico
Casanova, 143
08036 Barcelona

Introducción

Con esta publicación, la Fundación Dr. Antonio Esteve inicia la serie de sus monografías. Las monografías de la Fundación Dr. Antonio Esteve se proponen recoger los trabajos de mesas redondas centradas sobre temas de actualidad en España y, en lo posible, de proyección multidisciplinaria, en las que grupos reducidos de estudiosos puedan presentar y discutir sus trabajos de investigación o revisión. Si bien el concepto de hospitalización de día tiene ya casi medio siglo de existencia, su difusión e implantación en España es todavía notablemente escasa. De hecho, las reacciones de intolerancia inmediata en la quimioterapia antineoplásica, empleada hoy con tanto éxito, han dado impulso a la creación de algunas unidades de hospitalización de día que han servido, entre muchas otras cosas, para renovar el interés hacia esta forma de atención médica. A partir de presupuestos bien distintos, han surgido también hospitales de día psiquiátricos y, en diversas especialidades, es posible detectar el interés de muchos profesionales hacia formas hasta ahora poco exploradas de optimización de la terapéutica. Por todo ello, la Fundación Dr. Antonio Esteve decidió inaugurar la serie de sus mesas redondas con una reunión en la que oncólogos, psiquiatras, diabetólogos y expertos en diversas ramas de la terapéutica y de la medicina social discutieran sobre las posibilidades y ventajas de los hospitales de día en España. Si, como el contenido de esta monografía parece demostrar, la reunión sirvió para contribuir a promover el desarrollo de la hospitalización de día en España y, con ello, a alcanzar una mejor calidad de la terapéutica, la Fundación Dr. Antonio Esteve podrá ciertamente sentirse satisfecha.

S. Erill

Posibilidades de la hospitalización de día en oncología

J. Estapé y M. Daniels

Cátedra de Oncología Médica. Servicio de Coordinación Oncológica. Facultad de Medicina. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.

Definición y generalidades

Con el deseo de proporcionar una asistencia sanitaria adaptable a las necesidades del paciente, surgieron, en la década de los cincuenta, los primeros hospitales de día en el campo de la psiquiatría. El experimento fue tan provechoso que muy pronto se extendió a otras especialidades: geriatría, nefrología, neurología, hematología, diabetología, pediatría y oncología[1].

El progreso logrado en los últimos años en la terapéutica médica oncológica, en especial la mayor eficacia del tratamiento quimioterápico, ha conducido a un aumento de remisiones completas de la enfermedad y a una prolongación de la supervivencia[2]. Asimismo, el conocimiento más profundo de los efectos indeseables de los citostáticos y su uso en pautas intermitentes, permiten que sean aplicados en régimen ambulatorio. Estos hechos junto al evidente aumento de calidad de vida que se proporciona al paciente neoplásico al separarlo lo menos posible de su entorno, han potenciado una nueva forma de asistencia: *el hospital de día oncológico* (H.D.O.)

El H.D.O. no sustituye a la hospitalización, imprescindible en muchos casos, ni es útil como unidad independiente. Para ser eficaz precisa de los servicios del hospital y sólo como una parcela más dentro del concepto de asistencia integral al enfermo neoplásico tiene justificada su existencia.

El H.D.O. es una estructura intermedia entre el ambulatorio y la hospitalización[3]. Se aplica a pacientes que debiendo recibir una terapéutica determinada, no precisan de manera indispensable su internamiento en el hospital. Esta estructura contempla al paciente, su enfermedad, su situación social y familiar[4].

Brinda múltiples prestaciones; junto a las exclusivamente médicas (controles de dispensario, aplicación de quimioterapia, transfusiones, atención de urgencias oncológicas, etc.) se efectúan terapias de soporte, físicas (rehabilitación, nutrición), psíquicas (psicoterapia de apoyo) y sociales (asesoramiento por parte de asistentes sociales).

Para su desarrollo óptimo se precisa un equipo multidisciplinario[5] que, coordinado por el oncólogo médico, incluye a psicólogos, expertos en ciencias sociales, rehabilitadores, personal de enfermería y personal administrativo; todos ellos en íntima colaboración formando un equipo de profesionales que complementen sus esfuerzos para perfeccionar los métodos terapéuticos. Pero sin olvidar que los componentes más importantes del equipo son el propio paciente y su familia, que recibirán información detallada del tratamiento y participarán en la adopción de decisiones siempre que sea posible.

Las ventajas socioeconómicas del H.D.O. son notables. Quizá la más importante es evitar la hospitalización, experiencia que por sí misma produce ansiedad y predispone a la depresión[6]. El H.D.O. mantiene al paciente en su núcleo habitual, al cuidado de sus familiares y amigos que le proporcionan soporte físico y psíquico; le permite continuar, aunque sea de manera parcial, su actividad laboral con preservación de su autonomía económica. En el ámbito del sistema sanitario, la creación de hospitales de día, evita el ingreso de los casos que no precisan asistencia hospitalaria disminuyendo el gran volumen de demanda asistencial, que incrementa, de manera innecesaria, los problemas del funcionamiento del hospital y sus costes económicos.

Se reservará el ingreso para los casos agudos y terminales que precisen vigilancia especial.

A nivel científico, el gran número de pacientes que se pueden atender en el H.D.O., permi-

te valorar la eficacia de los protocolos de investigación clínica en un tiempo reducido. El trabajo en un equipo multidisciplinario, proporciona un ambiente propicio para la transmisión de inquietudes y proyectos dentro del grupo, que se traduce en un incremento de la investigación y de la docencia. Por contra, como desventajas podemos señalar la dificultad que representa el tratamiento ambulatorio en pacientes que viven solos o en un lugar de residencia alejado del centro hospitalario; dificultad que se agrava si añadimos el sinfín de trámites a efectuar para poder recibir asistencia en el hospital a cargo de la Seguridad Social.

Otro inconveniente importante es la falta de seguimiento adecuado en el domicilio del paciente[7] con situaciones angustiantes, como puede ser la presencia de un dolor incoercible o la confusión ante la manera de seguir un tratamiento prescrito en el hospital, con la posibilidad de abandono o incumplimiento del mismo. Este punto se puede suplir con información adecuada al médico de familia o prolongando la asistencia del equipo oncológico a domicilio, experiencia ya puesta en marcha en diversos países y que vendría a resolver el problema de las urgencias y la atención a pacientes terminales.

Organización

Al crear la estructura que alberga el H.D.O. del Servei de Coordinació Oncológica del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, se han tenido en cuenta tanto los aspectos terapéuticos a los que está destinado, como la necesidad de proporcionar al paciente un ambiente relajado y confortable. Se ha huido de la decoración sanitaria tradicional, para crear una zona íntima ambientada con cuadros, plantas, música y otros detalles que dan comodidad al enfermo durante su estancia en el H.D.O. En éste radica de manera permanente, aparte del personal de enfermería, un médico de guardia. Su misión es atender a las consultas de los pacientes, explicar los efectos adversos de los tratamientos citostáticos mediante folletos creados para este fin, aclarados de manera personal siempre que lo desee el paciente; pero su objetivo principal es ofrecer el contacto humano, el apoyo y la comprensión necesarios para que el paciente pueda tolerar mejor la terapéutica y la enfermedad. Dentro de los tratamientos cabe destacar la aplicación en régimen ambulatorio (5 horas) de CPDD, mediante pre y posthidratación con diuresis forzada.

Un aspecto de crucial interés en el H.D.O. es la atención a la problemática psicosocial del paciente que será abordado en otra ponencia de esta mesa redonda.

Por todo lo expuesto hasta aquí, consideramos el H.D.O. como una estructura necesaria.

Su puesta en marcha; aunque compleja, en especial en lo que se refiere a la creación del equipo, aporta considerables beneficios tanto desde el punto de vista de planificación sanitaria para la utilización de los recursos, como de efectividad y utilidad social. Se deben ampliar las múltiples posibilidades terapéuticas que nos ofrece el H.D.O., ya que dados los progresos en el campo de la oncología, cada vez será mayor el número de pacientes a seguir en cada institución oncológica.

En síntesis, el H.D.O. ya tendría justificada su existencia aunque fuera tan sólo para ofrecer al enfermo de cáncer una forma de vivir su enfermedad mucho más humana[8].

El H.D.O. del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona se inauguró a primeros de marzo de 1983. De hecho, en 1975 el Servicio de Hematología del Hospital Clínico y Provincial, puso en marcha su Hospital de Día, que con gentileza nos permitieron compartir hasta nuestra dotación autónoma.

Ofrecemos una breve revisión del número de enfermos asistidos en aquel período de tiempo, diagnósticos, tratamientos, efectos indeseables y algunos otros aspectos observados.

1. Número de enfermos. Se han realizado las siguientes prestaciones (de las que se excluyen las atenciones psicosociales, objeto de otra ponencia).

	De 1-III-83 a 31-XII-83	De 1-I-84 a 30-IX-84
Primeras visitas	271	269
Segundas visitas	2.265	2.457
Tratamientos	2.609	2.906

2. Diagnósticos. En cuanto a diagnósticos de naturaleza, 80 % corresponde a las siguientes localizaciones tumorales: pulmón, mama, estómago, colon y recto. El 20 % restante se distribuye entre otros tumores sólidos.

En cuanto a diagnóstico de extensión (estadios o TNM), se atiende a las dos modalidades básicas. Por un lado, a la quimioterapia de casos diseminados (M_1); por el otro, a la quimioterapia complementaria de la cirugía (M_0).

3. A efectos prácticos de su administración, la quimioterapia se distribuye en tres tipos básicos:

a) Quimioterapia endovenosa

VP_{16}+ciclofosfamida (carcinoma indiferenciado de células pequeñas de pulmón y cáncer de mama avanzado).

Ciclofosfamida, vincristina, adriamicina, DTIC (CYVADIC) (sarcomas de partes blancas).

Mitomicina C (cáncer gástrico).

Mitomicina C, 5 fluorouracilo (cáncer de colon y recto).

Adriamicina (osteosarcoma).

Ciclofosfamida, 5 fluorouracilo, metotrexato con o sin adriamicina (cáncer de mama, quimioterapia complementaria).

b) Cisplatinodiaminodiclorudo (CPDD) (en varias localizaciones tumorales, solo o asociado a otros citostáticos).

c) Tratamientos intracavitarios (intrapleurales, intraperitoneales, intravesicales).

Cada uno de los apartados ocupa, en la preparación y aplicación de los citostáticos, períodos de tiempo variables y exige diferentes grados de especialización. Ello dificulta bastante la distribución del tiempo médico y de enfermería. No es lo mismo, evidentemente, preparar y aplicar una ciclofosfamida endovenosa que un CYVADIC. No obstante, la mayor complicación la tenemos en los apartados 2 y 3.

El CPDD es un fármaco nefrotóxico que exige una cuidadosa pauta de pre y posthidratación. En la línea de Gralla, de Nueva York, hemos adaptado su aplicación en el H.D.O., a las dosis altas que se suelen utilizar en pacientes encamados. La suma de tiempos necesarios para su administración en pacientes ingresados es de 25 horas, que se reduce a 4,5 horas en el H.D.O.

Pero al acortar la duración de las fases de hidratación, aumenta el riesgo de efectos indeseables cardiorrespiratorios. No obstante, como veremos al relatar los efectos indeseables, la aplicación CPDD en régimen ambulatorio es factible.

La administración intrapleural o intraperitoneal no conlleva problemas importantes. La intravesical exige una buena coordinación con el Servicio de Urología, ya que la primera cateterización la realizan ellos, para descartar cualquier patología urológica local.

4. Transfusiones. En el H.D.O. se llevan a cabo las transfusiones de sangre que precisan los pacientes.

5. Otras exploraciones. De momento, no se llevan a cabo.

6. Efectos indeseables. Se debe planificar con cuidado la aplicación de citostáticos en el H.D.O., dada su potencial toxicidad. Analicemos someramente la problemática que hemos observado en 5.515 aplicaciones.

a) Exitus. No ha habido caso alguno en el H.D.O.

b) Ingresos. El número de pacientes ingresados por aplasia severa es de 3.

c) Reacciones alérgicas. Se presentan reacciones febriles (al CPDD y a la bleomicina); rash cutáneo (a diversos citostáticos). Broncospasmo (al VM_{26}). La complicación más grave en este apartado fue un edema de glotis al metotrexate, que cedió con corticoides.

d) Las náuseas y vómitos aumentan en intensidad de un modo progresivo, es decir, en las sucesivas tandas. Los vómitos son a veces agudos, durante la administración del citostático. Un 10 % de pacientes presentan el llamado vómito anticipado, es decir, antes de entrar en el H.D.O.

e) Se observó un caso de alucinaciones visuales (cambios en la percepción de los colores de los objetos) atribuibles a la ciclofosfamida.

f) La administración intracavitaria no conlleva otros problemas que los dimanantes del tiempo y espacio a utilizar.

7. Información. Hemos redactado dos hojas informativas, una dedicada a la alopecia y otra a las náuseas y vómitos (figs. 1 y 2). Se han demostrado imprescindibles para mejorar el nivel de información. En caso contrario, los pacientes, ya atosigados por la avalancha de información del tratamiento a seguir (y de los complejos trámites burocráticos) se ven desbordados y no captan todos los detalles. El paciente, en su casa, lee las hojas informativas, lleva a la práctica su contenido y, en cierta manera, se siente más protegido.

Resumen y conclusiones

El H.D.O. es una alternativa médica moderna que, en determinadas ocasiones, ofrece indudables ventajas respecto a la hospitalización tradicional.

Es una medicina más económica, con mayor atención psicológica y que permite la concentración de especialistas. Esto último redunda en una mayor eficacia.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA CAIDA DEL CABELLO (ALOPECIA)

El tratamiento que usted precisa puede ocasionarle algunos trastornos. Aquí nos referimos a la posible debilidad o caída del cabello. Los medicamentos que recibe pueden debilitar el cabello pero no afectan en absoluto a su raíz. *Quiere ello decir que si usted, en el peor de los casos, tuviera una caída de cabello muy importante, el* cabello le reaparecerá todo *durante o, lo más seguro, después del tratamiento. Antes de acabar esta parte de información permítanos decirle que hay personas que no presentan este problema; otras, las más, sufren una discreta pérdida y en algunos casos, la caída del cabello es importante.*

¿PUEDE USTED HACER ALGO PARA PREVENIR LA ALOPECIA? ¡Sí! Siga con rigor las siguientes recomendaciones:

1) Lleve el cabello lo más corto posible, para evitar roces.

2) No lo manosee, ni lo toque más de lo necesario; no se lo estire para que sus familiares o amigos puedan comprobar que es verdad que se le cae con facilidad. Piense que su cabello es como el cristal y el cristal si se toca ¡se rompe!

3) Para peinarse utilice un peine de púas muy separadas o un cepillo de cerdas muy blandas. Péinese con lentitud, sin estirones ni brusquedades.

4) Utilice un champú neutro, como el de recién nacido. Cuando se lave la cabeza (o en la ducha) no se frote el cabello. Extienda el champú con las yemas de los dedos y frote con suavidad. Lávese con agua tibia. Puede teñirse si lo precisa (pero aplicando el tinte con la misma suavidad).

5) No utilice fricciones, vitaminas o cualquier reforzador del cabello. El problema no es ese: el cabello, ya se lo hemos dicho, cae debido a los efectos del tratamiento y le volverá a crecer con toda normalidad cuando acabe la terapéutica.

Figura 1.

COMO ACTUAR ANTE NAUSEAS Y VOMITOS SECUNDARIOS A LA QUIMIOTERAPIA

Varios medicamentos producen náuseas y vómitos. Unos más, otros menos. Su intensidad varía de persona a persona. Suelen aparecer a las 4-6 horas del tratamiento y pueden durar 12 o más horas. Se deben a que el fármaco actúa sobre la capa de células que forra el estómago y también estimula el centro del vómito.

Para evitar o disminuir estos trastornos (que, por otra parte, no significan que usted ha empeorado), siga las siguientes instrucciones:

a) El día anterior a la quimioterapia beba mucho líquido (hasta dos litros, si es posible).

b) Es preferible que el día del tratamiento desayune ligero. Coma galletas, tostadas o pastas saladas y beba café o refrescos de cola (este tipo de alimentación es asimismo el que se tolera mejor si tras el tratamiento aparecieran vómitos intensos).

c) Solicite previamente a su médico un antiemético (antivomitivo), para tenerlo en su domicilio.

d) El tratamiento antiemético que preferimos es:

1. Antes de la quimioterapia: *Las personas nerviosas, sobre todo las que vomitan ya antes de la quimioterapia, deben tomar la noche del día anterior y una hora antes del tratamiento, un comprimido, cada vez, de Valium® (de 5 mg.), Orfidal® (de 2 mg.) o Halcion® (de 0,25 mg.).*
2. Después de la quimioterapia *(si se presentan náuseas y/o vómitos): En este caso recomendamos o bien, Primperan®, 2 cucharadas soperas, 2 comprimidos o 2 inyectables por vía intramuscular, cada 4 horas, hasta que cesen los trastornos. Por cierto, hay pacientes que prefieren el jarabe o los comprimidos, pero otros el inyectable. Depende de cada persona y de la intensidad de los vómitos.*
   Otra posibilidad son los supositorios. En este caso empleamos: Torecan®, 1 supositorio cada 4-6 horas.

Su médico de cabecera le prescribirá estos u otros medicamentos similares, según su criterio. ¡Sígalo!: Su médico es quien mejor le conoce. Deseamos que con estas instrucciones supere los trastornos secundarios del tratamiento.

Figura 2.

BIBLIOGRAFIA

1. VERONESI U.: Day Hospital. Introduzione. Notizie Sanita 1981; 35: VII-VIII.
2. LUPORINI G., LABIANCA R., BERETTA G.: Il Day Hospital oncológico: l'esperienza dell'Ospedalle S. Carlo Borromeo di Milano. Notizie Sanita 1981; 35: 52-55.
3. ARAGO I.: El concepto de Hospital de Día sigue evolucionando. Estudios sobre hospitales 1979; 96: 34-36.
4. BAHNE BAHNSON C.: Cuestiones psicológicas y emocionales en cáncer: asistencia psicoterapéutica del paciente canceroso. En: Terapia de apoyo del paciente canceroso. Goepp-Hammond. Ed. Méd ca Panamericana. Buenos Aires 1977, 9-14.
5. CAMPOS H.: La asistencia integral al paciente oncológico. En: Cáncer y Sociedad. Kaufmann A.E.: Ed. Mezquita. Madrid 1984; 85-92.
6. HERSCH S.P.: Aspectos psicosociales de los pacientes con cáncer. En: Cáncer, principios y práctica oncológica. De Vita V.T. Salvat Editores, Barcelona 1984; 252-253.
7. BERNARDO G.: Tratamiento ambulatorio. En: Manual de oncología médica. Bonnadona G. Ed. Mason 1983; 308-314.
8. GUDEMAN J.E., SHORE M.F. and DICKEY B.: Day Hospitalization and an inn instead of inpatient care for psychiatric patients. New England Journal of Medicine 1983; 308: 740-750.

DISCUSION

F. GARCÍA ALONSO: A mí me preocupa desde el punto de vista práctico y farmacológico el problema de los antieméticos. Yo he visto que en ocasiones el paciente vuelve al hospital a las seis horas, a las ocho horas, vomitando y con la consiguiente alarma para la familia, que siempre reclama que por qué no se le había ingresado si se iba a poner así de mal.

J. ESTAPÉ: El planteamiento que hacemos es el siguiente: Primero ofrecemos amplia imformación. Creo que los pacientes mal informados son aquellos que más sufren cuando al cabo de unas horas del tratamiento se ponen a vomitar en su domicilio. Entonces no piensan que es debido al tratamiento, piensan que se han agravado y se angustian terriblemente. El primer punto está en la gran información verbal por parte del médico, que incluya siempre la noticia de que si vomita no le va a pasar nada, que aquéllo no es grave y que no quiere decir en absoluto que esté más enfermo. En este sentido nos ha ido muy bien. Sabemos que los pacientes han dicho: «ah, muy bien, estoy vomitando pero es el tratamiento, ya que no estoy peor».

En segundo lugar, como ha visto, damos estas hojas muy detalladas, explicándoles esto mismo que estoy diciendo mucho más ampliado y diciendo todo lo que tienen que comer y beber durante el día del tratamiento y después de éste. También les apuntamos la lista de medicamentos sucesivos que ellos pueden tener preparados en su casa, o que pueden solicitar de su médico en caso de que se presenten vómitos tardíos. Los tenemos bien informados.

J.M. MARTÍNEZ CARRETERO: ¿Han hecho ustedes una valoración económica de lo que costaría este mismo tratamiento del enfermo en un hospital de día y en el hospital oncológico?

J. ESTAPÉ: No lo hemos hecho directamente, pero los administrativos del hospital dicen que sale mucho más rentable, que les es mucho más barato. No tengo los datos exactos, pero me parece que si valoramos el costo cama o el costo hospital de día la diferencia es enorme.

E. DÍAZ RUBIO: Quisiera insistir, como ha hecho el Dr. Estapé, en la necesidad de proporcionar una información detallada al paciente. Nosotros hemos hecho también un pequeño boletín, con lo cual todo enfermo que va a la unidad del hospital de día, recibe información sobre lo que es aquéllo, qué es la quimioterapia, qué efectos indeseables tiene, qué es lo que tiene que hacer cuando aparecen estos efectos indeseables y cómo se pueden resolver y en todo caso siempre tiene un teléfono por medio del cual se puede poner en contacto con el médico para poder resolverlo. Un aspecto que me preocupa es que posiblemente no le damos toda la rentabilidad que deberíamos al hospital de día, por el hecho de que en nuestro caso sólo funciona por la mañana. Me gustaría saber si el que ha presentado el Dr. Estapé funciona por la tarde y cuáles son los problemas que le ve a ese funcionamiento al ampliarlo con enfermeras distintas que por la mañana por ejemplo, o si deberíamos continuar trabajando única y exclusivamente por la mañana.

J. ESTAPE: El problema de la mañana y la tarde lo tenemos planteado en el hospital. Muchos administradores de distintos hospitales españoles no entienden el hospital de día. Entonces pedirles que, además, lo extiendan a por la tarde, es perder el tiempo. Lo importante es que lo acepten, por lo menos en oncología y luego sobre todo que amplíen las actividades como se está haciendo en los hospitales de día europeos y norteamericanos, que es incluir la problemática del diagnóstico, que se puedan hacer linfografías, biopsias, que no hay por qué ingresar al enfermo cuando se puede hacer en un hospital de día, algo más económico, más sencillo y más especializado. Por tanto, nosotros nos hemos planteado lo de la tarde y estamos de acuerdo en que la rentabilidad sería muchísimo mayor, pero siempre y cuando se incluyese este aspecto diagnóstico que nos parece esencial.

F. ESCOBAR: A mí me surge una preocupación cuando veo estas estupendas instalaciones y esa voluntad de equipo y por eso hago varias preguntas. ¿Están observando ustedes mucha adherencia de los pacientes hacia el hospital, sobre todo en el complejo mundo sanitario donde estamos inmersos, donde los pacientes son devueltos, o bien al médico de cabecera o bien al médico especializado, que no quieren saber nada sobre el tratamiento? Por otra parte, ¿se está dando el caso de que la familia está utilizando también el hospital de día para librarse de problemas que no quiere sobrellevar? y, por último, ¿cuál es el grado de aceptación de los médicos y en particular entre los cirujanos, de este tipo de actuación oncológica?

J. ESTAPÉ: Antes de contestar a sus preguntas quisiera comentar un aspecto que quizá he dejado de lado. Me refiero al personal con presencia constante en el hospital de día. Hay una enfermera, un auxiliar y un médico fijo, aparte de los otros que estén haciendo dispensarios.

Respecto a su primera pregunta, sobre el médico de cabecera, este es otro problema para la administración. Parece obvio que, debido a deficiencias de la organización docente, los estudiantes no tienen ideas claras sobre oncología en nuestro país. Probablemente muchos médicos rechazarían la afirmación de que se curan el 45 % de los cánceres, pero éstas son las últimas cifras que se dieron en el Congreso Mundial contra el Cáncer. Es la única enfermedad crónica que se cura y esto no lo saben muchos médicos españoles, ni la mayoría de los estudiantes, ni las autoridades. Necesitamos que la oncología entre en la universidad y estamos luchando por ello con grandes dificultades.

En cuanto a la familia, el problema que usted plantea, quizá no se dé tanto en el hospital de día como en la hospitalización, tal vez porque allí saben que el enfermo no puede ingresar. Nos vienen a ver muchísimo, nos llaman por teléfono constantemente, de tal forma que tan sólo damos información a los familiares los sábados, porque llegaba un momento en que no podíamos hacer otra cosa que coger el teléfono. Entonces hemos decidido que el médico de guardia del sábado sea el encargado de dar la información a los familiares.

En cuanto a la aceptación por parte de los médicos del Hospital Clínico, yo creo que nuestra unidad ha sido bastante bien aceptada, porque además había ya hospitales de día de otras especialidades.

Por último, en cuanto al comité de tumores, estructura imprescindible en oncología, los problemas no son quizá con especialidades sino con individuos. Hay cirujanos que colaboran mucho, otros que no colaboran. Hay radioterapeutas que se muestran colaboradores y otros que no. Llegará un momento en que los directores de hospitales trazarán en coordinación con la Administración cómo debe estructurarse cada hospital. El director debería tener un protocolo de actuación y exigir que se cumpla. Lo que ocurre es que en España los comités no son obligatorios, son voluntarios y va quien lo desea. Debería existir un acuerdo de toda la sanidad para decir: La oncología de hospital se hace de esta manera, y hacerlo cumplir.

Posibilidades de informatización en el hospital de día oncológico

J.M. Montero* y G. Fernández**

*Servicio de Oncología. Ciudad Sanitaria «La Paz». **Dpto. Ordenadores, E.T.S.I. Telecomunicación. Madrid.

Características del hospital de día oncológico

La actividad médica hospitalaria se realiza, clásicamente, en dos zonas bien diferenciadas: la zona de hospitalización y la de consultas. La primera se caracteriza por una mayor permanencia del enfermo (generalmente de varios días, frente a menos de una hora en la consulta).

En la zona de hospitalización, la asistencia la presta un equipo médico, que dispone de tiempo para discutir sus decisiones. El médico de consulta, aunque integrado en un Servicio, es, la mayoría de las veces, el responsable único de unas decisiones, que no se pueden demorar.

En el enfermo hospitalizado se aplican técnicas diagnósticas y terapéuticas de gran complejidad. Las exploraciones de la consulta son sencillas; el tratamiento se prescribe, no se aplica.

Finalmente, casi toda la investigación clínica se planifica y realiza con el enfermo ingresado. El papel de la consulta, en este terreno, es subsidiario y se limita, muchas veces, al seguimiento y control de los experimentos ya citados.

Este planteamiento es válido para la mayoría de los servicios hospitalarios, aunque con algunas excepciones. Una de éstas es la consulta de los servicios de oncología. La razón principal para esta excepción (aunque no la única) es la complejidad de los tratamientos antineoplásicos. Otra razón importante se encuentra en las líneas actuales de la investigación clínica oncológica, que hacen que su peso recaiga, fundamentalmente, sobre la consulta.

La complejidad de los tratamientos antineoplásicos no se refiere sólo a las técnicas de administración, que obliga, en muchos casos, a la permanencia del enfermo en la consulta durante muchas horas. La complejidad mayor, por lo que se refiere al médico, viene dada por la necesidad de la evaluación minuciosa de resultados y toxicidad, para determinar, en cada caso, la conducta a seguir.

La terapéutica oncológica, como algunas otras, está en fase de desarrollo experimental. El oncólogo sabe con certeza cuál es el tratamiento más adecuado de unas pocas enfermedades. En las otras, que son la mayoría, se mueve en el terreno de la incertidumbre. Pero aun en aquellas enfermedades en las que está seguro de cuál debe ser su actuación, los resultados no son siempre tan buenos como para no intentar mejorarlos. Por otro lado, siempre existe la duda sobre si lo que se sabe bueno para un grupo de enfermos con un diagnóstico determinado, va a ser útil para un enfermo concreto con ese mismo diagnóstico.

Con esto resulta que todas (o casi todas) las decisiones terapéuticas entran en el terreno experimental. Y lo que es más importante señalar, la mayoría de estas decisiones se deben tomar en la consulta. Por eso nosotros preferimos llamarle Hospital de Día. No sólo por la mayor permanencia del enfermo, sino porque ha asumido gran parte de la labor de investigación clínica, que tradicionalmente se venía realizando en otras dependencias del Hospital.

Pero junto a estas características peculiares, el Hospital de Día Oncológico mantiene las otras características de las consultas generales: las decisiones siguen siendo unipersonales (lo que es un contrasentido en un trabajo de investigación en equipo) y no demorables.

Por eso, gran parte del trabajo del Hospital de Día Oncológico está protocolizado. Un protocolo clínico es un documento en el que se describen con todo detalle las exploraciones a realizar y la conducta terapéutica a seguir en un conjunto (o subconjunto) de enfermos con la misma enfermedad, tanto en la fase inicial de diagnóstico como durante la evolución. Con ello se pretende una uniformidad en la actuación médica, con

objeto de eliminar una variable al enjuiciar los resultados.

Sin embargo, la realización de un protocolo que sirva de base para una investigación clínica no es una cosa sencilla. Presenta una serie de problemas prácticos, que se van a analizar con detalle en el próximo apartado.

Problemas prácticos de la ejecución de los protocolos

El diseño de un protocolo clínico es una tarea compleja, que requiere, en primer lugar, un conocimiento previo del tema y una revisión exhaustiva de la literatura. Estas primeras etapas se suelen superar con relativa facilidad. Los problemas mayores surgen cuando se inicia su aplicación.

En este momento se tropieza con todas las dificultades inherentes a cualquier tipo de investigación, más algunas peculiares de la investigación clínica, que derivan de la forma de realizarla y del medio en que se desarrolla. Estas dificultades se pueden resumir en los siguientes apartados:

a) La investigación clínica forma parte del trabajo asistencial. Es difícil separar el tiempo dedicado a la investigación del dedicado a otros trabajos hospitalarios. Y aunque esto fuera posible, no es deseable que exista una separación radical.

b) Es imposible establecer un ritmo de trabajo. Se debe ajustar a la llegada de enfermos al hospital, que no es uniforme.

c) El tiempo necesario para su ejecución es largo. Es la suma del tiempo necesario para conseguir que el tamaño de la muestra sea representativo, más el dedicado al seguimiento de cada caso. El factor tiempo tiene una marcada incidencia negativa sobre la actitud del investigador.

d) En el transcurso del tiempo pueden aparecer nuevas aportaciones técnicas o conceptuales, que obliguen a modificar el planteamiento inicial.

e) La gran cantidad de datos que se van acumulando en los protocolos hace difícil disponer de una información actualizada, de modo que se carece de una visión general y objetiva de la situación de la investigación. Puede ocurrir que en el investigador influyan resultados llamativos (positivos o negativos), que condicionen subconscientemente la progresión del trabajo.

f) Finalmente, en toda investigación larga y compleja existe el riesgo de omisión y extravío de datos.

Desde un punto de vista teórico, muchas de estas dificultades se pueden resolver total o parcialmente, con la ayuda del ordenador. En efecto, el ordenador puede ser un auxiliar eficaz en la «gestión» de los protocolos (identificación de enfermos, citaciones, solicitud de exploraciones, impresión de informes, etc.). Puede actuar, también, como un vademecum en el que se tiene recogida toda la información relativa a los medicamentos (formas farmacéuticas, dosis, vías y pautas de administración, toxicidad, incompatibilidades, etc.). Además, permite construir un fichero en el que se almacenan de forma imperecedera y con fácil acceso, todas las observaciones.

A partir de estos datos es posible, con la ayuda del ordenador, el tratamiento estadístico de los resultados experimentales, con lo que el investigador dispone, cuantas veces lo desee, de una información actualizada y objetiva de su trabajo. Disponer de esta información durante la realización de un ensayo clínico, tiene efectos psicológicos importantes sobre el equipo investigador, que puede conocer en todo momento lo que está haciendo (recuérdese que la mayoría de estos ensayos duran varios años). Además, supone un beneficio para los enfermos, en cuanto evita que el médico persista en planteamientos erróneos.

Cualquier persona con experiencia en ensayos clínicos encontrará en las razones apuntadas hasta ahora, argumentos más que suficientes para justificar la informatización de los protocolos.

Utilidad del ordenador en medicina

Cuando se pregunta a los médicos si el ordenador puede ser útil en su trabajo, la respuesta es afirmativa, en la mayoría de los casos. Las opiniones varían algo en cuanto a los campos de aplicación. Los que se citan con más frecuencia son: formación y manejo de ficheros diagnósticos, archivos de historias clínicas, agenda de citaciones, emisión de informes, cálculos estadísticos, vademécum terapéutico, fichero bibliográfico, ayuda al diagnóstico, etc.

Cuando se hace la misma pregunta (utilidad del ordenador en medicina) a los profesionales de la informática, la respuesta es, unánimemente afirmativa. Los campos de aplicación son si-

milares. Quizá la diferencia más importante se encuentra en la ayuda al diagnóstico, que para el médico tiene un interés secundario y que el especialista en informática suele destacar en primer lugar.

Pero, a pesar de esta coincidencia de criterios, medicina e informática no han alcanzado el grado de compenetración que cabría esperar. Esta realidad resulta aún más paradójica si se tiene en cuenta, que una de las primeras aplicaciones del ordenador fue un programa para el tratamiento de las historias clínicas, realizado en la década de los cuarenta, mediante el sistema de fichas perforadas[6]. Por otro lado, son muchos los hospitales que disponen de un Servicio de Informática; sin embargo, su utilización preferente es de tipo gerencial; sólo en muy contados casos (y casi siempre como una actividad marginal) se aplican a problemas estrictamente médicos.

No es éste el momento de analizar con detalle las causas de esta disociación. Quizá una de las más importantes puede ser la desproporción entre lo que ofrece el ordenador y lo que necesita el médico. Por ej.: para manejar un archivo de 100.000 fichas, parece imprescindible recurrir al ordenador; pero este puede ser un lujo innecesario para manejar de 5 a 10.000 fichas, sobre todo si este fichero se ha ido formando a lo largo de 8 o 10 años.

Esta y otras causas han hecho que la utilización médica de los ordenadores haya sido lenta e irregular. Pero en los últimos años han ocurrido dos hechos que pueden cambiar este panorama. El primero es la aparición de los mini y microordenadores, que han reducido la relación costo/aplicaciones. El segundo, el desarrollo de nuevas técnicas de programación, que permiten diseñar nuevas aplicaciones de mayor interés médico. Según algunos de estos estudios de prospección[4] el software médico va a constituir, antes del final de esta década, el campo más importante del mercado informático.

Es probable que dentro de las aplicaciones médicas, la automatización de los protocolos clínicos (y concretamente los protocolos oncológicos), ocupen un lugar destacado. Los protocolos del cáncer constituyen un conjunto de conocimientos bien delimitado y relativamente independiente, especialmente adecuado para la aplicación de informática, que puede aportar una considerable ayuda al médico y mejorar la calidad de los mismos protocolos.

La automatización de los protocolos oncológicos se ha efectuado ya en varios centros, tanto con fines de investigación como de mejora del cuidado de los enfermos[3]. La automatización de estos últimos es relativamente sencilla; en síntesis, consiste en la traducción al lenguaje del ordenador de las instrucciones de un protocolo clínico. Se han aplicado con éxito en estudios cooperativos multiinstitucionales. Un ejemplo de este tipo es el empleado por el Southeastrn Cancer Study Group para el ensayo de dos regímenes de quimioterapia en la enfermedad de Hodgkin.[8]

La filosofía del diseño de los protocolos de investigación ha evolucionado desde los métodos estadísticos de pruebas de hipótesis, hasta métodos formales más sofisticados, basados en técnicas de «inteligencia artificial». Paralelamente se ha pasado de pequeños sistemas, con un campo de aplicación limitado (generalmente un determinado tipo de cáncer), a sistemas de aplicación general.

Dentro de estos últimos se han utilizado dos modelos formales, que han dado lugar a dos tipos diferentes de sistemas:

— los basados en técnicas de programación determinística (CDMS y OCIS) y
— los basados en técnicas de razonamiento simbólico surgidas de la inteligencia artificial (ONCOCIN).

El CDMS (Cancer Data Management System)[2] fue desarrollado en el Hospital de la Universidad de Boston y se encuentra en funcionamiento en varios centros de los EE.UU. Ha sido programado en MUMPS (Massachusetts General Hospital Utility Multi-Programming System) e implementado sobre un microordenador.

El OCIS (Oncology Clinical Information System)[1] fue desarrollado en el Centro de Oncología del Johns Hopkins Hospital dentro del Plan Nacional del Cáncer de los EE.UU. Su filosofía de diseño es similar al anterior. Su puesta en funcionamiento ha supuesto un avance importante tanto en la gestión como en las necesidades de investigación.

El ONCOCIN[6], desarrollado en el Departamento de Medicina y Ciencias de la Computación, de la Universidad de Stanford, es un sistema mucho más potente y complejo que los anteriores. Su capacidad de resolución de problemas es mucho más general ya que sus objetivos y mecanismos están menos delimitados. Hace uso de reglas de representación de conocimientos con incertidumbre asociada y de métodos de razonamiento sofisticados que incluyen búsquedas heurísticas y otras técnicas de inteligencia artificial.

Objetivos del trabajo

En 1982 se inició una colaboración entre el Servicio de Oncología de la Ciudad Sanitaria «La Paz» y el Departamento de Ordenadores de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación, de la Universidad Politécnica de Madrid, con objeto de desarrollar una serie de programas de aplicación en Oncología, siguiendo las líneas de investigación mencionadas en el párrafo anterior. Al planificar este trabajo se ha tenido en cuenta:

1) El perfil del usuario del sistema.
El médico no es un experto en informática. Si se encuentra con un sistema incómodo de usar, con una lenta respuesta en el tiempo y que necesita el establecimiento de un complejo diálogo técnico para establecer una comunicación, su actitud será de rechazo.

2) La función que debe realizar el sistema.
El sistema ha de ser una herramienta al servicio del médico. Será necesario que realice tareas útiles, que repercutan en el mejor desarrollo de la actividad médica, tanto en lo que se refiere al cuidado de los enfermos como en las tareas de investigación.

3) La relación coste/utilidad
El coste de un computador es elevado, lo que en las actuales circunstancias de crisis económica es un factor importante. Ello obliga al diseño de sistemas que cumplan una serie de requisitos (tales como generalidad, versatilidad, compatibilidad) cuya utilidad justifique la inversión realizada.

4) Control del sistema de información.
En todo momento el médico ha de poder modificar el conocimiento almacenado y poder influir sobre los mecanismos de manejo de la información.

La puesta en marcha de este programa ha sido muy laboriosa. El primer paso ha sido definir los objetivos generales a alcanzar, que se pueden resumir en los siguientes puntos:

1) Gestión clínica de los enfermos.
El sistema proporcionará el soporte necesario para llevar a cabo la gestión clínica y paralelamente las actividades de investigación. Para ello

— permitirá la actualización de los datos de los enfermos

— suministrará avisos de peligro ante cualquier situación que lo requiera

— recordará las acciones a realizar en cada caso.

Esto se hará de dos formas:

a) Organizando los datos clínicos y generando gráficos y/o tabulaciones de datos que asistan al médico en la toma de decisiones. La selección y definición de las salidas a generar estarán determinadas por la enfermedad, el tipo de tratamiento así como por la situación clínica del enfermo.

b) Procesando los datos clínicos en función de las reglas almacenadas, con el fin de indicar el plan a seguir en cada caso, en lo referente a exploraciones a realizar y tratamiento a administrar.

2) Sistema de consulta interactivo.
En un servicio de oncología el flujo de información desborda con frecuencia al equipo médico. Para el control de la información parece aconsejable un sistema interactivo que reúna entre otras las siguientes características:

a) Fácil comunicación usuario-sistema.
Se pretende desarrollar un subconjunto del castellano que permita una fácil comunicación entre el médico y el ordenador.

b) Fácil acceso a la base de conocimientos.
El médico podrá introducir en el sistema nuevos conocimientos y reglas de aplicación, así como realizar correcciones en los ya seleccionados. Y todo ello sin la ayuda inmediata del experto en informática.

3) Soporte para la planificación de los tratamientos y de la investigación clínica.
El tratamiento del cáncer implica una secuencia de actuaciones médicas que empieza en la recopilación de datos clínicos y paraclínicos (que cuantifiquen la respuesta al tratamiento y la toxicidad de los medicamentos) y termina en la prescripción de un tratamiento, tanto para la enfermedad de base, como para las posibles complicaciones o enfermedades concomitantes. Un sistema informatizado que cumpla esta función debe ser capaz de:

a) Seleccionar los enfermos, determinando cuales son aptos para ser incluidos en un determinado protocolo.

b) Determinar el régimen de tratamiento, de acuerdo con las previsiones establecidas.

c) Especificar las dosis y su distribución en el tiempo.

d) Evaluar la evolución del enfermo, lo que determinará o no, un cambio en el tratamien-

to, o supondrá la indicación de nuevas exploraciones.

4) Generación de informes médicos con la evaluación de las exploraciones realizadas y de los resultados obtenidos. El sistema realizará los cálculos estadísticos con los datos almacenados y proporcionará informes de interés para el médico acerca de los resultados finales, rentabilidad de las exploraciones realizadas u otros parámetros a determinar según las características de cada enfermedad.

Este trabajo se está desarrollando en tres fases. En la primera se han realizado unos programas piloto, que sirvan como elemento de conexión entre médicos e ingenieros. Se han seleccionado protocolos con pocas variables, accesibles a los no iniciados en la terminología médica y con algoritmos fáciles de comprender a los médicos, no expertos en informática.

La finalidad de esta etapa es, en primer lugar, comprobar la posibilidad real de ejecución del proyecto. Pero más importante que esto es familiarizar a los dos equipos de trabajo con una metodología en la que existen grandes problemas de comunicación. Hasta el momento se han diseñado tres programas aplicables a la leucemia mieloide crónica, al mieloma múltiple y a la enfermedad de Hodgkin, cada uno de mayor complejidad. Esta primera fase se está desarrollando con el soporte informático con que se cuenta en la actualidad. Para las otras dos se necesita una financiación, que permita la adquisición de nuevo material.

El desarrollo de la segunda fase se hará partiendo de supuestos informáticos más complejos, aunque aún sencillos. La representación del conocimiento será sencilla. Se utilizarán reglas del tipo antecedente-consecuente (Si: <condición> entonces: <ejecución>, que tendrán asociadas un factor de certidumbre igual a uno. Las acciones serán siempre resultados, pero nunca tendrán efectos sobre la ejecución de otras reglas. Esta fase servirá para obtener una experiencia conjunta sobre problemas cada vez más complejos y para una mayor integración de ambos equipos de trabajo.

En la tercera fase los modelos de razonamiento serán más sofisticados (probabilísticos, de implicación aproximada, borrosos, etc.) y las decisiones pueden servir, automáticamente, como regla de aplicación en casos similares. Se parte, por otro lado, de la idea de que los datos y los conocimientos no tienen un 100 % de fiabilidad; su grado de inexactitud se cuantificará por el equipo médico.

Descripción de un programa piloto

Se presenta a continuación, como ilustración de lo dicho, uno de los programas piloto, desarrollado en la primera fase del proyecto. Se ha elegido el diseñado para la leucemia mieloide crónica, que ha parecido el más adecuado para esta reunión multidisciplinaria y cuya ejecución corresponde, en su casi totalidad, al Hospital de Día. En efecto, menos del 5 % de estos enfermos requieren hospitalización previa al diagnóstico. Y cuando esto ocurre, se debe más a complicaciones o patología sobreañadida, que a la propia enfermedad. Sólo en la fase terminal de la enfermedad suele ser necesaria la hospitalización.

El diagnóstico de la leucemia mieloide crónica suele ser bastante sencillo. Se basa en los datos clínicos y en el hemograma. Exploraciones confirmatorias son el mielograma, el cariotipo y las dosificaciones de fosfatasa alcalina leucocitaria y cobalamina sérica. Una vez confirmado el diagnóstico, y a diferencia de lo que ocurre en otras neoplasias, no es necesario realizar una serie de exploraciones complementarias para determinar el estadio clínico.

El tratamiento es, también, fácil de realizar: consiste en la toma diaria de un solo medicamento (busulfán). El único problema en discusión es determinar cuál es la dosis más adecuada para iniciar el tratamiento y la fórmula de ajustar la dosis al descenso de la masa tumoral, para prevenir la aplasia medular.

Asimismo, los controles durante el seguimiento son sencillos: consisten en un análisis de sangre y, eventualmente, un mielograma. Además, se debe mantener un control periódico de la función pulmonar, para prevenir la fibrosis, que puede ser una complicación terapéutica importante.

Los objetivos concretos que se persiguen con este programa son:

1) Formar un fichero de historias clínicas de fácil manejo, que permita conocer en cualquier momento el número de enfermos, su situación clínica y los datos de la evolución.

2) Comprobar si la leucemia mieloide crónica se ajusta a un modelo experimental desarrollado en el Servicio[5]. En síntesis, este modelo supone que sólo una fracción de la población tumoral es sensible al tratamiento y que, por lo tanto, el descenso de leucocitos es función del tiempo e independiente de la dosis del medicamento.

Para comprobar esta hipótesis el programa hace una distribución aleatoria de los enfermos en

dos grupos de tratamiento. En el primero se establece la dosis en función del peso; en el segundo, en función del número de leucocitos.

3) Comprobar el valor de determinados parámetros clínicos para:

— prevenir la aplasia medicamentosa
— diagnosticar la fase terminal
— predecir la supervivencia.

Algunos de estos parámetros ya están preestablecidos y son datos que solicita el programa. Pero existe la posibilidad de incluir otros nuevos. La inclusión de algunos de ellos se puede realizar sin modificar la estructura interna del programa. En los otros casos, la instrucción es tan simple como escribir una o dos líneas de programación, dependiendo del tipo de estudio que se quiera realizar con la nueva variable.

Estructura del programa

El programa está estructurado en tres bloques bien diferenciados: base de datos, base de conocimientos y reglas de aplicación.

En el primero se guardan todos los datos de los enfermos. Esta información se puede recuperar total o parcialmente, para conocer lo que ocurre en cada enfermo o en la totalidad de la muestra. Está organizada de forma tal que se suministra directamente a los distintos subprogramas para cálculos estadísticos, sin necesidad de entrada de datos intermedios.

En el segundo bloque se encuentran definidos los conocimientos médicos necesarios para la ejecución del programa. O lo que es lo mismo, los conocimientos que necesita el médico para la toma de decisiones (para hacer un ajuste de dosis, cambiar o suspender el tratamiento, prescribir una nueva exploración, etc.).

Finalmente, el tercer bloque contiene las reglas que se deben aplicar para decidir la conducta a seguir. Algunas de estas reglas son tan simples como: «si hemoglobina <7 g prescribir transfusión». Pero la mayoría de ellas son mucho más complejas.

La misión del programa consiste, en esencia, en relacionar los datos clínicos con los de la base de conocimientos y seleccionar la regla de aplicación más adecuada.

Funcionamiento del programa

Como se ha dicho, se trata de un programa interactivo. Se establece un diálogo entre el médico y el ordenador. Hay que señalar, que el médico va a usar el ordenador como acto final de la consulta médica, cuando ya dispone de todos los datos relativos a la situación del enfermo. En vez de dictar el informe a una mecanógrafa, se lo va a dictar al ordenador.

Lo primero que pregunta el programa es si los datos que se van a introducir, corresponden a un enfermo que acude por primera vez a la consulta, o a una revisión.

En el primer caso indica el número de orden que le corresponde y solicita una serie de datos de identificación (fig. 1). A continuación pregunta por el motivo de la consulta y por la existencia de otra patología que requiera vigilancia y/o tratamiento. Las entradas siguientes (fig. 2) corresponden a los datos de la exploración clínica. Como datos fijos figuran el «performance status», el peso y la valoración de la esplenomegalia y la hepatomegalia; pero se pueden introducir otros, relacionados con la leucemia o con la patología acompañante.

Finalmente, se deben introducir los datos complementarios (fig. 3). Como datos fijos están los que se señalan en la figura. Otros datos, ade-

ENFERMO 7
NOMBRE ANDRES H.R.
EDAD 54
SEXO V
N.H.C. 5412
F. DIAGNOSTICO 12-09-81

MOTIVO DE LA CONSULTA
DOLOR EN HIPOCONDRIO IZD.
OTRA PATOLOGIA QUE NECESITE
TRATAMIENTO Y/O VIGILANCIA
DIABETES

Figura 1.

EXPLORACION FISICA
P.S. 2
ESPLENOMEGALIA 6 PESO 92
HEPATOMEGALIA 3
OTROS DATOS DE EXPLORACION
1.—? OBESIDAD
2.—? RETINOPATIA GRADO I
3.—? TA - 170/95
4.—?

Figura 2.

DATOS COMPLEMENTARIOS

HEMOGLOBINA 10.8
LEUCOCITOS 67
MIELOBLASTOS 9
MIELOCITOS 34
SEGMENTADOS 41
BASOFILOS 6
PLAQUETAS 543

OTROS DATOS COMPLEMENTARIOS
1.—? GLUCEMIA=190
2.—? PH(+)
3.—? FAL=15
4.—?

Figura 3.

TRATAMIENTO

BUSULFAN 9 MG/DIA
(EN FUNCION DE PESO)

SE ACEPTA ESTE CRITERIO? N

JUSTIFICAR CAMBIOS DOSIS ALTA

DOSIS PRESCRITA 6

TRATAMIENTO PARA DIABETES
DIETA DE 1000 CALORIAS

OTROS TRATAMIENTOS
ZILORIC (1 COMP. D.C.C.)

EXPLORACIONES QUE DEBE REALIZAR
ANTES DE LA PROXIMA CONSULTA
?ANALISIS DE SANGRE

Figura 4.

IMPRIMIR INFORME? S

BUSULFAN=6
COMP. 2 MG/UNO CON D.C.C.

PROXIMA REVISION 29-09-81

MEDICO QUE FIRMA EL INFORME X.Y.Z.

Figura 5.

más de los indicados en la figura, pueden ser los relativos al mielograma, al valor de la cobalamina, concentración de ácido úrico, etc. Si se quiere emplear algunos de estos datos para estudios ulteriores, la única precaución que se debe tomar está en relación con la forma de suministrar el dato. Por ej.: si se quiere ver si la concentración sérica de ácido úrico tiene valor para predecir la supervivencia, la entrada de

ANDRES H.R. DE 54 AÑOS DE EDAD
HISTORIA CLINICA N.=5412

CONSULTA EL 12-09-81 POR DOLOR EN
HIPOCONDRIO IZD.

OTRA PATOLOGIA ASOCIADA.— DIABETES
EXPLORACION CLINICA
ESPLENOMEGALIA=6 CM
HEPATOMEGALIA=3 CM
OBESIDAD
RETINOPATIA GRADO I
TA - 170/95

DATOS COMPLEMENTARIOS
HEMOGLOBINA=10.8 G/L
LEUCOCITOS=67×10E9/L
MIELOBLASTOS=9 %
MIELOCITOS=34 %
SEGMENTADOS=41 %
BASOFILOS=6 %
PLAQUETAS=543×10E9/L
GLUCEMIA=190
PH(+)
FAL=15

TRATAMIENTO
BUSULFAN=COMP. 2 MG / UNO CON
D.C.C.
DIETA DE 1000 CALORIAS / ZILORIC
(1 COMP. D.C.C.)

PROXIMA REVISION 29-09-81

EXPLORACIONES QUE DEBE REALIZAR
ANTES DE LA PROXIMA REVISION
ANALISIS DE SANGRE

MADRID 12-09-81

FDO: DR. X.Y.Z.

Figura 6.

este dato deberá hacerse siempre en la misma forma (como «úrico=x» o como «ác. úrico=x»; pero no indistintamente en una u otra forma).

Terminada la entrada de datos aparecerán en la pantalla las recomendaciones terapéuticas (fig. 4). En primer lugar la dosis calculada de busulfán, indicando el criterio que se siguió para calcular la dosis. A continuación el ordenador pregunta si se acepta la dosis propuesta; si la respuesta es negativa se debe justificar el cambio de conducta terapéutica; estos datos se guardan en memoria, con objeto de poder analizar las desviaciones del esquema inicial.

Antes de imprimir el informe (fig. 5), el ordenador pide que se redacte el tratamiento de una forma más comprensible para el enfermo. Solicita también la fecha de la próxima revisión y el nombre del médico que firma el informe. En muchos protocolos clínicos los intervalos entre las revisiones están preestablecidos; en éste se ha hecho una excepción a esta regla; el motivo es

NOMBRE ANDRES H.R.
EDAD 54
SEXO V
N.H.C. 5412
FECHA DE DIAGNOSTICO 12-09-81

MOTIVO DE LA PRIMERA CONSULTA
DOLOR EN HIPOCONDRIO IZD.
DIABETES

TRATAMIENTO REALIZADO
BUSULFAN 6 MG/DIA
DIETA DE 1000 CALORIAS / ZILORIC
(1 COMP. D.C.C.)

REVISION NUMERO 1
FECHA DE LA REVISION 29-09-81

SITUACION CLINICA
(SI ASINTOMATICO: RETURN)

Figura 7.

DATOS COMPLEMENTARIOS

HEMOGLOBINA 10.8 ?11.2
LEUCOCITOS 67 ?54
MIELOBLASTOS 9 ?3
MIELOCITOS 34 ?25
SEGMENTADOS 41 ?52
BASOFILOS 6 ?3

PLAQUETAS 543 ?321

OTROS DATOS COMPLEMENTARIOS
1.— GLUCEMIA=190
?135
2.— PH(+)
?

Figura 9.

EXPLORACION CLINICA

P.S. 2 ?0
ESPLENOMEGALIA 6 ?4
HEPATOMEGALIA 3 ?3

OTROS DATOS EXPLORACION
1.— OBESIDAD
1.— ?ADELGAZO 7 KG
2.— RETINOPATIA GRADO I
2.— ?

Figura 8.

que al ser variable, de unos enfermos a otros, la dosis prescrita, y al ser continua la toma de medicación, las revisiones deben ajustarse a la evolución de determinados parámetros.

Finalmente, se imprime el informe con el formato que se puede ver en la figura 6.

Cuando el enfermo acude a una revisión, el ordenador pregunta su nombre y acto seguido presenta los datos de filiación, recuerda el motivo de la primera consulta, la situación clínica en la última revisión (indicando la fecha) y el tratamiento realizado (fig. 7). A continuación pregunta por la situación clínica en el momento de la revisión. A partir de este momento, se sigue la secuencia descrita en los párrafos anteriores, con la diferencia que cada vez que se solicita un dato, se presenta su valor correspondiente en la visita anterior (figs. 8 y 9).

La entrada de determinados datos indica al ordenador que debe preguntar sobre otras cuestiones, que pueden tener valor para determinar la conducta a seguir. Por ej.: si el enfermo presenta fiebre, pregunta si existe justificación clínica para la misma; si la respuesta es negativa se pregunta sobre la presencia de otros síntomas con significación patogénica.

Antes de prescribir el nuevo tratamiento se calcula y evalúa el riesgo de aplasia o de proximidad de fase final (si es que existen) y se ajusta la conducta a seguir en función de estos valores.

Otras funciones del programa, no mostradas son: *1)* calcular las curvas de supervivencia en el total de la muestra o en grupos de enfermos y *2)* diferenciar entre los dos tipos de tratamiento, en cuanto al tiempo que se tarda en normalizar el hemograma. Con esto último se pretende comprobar el modelo a que se hizo alusión en el epígrafe de «Objetivos». Al detectar una diferencia estadísticamente significativa entre ambos tratamientos, aparece un aviso de que tal cosa ha ocurrido y se elimina de la programación el tratamiento menos favorable.

Este programa, en su estructura actual tiene algunas limitaciones. Su capacidad de decisión es válida para la fase inicial de la enfermedad, pero queda muy limitada en la fase terminal. Además, dado que se ha desarrollado en un mi-

croordenador su capacidad de almacenamiento de datos está limitada a 25 enfermos, con un máximo de 12 revisiones por enfermo. Si se tiene en cuenta la frecuencia de la leucemia mieloide crónica, este programa podría ser de aplicación durante los próximos cuatro o cinco años.

Ahora bien, como ya se ha dicho, con este programa sólo se pretendía establecer un diálogo entre médicos e ingenieros. No representa, en su totalidad, las posibilidades de aplicación del ordenador en oncología, aunque nos ha sido muy útil como ensayo piloto y como base de discusión. Sólo se puede considerar como una primera aproximación al problema.

BIBLIOGRAFIA

1. BLUM B.I. y LENHARD R.O. «An Oncology Clinical Information System». IEEE Computer, Vol. 12, n.º 11, págs. 42-50. November 1979.
2. FRIEDMAN, R.H. y FRANK, A.D. «Used of Conditional Rule Structures to automate Clinical Decision Suport: A Comparision of Artificial Intelligence and Deterministic Programing Techniques». Computer and Biomedical Research, Vol. 16, págs. 378-394, 1983.
3. FRIEDMAN, R.H.; HORWICH, J.; KRIKDRIAN J.G. y LOPEZ, J.A. «Issues in Automation of cancer Treatment Protocols» Proc. 4 th Annual Comp, Appl. Med Care, Ed. J. O'Neill, págs. 200-206. IEEE Computer Society. Los Alamitos, Ca, 1980.
4. GLANTZ, S.A. «Computers in clinical medicine: a critique». Computer (IEEE), 11,5 (May 1978) págs. 68-77.
5. MOON, C. «Desarrollo de un modelo matemático aplicable a la mieloleucosis crónica». Tesina de Licenciatura (U,A,M), 1981.
6. SHORTLIFFE, E.H.; SCOOT, A.C.; BISCHOFF, M.B.; CAMBELL, H.B.; VAN MELLE, W. y JACOBS, C.D. «ONCOCIN: an Expert System for Oncology Protocol Management». Proceedings 7th International Joint Conference of Artificial Intelligence, págs. 876-881. Vancouver, 1981.
7. SONDAK, V.; SCHWARTZ, H. y SONDAK, N. «Computers and Medicine» Artech House, Dedham, Mass. 1979.
8. WIRTSCHAFER, D.D.; SCALISE, M; HENKE, C; GAMS, R.A. «Do information system improve quality of clinical research?».— Comput and Biomed Research: 14, 78-90, 1981.

DISCUSION

S. ERILL: Debo confesar que me ha sorprendido el haber tardado tanto tiempo en descubrir el enorme potencial de investigación del hospital de día. Uno está quizá tan acostumbrado a discutir las cosas en términos de rentabilidad social, o ya directamente económica, que a veces le pasan desapercibidos factores tan importantes como este potencial en cuanto a investigación del hospital de día.

A. SENRA VARELA: Quisiera hacer una observación: Temo muchísimo el término «hospital de día»; porque las palabras a veces se emplean, no sólo para nombrar las cosas, sino también como un instrumento para cambiar el significado de éstas. Y, el peligro que tiene, es que pueden acabar creándose hospitales de día que sean independientes de los demás hospitales. Creo que un elemento clave del hospital de día es el tratar de optimizar la utilización de los recursos de un hospital, empleándolos en las consultas externas. Y eso significa que a nivel de esas consultas externas, la calidad, la intensidad y la metodología de aplicación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, debe ser exactamente igual a la que se hace con los enfermos ingresados. Me ha preocupado muchísimo que el Dr. Montero lo sacara ahora a colación. Dice que él establece diferencias importantes entre la hospitalización y la consulta externa. En los hospitales americanos de cáncer, la frase «hospitalización de día» se llama p.e. «Estación 10», que es una estación más del hospital, en la cual las funciones diagnósticas y terapéuticas se cumplen rápidamente en todos los enfermos hospitalizados sólo durante el día. Entonces, el tratar de establecer esta diferencia de un modo artificial, tratando de reconocer que es inferior la calidad de lo que se realiza en consulta, me preocupa. Ese es el temor, «hospital de día» puede intentar ser un término para justificar algo que creo no es justificable.

La Unión Internacional contra el Cáncer, tiene un pequeño manual sobre diseño de hospitales oncológicos, se llama «Guía para el Desarrollo de Centros de Tratamiento Comprensivo del Cáncer», es una publicación del

año 1980. Nos da los siguientes datos: En un hospital oncológico normal de 300 camas, debe haber un mínimo de 200.000 consultas externas, y en un hospital de 57 camas, debe haber 30.000 consultas externas al año. Eso, evidentemente no existe en nuestro país, y no existe porque la mayor parte de la asistencia está financiada por el sistema de Seguridad Social, y a veces no reconoce, o crea trabas de tipo administrativo, según el tipo de convenio que tengan con ese hospital, a la hora de financiar esta asistencia. En este sentido debo mencionar que el Instituto de Oncología en el año 1974 creó un hospital de día con cuatro camas, que llegó a durar un año y medio; porque la Seguridad Social quería abonar esas camas como una estancia/día nada más, y en ella se estaban aplicando unos tratamientos que costaban muchísimo más que ese dinero. Era evidente que esto planteaba insuperables problemas económicos.

J.M. MONTERO: Para resaltar la diferencia entre hospitalización y consulta he partido de lo que se podría llamar situación tradicional. No he dicho que la asistencia en la consulta hospitalaria sea de calidad inferior, he dicho simplemente, que es diferente. Lo que sí es inferior, y con frecuencia inexistente, es la investigación clínica. El concepto de «hospital de día» no sólo cambia el planteamiento asistencial de la consulta, sino que amplía su capacidad para la investigación.

J. ESTAPÉ: Sólo quiero decir una cosa respecto al Dr. Montero. No he hablado del potencial de investigación clínica del hospital de día, porque sabía que él lo iba a hacer. Que quede claro que estoy totalmente de acuerdo con su planteamiento.

F. ESCOBAR: ¿Tiene usted personal suficiente para introducir los datos en el ordenador?

J.M. MONTERO: Introducir los datos en el ordenador es lo mismo que dictar el informe a la secretaria. Se va a desarrollar un sistema, de modo que se pueda hablar con el ordenador en español, y lo mismo que se le dicta a la secretaria el informe, se puede escribir en el ordenador. Quería decir también, que esto es un estudio piloto; no determina todas las posibilidades del ordenador, pero todavía nos seguimos preguntando si será útil.

S. ERILL: Quería llamar la atención de los aquí presentes sobre las enormes posibilidades de la hospitalización de día en una faceta de la investigación, concretamente en el ensayo clínico, y citar dos terrenos: la Psiquiatría o la Geriatría, en los que la observación continuada quizá puede suplir, con enorme ventaja, una serie de cuestionarios prefijados. Esta posibilidad de una observación sistematizada en el tiempo y probablemente informatizada, brinda, a mi modo de ver, unas posibilidades enormes que acabo de descubrir en el curso de esta última intervención, cosa que le agradezco extraordinariamente al Dr. Montero.

Hospital de día frente a hospitalización completa en oncología

A. Galán y J. García Conde

Servicio de Hematología y Oncología Médica. Facultad de Medicina. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Actualmente se tiende a revisar el concepto de hospitalización, debiendo quedar ésta reservada para casos agudos, intervenciones quirúrgicas complejas y administración de distintos tipos de tratamiento (citostáticos, radiaciones ionizantes) en algún pequeño grupo de pacientes que no pueden trasladarse fácilmente al centro sanitario.

De hecho, de entre los enfermos que requieren una intervención quirúrgica, el 90 % tendrán que ser hospitalizados, frente al 25 % de los que necesitasen un tratamiento citostático, o quimioterápico y tan sólo el 10 % de los que tuviesen que recibir un tratamiento radioterápico.

Por otra parte existen distintas razones que apoyan la tendencia a reducir el porcentaje de enfermos hospitalizados, como son aspectos psicológicos, como el temor a la gravedad de la propia enfermedad; el alejamiento del medio familiar; entorno social; pérdida de días de trabajo, o de escolarización en el caso de los niños y jóvenes. Por otra parte, razones económicas, pues es bien conocido el mayor costo de las camas hospitalarias frente a los gastos de la asistencia en régimen ambulatorio.

En consecuencia la atención a los pacientes en un servicio de Hospital de Día nació como una alternativa a los cuidados de salud recibidos en un medio hospitalario en régimen de internamiento, considerando que esta actitud iba a proporcionar beneficios a los pacientes en los aspectos psicológicos y económicos a los que antes hemos aludido. El primer Hospital de Día conocido, es el que se creó en Oxford en 1958, destinado a la atención geriátrica. Pocos años después, en 1970, existían 120 Hospitales de Día en todo el Reino Unido.

El Hospital de Día puede entenderse como un sistema en el que el paciente recibe todas las atenciones de los servicios hospitalarios, excepto la habitación, la comida, y los cuidados a lo largo de todo un día por los servicios de enfermería.

El paciente llegaría al hospital por la mañana, completaría la exploración, recibiría el tratamiento adecuado (farmacológico, sustitutivo, psicoterápico, etc.) y regresaría a su casa en el mismo día.

Así pues analizados los conceptos que justifican la existencia del Hospital de Día, vamos a precisar a continuación las actividades a realizar en dicho servicio, teniendo en cuenta que se trata de pacientes afectos de enfermedades hematológicas y oncológicas.

Una primera actitud respecto al paciente, debe ser un servicio de recepción, que facilite la comunicación entre el personal sanitario y el propio paciente.

Luego, una serie de actividades deben estar encaminadas a establecer el diagnóstico de la enfermedad y su extensión. Esto lleva consigo la posibilidad de que junto a una detallada exploración física, puedan realizarse, en breve tiempo, exploraciones biológicas, radiográficas, e incluso histopatológicas.

Por lo tanto, en el Hospital de Día, se realizan:

— Tomas de sangre para análisis biológicos.
— Aspirado y biopsia de medula ósea.
— Biopsias cutáneas y de nódulos.
— Punción aspirativa y biopsia de adenopatías.
— Biopsia hepática (bien por punción percutánea, o bien tras laparoscopia).

Una vez conocidos estos resultados y confirmada la sospecha, se establece la pauta terapéutica adecuada a cada caso y se administra.

Quiero expresar mi agradecimiento a las personas que con su abnegada labor han hecho posible el desarrollo de este Hospital de Día, especialmente a la Auxiliar de Clínica doña Josefa Elvira y a las ATS doña Asunción Junquero y doña Rosa Garcés.

El Hospital de Día no suplanta la labor realizada en las consultas externas, sino que las complementa. Mientras que en estas últimas se realiza una labor de prevención y orientación diagnóstica de las enfermedades neoplásicas, en el Hospital de Día se efectúa el estudio de extensión de la enfermedad y se facilita la terapéutica.

Otra finalidad de la labor en el Hospital de Día, una vez instaurados los distintos protocolos terapéuticos, es el seguimiento y control de los pacientes, lo que permite por una parte el desarrollo adecuado de los ensayos clínicos, y por otra el registro de los efectos beneficiosos y/o tóxicos inherentes a los fármacos empleados. Se trata pues de una labor científica que hay que añadir a la asistencial.

Desde el Hospital de Día se debe mantener una correspondencia con los médicos de familia de cada uno de los pacientes, con una doble finalidad: de informarles adecuadamente sobre la enfermedad de dichos pacientes, y de poder orientarles contribuyendo así a un más complejo apoyo psicológico.

Una última justificación para la existencia del Hospital de Día Oncológico viene condicionada por el gran desarrollo alcanzado por la quimioterapia en los últimos 25 años, que ha hecho cambiar la actitud asistencial al paciente, ya que en unos casos, el seguimiento se lleva a cabo a lo largo de dos-tres años y en otros, este seguimiento es tan largo como la propia supervivencia del paciente.

En conclusión y resumiendo, las prestaciones que el Hospital de Día Oncológico presta a los pacientes son:

1) Recepción del paciente.
2) Diagnóstico.
a) Exploración clínica.
b) Pruebas biológicas.
c) Exploraciones radiográficas.
d) Exploraciones isotópicas.
e) Exámenes histopatológicos: citología, biopsia ganglionar, aspirado y biopsia de medula ósea, biopsia hepática.
3) Tratamiento: selección del protocolo.
4) Seguimiento.
5) Correspondencia con otros médicos o instituciones sanitarias.

Nuestra experiencia

La actividad en nuestro Hospital de Día comenzó a desarrollarse en enero de 1983.

A lo largo del primer año, el número de pacientes tratados fue de 2.343, y hasta octubre de 1984, ya han sido tratados 1.995, siguiendo una proporción similar aunque con un ligero incremento en los últimos meses.

Las personas destinadas a este servicio son una auxiliar, una ATS (últimamente se ha incorporado otra) y un médico que comparte esta labor con otras actividades del Servicio de Oncología. Ocasionalmente cuenta el servicio con la colaboración de un psiquiatra, de un psicólogo y de la asistente social.

Los porcentajes de neoplasias tratadas en nuestros pacientes quedan reflejados en la siguiente tabla:

Año 1983	%
Tumores de mama	59,5
Tumores broncopulmonares	10,1
Linfomas	8,5
Tumores del aparato digestivo	5,8
Tumores de ovario	5,3
Sarcomas de partes blandas	2,7
Tumores varios	10,3

Año 1984	%
Tumores de mama	55,2
Tumores broncopulmonares	16,1
Linfomas	12,2
Tumores del aparato digestivo	3,9
Leucemias	2,3
Adenocarcinomas de p. no conocido	2,3
Tumores de cabeza y cuello	2,7
Mieloma	1
Ovario	1,2
Tumores varios	0,5
Sarcomas de partes blandas	2,6

Por último, una revisión de los aspectos económicos administrativos del Hospital de Día con respecto a la hospitalización, permite establecer una clara diferencia entre éstos, en favor de la primera de ambas formas de asistencia sanitaria.

Mientras que el costo por enfermo y día en régimen hospitalario, en el año 1983 fue de 19.707 pesetas (según datos de la Administración del Hospital Clínico), en el Hospital de Día fue aproximadamente de la tercera parte, confirmando los criterios que establecimos al comienzo de esta charla en relación a las ventajas que el Hospital de Día ofrece frente a la hospitalización en oncología.

BIBLIOGRAFIA

1. BONADONNA, G. «Principi di chemioterapia antitumorale» de Manuale di Oncologia Medica. Edit. Masson.
2. BONADONNA, G. «L'esperienza dell'Istituto Tumori di Milano». Tavola Rotonda su: «L'ambulatorio l'ospedale di giorno di Oncologia Medica». Sillabus IV Corso Oncologia Medica, 1978.
3. CAWLEY D. and KELLY C.: «Day care complements hospitalitation». Hospitals, J.A.H.A. October 1978, Vol. 52, pág: 141-144.
4. CORBELLINI, R.: «Aspetti orgazzativi del day-hospital.» Sillabus VIII Corso Oncologia Medica, 1981.
5. DELOBEL J. et CAEN J.: «Hospital de Jour d'Hématologie». Actualités Hematologiques. 1972, Vol. 6, pág. 216-233.
6. KLEHURST: «The day hospital care». British Medical Journal. 27 October 1973, 4, 223-225.
7. MADON E.: «I servizi alternativi alla degenza». Minerva Pediatrica, 30, 1978, 1.893-1.895.
8. KAPLAN M.: Day care experiment proves cost-effective. Hospitals/March 1, 1981, 101-104.
9. RATKOWSKI E., MD., LIEBERMAN R., HOCHMAN A., MD.: Day care for cancer patients. JAMA, Oct. 21, 1974. Vol. 230, nº 3, 430-431.
10. RAINEY JB., RUCLEY CV.: «Work of a day-bed unit 1972-1978. British Medical Journal, 1979, 2, 714-717.

DISCUSION

S. ERILL: Yo quisiera iniciar la discusión con una pregunta concreta: A pesar de que con el poco tiempo que llevan de funcionamiento puede ser muy difícil distinguir tendencias, ¿tiene algún comentario que hacer respecto a los distintos quimioterápicos? Es decir, uno se plantea si la utilidad terapéutica del Hospital de Día en oncología será la misma con la evolución del tratamiento quimioterápico. ¿Varía según las quimioterapias el rendimiento del Hospital de Día en oncología?

A. GALÁN: Varía, y un buen ejemplo lo ofrece el cisplatino. Cuando lo empleamos en dosis superiores a 80 mg/m^2, hospitalizamos al paciente ya que su administración va acompañada de una hidratación abundante con el objeto de evitar alteraciones funcionales renales y lo mantenemos en observación, midiendo la diuresis y controlando las cifras de sodio, potasio, creatinina y magnesio a lo largo de 24-36 h. Esta actitud terapéutica no permite su aplicación en régimen de Hospital de Día.

R. CARLOS: Creo que estaremos todos de acuerdo en que un problema muy importante por resolver en estos enfermos es el dolor, que nadie ha mencionado aún en esta mañana. Quisiera preguntarle al Dr. Galán, porque tengo mis dudas acerca de si la terapéutica del dolor en estos enfermos es igual en una hospitalización permanente, que yo no digo que sea buena siempre, y en estos hospitales de día. O dicho de otra forma ¿usted tiene experiencia en cuanto a que los enfermos se quejen más de su dolor cuando están en el hospital o cuando siguen un tratamiento en estos hospitales de día?

A. GALÁN: Creo que la sintomatología dolorosa no está en relación exactamente con el lugar en que se administre el tratamiento al paciente, sino más bien en relación con su propia patología. Nosotros contamos con la colaboración en el Hospital de Día de un psiquiatra, de un psicólogo y de un asistente social. Concretamente para el caso del tratamiento del dolor, psiquiatras y psicólogos nos han sido útiles para la valoración de la intensidad del dolor, que es difícil de determinar. En ocasiones una terapia de tipo psicológico es más adecuada que la administración de fármacos analgésicos. Por otra parte, la ansiedad que el paciente tiene a veces cuando se ve hospitalizado, agrava su sintomatología dolorosa, y creo que mientras pueda recibir el tratamiento en régimen ambulatorio en el Hospital de Día, será más beneficioso.

M. CASAS: Se ha dicho que los hospitales de día que se han descrito hasta el momento, disponen de la asistencia de un psicólogo y un psiquiatra. Quisiera preguntar la duración de la estancia diaria del paciente en el hospital de día. ¿Puede depender del desarrollo del paciente? Es decir, si el paciente se encuentra en una fase de necesidad psicológica, necesita un mayor apoyo o atención médica, ¿puede quedarse más rato?, ¿hay salas para ello y personal adecuado?

A. GALÁN: El tiempo que el paciente puede permanecer en el hospital es hasta las cinco de la tarde. En el supuesto de que fuese un pa-

ciente que se asiste al final de la jornada, por ejemplo a las 3 o las 4 de la tarde y que necesite permanecer allí varias horas, en este caso lo hospitalizamos, quedando su asistencia garantizada por el médico de guardia que existe en el Servicio de Oncología y Hematología en nuestro hospital.

M. CASAS: Pero no me refería a las necesidades de hospitalización porque haya un agravamiento del cuadro, sino porque el paciente está más angustiado, o porque quiere quedarse hasta que venga otro paciente. Quizá sea una parte importante de la angustia psicológica de los pacientes.

A. GALÁN: Puede permanecer allí, siempre que esté dentro del horario del hospital de día.

A. MORENO: Se ha hablado esta mañana de las diferencias que hay desde el punto de vista económico, entre tratar estos enfermos mediante esta hospitalización de día y tratarlos en un régimen general de hospitalización. Quisiera preguntar si hay también estudios comparativos sobre la calidad de la prescripción de los quimioterápicos en pacientes del Hospital de Día y en una hospitalización general. Me refiero fundamentalmente a si la hospitalización de día supone un cambio de la quimioterapia e implica que haya que modificarla. Y también cómo es la respuesta del paciente, es decir, si hay mayor cumplimiento por parte del paciente.

A. GALÁN: No existe diferencia en cuanto a la calidad de la administración, entre hacerlo en la sala de hospitalización y en régimen de Hospital de Día, ya que en nuestro caso, ambos servicios forman parte del Departamento de Oncología y Hematología y la preparación del personal sanitario (ATS y auxiliares) es similar.
La quimioterapia no sufre modificaciones por el hecho de ser administrada en el Hospital de Día, ya que se administra siguiendo los protocolos previamente establecidos.
El paciente acepta mejor el tratamiento en régimen ambulatorio que hospitalizado.

J. ESTAPÉ: El Dr. Casas ha contado una cosa muy interesante. En parte la habitación de nuestro Hospital de Día de la que he hablado antes, la de descanso, está en línea del paciente que quiere permanecer más tiempo, o que necesita un contacto con el psicólogo. Nuestra ambición sería disponer una gran sala de espera con vídeo, con juegos, etc., como he visto en un hospital francés, donde los pacientes crónicos tenían amplias salas para jugar al billar, al ajedrez, etc. A nuestro Hospital de Día le falta la parte diagnóstica, pero también me preocupa su ampliación en los aspectos reseñados.

A. ECHEVERRÍA: ¿Se ha contemplado la integración o la incorporación del farmacéutico en el hospital de día para una mejor gestión o racionalización de los medicamentos?

A. GALAN: Desde luego que sí; sería deseable que los fármacos administrados en Hospital de Día, viniesen dosificados y preparados desde el departamento de farmacia. Esto permitiría la unificación en su administración. Si actualmente no se hace así, es por falta de dotación de personal auxiliar de farmacia.

F. LÓPEZ TIMONEDA: Quisiera preguntar al Dr. Galán si el enfermo que acaba en el Servicio de Oncología llega allí porque verdaderamente sabe que es un enfermo canceroso, o llega con un síntoma de dolor. Quisiera mencionar también el valor que juega, no solamente la farmacia, sino también el personal de enfermería.

A. GALÁN: Prácticamente, en la totalidad de los casos, los pacientes son conocedores de que padecen una enfermedad tumoral, si bien no alcanzan a comprender la gravedad pronóstica en cada situación particular. Desde luego que las ATS que tratan a estos pacientes tienen una actitud psicoterapéutica de gran importancia.

E. ALVAREZ: Me ha chocado un poco cuando ha dicho el Dr. Galán que en el Hospital de Día Oncológico al que él pertenece hay un psiquiatra, que aparece como consultor cuando es necesario. Me ha parecido entender, que los pacientes preferían tener una relación más estrecha con el médico, con el oncólogo, y que en general la consulta con el psiquiatra los oncólogos no la tenían como deseable en el sentido de querer introducir una nueva relación distinta, y que era de alguna manera repartir la confianza o la relación que existe entre el paciente con cáncer y el oncólogo. ¿Qué opinión tiene usted de esto?

A. GALÁN: Quizás esto no lo he expresado exactamente como es. En realidad no es que dispongamos de un médico psiquiatra constantemente en el servicio de Hospital de Día, sino que contamos con su colaboración en algunos casos en que lo necesitamos. Las reacciones que mayormente hemos apreciado en los enfermos que acuden a recibir tratamiento son crisis de ansiedad. Normalmente para esto no hemos recurrido al psiquiatra, ya que la mayoría de las veces es el propio médico que está allí en ese momento el que asiste al enfermo en este sentido. Pero en algunos

casos escapa a nuestros conocimientos y entonces tenemos posibilidad de acudir al psiquiatra. Si al enfermo oncológico lo distribuimos entre varios médicos, es peor, incluso puede sentirse desatendido.

F. ESCOBAR: Quisiera preguntar al Dr. Galán sobre el enfermo que viene de larga distancia, que lógicamente no se beneficia de la cercanía del gran centro. ¿Cómo resuelven ustedes este problema?

A. GALÁN: Al principio comentaba las posibilidades de los enfermos en el Hospital de Día y cuáles tendrían que ser hospitalizados. Dije que aproximadamente el 25 % de los enfermos que necesitaban tratamiento citostático tendrían que estar hospitalizados, y estos casos son los que forman parte de este grupo de enfermos. Quizá porque viven en un entorno social con menores posibilidades económicas y por la distancia, no se puede someter al enfermo a desplazarse dos o tres horas de viaje y hacer el tratamiento en ese mismo día. En estos casos los hospitalizamos y no se atienden en el Hospital de Día.

J. SARABIA: ¿Qué se hace con los enfermos terminales?, ¿se ingresan?, ¿se les fomenta la ayuda en su propio domicilio? Respecto a la pregunta de la Dra. Echeverría, quisiera comentar, como médico clínico, que creo que la función del farmacólogo es fundamental e imprescindible en este tipo de tratamientos.

A. GALÁN: Esta misma duda la tenemos todos. Por otra parte, al enfermo terminal no se le asiste en el Hospital del Día, sino en régimen de hospitalización. Entendemos que el paciente que asiste al Hospital de Día, puede moverse por sus propios medios, que pueda salir de casa y volver a casa. No es la situación del enfermo terminal.

J. SARABIA: Por lo que respecta a otras formas de atención a pacientes terminales, quisiera comentar que nosotros en Madrid hemos iniciado un trabajo hace tres años y medio de «hospitalización a domicilio», una de cuyas líneas de trabajo es la «atención a la enfermedad en fase terminal» a través de cuidados paliativos. Creemos que estos pacientes precisan una atención muy particular y que uno de los sitios donde se les puede y debe de dar asistencia —y la experiencia nuestra roza el centenar de pacientes— es en su propio domicilio, con una cobertura asistencial básicamente de enfermería. Creemos que a esos enfermos no se les puede curar, evidentemente, pero se les puede ayudar a morir con dignidad.

A. GALÁN: En ese terreno carezco de experiencia. Me parece una idea muy loable y quizá merece todos los respetos para ser desarrollada.

J.M. MONTERO: Quisiera comentar una cosa, ya que cabe el peligro de que saquemos la impresión de que un Servicio de Oncología se monta sólo sobre el Hospital de Día. Por lo menos en nuestro servicio, la zona de hospitalización tiene tanta importancia o más y no se asiste solamente a enfermos terminales. En cuanto al enfermo terminal, muchas veces hay que reingresarlo. Pero también hay aspectos positivos, y es que es la única forma de conseguir autopsias, que es la manera de que vayamos aprendiendo poco a poco lo que es el cáncer. La asistencia que se puede prestar en el hospital es también buena, humana y es fuente de conocimientos y de enseñanza.

J. ESTAPÉ: Estoy de acuerdo con lo que dice el Dr. Sarabia y nosotros estamos intentando como podemos, aunque no estemos tan organizados como ellos, llevar al enfermo terminal la asistencia que precisa en su domicilio, a través del médico de cabecera y con la colaboración de entidades.

Aspectos psicosociales del hospital de día oncológico

M. Daniels, J. Estapé, A. Albiach y M. Pérez

Cátedra de Oncología Médica. Servicio de Coordinación Oncológica. Facultad de Medicina. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.

El Hospital de Día como forma de asistencia alternativa a la hospitalización, ofrece desde el punto de vista psicosocial, considerables ventajas. Permite que el paciente permanezca en su entorno habitual, rodeado de su familia, que puede proporcionarle el soporte físico y psíquico necesario para sobrellevar el desajuste personal y social que el diagnóstico de una neoplasia supone.

La manera en que cada persona se enfrenta con el cáncer depende de diversos factores, entre los cuales ocupa un lugar importante la forma de asistencia que se le ofrece.

En busca de terapias de soporte para lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital de Día del Servicio de Coordinación Oncológica del Hospital Clínico y Provincial, se crearon en abril de 1983 los *grupos de psicoterapia* destinados a pacientes mastectomizadas en tratamiento con quimioterapia complementaria. Esta técnica se intenta utilizar para modificar la mala aceptación del tratamiento coadyuvante por las pacientes.

En las experiencias preliminares se dudó en la elección del especialista adecuado para conducir el grupo. Al observar que las pacientes insistían en el mismo tipo de preguntas (tratamiento, efectos indeseables, posibles metástasis, etc.), se decidió que la función coordinadora recayera en un médico del servicio asesorado por el psicólogo.

Los resultados obtenidos en los grupos realizados han sido favorables.

Por una parte cabe destacar la mayor aceptación del tratamiento por parte de las pacientes, con disminución notable del componente de angustia; por otra, las estrechas relaciones que se establecen con el terapeuta y resto del personal sanitario, hacen que las pacientes consideren el H.D.O., como algo propio que les concierne estrechamente.

Cuando la conducta del paciente en relación al tratamiento es conflictiva y no se ha obtenido una mejor adaptación después de un primer contacto con el médico o el personal de enfermería del H.D.O., se utiliza la *psicoterapia individual*. En este caso atienden al paciente psicólogos o psiquiatras. También se utiliza la psicoterapia individual en pacientes que rehúsan participar en el grupo de psicoterapia por deseo de preservar su intimidad.

Para poder efectuar una psicoterapia efectiva, es preciso realizar con anterioridad el diagnóstico de los factores psicosociales para los que se desea una terapia.

En nuestro servicio se efectúan dos estudios para determinar algunas de las características y de los problemas del paciente neoplásico.

Estudio de la familia del paciente neoplásico

Se han realizado numerosos trabajos basados en el estudio psicológico del paciente canceroso, que atrajeron nuestro interés por el tema.

La familia del enfermo neoplásico experimenta pronto alteraciones psicológicas: la convivencia resulta difícil, la vida cotidiana varía, la comunicación se altera. El ambiente familiar se ve envuelto en dudas, temores, interrogantes e indecisiones.

En consecuencia hemos iniciado un plan de trabajo centrado en la familia de dichos enfermos, a la que consideramos imprescindible en el diseño de un plan terapéutico integral, del cual se beneficiaría tanto ella como el propio paciente.

Los objetivos de esta investigación son tres: En primer lugar realizar un estudio de la modificación de la vida familiar del enfermo neoplásico, de tal forma que un acercamiento a la familia de dichos pacientes nos permita un mejor conocimiento de las consecuencias psicológicas que esta patología produce en la dinámica familiar; en segundo lugar, conocer la opinión familiar sobre el beneficio que supone que el paciente conozca el diagnóstico de su enfermedad, y, por último, la valoración familiar del tratamiento que está recibiendo el paciente en la actualidad y la expresión de los deseos de cambio con respecto a dicho tratamiento.

La muestra está compuesta por 50 familiares, acompañantes de enfermos que acuden a tratamiento quimioterápico a nuestro Hospital de Día.

Nos hemos limitado a realizar un primer sondeo con las familias que llegaban a nuestro servicio, con independencia del diagnóstico clínico, tiempo de evolución y pronóstico. Hemos entrevistado a 16 varones y 34 mujeres (de los cuales 20 eran cónyuges, 18 hijos, 11 hermanos y uno padre) familiares de 25 varones y 25 hembras afectos de distintos tipos de cánceres (17 de mama, 17 de pulmón, 11 de tipo digestivo, dos de vejiga, uno de sistema óseo, uno de sistema nervioso central y uno cáncer de origen desconocido).

En este primer trabajo hemos sacrificado la homogeneidad del grupo a la prioridad de los 50 primeros que han requerido nuestra intervención. Por otra parte nuestro interés inicial es el acercamiento a la familia mediante recogida de información. Suponemos que ésta nos será de gran utilidad en estudios y aplicaciones terapéuticas posteriores, en que el parámetro homogeneidad sea prioritario.

La labor asistencial llevada a cabo desde hace un año en nuestro Hospital de Día, nos ha hecho intuir algunos aspectos de la problemática psicológica que aparece en dicho tipo de enfermos y su familia. Así nos hemos atrevido a elaborar un cuestionario (tabla I) que nos ha iniciado en el conocimiento de dicha problemática. El cuestionario consta de ocho Items, con los que hemos pretendido explorar.

1. Modificación de la vida familiar.
2. Conocimiento del diagnóstico.
3. Grado de aceptación del tratamiento.

De los datos obtenidos hasta el momento (tabla II) se desprenden las siguientes conclusiones:

La presencia de un enfermo neoplásico modifica la vida familiar, se producen alteraciones en las relaciones personales y en la afectividad. La información obtenida en nuestro estudio nos sugiere que una investigación en profundidad del medio familiar puede aportarnos un conocimiento útil para el diseño de estrategias de intervención conductual que aumente la calidad de vida del paciente.

La mayoría de familiares entrevistados no aceptan como beneficioso que el paciente, en concreto su familiar, conozca su propio diagnóstico. Pese a ello opinan en su mayor parte que la información general con respecto a la enfermedad neoplásica es positiva.

El tratamiento quimioterápico suele ser bien aceptado. El Hospital de Día, es preferido al ingreso en una sala del Hospital General. Sin lugar a duda, el enfermo desea estar con su familia y en su medio familiar, por lo que lo consideramos fundamental en el buen funcionamiento de todo tipo de terapia que se vaya a efectuar en el paciente.

Estudio de la personalidad del paciente neoplásico

La posible influencia de determinados aspectos de la personalidad en la etiología del cáncer ha suscitado polémicas considerables. Pero se carece aún de datos concluyentes que permitan aceptarla o rebatirla.

Algunos de nuestros pacientes creen poder señalar precipitantes psíquicos de su enfermedad e incluso establecen pautas opuestas tratando de frenar su evolución.

Es indudable que el psiquismo registra la enfermedad como un hecho importante asimilado en formas muy diferentes según la personalidad previa. Para muchos autores la evolución de la enfermedad neoplásica está influida por la personalidad del paciente, su resistencia a la frustración y sus actitudes de resignación o renuncia. La aparición de nuevos intereses puede mejorar el pronóstico, mientras que el abandono de la resistencia puede llevar a una aceleración del proceso. El número de pacientes que abandonan el tratamiento tiene que ser un motivo de reflexión.

Este planteamiento requiere ser investigado en profundidad antes de aceptarlo o rechazarlo.

En nuestro servicio sentimos un gran interés por la relación entre enfermedad neoplásica y psiquismo, por lo que hemos abordado un estudio planteado inicialmente como recogida de datos de nuestros pacientes, sin partir de hipótesis previas.

Se trabaja con los pacientes que acuden al Hospital de Día. El 70 % o no conocen el diag-

TABLA I
CUESTIONARIO ELABORADO PARA EL ESTUDIO DE LA FAMILIA DEL ENFERMO NEOPLASICO

Familiar acompañante de _____
Grado de parentesco _____

1. *¿Sus relaciones personales con el enfermo son distintas en la actualidad? En caso afirmativo, ha habido cambios:*	Más	Menos	Igual
— En la comunicación (dialogan, se cuentan sus cosas)			
— En la dependencia (se siente ligado a él, se ve obligado a acompañarlo a todas partes)			
— En la actividad sexual			
— En las diversiones			
2. *¿Su vida diaria se ha modificado?*	Mucho	Poco	Regular
— En el trabajo			
— En las relaciones con el resto de la familia			
— Con los amigos			
— En las diversiones			
3. *¿Experimenta desde la enfermedad?*	Sí	No	
— Miedo			
— Pérdida de ilusiones			
— Tristeza			
— Ganas de llorar			
— Nerviosismo			
— Decaimiento			
— Pérdida de apetito			
— Insomnio			
4. *En el momento de hacer planes (p. ej.: preparar vacaciones, organizar las cosas de casa, comprar un piso, etc.):*	Sí	No	
— ¿Los efectúa sin problemas?			
— ¿Sólo puede pensar en el presente?			
— ¿Gasta felizmente su dinero sin pensar en nada más?			
5. *¿Ha cambiado su manera de pensar sobre?:*	Sí	No	
— Lo futuro			
— La muerte			
— Las ideas sobre la vida misma			
— La religión			
— La política			
6. *¿Es beneficioso para el enfermo saber que padece cáncer?*	Sí	No	
— Justifique la respuesta			
7. *¿Cree que si el enfermo conociera el diagnóstico, posibilidades de supervivencia y/o de curación afrontaría mejor el tratamiento que recibe en este Hospital de Día?*	Sí	No	
8. *Ante los inconvenientes que supone para su familia el tratamiento que efectuamos:*	Sí	No	
— ¿Prefiere acudir al Hospital de Día?			
— ¿Ingresarlo en una sala de hospital?			
— ¿Efectuar el tratamiento en su domicilio?			
— ¿No efectuar tipo alguno de tratamiento y dejar que la enfermedad evolucione de una forma natural?			

TABLA II
RESULTADOS PARCIALES DE UN ESTUDIO DE LAS ACTITUDES Y PROBLEMATICA DE LA FAMILIA DE UN PACIENTE ONCOLOGICO

1. *Relaciones con el enfermo:*	Más	Menos	Igual
— Comunicación	34 %	4 %	62 %
— Dependencia	82 %	—	18 %
— Actividad sexual	—	65 %	35 %
— Diversiones	10 %	18 %	72 %
2. *Modificaciones de la vida diaria:*	Mucho	Poco	Regular
— Trabajo	24 %	56 %	20 %
— Relaciones familiares	14 %	74 %	12 %
— Amigos	16 %	78 %	6 %
— Diversiones	18 %	76 %	6 %
3. *Sintomatología depresiva:*	Sí	No	
— Miedo	46 %	44 %	
— Pérdida de ilusiones	40 %	60 %	
— Tristeza	76 %	24 %	
— Ganas de llorar	68 %	32 %	
— Nerviosismo	62 %	38 %	
— Decaimiento	44 %	56 %	
— Pérdida de apetito	16 %	84 %	
— Insomnio	28 %	72 %	
4. *Ejecución de planes:*	Sí	No	
— Sin problemas	66 %	54 %	
— Con pensamiento en el presente	42 %	58 %	
— Más gasto económico	14 %	86 %	
5. *Cambios en la manera de pensar:*	Sí	No	
— Futuro	38 %	62 %	
— Muerte	18 %	82 %	
— Vida	34 %	66 %	
— Religión	20 %	80 %	
— Política	2 %	98 %	
	Sí	No	No sabe
6. *Beneficio del conocimiento del diagnóstico:*	36 %	50 %	14 %
	Sí	No	No sabe
7. *Beneficio de la información:*	56 %	28 %	16 %
8. *Tratamiento:*	Sí	No	No sabe
— Hospital de Día	96 %	4 %	—
— Sala	4 %	96 %	—
— Domicilio	40 %	60 %	—
— No tratamiento	8 %	92 %	—
	Sí	No	No sabe
9. *Conocimiento del diagnóstico por parte del paciente*	36 %	54 %	10 %

nóstico real, por lo que, en general, sólo se habla de su «enfermedad» en los términos que ellos plantean. La recogida de datos se realiza a dos niveles:

«Entrevista clínica» en la que se le deja expresar libremente sus vivencias con preguntas sólo para introducir determinadas cuestiones o precisar algún aspecto.

Se intenta abordar:

1. Proceso seguido hasta llegar al Servicio de Coordinación Oncológica (demora en acudir al médico de cabecera, actitud de éste).

2. Vivencia de la enfermedad en el entorno familiar, efectos de la hospitalización, limitaciones en la vida cotidiana.

3. Biografía, a partir de la infancia (relaciones con los padres, situación entre los hermanos, recuerdos significativos, cambios, situación afectiva actual).

4. Pérdidas afectivas importantes.

5. Opiniones que tiene sobre las personas de su entorno y que cree suscitar.

6. Relación con el cónyuge: grado de satisfacción en la convivencia, puntos de acuerdo y de-

sacuerdo, actividad sexual, cambios a partir de la enfermedad.

Cuando el paciente viene acompañado, la entrevista se realiza ante el acompañante, aunque en determinados momentos puede hacérsele salir para que no disminuya la sinceridad. El acompañante refiere también los datos que cree significativos, como cambios a raíz de la enfermedad, actitudes habituales (perfeccionismo, dependencia de la familia de origen).

Objetivación psicométrica a través del cuestionario de personalidad MMPI (Inventario Multifactorial de Personalidad de Minnesota), diseñado por Hataway en 1943. Consta de 566 cuestiones que el paciente señala como verdaderas o falsas en relación con su situación emotiva actual. Consta de 9 escalas clínicas: hipocondria, depresión, histeria, desviación psicopática, adecuación al rol sexual, paranoidismo, psicastenia, personalidad esquizoide e hipomanía.

El estudio se halla en su fase inicial y sólo se ha realizado completo en 18 pacientes. Los datos obtenidos hasta el momento son poco valorables. En la entrevista clínica se advierten algunas actitudes que han llamado nuestra atención por presentarse de una manera reiterativa.

Nos encontramos en algunos pacientes con una aceptación del sufrimiento físico, con deseos de referir hechos traumáticos que no se han asimilado (muerte o patología de un hijo —6 casos—, sentirse rechazado por los padres, no haber llegado a estudiar), algunos son muy sumisos con los padres pero reivindicativos con el cónyuge. Muchos confiesan frustraciones en la esfera sexual, generalmente relacionables con anorgasmia en las pacientes y esposas de los enfermos.

Se diría que coexisten necesidades de afecto con actitudes pasivas, renuncia a la búsqueda de satisfacciones personales, postergando los intereses propios a los de los demás, lo que hace emerger resentimientos. Muchos pacientes se han definido como «pacificadores», intentan disminuir la tensión emotiva a su alrededor. Algunos reconocen haber sido excesivamente condescendientes e intentan ser más «egoístas».

Las hospitalizaciones y las intervenciones —especialmente las mutilantes— generan una depresión importante, sentimientos de hostilidad y aislamiento, actitudes de renuncia. Pero estos padecimientos psíquicos desaparecen progresivamente en función de la actitud del entorno. La reanudación del contacto social, del trabajo, de la actividad sexual, contribuyen a que se logre controlar la ansiedad y se delimiten los efectos de la enfermedad. Por el contrario, si a la operación le siguen pérdidas en la capacidad de relación o marginación por parte de la familia o el cónyuge la situación depresiva y de renuncia se cronifica.

La posibilidad de contactar con los médicos, recibir información sobre el tratamiento y sus motivaciones, tiende a desangustiar al paciente y facilita que siga fielmente las indicaciones del personal sanitario. Numerosos pacientes se quejan de no haber sido suficientemente informados en el curso de las intervenciones y manifiestan mayor proximidad del oncólogo o del médico de cabecera.

Estos datos, aunque poco objetivos, nos animan a proseguir la investigación para contar con una muestra más amplia y significativa que permita la comparación del grupo de pacientes neoplásicos con dos grupos de control (pacientes psicosomáticos y población normal). Estos trabajos son una pequeña muestra de las múltiples posibilidades de investigación en el campo psicosocial que nos ofrece el Hospital de Día, cuyos resultados nos animan a proseguir en esta línea de trabajo.

En síntesis creemos, que el Hospital de Día, dista mucho de ser un lugar en el que se aplique sólo tratamientos oncológicos. El equipo asistencial se basa en la colaboración de los diversos especialistas, médicos con los representantes de las disciplinas sociales, lo que permite un informe multidisciplinario, que tenga en cuenta la situación social y familiar del paciente, sus ansias, temores y rasgos de personalidad específicos. El paciente puede recibir en el Hospital de Día una asistencia integral e individualizada, que cubra todos los aspectos del tratamiento y le proporcione un mayor bienestar físico y psíquico, que se traducirá sin duda en una mejor evolución de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBIACH A., ESTAPÉ J., CIRERA E., TEIXIDOR M.E., DANIELS M. Aportación al estudio de la familia del enfermo neoplásico. I Jornadas de Psicología Oncológica. Barcelona, 1984.
2. BALTRUSCH HSF. Psychosomatic Research in Cancer Results, Problem consecuencies. Proceeding of the II-TH internal —Cancer Congress—, 1974.
3. BIELIAUSKAS L.A., GARRON D.C. Psychological depression and cancer. Gen. Hosp. Psychiatry, 1982; 3: 187-197.
4. CLUDY L., RAIMBAULT A. Place de la psycotherapie dans le traitement des cancers. Etudes Psycotherapiques, marzo, 1983.

5. DEVITA V.T., HELLMAN S., ROSENBERG A. Cancer. Principies and practice of oncology. J.B. Lippincott Co. 1982.
6. DUFOUR J., CLUDY L., RAIMBAULT A. Aspects psychologiques du traitement dessoufrances terminales en cancerologie. Rev. Psychol Med. 1978; 10:10.
7. DUNBAR F. Psychiatry in the medical specilities. Mc Graw Hill, Nueva York, 1959.
8. ESTAPÉ J. Cáncer. Diagnóstico de extensión. Estrategia terapéutica. Barcelona, Salvat, 1982.
9. HAGNELL O. The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. Ann New York, Acad. Sci, 1966; 125.
10. KAUFMAN A.E. et al. Cáncer y sociedad. Enfoque integral. Ed. Mezquita, 1984.
11. KOOCHET G.P., O'MALLEY J.E. The Damocies syndrome; Psychosocial consequences of surviving chilhood cancer. Nueva York, Mc Graw-Hill Book Co, 1981.
12. NEMETH G., MEZEI A. Prognostical aspects of cancer on the basis of clinical and spychosocial data. Acta Med Psychosom Proced of international Psychosomatic Week., Roma, 1975.
13. PEREZ PAMIES M. Cáncer y personalidad. Neoplasia, 1984; 1:26-27.
14. HEVENSON T.A., WOLLMAN C.A., FELTON B.J. Social suports as strees buffers for adult cancer patients. Psychosom Med, 1983; 4:321:330.
15. UNITE DE PSYCHOLOGIE MEDICALE. Department de Chirurgie Cervico Facial. Institut Gustave Roussy. Villejulf. Paris. Resultats d'une prise en charge psycho-sociale des malades et de leurs families, dans le cadre du traitement des cancers de larynx. Rapport de fin de contrat de recherche clinique, n.º 78, A.11, 1981.
16. WELLIS D., LABDSVERK J., GUIDERA K., PASNAU R.O., FAWZY F. Evaluation of psychosocial problems of the homebound cancer patient; Methodology and problem frequencies. Psychosom Med, 1983; 1:11-21.
17. WORDEN J.W., WELSMAN A.D. Do cancer patients really want counseling? Gen. Hosp. Psychiatry, 1980; 2:100-104.

DISCUSION

F. LÓPEZ TIMONEDA: Quiero felicitar a la Dra. Daniels por su exposición. El único problema es que el tipo de pacientes que nosotros tenemos son enfermos oncológicos muy terminales y es imposible, en la práctica, utilizar el cuestionario al que ella se ha referido. Me gustaría preguntarle si tienen otro tipo de cuestionario menos complejo.

M. DANIELS: Este problema también nos pasa a nosotros. En este estudio solamente han sido valorados dieciocho pacientes aunque teníamos 31, porque el resto no han efectuado el cuestionario. Hay otro cuestionario más resumido, que lo pasa otro psicólogo que hace un trabajo comparativo, pero no lo he presentado porque el trabajo no está aún elaborado.

C. UDINA: Me parece muy interesante la utilización del «Minnesota» y quisiera preguntarle qué tanto por ciento de estabilidad tienen estos cuestionarios. El cuestionario «Minnesota» tiene escalas de fiabilidad. Ha dicho que de 31 pacientes, 18 son valorados, pero dentro de esos 18, ¿qué tanto por ciento responden adecuadamente y con unas escalas de fiabilidad?

M. DANIELS: Exactamente no le puedo contestar, porque solamente hemos acabado la valoración de la entrevista clínica. Quizás nosotros necesitamos un arma de trabajo un poco más sencilla, más simple que este cuestionario para nuestro equipo. Quizás para los psiquiatras es muy útil, pero para nosotros que investigamos solamente una serie de cuestiones a las que llevar una terapia asistencial, para darle al enfermo una vivencia más humana de su enfermedad, quizás no sea del todo necesario.

J. SARABIA: Para nosotros es muy importante en nuestro trabajo el aspecto del conocimiento por parte de los enfermos —fundamentalmente oncológicos— del diagnóstico. En una impresión muy subjetiva, pero sin haberla podido aún estudiar mucho más a fondo, creemos que la inmensa mayoría de los pacientes saben que tienen un tumor. ¿Preguntan ustedes si deben saberlo o no? Ha dicho que el 36 % de los familiares creen que el enfermo debe conocer el diagnóstico y el 54 % de las familias creen que no deben saberlo. ¿Qué opináis los médicos, los profesionales

que estáis en contacto con los enfermos de si lo deben saber o no?
Por otra parte me gustaría conocer ¿cuál es, aproximadamente, la composición del equipo coordinador de oncología donde trabajáis? Me refiero al porcentaje de los diversos profesionales que hay.

M. DANIELS: Ya he explicado que a nosotros nos preocupa la problemática de la información, porque dábamos informaciones diversas según el enfermo y según hubiera un contacto con un médico o con otro. Entonces decidimos mandar una información unificada. Creemos que el paciente debe saber parte de su enfermedad. Lo que sí hacemos es endulzar de alguna manera el pronóstico si el paciente quiere saberlo, porque tiene cosas para solucionar, etc., pero siempre dejamos una salida, unas posibilidades al tratamiento. Creemos que es muy duro decirle al paciente: «Usted tiene dos meses de vida y se va a morir; no hay nada que hacer», y dejarlo solo en su casa, pensando. Esto sí, le decimos que tiene un tumor que puede ir mal, pero que tiene algunas posibilidades con el tratamiento de que vaya bien. Siempre dejamos un poco de salida.
En cuanto a la composición, la mayoría son médicos. En estos momentos tenemos la ayuda de tres psicólogos, de un psiquiatra que acude con regularidad a nuestro servicio, y luego la parte de enfermería, que está muy motivada con estos aspectos y colabora mucho. La asistente no forma parte de nuestro equipo social pero sí que colabora con nosotros a través de la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer. Siempre que tenemos un problema social, lo remitimos allí y nos prestan la ayuda adecuada.

M. VALDÉS: Yo quería comentar algo acerca del uso de instrumentos psicométricos. Creo que el M.M.P.I. para el tema que estamos tocando no es muy útil, por el tipo de información que proporciona. Una cosa es dar información específica a una persona que tiene un problema concreto y otra es hacer una valoración psiquiátrica global para ver qué se puede hacer. Creo que son dos planteamientos distintos. Yo haría dos preguntas: ¿sobre qué modelo se organiza la ayuda psicológica? Porque claro, una cosa es ayudar en abstracto y otra proporcionar instrumentos para que una persona maneje su situación. En este caso habría que individualizar mucho el tipo de información que se da. Yo huiría de una información sistematizada y unificada. Para eso, previamente habría que tener criterios genéricos y eso exige un modelo previo para prever qué efecto puede tener la información en cada persona. Por eso, concretando, ¿se ha pensado a partir de la experiencia cotidiana en algún tipo de asistencia psicológica específica —no general—, para dar a estas personas.

M. DANIELS: Sí, y de hecho se utiliza, quizá de una manera un poco intuitiva. No es que nosotros informemos bruscamente a una persona que no quiere saber nada de su enfermedad; si aquella persona no nos pregunta, no le decimos nada, pero la mayoría de las veces sí se nos pregunta. Muchas veces los pacientes que vienen a nuestro servicio no saben por qué los han mandado allí; les han operado y les han dicho: «no pasa nada, está muy bien, pero vaya a aquel servicio». Entonces nos encontramos con un paciente al que decimos: «va a hacer un tratamiento que es probable que le produzca náuseas, vómitos y caída de cabello». En este momento el médico hace una primera valoración de lo que desea saber el paciente. No tenemos unas terapias concretas. Realmente estas investigaciones son para efectuar las terapias más definidas pero a veces después de una primera valoración, no sabemos cómo manejar al paciente. Entonces es cuando se recurre a la ayuda del psicólogo y el psiquiatra, para darle apoyo, para que pueda seguir el tratamiento y luchar contra la enfermedad.

E. ALVAREZ: Hay un aspecto en los enfermos cancerosos que se ha relacionado con su evolución, y es el rasgo de pasividad o de resignación. ¿Esto se ha estudiado?

M. DANIELS: Se ha estudiado y lo hemos encontrado en la mayoría. La mayoría, quizá 10 o 15, son pacientes resignados, pasivos, que permiten que los demás manejen su vida, que ellos no son capaces nunca de darse un gusto y de decir: «pues hoy me voy al cine», y «hoy hago esto». Sí, lo hemos encontrado.

J.M. MONTERO: Uno de los aspectos positivos del Hospital de Día, es el perfil psicológico del personal. A nosotros nos hizo un estudio un residente de psiquiatría que estaba haciendo su tesina y aquellos datos provisionales me sirvieron para cambiar un poco la estructura del servicio en el sentido siguiente. En el hospital de día, el médico, aunque no tiene un contacto previo con el enfermo, comprende mejor su personalidad y se unen mejor enfermo y médico. Esto me llevó a modificar la estruc-

tura del servicio. En vez de tener un personal fijo, hacerlo rotar por el hospital de día. En segundo lugar, el estudiante que está en la planta saca una visión deformada, un poco por lo que decía el Dr. Estapé, porque no se le da una información. A partir de este momento, hago rotar a los estudiantes por el hospital de día con el fin de que comprendan la personalidad del enfermo con cáncer, mucho mejor. También el personal auxiliar, las enfermeras, están mucho más ligadas al enfermo con cáncer cuando están en el hospital de día que cuando están en planta.

A. MORENO: Voy a hacer una pregunta muy concreta, que enlaza con una que se ha hecho anteriormente. A partir del momento en el que el paciente conoce su proceso, ¿han notado algún cambio en cuanto a la colaboración del paciente al seguimiento de su tratamiento?

M. DANIELS: Sí. El paciente que sabe su diagnóstico, o más o menos por dónde puede ir su enfermedad, lucha más y acepta mejor el tratamiento con quimioterapia o con las posibilidades que se le ofrezcan. En cuanto a la exposición del Profesor Montero, estoy de acuerdo en que el médico que está en el hospital de día se relaciona mejor con el paciente, porque nosotros creemos que una de las misiones que tiene el médico en el hospital de día es relacionarse con el paciente, no solamente estar allí para controlar el tratamiento y sus efectos secundarios, sino el hablar con él, el preguntarle cosas, el enterarse de cómo vive su enfermedad. O sea, la mayor parte de la problemática la sacamos de estas horas de convivencia del médico en el hospital de día.

S. ERILL: Personalmente tengo una pregunta que será de respuesta difícil porque entra en juego la evolución sociocultural del país. ¿Es posible imaginar hasta qué punto la propia hospitalización de día puede modificar la aceptación o el conocimiento del diagnóstico por parte de sus pacientes oncológicos? Es decir, si estos pacientes hubieran sido atendidos en un régimen de hospitalización corriente, clásico, su conocimiento, su aceptación del diagnóstico ¿sería la misma? ¿Se puede saber?

M. DANIELS: En mi opinión creo que no, que el paciente que sigue viviendo, que puede continuar trabajando, que sigue conviviendo con su familia, tiene unas ganas de luchar, cree en la vida y tiene ganas de seguir viviendo. El enfermo en una sala general se deprime, la hospitalización por sí misma ya produce una depresión. La lucha y el enfrentamiento con el tratamiento son muy distintos según se haga ambulatorio u hospitalizado.

Quizá me gustaría poner un poco más de énfasis, en los resultados favorables que obtenemos con los grupos de psicoterapia. Las enfermas mastectomizadas, por ejemplo, aceptan muy mal el tratamiento complementario. Desde que realizamos los grupos acuden al hospital de día contentísimas, sin importarles en exceso el tiempo que va a durar el tratamiento ni las veces que tendrán que venir. Consideran el hospital de día como algo propio que les concierne directamente. También nos preocupaba qué pasaría cuando una de las pacientes —porque estas enfermas en teoría están curadas— fuera mal. Tenemos la gran suerte de que esto no ha pasado hasta el momento, pero pensamos —que dado que a este tipo de enfermas se les informa concretamente sobre las posibilidades de supervivencia que tienen— el día que se produzca un fracaso el resto de pacientes lo aceptarán bien.

Posibilidades de un hospital de día en diabetología*

F. Escobar, R. Vilchez, E. Torres, M. Aguilar, M. Muñoz y R. Orduña

Cátedra de Patología General. Servicio de Endocrinología. Unidad de Educación en Diabetes. Hospital Clínico. Facultad de Medicina. Granada

Las características especiales de la diabetes mellitus, en tanto que enfermedad crónica, al igual que pueda suceder con otros procesos, diferencian específicamente la actuación del médico en direcciones de asistencia que muchas veces no depende de sus posibilidades.

Si entendemos por tratamiento de la diabetes mellitus, la conjunción dieta, ejercicio, antidiabéticos orales, antihiperglucemiantes orales (biguanidas), insulina, ejercicio, educación diabética, problemas psicosociales entre los más importantes, es de comprender que a un tratamiento multifactorial como éste tendremos que unir la familia, la sociedad y el propio sistema sanitario que lo va a acompañar en una deseable terapéutica feliz.

Hablando en términos prácticos, y desde un punto de vista de experiencia propia, brevemente, podríamos exponer, que en cuanto a la familia, si bien en un primer estado (diagnóstico) reacciona de varias formas (superprotector, indiferente, ansioso o normal), como ya fue expuesto anteriormente, con respuestas de control metabólico muy dispares[1], cuando avanza el tiempo de tratamiento, dejan a este mismo paciente a la «suerte» de sus propias decisiones en la mayoría de los casos estudiados.

En segundo lugar, la sociedad se enfrenta a este problema, en nuestro país, como algo que sucedió en muchos o pocos miembros de su propia familia, y existe sólo el problema sociológico personal de tener o no tener una enfermedad o posibilidad de contraerla, y que sobre la misma sus conceptos están limitados a nivel de complicaciones finales, gangrena, ceguera, comas, etc., y no a la prevención (evitación de azúcares puros, obesidad, vida sedentaria, estrés, infecciones, etc.).

Por último y dentro de la realidad, sobresale la organización sanitaria, que como puntos más importantes señalaremos la escasez de realizaciones preventivas, la escasa formación en diabetología de nuestro personal sanitario, la escasez de endocrinólogos, la falta de comunicación entre distintos especialistas que tratan a diabéticos complicados o con procesos asociados, la falta de una atención primaria, la centralización en residencias sanitarias (a veces sin especialistas o internistas formados) y hospitales, de una población importante que masifica una asistencia que dista mucho de ser ideal.

En estas circunstancias está introducido un paciente diabético, al cual no sólo hay que mantenerle un buen control metabólico, «per se», sino porque de su correcta asistencia multidisciplinaria, vamos a intentar que disminuyan/no aparezcan/se retrasen complicaciones micro y macroangiopáticas de cualquier tipo, que tanto cuestan y gravan al erario público y que tan incapacitantes son para el paciente diabético.

Por esto, aunque el estudio de un *Hospital de Día* futuro, no sea una «panacea», sí puede representar un importante reto, que contribuya al tratamiento global de la diabetes mellitus.

La ubicación y organización puede ser que no corresponda al hospital de tercer nivel, pero hoy, es esta organización la que a nivel nacional está empezando a dar alguna respuesta.

Pasemos a valorar posibles soluciones a nuestro esquema de «Hospital de Día» para conseguir una dirección base en nuestra discusión:

Clasificación de pacientes. Costes directos e indirectos. Objetivos de la educación diabética

Si es una educación reglada y ordenada hacia portadores de una enfermedad crónica deben cumplir unos objetivos tan básicos como:

* Realizado en parte con la ayuda de la Comisión Asesora Científica y Técnica Nº 82/932.

a) Educación e instrucción de pacientes y familiares más cercanos.

b) Atención y tratamiento médico sanitario de la enfermedad.

c) Rehabilitación y adaptación del paciente a su medio.

Esto conlleva, al menos teóricamente, que el Centro de Salud, o en su defecto la Unidad Hospitalaria de Endocrinología, o un futuro Hospital de Día:

1.º Clasifique los diabéticos según:
— Tipo.
— Edad.
— Nivel sociocultural.
— Estabilidad de su proceso metabólico.
— Complicaciones ya presentes.

2.º Racionalice el problema asistencial desde dos puntos de vista:
— El terapéutico.
— El de apoyo educacional.

En el primer caso, y definida la agrupación específica del paciente, su estado y la terapéutica correspondiente, hay que establecer las pautas de educación diabetológica, de contenido sobre su enfermedad, progresivo, y en segundo lugar, establecer la periodicidad de asistencia donde pueda ser y la práctica nos enseña, de cierta independencia entre el equipo clínico y educacional, pero interrelacionados. Como se puede observar es muy difícil separar ambos cometidos.

Este aspecto de «periodicidad» ocupa para nosotros una importante base para acometer la primera etapa de contacto paciente-Hospital de Día:

¿Qué ha costado ya por año el diabético? ¿Qué nos va a costar? ¿Cómo podemos reducir sus costes?

Nuestros primeros resultados desde 1980, sobre la evaluación de una rentabilidad de un equipo dedicado a educación de diabetes, sincronizado con un equipo clínico reduce por ejemplo para 1983, desde 3.051 días de estancia/año, esperados de una población preferentemente portadora de una diabetes mellitus tipo I, a 475 días de estancia/año, esto traducido en pesetas de 1983, la reducción fue de 31.260.000 pesetas a 5.700.000 pesetas al final de 1983. Teniendo en cuenta que estos datos están computerizados en el proceso de documentación de nuestro Centro (Hospital Clínico), que no recoge el 100 % de utilidades que pudieran servirnos y que esta unidad clínica, naturalmente, no recibe el 100 % de los pacientes del centro, nos acerca a cifras realmente interesantes sobre morbilidad y costes: el número de ingresos U.V.I. se redujo de 28 a un paciente, y la media de estancia hospitalaria de 11,72 días (rango de 1-43) a 4,94 días (rango de 1-15)[2].

Sobre estos últimos postulados la Organización Mundial de Salud es «terrorífica» en sus dictámenes: «... Si los planificadores de la política en los terrenos local y nacional, comprendieran con 'toda claridad' las consecuencias socioeconómicas de la diabetes y los beneficios que sostienen de la educación de esta enfermedad, se sentirían impulsados a mejorar y ampliar los servicios de salud pública, de modo que incluyeran el cuidado reglamentario de los diabéticos».

En este último párrafo, quizá piensen ustedes que nuestro criterio es hacia un impulso de una importante atención primaria. Pero seamos prácticos, si no hemos resuelto una asistencia primaria elemental, ¿cómo vamos a cubrir una asistencia especializada como es la de los diabéticos?

También hay que añadir a «la disposición» de un equipo clínico diabetológico, como apéndice indispensable, un equipo de educación que nos ayude a potenciar los objetivos de un tratamiento:

— Aumentar su calidad de vida.
— Motivarles a seguir correctamente el tratamiento, estimulándoles en el autocontrol.
— Intentar que consiga mayor independencia del personal sanitario.

Tenemos por tanto que apoyar mientras tanto la formación de Unidades Diabetológicas que por su esquema organizativo, cubran idealmente al menos las modernas ideas de un Hospital de Día.

Así por tanto seguiremos, brevemente, enumerando problemas, que deben hoy ser solucionados-diversificados por este presumible Hospital de Día.

Tratamiento médico inicial. Revisiones clínicas

Raramente a los Servicios de Endocrinología, como el nuestro, llegan pacientes con diagnóstico de diabetes, sin haber recibido tratamiento.

En nuestro equipo hemos asumido, con todos los condicionamientos constructivos y de diálogo posible, que el tratamiento de la diabetes mellitus tiene un carácter multifactorial: dieta/fibra, ejercicio, insulina, antidiabéticos orales, familia, sociedad, trabajo, educación, reciclaje, etcétera[4].

Es por esto que no existen más fines que procurar lo anteriormente expuesto, que se deberán seguir de unos perfiles glucémicos adecuados, ausencia de glucosurias, hemoglobinas glicosiladas «cercanas» a la normalidad, como objetivos de corto plazo, pero que pueden ser modificados a un estricto control, como puede ser la remisión de una complicación reversible de la enfermedad, o la programación de una concepción en unos niveles metabólicos aceptables. ¿Pero esta «idealización» y simplificación es real?

Nuestros problemas, transmitidos ahora «al peso» de un programa de asistencia para un Hospital de Día, están en los siguientes terminos:

a) Aumento de pacientes con complicaciones irreversibles de la enfermedad.

b) Presiones asistenciales de pacientes que no podemos/no debían de atenderse en la Unidad.

c) Limitación de la asistencia, por la escasez de espacio y médicos de la Unidad.

d) Limitación del equipo de educación, no sólo al número de educadores, sino al espacio, y además a la realización de otras tareas.

e) Masificación, presión social, falta de resultados, abandono social, aislamiento, paro, posición desesperada en la que se encuentra una buena parte de nuestros diabéticos tipo II, que han superado la edad de los 50 años, separación (vivienda/ambiente) a muchos kilómetros del centro hospitalario.

A efectos prácticos, volvemos a incidir en algunas de las propiedades del Hospital de Día: equipo sanitario especializado para pacientes diabéticos, que agilice su consulta en las revisiones rutinarias, que recicle sus conocimientos sobre autocontrol, existencia de un centro/línea abierta para la «consulta» desde distancias mayores del centro o desde su trabajo u hogar, para las 24 horas del día.

Paciente con complicaciones

La conjunción de complicaciones que se puede dar en el diabético, sólo se puede tratar inicialmente en el centro de segundo-tercer nivel que cubra la reunión de oftalmólogos, cardiólogos, nefrólogos, etc., que puedan ser consultados en algún momento del proceso.

Lo más importante tal vez, para este Hospital de Día, y nosotros lo estamos llevando a la práctica desde 1982, es la utilización de este sistema de consulta para reforzamiento de la educación (autocontrol/seguridad en pacientes portadores de sistemas de infusión continua de insulina (SICI).

La clave puede que esté, ya sea con este sistema o con un tratamiento optimizado, si podriamos «parar» y/o regresar a la primera fase de muchas complicaciones de la diabetes. Estas complicaciones, ya modernamente tienden a resumirse, al menos terapéuticamente como «reversibles» o «irreversibles»[3].

Si el buen control metabólico, optimizado si se quiere, debe ser «recogido» por algún tipo de método (ordenador-terminal telefónico, Prof. J. Santiago, St. Louis), es precisamente en estos pacientes complicados «reversiblemente» donde la asistencia de 24 horas de una Unidad posiblemente fuera muy rentable.

La aparición de una *excesiva adherencia* debe ser combatida desde el primer momento.

Hospital de Día: Reciclaje y apoyo psicológico: Evaluaciones periódicas

La labor del Hospital de Día, según nuestro criterio, debería orientarse a un mayor conocimiento del sujeto diabético y a la puesta en marcha de las armas terapéuticas precisas para que el resultado obtenido sea reflejo de una mejor calidad de vida física junto a una mayor independencia de su enfermedad.

En el reciclaje efectuado por dicha unidad, no debería omitirse la ejecución de ninguno de los siguientes puntos:

1. Valoración clínica del paciente: Debe incluir fundamentalmente:

— Anamnesis y exploración física elemental.

— Pruebas bioquímicas complementarias básicas (glucemia, glucosuria, hemoglobina glicosilada, etc.).

— Detección precoz de posibles complicaciones o seguimiento si ya existían.

2. Modificaciones en el tratamiento: Que ha de incluir:

— Revisión y ajuste de dieta, horarios y ejercicio.

— Modificación o confirmación de la pauta de insulina o de A.O.

— Valoración de tratamiento coadyuvante o de complicaciones.

3. Valoración personal y socio-laboral: Estudiará los siguientes puntos:

— Grado de aceptación de la enfermedad y estabilidad psicológica.

— Estado de las relaciones familiares y afectivas.

— Rendimiento laboral y motivación-realización profesional.

4. *Evaluación de conocimientos:* Haciendo especial mención a:

— Revisión teórica de la información proporcionada en las clases de educación.

— Revisión teórico-práctica de las técnicas de autocontrol, del cuidado de zonas predispuestas a infecciones, hábitos dietéticos, higiene personal, horarios de comidas, deportes, etc.

El *apoyo psicológico* que ha de proporcionarse al paciente diabético en el Hospital de Día, ha de estar basado fundamentalmente en el conocimiento de las alteraciones psicológicas más importantes que a este tipo de pacientes suele afectar. Podrían resumirse en:

— Sentimientos de inferioridad reflejados en ambiciones exageradas con tendencias depresivas ante pequeñas frustraciones.

— Personalidad inmadura con tendencia a reacciones extremadas, infantiles, según la ley del «todo o nada».

— Consentimiento de sobreprotección con actitudes exageradas de dependencia afectiva.

— Exacerbación importante de la sintomatología en la época puberal.

A pesar de ello, debe esperarse una respuesta positiva por parte del paciente, debido al grado de madurez y voluntariosidad del sujeto diabético en general, habituados al autocontrol cotidiano.

La actitud del médico y educador debe ser fundamentalmente comprensiva, pudiendo considerarse «per se» como la primera medida terapéutica eficaz.

En caso de alteraciones profundas, debe requerirse el consejo del psiquiatra así como la prescripción, si se considera oportuna, de tratamiento farmacológico.

En pacientes adolescentes y jóvenes, debe huirse de posturas autoritarias. El proceso de responsabilidad por parte del paciente será la mejor medida terapéutica. En algunos casos puede haber un fracaso inicial, pero la mayoría de los pacientes responderán favorablemente.

«Este camino que es la más clara vía a la responsabilización individual y familiar, es la base de la educación diabetológica y la puerta abierta al proceso de maduración personal.»

Resumen final. Propuestas «Ideales» a un Hospital de Día

Hoy, cuando tanto se valora el binomio coste-beneficio ante una determinada actuación sanitaria la creación de un Hospital de Día Diabetológico, otorgaría un eficaz soporte a la terapia integral del diabético al mismo tiempo que una considerable reducción en la carestía de sus cuidados.

El Hospital de Día Diabetológico, ubicado en los Centros Primarios o Secundarios de Salud y constituido por uno o dos médicos, dos enfermeras con amplios conocimientos en dietética y un asistente social ofrecería, compartiendo su actividad con los cuidados primarios de otros padecimientos crónicos, las siguientes prestaciones específicas al paciente diabético:

1. *Asistencia sanitaria:* atendiendo a los cuidados generales del diabético mediante la vigilancia y asesoramiento del autocontrol, prevención y terapia de situaciones peligrosas y complicantes, hipoglucemias e hiperglucemias transitorias no cetósicas, etc., actuando tanto en el propio Hospital de Día como mediante asistencia domiciliaria y/o telefónica. Estableciendo una óptima conexión recíproca con los centros sanitarios de tercer orden y sus específicos servicios asistenciales de endocrinología, nefrología, oftalmología, neurología, cardiovascular, UVI, etc., donde se remitirían los pacientes en los casos necesarios con una completa y minuciosa descripción e información.

2. *Educación diabetológica:* pilar fundamental en la terapia del diabético y en el control de su evolución. Consistente en educación al paciente y su familia sobre conceptos básicos de la diabetes mellitus, sus complicaciones agudas y crónicas y posibilidades de prevención, conocimientos dietéticos generales y aplicados según las disponibilidades locales o particulares de alimentos, técnicas de autocontrol metabólico, etc. Reciclaje continuado de los conocimientos adquiridos, tanto de forma individualizada cada vez que el paciente contactase con el equipo del Hospital de Día, periódicamente a través de grupos reducidos y mediante divulgación a la población dentro de los programas de promoción de la salud. Extensión de la educación al resto del personal sanitario del centro y sobre pacientes seleccionados que por sus aptitudes pudiesen propagar tales conocimientos al mismo tiempo que ejemplarizar a la comunidad con una adecuada aptitud y estabilidad en su control.

3. *Asistencia social:* que combatiría la segregación social y laboral que con excesiva frecuencia padede el diabético, mediante un adecuado conocimiento de su entorno familiar y profesional, presionando sobre los organismos locales y estatales, sobre las Empresas y la comunidad en general, evitando de esta forma un menoscabo en su rendimiento laboral.

¡Cuán relevante apoyo se ofrecería al niño diabético informando adecuadamente a sus maestros, posibilitándole el acceso a las colonias, educando a sus actuales y futuros amigos, camino indispensable para la aceptación de su padecimiento! ¡Qué gran objetivo es el anciano diabético, donde medidas sanitarias sencillas y apoyos sociales permanentes pueden evitar graves y costosas complicaciones y ofrecer en la mayoría de los casos una vida digna y confortable!

4. *Apoyo psicológico:* porque indudablemente la diabetes va a representar un fuerte impacto en el paciente y su familia es preciso siempre y en especial en ciertas épocas de la vida como la adolescencia, donde acontecen tantos cambios psicológicos y sociales, adquirir, con la mayor firmeza posible, una actitud adecuada ante la enfermedad.

5. *Documentación clínica:* el Hospital de Día poseería un archivo de historias clínicas de sus pacientes con los informes de los especialistas que lo atendieran, de las enfermeras, de la asistente social, del dietista, enriqueciendo con su aportación futuros trabajos epidemiológicos y de investigación clínica.

6. Por último estaría continuamente promoviendo *medidas de prevención* de la enfermedad, evitando la obesidad, detectando nuevos casos en los individuos expuestos, ofreciendo consejo genético a la pareja, manteniendo una continua divulgación, colaborando con las asociaciones de diabéticos y educadores en diabetes y coordinando siempre sus esfuerzos con los proyectos locales, nacionales e internacionales de promoción de la salud.

De esta manera, el Hospital de Día, debido al elevado número de enfermos que podría atender sin necesidad de un equipo técnico sofisticado y con un coste económico mínimo, ofrecería una eficiente asistencia integral al diabético, donde él acudiría con confianza y seguridad para ser atendido por un grupo reducido de personas que le conocen y apoyan, que le asisten si es preciso en su propio domicilio, junto a su familia, en el centro de trabajo, en situaciones sencillas y difíciles, que le saludan y le estrechan la mano al encontrarse por la calle.

Después de esta reflexión, pienso ¿es esto un sueño o será posible verlo algún día hecho realidad?

BIBLIOGRAFIA

1. Impacto familiar de la diabetes mellitus. F. Escobar-Jiménez, E. Torres Vela, R. Vilchez, P. Martorell. *Endocrinología y Nutrición*, n.º 2, 1982.
2. Vías y sistemas de infusión continua de insulina. Resultados preliminares en diabéticos insulín-dependientes. Prof. Escobar-Jiménez y cols. *Libro de actas del Symposium Internacional sobre Sistemas de Infusión de Insulina*. Madrid. 1984. Ed. Paz-Montalbo.
3. Registry of external insulin pumps: European experiences with intensified insulin treatment and pump therapy. E.F. Pfeiffer (Chairman), F. Escobar-Jiménez, M. Serrano Ríos, and European Study Group. 2nd Work shop, of Artificial Insulin delivery Sistems, pancreas and islet Trasplantation. Igls. Austria, febrero 6-8, 1983.
4. Long-term effects of glipizide on glicemia, HbA, levels alfa and deta-cell pancreatic activities and Insulinerytrocyte receptor binding in no-insulin dependent diabetic. (Spanish Study group). M. Serrano Ríos, F. Escobar Jiménez, R. Vilchez Joya, E. Torres Vela, J. de la Higuera Rojas, en *Sulfonylureas Drugs*, ed. M. Serrano Ríos y L.P. Krall. Excerpta Médica, 1983, págs. 77-107.

DISCUSION

A. SANMARTÍ: Es evidente que el esquema de hospital de día que acabas de presentar es muy distinto de lo que han planteado los compañeros oncólogos.

Pienso que vuestra labor, desde el punto de vista de la asistencia terciaria, la estáis realizando simultáneamente como estamentos formando parte de un hospital de día, formando parte de unas consultas externas y de un servicio. Hay un punto que no me ha quedado muy claro y es si hay realmente la necesidad de creación de un hospital de día puramente diabetológico. ¿Qué sentido tendría realmente?

Sería necesario que en los hospitales hubiera pequeñas unidades —quizás algunos hospitales las tienen— donde se pueda atender a enfermos que entran en descompensación no muy grave, donde se cumpla realmente la misión del hospital de día que es tratarlos durante unas horas y que después vuelvan otra vez a su casa a dormir. ¿Tienen que haber es-

tas pequeñas unidades donde haya un personal adiestrado que se aproveche para el tratamiento y al mismo tiempo para recalcar o para formar parte de la educación de este tratamiento? Esta es una pregunta que todavía no tengo suficientemente aclarada, pero quizás el diagnóstico, el manejo y los tratamientos se podrían aplicar en este aspecto.

F. ESCOBAR: Creo que cualquier experto diabetólogo estaría de acuerdo en que si existiera una forma de comunicación fácil con él se podrían resolver fácilmente situaciones tales como una hiperglucemia en un paciente que está monitorizando la glucemia, que está a 70 kilómetros, o que tiene a la vez una diarrea o una infección respiratoria suave, que no necesita desplazarse sus 70 kilómetros ni llegar a un centro hospitalario. Con la reducción de visita a los centros hospitalarios con este tipo de asistencia, hemos quitado una gran parte de pacientes que no tienen que acudir al hospital nada más que en determinados momentos para revisión clínica, o para reciclaje de educación. En segundo lugar, nos están disminuyendo de una forma importante las complicaciones agudas de pacientes que siempre han entrado por la urgencia. Esto reducido a pesetas es muy importante para los datos que ya tenemos en 1984.

J.M. MONTERO: ¿Cuánto tiempo por término medio pasa el enfermo en el hospital de día?

F. ESCOBAR: Aproximadamente para la parte clínica, de una hora a una hora y media y muy temprano para que puedan coger los autobuses de regreso. Para la educación se citan de tres a cuatro pacientes por día en el turno que les corresponda, porque a lo mejor a un paciente le interesa venir a las diez de la noche y lo coge el ATS de las diez de la noche, o le interesa ir por la mañana a primera hora. Entonces ellos se van distribuyendo a merced de un organigrama muy difícil de comprender, pero que ellos llevan muy bien.

J.M. MONTERO: El propósito de llevar el hospital de día hasta el pueblo, a mí en principio es una cosa que me parece bien y quisiera oír la opinión de mis compañeros de si ésto sería factible también con el hospital de oncología. Pero corremos un riesgo: olvidamos que existe el médico de cabecera, y existen médicos generales, y lo más económico y rentable a todos los niveles sería potenciar la formación de esos médicos generales para que supieran resolver esa urgencia, ese problema importante. No nos metamos los especialistas en todo y hagamos con ello que desaparezca el médico general.

F. ESCOBAR: Realmente esto está hecho con los cuatro médicos de cabecera de Santa Fe, contando con que ellos mismos sean el soporte médico a la asistencia, y la parte de educación de autocontrol, de enseñanza continuada y de análisis elementales la haga el ATS dentro de esta unidad.

D. FIGUEROLA: Quería hacer un comentario y creo que el Dr. Escobar estará de acuerdo conmigo en que el hospital de día en diabetología podría tener quizás una mayor dimensión de la que se le ha dado hasta ahora. La educación diabetológica es una cuestión, pero hay otras cosas que pertenecen al concepto del hospital que es la asistencia y que podría ahorrarnos problemas con pacientes que tienen una extraordinaria longevidad en sus diagnósticos, que deben acudir al hospital con cierta frecuencia y para los cuales, en nuestro medio, hacer una revisión anual completa de su problema representa, en régimen ambulatorio, un mínimo de entre 5 y 7 visitas al hospital. Con una hospitalización de día, ésto se podría resolver en un solo día.

Educación del paciente diabético a través del hospital de día

D. Figuerola

Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.

La educación diabetológica (ED) ha entrado de lleno en los últimos años en los centros que visitan y tratan diabéticos. Lo que hace no mucho tiempo era contemplado por muchos profesionales de la medicina como una curiosidad o un desarrollo experimental, hoy se ha convertido en un aspecto terapéutico primordial que, no sólo nadie discute, sino que además todos los endocrinólogos se apresuran a decir que ocupa un lugar prioritario en su lugar de trabajo. La realidad es no obstante muy deficiente todavía y la educación diabetológica en España está a niveles muy elementales.

Me gustaría desarrollar brevemente tres aspectos:

Las dificultades de la ED en nuestros centros.

El impacto de la ED sobre los costes sociales de la diabetes.

El papel del hospital de día en la ED.

Dificultades de la educación diabetológica

Dificultades *administrativas* inherentes a una sanidad pública que reacciona con extraordinaria lentitud frente a novedades que representan beneficios incuestionables. En la práctica esto supone (entre otros problemas) que no se reconoce la función de educador en diabetes dentro de las funciones asistenciales clásicas de un hospital. En nuestro medio, los pacientes para asistir a los cursos de educación a cargo de la Seguridad Social deben traer un P-10 que dice «psicoterapia de grupo». Esto da lugar a la correspondiente peregrinación burocrática del paciente y representa por supuesto que la ED no es reconocida por la Seguridad Social como acto terapéutico.

Una cierta *resistencia por parte de muchos médicos* a aceptar el cambio que esto representa *a)* en las relaciones médico-paciente y *b)* en las relaciones con los demás profesionales sanitarios (enfermera, dietista, podólogo) del equipo. Los pacientes bien instruidos son mucho más activos y en cierto modo «discuten» las indicaciones médicas. Por otra parte el tratamiento, la enseñanza a los pacientes se convierte en algo interdisciplinario y en cierto modo las jerarquías rígidas tienden a diluirse.

Una cierta *subvaloración de la ED* en relación a otras actividades médicas clásicas, hace que muy a menudo se encargue esta tarea a las personas menos formadas del grupo. Y esto aun en el supuesto de que se encargue a un médico, porque lo más habitual en nuestro medio es que el encargo se haga a una enfermera. Esto es especialmente grave porque la formación biomédica debe ser óptima en las personas que van a dedicarse a enseñar.

Las *dificultades pedagógicas* constituyen quizá uno de los escollos más difíciles de superar. El médico, el ATS, la dietista tienden a enseñar de la manera en que ellos han sido enseñados, es decir en la forma convencional según la cual los alumnos son elementos habitualmente muy pasivos. Como máximo el enseñante se permite intercalar periódicamente algunas preguntas en el curso de su exposición. Esta forma de enseñanza es aburrida no sólo para los que la reciben sino también para el enseñante que repite una y otra vez los mismos tópicos.

Los profesionales sanitarios que se dedican a la ED deben urgentemente formarse para poder desarrollar adecuadamente lo que ha venido en llamarse la «pedagogía médica».

Cuando se consigue la colaboración activa del educando, en este caso el diabético, la enseñanza se convierte en algo realmente divertido y distinto cada vez.

TABLA I
EFECTOS DE LA IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN LOS ANGELES, EN 1969

	1968	*1970*	*% reducción*
Pacientes número	4.000	6.000	
Comas (n/año)	300	100	66
Lesiones agudas de miembros inferiores (n/año)	320	40	87,5
Hospitalización (días/año)	5,4	1,7	68,5

Impacto de la educación diabetológica sobre los costes sociales de la diabetes

El *coste económico* atribuible a la diabetes es difícilmente calculable en nuestro país, pero con toda seguridad extraordinariamente elevado. Se calcula que el de la diabetes es superior al de otras enfermedades crónicas como las vasculares, las neoplasias y las musculosqueléticas.

Deben diferenciarse los costes directos de los indirectos. Los directos son los propiciados por la hospitalización, las consultas ambulatorias y los medicamentos. Los indirectos son los que dependen del abstentismo de las enfermedades intercurrentes, de la invalidez y de la jubilación anticipada.

Un estudio sueco (Jönsson, 1978) mostraba un coste social global de 150 millones de dólares/año en su país. Para una población diabética aproximada de 164.000 personas representan 910 dólares/diabético/año, unas 100.000 pesetas anuales aproximadamente, en aquella época. De estos 150 millones, el 43 % representaban costes directos, mientras que el 57 % restante, las 2/3 partes (51.3 millones) se gastaron en pensiones de invalidez.

El impacto de la enseñanza sobre los costes es siempre muy difícil de evaluar porque se requieren en general muchos medios y haber superado aspectos más elementales en la ED. Lógicamente cabe esperar una reducción a corto término en los indirectos, en los cuales el ahorro posiblemente sea superior.

El estudio de L. Miller (1972) en Los Angeles es posiblemente uno de los más elocuentes. El efecto de un programa de enseñanza desarrollado a partir de 1969 en el Angeles Country Hospital sobre una población predominantemente de un medio socioeconómico bajo se pone en evidencia en la tabla I.

La economía conseguida se acerca a los dos millones de dólares en tan sólo un año. Dos datos curiosos:

a) El número de consultas telefónicas recibidas en la Unidad de Diabetes fue en 1970 de 6.900 contra menos de 300 en 1968.

b) El índice de hospitalización de 1968 era extracrdinariamente alto. La reducción obtenida en 1970 se mantuvo durante los años siguientes (0,8 en 1972, 1,3 en 1973) para elevarse posteriormente coincidiendo con la marcha de L. Miller del hospital (el papel del líder...).

El estudio de Goldstein (1982) es de una notable sencillez y claridad; 18 embarazadas fueron distribuidas en dos grupos. A uno de ellos se les enseñó la técnica del autocontrol en sangre y al otro no. El segundo grupo mostró mayor tasa de hospitalización por dificultades en el control metabólico y en consecuencia un coste económico muy superior (tabla II).

TABLA II
EFECTOS DEL APRENDIZAJE DEL AUTOCONTROL DE LA GLUCEMIA EN DIABETICAS EMBARAZADAS

	Autocontrol en sangre	
	No (n = 9)	*Sí (n = 9)*
Hospitalización preparto	5 casos	1 caso
Hospitalización postparto (días)	3,8	1,3
Coste medio por paciente	$1.732	$593

En realidad en los centros donde se atienden diabéticos, siempre se realiza instrucción aunque muy a menudo ésta es individual y no estructurada. En un período de estudio de cinco años Brouhard (1978) comparó los índices de hospitalización de dos grupos de niños, uno de los cuales había recibido una instrucción aleatoria y el otro una instrucción estructurada. Los resultados muestran una notable reducción de

la hospitalización en el segundo grupo, lo que totaliza un ahorro de $41.000 (tabla III).

Uno de los estudios más demostrativos y mejor diseñados es el de Assal (1983) referido a la prevención terciaria de lesiones en los pies. Este programa se inició en 1974 y mostró al cabo de pocos años una reducción a la mitad del número de amputaciones en el Hospital Cantonal de Ginebra. En el período de 1979-82 se produjeron 83 amputaciones, de las cuales 37 fueron a media pierna y 46 distales (dedos aislados o transmetatarsiana). Las amputaciones a media pierna tienen un coste directo de $23.500 y un promedio de estancia hospitalaria de 111 ± 36 días, mientras que las amputaciones distales cuestan como media $4.900 y tienen un promedio de hospitalización de 23 ± 15 días. Las amputaciones a media pierna además tienen unos costes indirectos muy elevados y como dice Assal crean dos tipos de invalidez: la del enfermo y la de su familia.

La influencia de la ED sobre el nivel de amputación es realmente impresionante como muestra la tabla IV.

Los 48 pacientes no instruidos y amputados costaron un promedio de $17.200 mientras que los 35 enseñados y amputados costaron $7.500. Por su influencia sobre el nivel de amputación, el ahorro en costes directos del programa puede cifrarse en $562.000. Esta cifra posiblemente sea mucho más alta si se tiene en cuenta las amputaciones evitadas; 6 amputaciones a media pierna es el coste de los salarios de toda la Unidad de Enseñanza durante un año.

TABLA III
INDICES DE HOSPITALIZACION EN NIÑOS, SEGUN EL TIPO DE INSTRUCCION DIABETOLOGICA RECIBIDA

	Enseñanza	
	Aleatoria	*Estructurada*
Hospitalizaciones totales	60	21
Hospitalizaciones/ año/paciente	0,39	0,15

TABLA IV
PREVENCION DE LESIONES EN LOS PIES MEDIANTE UN PROGRAMA DE EDUCACION DIABETOLOGICA

Amputación	*Instruidos*	*No instruidos*
Media pierna	5	32
Distal	30	16
Total	35	48

El papel del hospital de día en la educación diabetológica

A la larga lista de dificultades de la ED enunciadas al principio hay que añadir las que dependen de la actitud del paciente. Para éste a menudo la educación tampoco no es contemplada con la misma importancia con que valora la consulta al diabetólogo, la práctica de los análisis o el examen del fondo de ojo.

En consecuencia, cuando el paciente se visita en régimen ambulatorio, las clases de ED suelen dejarse para «el final» lo que a menudo significa que nunca llega a asistir a las mismas. Si se tiene en cuenta el problema de los P-10 y que son imprescindibles para visitarse en nuestro hospital a cargo de la Seguridad Social, un diabético que en 1983 venía a visitarse por primera vez y al que el residente le solicitaba unos análisis, un fondo de ojo, una VCN, ECG, un estudio de NVC e instrucción (general, dietética, de los pies y de autocontrol en sangre) debía desplazarse al hospital con mucha suerte como mínimo en siete ocasiones, amén de visitar a su especialista de la Seguridad Social y a su inspector. Con una vida laboral activa y viviendo lejos del hospital (hecho muy frecuente) la situación es realmente muy difícil.

Por este motivo, en 1984 estructuramos nuestro programa de ED de otra forma. En lugar de tener clases de temas distintos a horas diferentes, todos los martes de 9 a 18 horas se realiza el programa completo. La mañana se dedica a información general, técnicas de glucosuria y cetonuria, técnica de inyección de insulina y sistemática del autocontrol en orina. La tarde se dedica a instrucción alimentaria y cuidado de los pies. El tema de autocontrol en sangre —mucho más específico— se realiza un día distinto. Este sistema permite reducir el número de desplazamientos del paciente.

De todos modos todo el mundo está de acuerdo en que los resultados óptimos de la ED se obtienen en el curso de la hospitalización, la hospitalización abierta o el hospital de día constituyen una solución óptima, más barata que la hospitalización convencional y, para el problema que nos ocupa, igualmente eficaz.

Un funcionamiento ágil del mismo (no siempre fácil en los hospitales «monstruo») permitirá simultanear la educación con las exploraciones complementarias, perfiles glucémicos para optimización de control, e incluso formación en

temas tales como cuidados higiénicos y cocina adecuada.

BIBLIOGRAFIA

1. ASSAL J.H., LION S.: Difficulties encountered with patient education in European Diabetic Centers. In: Diabetes Education: How to Improve Patient Education. Excerpta Medica, Elsevier Science Publ, New York, 1983.
2. BEN BROUCHARD B.H., SPEEGLE D., CUNNINGHAM R.J.; GILLS, TRAVIS, L.B.; Education of the child with Juvenile-Onset diabetes mellitus: an example of cost containment. Tex. Med. 1978; 74, 63-64.
3. GOLDSTEIN A., ELLIET J., LEDERMAN S., WORCESTR B., RUSSELI, P., LINSEY E.M.: Economics effects of self monitoring of blood concentrations by women J. Reprod. Med., 1982; 27, 449-450.
4. MILLER L.V., GOLDSTEIN G.: More efficient care of diabetic patients in a country-hospital setting. N. Engl. J. Med., 1972; 286, 1388-1394.

DISCUSION

F. ESCOBAR: Quiero felicitar al Dr. Figuerola por lo que nos ha expuesto, y tal vez abundar en algo en lo que creo pensamos igual. En primer lugar, en cuanto a la existencia de una figura que tendremos que pensar en ella igual que lo están haciendo la Sociedad Australiana de Diabéticos y la Sociedad Americana de Educadores de Diabéticos: la existencia de ATS visitadores, que de alguna manera se desplacen desde los centros de salud a los centros hospitalarios a atender a este tipo de pacientes con complicaciones para evitar los gastos tan enormes que origina su desplazamiento y el de un acompañante, pérdida de trabajo del acompañante, etc.

En segundo lugar, quiero llamar la atención sobre lo que se ha dicho cuando hemos hecho unos cursos para formar educadores. Es curioso que cuando hemos hecho un examen, el mismo que hacemos a los diabéticos antes y después de la educación a base de preguntas como: ¿la insulina de larga duración es turbia o es clara?, han contestado mucho mejor los pacientes en educación que algunos ATS.

J.M. MARTÍNEZ CARRETERO: La educación diabetológica es probablemente una de las cuatro claras pautas del control de los pacientes diabéticos y el aspecto pedagógico de unos cursos que se están haciendo, es una de las áreas importantes. Nosotros nos estamos encontrando con resultados realmente muy interesantes, no sólo en enfermeras que están en el hospital sino enfermeras ambulatorias que nos están enviando los propios endocrinólogos, con lo que los resultados del control de los enfermos es extraordinariamente diferente, tanto el de las enfermeras que han venido, como el de las que no han venido haciendo un estudio comparativo entre ellos. O sea que es imprescindible —como se ha dicho también en la exposición— la formación de los profesionales.

M. VALDÉS: A pesar de hacer estos programas, seguro que hay una considerable incidencia de no cumplidores. Es decir, a pesar de ser informados, persuadidos, a pesar de estar encima de ellos, hay gente que no cumple las prescripciones, incluso aceptando que deben cumplirlas. En tu experiencia, ¿a qué puede deberse?

D. FIGUEROLA: Es muy difícil de contestar. Uno de los graves problemas que tenemos los que nos dedicamos a la diabetes, es que la adscripción a las normas recomendadas es muy baja. Y es un problema muy distinto del que puedan tener los oncólogos, porque cuando les oía me maravillaba, porque me imagino que las pérdidas que tienen son mucho más bajas de las que tenemos nosotros, fundamentalmente porque la diabetes es una enfermedad crónica de larguísima evolución; y creo que una de las cosas que tiene más importancia es que se trata de una enfermedad que no da ninguna sintomatología momentánea; su riesgo es demasiado lejano para que el paciente lo pueda vivir relacionado con su actitud actual. Esto es muy grave, porque justamente cada vez parece más demostrado, que de la calidad de control de los primeros años de tratamiento van a depender muchísimas cosas.

Pienso que en buena parte, una pedagogía diabetológica adecuada, la capacidad de transmitir una información a un nivel adecuado (la que a menudo no sabemos hacer los médicos) puede mejorar mucho las cosas; pero ciertamente existe un grupo perfectamente definido de pacientes que lo saben todo, conocen perfectamente cuáles son sus téc-

nicas de control, tienen un nivel de instrucción altísimo y son unos perfectos «golfos» en el sentido de la adscripción. Y me gustaría devolverte la pregunta. Esta especie de «suicidio» poquito a poquito ¿cómo lo interpretáis los psiquiatras? ¿por qué hay gente que sigue fumando cuarenta cigarrillos al día? ¿por qué hay gente que tiene una diabetes mal regulada que va a acortar su vida y no se controla a pesar de que la dedicación al problema no exige más que diez minutos al día? A mi juicio, el sacrificio no es tan alto por lo que se podría obtener en contrapartida.

C. VALLVÉ: Sobre este tema, recuerdo una publicación (Watkins, J.C.: Am. J. Public. Health, 57: 452-459, 1967) referida a una encuesta efectuada en Estados Unidos, en la que se entrevistó a 60 diabéticos, interrogándoles acerca de la forma en que realizaban el tratamiento de su enfermedad. Lo más impresionante de los resultados, en los que los errores cometidos más frecuentemente en cuanto a dosificación, dietas, género de vida, etc., estaban perfectamente desglosados, era que de los 60 pacientes, sólo uno seguía el tratamiento en forma correcta.

J. SARABIA: Has hablado al principio de que existe dificultad para realizar un estudio económico. Yo creo que este tipo de estudios, en relación a la salud y/o a la enfermedad, son efectivamente dificultosos aunque no imposibles. Si se produce una cierta «desmedicalización» o «desbiologización» de la atención médica y nos hacemos más reales y trabajamos en equipo con economistas, con la enfermería, con sociólogos, etc., la tarea será más fácil y gratificante, estableciéndose así un intercambio de conocimientos muy fructífero. Nosotros hemos hecho un trabajo en el Hospital Provincial de Madrid, un estudio económico de un año, en colaboración con economistas y sus conclusiones son perfectamente válidas.

Por otra parte: ¿Existe realmente recelo, por parte de los médicos hacia la creación de este tipo de unidades? ¿participan los médicos en esto, o hay un recelo a que se les esté tocando una parcela que hasta ahora parecía de su exclusiva responsabilidad?

D. FIGUEROLA: Yo lo que quería decir exactamente es que no tengo datos sobre la rentabilidad económica y que los podremos tener en un plazo próximo. Gracias precisamente a estos estudios se pueden argumentar frente a la Administración cosas importantes. La rentabilidad sobre situaciones agudas es siempre espectacular; todo el mundo está de acuerdo en que una educación diabetológica elemental, reduce de una manera espectacular el riesgo de comas diabéticos, y de hecho la reducción progresiva que se va observando en algunos centros de diabetes es una consecuencia de la información, sea una información estructurada o aleatoria. Es evidente que los diabéticos tienen más información sobre su enfermedad hoy que hace veinte años.

En cuanto al recelo de los médicos, cabe comentar que, en general, los médicos tienen muy poco interés porque no ha habido una formación durante la universidad. Y también —creo que esto hay que decirlo— la rentabilidad científica del que se dedica a estas cosas es, al menos a corto plazo, más baja que la del que se dedica a otro tipo de estudios más biomédicos. Esto es importante y muchas veces condiciona la actitud de algunos colegas.

F. ESCOBAR: Yo quisiera retomar un poco lo que ha dicho el Dr. Valdés. Cuando nosotros vemos por ejemplo en grupos de diabéticos, pacientes que quieren quedar embarazadas, les programamos la fecundación cuando sus niveles de glucemia y hemoglobina glucosilada están cercanos a lo normal. Nos encontramos unas pacientes altamente colaboradoras, ya que tienen una motivación extraordinaria y se hacen siete, diez pinchazos al día para controlar su glucemia, y no existe problema para llevar un tratamiento, por complicado que sea.

E. ALVAREZ: Sólo quiero hacer una pequeña observación al Dr. Figuerola. Me ha gustado mucho su exposición, pero un aspecto que me ha gustado todavía más es lo del final, lo de las clases de cocina. Algo que los médicos olvidamos muchas veces, es potenciar todo aquello que el paciente puede hacer y no únicamente hablar de aquello que no puede hacer. Creo que es una iniciativa muy loable que deberíamos copiar en otras especialidades, no sólo en el sentido de la cocina, sino en cualquier otro tipo de actividad que puedan hacer.

D. FIGUEROLA: Porque las dietas siempre son vividas con un concepto peyorativo de castigo y esto, creo que la manera de romperlo es a través de actitudes afirmativas.

S. ERILL: Yo quería comentar algo que me ha llamado mucho la atención durante esta última intervención y es esa referencia fundamental a la enseñanza formal cuando hablamos de educación. He tenido la ocasión de conocer bastante cerca un hospital de día reumatológico, destinado precisamente a adaptar a las

pacientes, mayoritariamente se trataba de mujeres con artritis neumatoidea avanzada, a las dificultades que creaba la deformidad de sus manos. Precisamente a estas pacientes las ingresaban en un anexo del hospital, que era ni más ni menos que un chalet, donde pasaban el día, donde cocinaban, hacían jardín, punto, etc.; lo de menos allí era la enseñanza formal; lo de más eran no ya las clases de cocina, sino el trabajar en la cocina con otros, el compartir el trabajo, relax, etc. Y me ha dado la impresión de que aquí este aspecto está aún poco desarrollado.

D. FIGUEROLA: ¿En nuestro medio?, ni poco ni nada, yo creo que no está ni en embrión. Hay una experiencia que personalmente conozco, además porque la viví no hace mucho tiempo, y es la experiencia de la unidad de enseñanza y tratamiento de J. Ph. Assal, de Ginebra y que se llama así: Unidad de Enseñanza y Tratamiento. Creo que el nombre ya tiene valor. La gente ingresa a sus pacientes, no hacen hospital de día sino ingreso convencional durante períodos de cinco días. Estos cinco días, se destinan, además, a la optimización del control y a exploraciones complementarias, que siempre se citan fuera de las horas de instrucción. Lo fundamental es que se supeditan las exploraciones a las horas de instrucción y no al revés. Por otra parte, lo que más me llamó la atención es que el contenido que se da es muy bajo, mucho menor de lo que uno cree, y muchas veces creo que menor de lo que estamos dando nosotros en menor tiempo. Su filosofía es dar un contenido muy simple pero de otra forma, complementativo de esta enseñanza convencional. Las clases son muy bonitas de ver, porque uno se da cuenta de a dónde se puede llegar con la pedagogía. Se empiezan las clases manipulando alimentos y se van clasificando los que tienen hidratos de carbono y los que no, etc. Por ejemplo con la vigilancia de los pies, no hay ninguna exposición teórica; empieza la clase con una montaña de zapatos viejos, limpios pero viejos, y los pacientes tienen que empezar a tocarlos y decir dónde están mal estos zapatos y por qué están mal. Yo hice esta clase y les aseguro que he aprendido más de zapatos que no me enseñaron en toda mi especialización de cómo deben ser los zapatos de los diabéticos.

El hospital de día psiquiátrico

C. Udina

Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Desde la segunda guerra mundial, el creciente progreso de la psiquiatría ha hecho posible su ubicación en íntima conexión con otras especialidades médicas.

Durante los últimos veinticinco años, asistimos a un gran crecimiento de los servicios de salud mental, principalmente allende nuestras fronteras. La mejora de los servicios ambulatorios, de unidades psiquiátricas en el hospital general y la creación de centros de salud mental comunitarios, ha derivado, a nivel global, hacia una disminución en los EE.UU. del número de enfermos ingresados en hospitales psiquiátricos, pasando de una población de 500.000 pacientes ingresados a 138.000 en 1980. Al mismo tiempo, y gracias al progreso técnico-farmacológico en el tratamiento de los trastornos mentales y a una mejor consideración de la condición humana de los pacientes afectados, se ha ido desarrollando en las dos últimas décadas una política de salud mental menos restrictiva, permitiendo movimientos, como el de la desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos crónicos.

El proceso de desinstitucionalización ha planteado graves problemas, debido a la dificultad que supone para la comunidad, aportar alternativas en el cuidado de la población crónica afectada. El proceso supone, por una parte, evitar el internamiento en las instituciones clásicas, pero por otra implica la creación de estructuras adecuadas para el tratamiento de los pacientes dados de alta de los hospitales psiquiátricos. Se desprende, pues, la necesidad de plantear y solucionar el segundo paso para conseguir los objetivos de una real desinstitucionalización (Bachrach, 1978).

Diversos estudios sitúan la incidencia de nuevos pacientes psiquiátricos de larga estancia en los hospitales psiquiátricos entre 7 y 13/100.000 habitantes. Tomando en consideración tanto los nuevos como los antiguos pacientes de larga estancia, la prevalencia alcanza cifras de 52/100.000 hasta 123/100.000 habitantes (Graig, 1984). Estas cifras nos plantean la cuestión de la necesidad de una asistencia especializada, para atender los diversos trastornos. En este sentido, apuntamos la necesidad de la creación de unidades especiales para los trastornos por uso de substancias (toxicomanías, farmacodependencias, drogadicción). En lo concerniente a otros tipos de trastornos, se ha señalado (Gudeman, 1983) que un seis por ciento de la población psiquiátrica requiere una asistencia diferencial; siendo cinco los tipos de pacientes, que deberían gozar de una atención especializada.

El primer grupo lo forman pacientes afectos de demencia, psicosis y enfermedades médicas concomitantes, a los que corresponden 3 camas por 100.000 habitantes. El segundo grupo engloba el retraso mental asociado a una enfermedad psiquiátrica, y precisaría de 3 camas por 100.000 habitantes. El tercer grupo lo componen los pacientes afectos de lesión cerebral, a los que corresponderían 1,5 camas por 100.000 habitantes. El cuarto y quinto grupo lo constituyen los pacientes esquizofrénicos con conducta extravagante, a los que corresponderían 2,5 camas por 100.000 habitantes.

Hospitalización parcial en psiquiatría

Dentro de las alternativas al tratamiento clásico de los trastornos mentales, emerge con fuerza la alternativa a la hospitalización parcial frente a la institucionalización del paciente. Desde la descripción y posterior creación del primer Hospital de Día en 1946 por Comeron hasta la cristalización de la alternativa en la década de los setenta, se ha enfatizado en los aspectos de tipo psicosocial y biológico para definir los principios del hospital de día (Goldman, 1981). La definición de objetivos y funciones primordiales del hospital de día es un elemento básico para

su correcta ubicación dentro de la asistencia psiquiátrica. Debería contemplarse como una alternativa a la hospitalización de 24 horas capaz de facilitar la reinserción social, y que disminuye el número de reingresos, al mismo tiempo que está en disposición de ofrecer estructuras para la rehabilitación de los pacientes considerados como crónicos, cuando presentan una enfermedad de más de seis meses de evolución en fase activa (Astrachan, 1980).

Estos fundamentos de la hospitalización de día son altamente controvertidos y no existe una uniformidad de criterios para definir esta modalidad terapéutica. Los objetivos médicos del hospital de día deben prestar especial atención en el control del cumplimiento del tratamiento, así como facilitar conductas adaptativas del paciente, disminuyendo tanto el tiempo de atención en la unidad psiquiátrica como el número de posteriores reingresos; estos dos últimos aspectos merecen un comentario. La limitación del tiempo de estancias en las unidades psiquiátricas y los programas de tratamiento de día lo único que consiguen es reducir el número de abandonos del tratamiento (Althoff, 1980), pero los resultados clínicos no se diferencian en función de la variable: límite de tiempo de tratamiento.

En lo referente a la disminución del número de reingresos, diversos autores observan y exponen datos contradictorios. Algunos creen que el hospital de día supone una disminución de reingresos, mientras otros opinan lo contrario. En general, se acepta que dos tercios de los pacientes tratados en régimen de hospital de día se benefician de esta alternativa de tratamiento, y hubieran requerido hospitalización total de no haber existido la hospitalización parcial (Astrachan, 1970). De hecho, lo que cobra importancia, es el cuidado poscura tras la hospitalización, sea total o de día, y es posiblemente el aspecto que puede incidir en una disminución de la rehospitalización: hasta tal punto que se han encontrado relaciones significativas entre el aumento del número de visitas poscura y la reducción de los índices de reingresos (Mccranie, 1978).

La funcionalidad terapéutica del hospital de día tiene como objetivo primordial la consideración de tal estructura como paso intermedio entre el ingreso en la unidad psiquiátrica del hospital general y el alta (reinserción).

Los pacientes que pueden beneficiarse de la hospitalización de día son los que presentan mayor conciencia de enfermedad y enfermedades psiquiátricas menos graves, así como una edad más joven; por el contrario, los pacientes que requieren internamiento presentan una historia psiquiátrica más larga, una mayor pobreza de recursos psicosociales y presentan una mayor gravedad del proceso esquizofrénico (Browman, 1983).

Cuando el tipo de tratamiento en el hospital de día se orienta hacia la adquisición de hábitos sociales correctos y hacia objetivos conductuales precisos, se observa (Kandel, 1981) una clara mejoría en la percepción de los cambios futuros en esquizofrénicos crónicos. Por otra parte, es de interés destacar, que la proporción de formas de conducta valoradas como problemáticas por los familiares de esquizofrénicos en tratamiento en un hospital de día es menor de lo que sugiere la propia valoración de los familiares, excepto para aquellos pacientes que presentan dificultades conductuales extremas (Hewitt, 1983). Si bien, como queda reflejado, hay evidentes indicios de que la hospitalización de día es una alternativa de tratamiento válida desde el punto de vista clínico; lo es más, cuando se toman en consideración aspectos de tipo económico. Así, un estudio piloto del tratamiento en hospital de día (Guilette, 1978) sugiere un índice de mejorías del 58 % y una disminución de gastos del orden de los 43 millones de pesetas anuales. El tratamiento de la esquizofrenia por año se cifra en los EE.UU. en 3.000 millones de dólares. Otros autores (Kaplan, 1981; Weisbrod, 1980) apuntan una disminución del orden del 23 al 35 % de los gastos económicos en el tratamiento mediante el hospital de día.

Estos datos, provenientes del contexto anglosajón, plantean la necesidad de una estructuración de la asistencia psiquiátrica, en la que debe ubicarse la estructura del hospital de día.

El hospital de día en el contexto de la asistencia psiquiátrica

En este sentido, es de interés mencionar la reforma de la asistencia psiquiátrica llevada a cabo por el Centro de Salud mental de Massachussets. Gudeman y cols. organizan la asistencia psiquiátrica en base a una corta hospitalización, seguida de un régimen de hospitalización de día. En el caso de la hospitalización total los pacientes invierten una media de nueve días, y posteriormente son trasladados (transferidos) al hospital de día con una media de estancia de 23 días. Predominan los ingresos directos en el hospital de día y se observa una disminución de la necesidad del ingreso hospitalario, que alcanza niveles del 78 % antes de la reorganización

al 28 % después de la misma. En esta experiencia, el hospital de día se convierte en el centro de la asistencia psiquiátrica. Cabe destacar que el 65 % de admisiones se realizan de forma voluntaria, siendo pues elevado el número de ingresos de carácter obligatorio, lo cual plantea problemas obvios.

En nuestro medio, debemos definir claramente las necesidades de la población que nos corresponde atender. Es preciso un estudio de las necesidades en cuanto al número de camas psiquiátricas dentro del hospital general para poder, a partir de ahí, establecer la dimensión de la hospitalización de día.

Nuestra corta experiencia en la hospitalización psiquiátrica dentro del hospital general ha permitido centrar las necesidades del hospital de día. Sobre un total de 304 ingresos en once meses en la unidad psiquiátrica del Hospital de San Pablo de Barcelona contabilizamos un 18,5 % de reingresos, lo que nos indica, que son precisas 40 camas de hospitalización de día (Martín Santos et al, 1984).

La alternativa a la hospitalización total debe contemplarse dentro de los planes de la reforma psiquiátrica como una estructura válida y posible. En ningún caso, el hospital de día puede, por el momento reemplazar enteramente a la hospitalización total, y debería ser contemplado como una estructura de puente entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización total.

Como apuntan algunos autores (Mosher, 1983), la resistencia de la psiquiatría hacia esta modalidad terapéutica podría deberse al temor de una nueva separación de esta especialidad de la medicina, lo cual no contribuiría al progreso que, al principio, señalábamos.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

ALTHOFF J.G. The limits in and Leave From a Day Treatment Program. Hospital and Community Psychiatry. 39, 12,84-844. 1980.

ASTRACHAN B.M., FLYNN H.R., GELLER J.D., HARVEY H.H. Systems Approach to Day Hospitalization. Arch. Gen. Psychiatry 22,6: 550-559. 1970.

BACHRACH L.L. A Conceptual Approach to Desinstitutionalization. Hospital and Community Psychiatry. 29,9: 573-578. 1978.

BOWMAN E.P., SHELLEY R.K., SKEFFINGTON A.S., SINANAN K. Day Patients versus In-patient: Factors Determining Selection of Acutely Ill Patint for Hospital Treatment. Brit. Journal Psychiatry. 142: 584-585. 1983.

GRAIG T.J., GOODMAN A.B., SIEGEL C., WANDERLING J. The dynamics of Hospitalization in a Defined Population During Desinstitutionalization. Am J. Psychiatry 141. 6: 782-785. 1984.

GOLDMAN D.L., ARVANITAKIS K.D. Ewen Cameron's Day Hospital and the Day Hospital Movement. Con. J. Psychiatry 26,5: 365-368. 1981.

GUDEMAN J.E., SHORE M.F., DICKLEY B. Day Hospitalization and an INn Instead Inpatient Care for Psychiatric Patients. The New England J. of Medicine 308. 13: 749-752. 1983.

GUILETTE W., CROWLEY B., SOVITZ A.S., GOLDBERG D.F. Day Hospitalization as a Cost-effective Alternative to Inpatient Care: A pilot Study. Hospital and Community Psychiatry 29. 8: 525-528. 1978.

HEWITT K.E. The behaviour of schizophrenic day-patients at home: an assessment by relatives. Psychological Medicine 13: 885-889. 1983.

KANDEL A., LANGROD J., RUIZ P. Changes in future time perception of Day Hospital Psychiatric patients in response to small group treatment approaches. Journal of clinical Psychology. 37,4: 769-775. 1981.

KAPLAN M. Day Care experiment proves cost-effective. Hospitals/March 1,101-104. 1981.

MARTÍN-SANTOS R., TORRENS M., GUILLAMAT R. Hospital de día: un esglaó necessari en l'assistència psiquiàtrica. Comunicacions en el XII Congrès de Metges i Biòlegs en llengua catalana. Benidorm. Noviembre, 1984.

MCCRANIE E.W., MIZELL T.A. Aftercar for Psychiatric Patients: Does it prevent rehospitalization? Hospital and Community Psychiatry 29,9: 584-587. 1978.

MOSHER L.R. Alternatives to Psychiatric Hospitalization: Why Has Research Failed to Be Translated into Practice? The New England J. Medicine 309,25: 1579-1580. 1983.

NEFFINGER G.G. The evolution of an Acute Day Treatment Program. Hospital and Community, 31,12: 826-828. 1980.

NEWTON P.A. An evaluation of the cost effectiveness of day hospitalization for black male schizophrenics. Journal of the National Medical Association. 75,3: 273-285. 1983.

PRYCE I.G. An expanding «Stage-Army of Long-Stay Psychiatric Day-Patients. British J. Psychiatry. 141: 592-601. 1982.

SCHWARTZ W.B., AARON H.J. Rationing Hospital Care: lessons from Britain. The New England J. Medicine. 310,1: 52-57. 1984.

TURKAT D. Problems in defining the needs of desinstitucionalized Patients. Hospital and Community Psychiatry 30,4: 375. 1979.

WEISBROD B.A., TEST M.A., STEIN L.I. Alternative to Mental Hospital to Treatment. II Economic Benefit-Cost Analysis. Arch. Gen. Psychtry. 37,4: 400-405. 1980.

DISCUSION

S. ERILL: Me gustaría preguntarle al Dr. Udina si existen algunos datos sobre la evolución histórica del hospital de día psiquiátrico, porque probablemente es la forma más antigua de hospital de día, y es posible que cuando se instaurara se partiera de unos presupuestos o de una situación histórica que ha cambiado un tanto.

C. UDINA: Los datos son muy controvertidos. En cuanto a las referencias a los aspectos económicos, parece que es claro que disminuyen muchísimo los gastos de la comunidad en el tratamiento de los enfermos mentales. En cuanto a si esto puede servir para disminuir el número de ingresos, es un dato muy controvertido. De hecho, el hospital de día se creó en el año 1946 y hace unos diez o quince años ha sufrido un nuevo interés por parte de la inmensa mayoría de psiquiatras.

F. ESCOBAR: Yo quería preguntarle si asisten pacientes drogadictos en estos hospitales de día de tipo psiquiátrico.

C. UDINA: El hospital de día que presentábamos es un proyecto. En principio, de momento no tenemos hospital de día formal. Sí que asisten pacientes drogadictos, lo que pasa es que tampoco hay una estructura; sería una parte asistencial especializada, que también debería incluirse dentro de esto, pero que yo creo que debería estar completamente separada del hospital de día psiquiátrico, porque son dos aspectos totalmente distintos.

F. ESCOBAR: Le he hecho esta pregunta, porque en Granada, el Hospital de la Diputación, tiene una parte muy importante para drogadictos; lo que pasa es que al no tener estructura, al no estar solucionado este problema, se reparten por servicios de medicina interna, por servicios psiquiátricos, y están dando vueltas de un lado a otro, hasta terminar en «la granja».

C. UDINA: Está en marcha un proyecto en el hospital, para intentar la creación de una unidad de toxicomanías, con seis camas, y con la posibilidad de que se cree un hospital de día, directamente conexionado a la unidad de toxicomanías. Yo insisto en que son dos proyectos distintos. En principio lo que he presentado aquí es un proyecto de hospital de día no para toxicómanos; creemos que el hospital de día para toxicómanos también debe existir, pero debe ser una estructura totalmente independiente de otras especialidades psiquiátricas.

J. SARABIA: Se ha dicho que en hospitales psiquiátricos hay una admisión obligatoria del 25 % por orden judicial ¿en hospital clásico o en el hospital de día psiquiátrico?

C. UDINA: En el trabajo de Budeman, se habla del 75 % de ingresos voluntarios, por lo que se supone que el resto deben ser ingresos obligatorios, bien por orden familiar o bien por orden judicial, o también por orden judicial referida al trabajo. Este es un dato que me ha parecido de interés, porque realmente llama la atención el alto porcentaje de gente que ingresa de forma no voluntaria y esto supone que deben ser ingresos, no tanto en el hospital de día sino de hospitalización total, y deben ser pacientes que para pasar al grado de hospital de día, deben tener que estar más tiempo ingresados a pleno tiempo.

J. SARABIA: Y dentro de la hospitalización psiquiátrica de día del Hospital de San Pablo ¿existe hospitalización obligatoria por orden judicial?

C. UDINA: En la actualidad no puede existir por una razón: en las unidades psiquiátricas no es posible el hecho de que ingresen pacientes por orden judicial, porque es una unidad abierta. Aunque puede darse el caso de que un juez obligue al establecimiento a tener un enfermo judicial con escolta policial.

M. CASAS: Por lo que respecta a un hospital de día de toxicómanos, mi opinión es que quizás en estos momentos no esté justificado con el programa que estamos desarrollando en el presente.

Está de moda en la actualidad hacer un período de desintoxicación con estos pacientes, de una semana o diez días y después enviarlos a las granjas. Esto es erróneo y tiene unos fundamentos clínicos y de neuropsicofarmacología que no vale la pena discutir. A mi modo de ver, el toxicómano tiene que sufrir un proceso de deshabituación en el mismo lugar en que ha tomado el tóxico, y por eso se necesitan hospitales de día, porque si los mandas a «la granja» queda muy bien pero no sirve de nada; los resultados son claramente demostrativos: el 90 % de los pacientes, vuelven a tomar el tóxico.

S. ERILL: Realmente el Dr. Casas acaba de suscitar un punto de una importancia extraordinaria: cuáles son las causas o los mecanismos que llevan al individuo a sufrir una adicción, a reincidir y cuáles son los condicionantes, en el sentido más estricto, de esta reincidencia.

Y ha apuntado una solución, la necesidad de que este descondicionamiento se puede realizar en situaciones óptimas en hospitalización de día.

Creo que esto quizá debería servir para que, aprovechando estos pocos minutos que tenemos, alguien más hiciera oír su voz en favor de esta necesidad, para que pueda caer menos en saco roto de lo que cabría esperar, con la intervención aislada de un solo ponente. ¿Alguien tiene algún comentario que hacer a este respecto?

F. ESCOBAR: Yo repito ¿para qué hay que esperar tanto tiempo cuando en Europa, por ejemplo, ya están en marcha hospitales de día para la drogadicción? Y en segundo lugar, no sé a quién le corresponde tratar a estos pacientes, a quién le corresponde organizar este hospital de día.

C. UDINA: Creo que corresponde a las estructuras sanitarias poner en marcha los mecanismos adecuados para que se pueda llevar a cabo este tipo de tratamiento de unidades de desintoxicación y de hospital de día. Y claro, directa e indirectamente a la dirección de cada hospital. En principio a quien corresponde también de una forma directa, es a los psiquiatras; pero probablemente nosotros pensamos, como he dicho antes, que este es un tema que debe apartarse un poco de la psiquiatría, quiero decir que debe ser un tema específico de toxicología, que no tiene que interferir para nada con aspectos asistenciales de tratamiento de enfermos mentales, que creemos que son dos aspectos muy diferenciados.

M. CASAS: No se hace, en primer lugar porque es una moda. Las cosas van en modas, y sobre todo en psiquiatría, donde tenemos veinte escuelas. Pero, aparte de eso, este tipo de asistencia es cara. Tengan en cuenta que, hoy en día, la asistencia a toxicómanos no se hace, o se hace en régimen de situación benéfica a través de «El Patriarca» o a través de instituciones religiosas; pero el Estado no parece preocuparse suficientemente. Nosotros hemos hecho una valoración de los costes que supondría durante 18 meses controlar a los pacientes toxicómanos, haciendo un programa racional, que para nosotros consistiría en un mes de desintoxicación, tres meses a diez horas, y durante diez u once meses una hora diaria, que también puede ser muy elástico. Esto se cubre con un serie de aspectos basados en la neuropsicofarmacología, con una base suficiente para poder establecer esto. Curiosamente esto resulta más económico de lo que le cuesta a una familia tener un miembro en «El Patriarca». Esto también es otra cosa que no se dice. Creemos que dejar a los pacientes toxicómanos en «El Patriarca», no es lo que necesitan, porque implica apartarlos de la sociedad, evitar su reinserción social y crear una especie de subgrupo de pacientes toxicómanos que dentro de unos años van a ser problemáticos; aparte de que no sirve, porque el paciente tiene que desintoxicarse precisamente, donde ha aprendido a drogarse. Si el Estado cubriera todas esas necesidades, se gastaría mucho y quizá la Seguridad Social no puede permitirse ese lujo. Lo que pasa es que curiosamente con las subvenciones que se dan a «El Patriarca», con lo que pagan las familias y los regalos que se les hacen, resulta muchísimo más caro mantener instituciones como ésas, que no mantener centros de hospital de día de desintoxicación en los hospitales generales. Esto es una cosa realmente curiosa.

J. COSTA MOLINARI: Yo quisiera añadir que el problema de los toxicómanos excede a la competencia del psiquiatra. Es un problema muy complejo donde tienen que intervenir otras instancias y que es difícil de coordinar. En segundo lugar, quisiera decir que los toxicómanos, a mi manera de ver, requieren de un programa diferenciado del resto de los enfermos psiquiátricos. Y para terminar, quisiera decir también que no todo el mundo es susceptible de ser tratado dentro de un hospital de día, por cuanto una de las primeras características es la de ser capaces de seguir este programa, de poder controlar el resto de las horas que están en su ambiente habitual y que no acuden al hospital, cosa que pocas veces se da precisamente en los enfermos toxicómanos que requieren de un control más estricto, sobre todo en las primeras etapas, y que en las fases de rehabilitación se controla su conducta durante las 24 horas.

Tratamiento farmacológico en el hospital de día psiquiátrico

E. Alvarez

Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.

La terapéutica neuroléptica prolongada

Un término muy usado últimamente, tan inexacto psicopatológicamente como útil desde un punto de vista operativo, conceptúa como «nuevos crónicos» a los pacientes esquizofrénicos, a los que el tratamiento neuroléptico correcto durante la fase aguda produce una remisión considerable e incluso total de los síntomas secundarios (delirio, alucinaciones) y una relativa y variable persistencia de los primarios que se manifiestan como afectividad aplanada, dificultad de interacción social, anhedonia y falta de interés en general. Ello constituye un porcentaje importante de los pacientes que inician un proceso esquizofrénico y es producto a lo largo de los años de cómo influye el tratamiento neuroléptico sobre la patoplastia de la enfermedad. Así, de un lado quedan los pacientes que efectúan una remisión completa o suficiente de los síntomas y pueden reintegrarse con plena autonomía a su actividad sociolaboral-familiar, por otra parte aquellos que sufren irremediablemente un deterioro intelectual importante difícilmente adaptables a medios distintos a los manicomiales o paramanicomiales y finalmente aquellos pacientes que resultan sin síntomas productivos (delirios y alucinaciones) pero con las características antes mencionadas, es decir, con un deterioro parcial de su autonomía personal. Estos últimos constituyen el grueso de población que puede beneficiarse de un centro de día cuyos objetivos y actividades generales se discuten en el capítulo anterior.

Centrándonos en el papel que desempeña o debería desempeñar el psicofármaco en un hospital de día, es evidente que dichas consideraciones equivalen a plantear que si el paciente subsidiario de beneficiarse de un dispositivo así resulta de la mejoría parcial ya explicada, inducida por los fármacos neurolépticos, la necesidad de continuar un tratamiento de este tipo dependerá de lo que el mantenimiento de estos fármacos pueda hacer para evitar una nueva recaída (nueva aparición brusca de síntomas productivos y/o agravamiento de los primarios).

Ello se ha valorado en diversos ensayos de los denominados de *interrupción de tratamiento*, en los que siguiendo una metodología doble ciego, la evolución de dos grupos de pacientes elegidos aleatoriamente son valorados después del brote agudo de la enfermedad, unos tomando neurolépticos y otros placebo.

Los resultados son variables y van desde ninguna recaída en el grupo tratado con neurolépticos frente a un 100 % en el de placebo a resultados más equilibrados de un 20 a un 40 % de resultados superiores a favor del fármaco activo. En una amplia y excelente revisión de este tipo de ensayos, Davis concluye que la superioridad de mantener un tratamiento correcto frente a no hacerlo es inequívoca, y que actualmente nadie puede mantener criterios objetivos contra la conveniencia de un tratamiento con neurolépticos más o menos continuado.

Existen una serie de características en este tipo de pacientes que dificultan la valoración de la terapéutica neuroléptica a largo plazo, una de ellas es la demostrada falta de *cumplimiento* a las indicaciones médicas (por ello los ensayos controlados son siempre en régimen de ingreso), según Klein entre el 32 y el 63 % de los pacientes esquizofrénicos no toman la dosis prescrita. Otro aspecto que dificulta la valoración es el concepto de *rigidez adaptativa* (Linn). Este, hace referencia a la dificultad de este tipo de pacientes para adaptarse a pequeños cambios que se produzcan en su vida, sea cual fuere su naturaleza, produciéndose recaídas de mayor o menor importancia aparentemente independientes del tratamiento, y que con frecuencia remiten sin intervenir de forma especial. Otro aspecto que puede aparentar recaída es el *rebote colinérgico* después de una supresión brus-

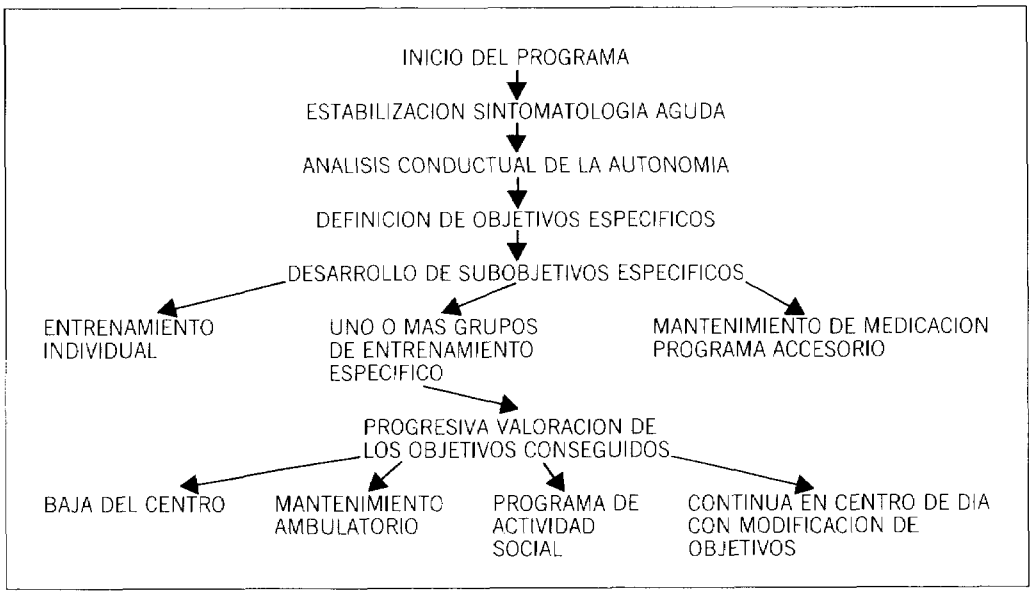

Figura 1.

ca del fármaco: sudores, disnea, vómitos e intranquilidad (Gardos, Brooks).

Todo ello si bien dificulta la valoración en ensayos controlados, es evidente que coloca la simple impresión clínica en un lugar de dudosa utilidad y señala la conveniencia de que en general los pacientes esquizofrénicos de las características que nos ocupan, tomen con cierta regularidad neurolépticos después de un brote agudo.

Los factores orientativos que aconsejan una postura neuroléptica prolongada después de un primer brote son: inicio de la enfermedad antes de los 15 años, necesidad de altas dosis para mejorar el episodio agudo, tipo clínico (inicio insidioso y predominio de síntomas primarios) y mal ajuste premórbido, social, escolar y familiar (todos ellos factores de mal pronóstico).

Ubicación del tratamiento farmacológico en el centro de día

En la figura 1 se muestra la situación del tratamiento farmacológico dentro del contexto general de las actividades del centro de día, junto con los programas de entrenamiento específico por grupos y los individuales. El esquema muestra las actividades del centro de día de Los Angeles, de la universidad del Sur de California (Falloon y Talbot). En él, se desarrolla una serie de programas accesorios con objeto de asegurar el cumplimiento y la progresiva responsabilidad del paciente con su tratamiento, además de una cuidadosa monitorización de los fármacos para los pacientes que requieren tratamiento continuado o de curas cortas. Este programa accesorio incluye:

— Presentación clara y racional de la necesidad del fármaco, haciendo hincapié en la importancia que tiene para desarrollar el resto de actividades.

— Discusión sobre los efectos indeseables: cuáles son, qué importancia tienen, cuándo y cómo se deben tratar.

— Desarrollo de indicadores ambientales para la ingesta puntual de las tabletas.

Además se efectúan seminarios en los que se explica a los pacientes las enfermedades mentales más frecuentes, su diagnóstico, causas, curso y manejo.

Fármacos

Tradicionalmente en las poscuras se usan fármacos neurolépticos de tipo sedativo como la tioridazina (200-600 mg/d) o bien neurolépticos de acción prolongada como el decanoato de flu-

fenazina (50-150 mg/28 d) y el palmitato de pipotiazina (100-300 mg/28d). Los primeros, porque existe la opinión de que son bien tolerados y no inducen efectos tóxicos a largo plazo como la discinesia tardía; estos criterios son muy discutibles.

Los neurolépticos no incisivos poseen una intensa actividad bloqueadora adrenérgica lo que supone un efecto sedativo que puede dificultar el desarrollo de las actividades en el centro de día, además de tener una baja potencia antipsicótica y mantener el riesgo de discinesia tardía. Los fármacos de acción retardada mencionados anteriormente son útiles para asegurar el tratamiento en pacientes que olvidan con frecuencia alguna dosis al día, los dos preparados poseen una demostrada actividad antipsicótica y una tolerancia aceptable, por contra, su actividad se mantiene irremediablemente durante más de tres semanas, por lo que sólo deben usarse en pacientes de demostrada falta de hipersensibilidad a las fenotiazinas y sin sospecha de cardiopatía o insuficiencia renal o hepática.

En pacientes en los cuales puede garantizarse un cumplimiento más o menos correcto, puede ser lo más conveniente, a nuestro criterio, la utilización del mismo neuroléptico incisivo usado durante el brote agudo (tipo haloperidol, tioproperazina o perfenazina) a dosis progresivamente descendientes, por garantizar mejor la no recaída y conocer perfectamente la tolerancia individual. Estos fármacos a dosis moderadas o bajas producen una sedación escasa y se toleran relativamente bien.

Finalmente, debe considerarse la posibilidad (por desgracia no infrecuente) de pacientes que requieren el mantenimiento de dosis altas de neurolépticos incisivos, con objeto de garantizar una estabilidad psicopatológica suficiente para desarrollar con ellos todos los programas de actividades y tratamientos previstos en un centro de día. Estos pacientes pueden presentar con cierta frecuencia trastornos extrapiramidales básicamente en forma de rigidez, temblor y acatisia, así mismo son los más probables candidatos a sufrir discinesia tardía (trastornos del movimiento de tipo coreico que se produce después de un bloqueo dopaminérgico prolongado con neurolépticos).

Conclusiones

En una buena parte de pacientes esquizofrénicos de las características mencionadas anteriormente, se requiere de una poscura neuroléptica prolongada ajustada a las necesidades de cada caso, a fin de garantizar la suficiente estabilidad psicopatológica como para desarrollar las actividades de diversa índole comentadas en el artículo anterior. El tratamiento debe ser cuidadosamente seguido individualmente y en ningún caso efectuado por profesionales sin conocimientos en el campo de la psicofarmacología, probablemente no hay otro tipo de fármacos que sean con tanta frecuencia peor usados que los neurolépticos. Su rentabilidad terapéutica puede ser entonces nula y de alto riesgo.

Todo ello es extensivo para el resto de actividades del hospital o centro de día. Cada una de ellas deben ser dirigidas por profesionales expertos en cada campo, estrechamente coordinados. El centro de día no es un lugar para entretener enfermos crónicos, sino para mejorar y reeducar sus deficiencias e incluso formarlos intelectual y profesionalmente en un medio adecuado a sus necesidades.

BIBLIOGRAFIA

1. BROOKS G.W.: Withdrawal from Neuroleptic Drugs. *Am. J. Psychiatry*, 115:931-932. 1959.
2. DAVIS J.M. OVERVIEW: Maintenance Therapy in Psychiatry: I. Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 132: 1.237-1.245. 1.975
3. FALLON I.R., TALBOT R.E.: Achieving the Goals of Day Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. vol. 170, n.º 5. 1982.
4. GARDOS G., COLE J.O.: Maintenance Antipsychotic Therapy: Is the Cure. *Am. J. Psychiatry*, 133: 32-36. 1976.
5. GARDOS G., TARSY D.: Withdrawal Syndromes Associated with Antipsychotic Drugs. *Am. J. Psychiatry*, 135: 1.321-1.324. 1978.
6. GITTELMAN-KLEIN R., KLEIN D.F. EN: Psychopharmacology. A Review of Progress. Ed. D.H. Efron. Governement Printing Office. Washington. 1968.
7. LINN M., SCULTHORPE W., EVJE M., SLATER P., GOODMAN S.: A Social Dysfunction rating scale. *J. Psychiatry Res.*, vol. 6 n.º 4: 299-306. 1969.

DISCUSION

F. LÓPEZ TIMONEDA: Quisiera preguntarle al Dr. Alvarez, si han visto muchos casos de intoxicación por neurolépticos en estos enfermos que están con tratamiento en el hospital de día y si se han realizado medidas especiales.

E. ALVAREZ: En el hospital de día no, porque no les tenemos, pero sí hemos visto casos en un grupo de enfermos que tienen una potencialidad suicida muy importante, y cuando sospechamos que existe esta potencialidad suicida, se toman medidas, por ejemplo con el hecho de que los fármacos los tenga la familia, y se dan indicaciones para que acudan al centro siempre que tengan este tipo de problemas. Entonces el paciente es acompañado a nuestra unidad de internamiento, es decir que no viene solo. Entonces se evalúa al paciente para detectar si existe este riesgo y se toman las medidas pertinentes, a pesar de lo cual muchas veces no es suficiente; es un grupo con un potencial suicida muy importante.

Nosotros no tenemos hospital de día, pero concretamente en Barcelona hay uno de iniciativa privada, del que les hablará el Dr. Costa y que funciona muy bien.

C. VALLVÉ: Desearía preguntar al Dr. Alvarez precisamente acerca de su experiencia con el cumplimiento de la prescripción por parte de los pacientes, respecto al hospital de día. Es decir, si el paciente acude al centro regularmente en las fechas que se le ha indicado.

E. ALVAREZ: Los pacientes con trastornos afectivos, tanto pacientes bipolares como monopolares que se tratan con carbonato de litio, tienen un cumplimiento realmente bueno, y queda demostrado que el paciente toma el fármaco. En lo que nosotros tenemos una idea muy clara es que cuanto más se controla al paciente, cuanto más se le ve, cuantas más cosas se le hacen, y en un hospital de día se le hacen muchísimas cosas, más confianza hay, más se cumplen las prescripciones.

En cuanto a lo que hemos visto nosotros respecto al litio, el cumplimiento es bueno en un 70 % de los casos y es muy malo sólo en un 10 %. Y en cuanto a los pacientes psicóticos que deben tomar medicación ambulatoriamente, el cumplimiento es malo generalmente.

C. VALLVÉ: Realmente lo que quiero decir, no es que el cumplimiento del paciente respecto al tratamiento mejore, porque lógicamente, de una forma u otra el paciente que vaya a un hospital de día va a tener un mejor cumplimiento. Lo que pregunto es si estos pacientes atienden a la recomendación de acudir al hospital.

E. ALVAREZ: Evidentemente, sí. Los pacientes psicóticos se encuentran en un medio confortable para ellos, mucho más confortable que su propia casa, sobre todo los pacientes que han quedado remitidos sólo sintomáticamente. En cambio hay una serie de deficiencias afectivas con pacientes, que quedan muchas veces con un aplanamiento, una falta de resonancia afectiva, y realmente se encuentran confortables. Yo creo que cuando entran, resulta difícil de abandonar, si realmente funciona el hospital de día.

A. MORENO: Nosotros hemos acudido también a la determinación de niveles plasmáticos de otros fármacos, concretamente hemos empezado con haloperidol y con los antidepresivos. Aparte de la utilidad como control del cumplimiento del paciente, estamos investigando si realmente tiene alguna otra utilidad para relacionarlo con el efecto terapéutico.

J. COSTA MOLINARI: Creo que el Dr. Alvarez ha sido excesivamente modesto al decir que no tiene un hospital de día; esto no es verdad. Hay un hospital de día, pero quizá carece de los aspectos formales. Es decir, no tiene entrada independiente, o un rótulo que diga: «Hospital de Día», pero realmente tiene un hospital de día análogo al que aquí se ha expuesto por parte de los compañeros oncólogos, endocrinólogos, etc. De manera que ésta es una cuestión que me gustaría que quedase clara, y simplemente quería decir que es un hospital de día que tiene unas características singulares que lo diferencian de otro tipo de hospital de día, de los cuales posteriormente tendré la oportunidad de comentar.

S. ERILL: Me permito tomar la palabra, para mostrar mi sorpresa de que en psiquiatría los hospitales de día sean tan escasos en nuestro país, habida cuenta de las ventajas que con toda seguridad han de reportar. No tan sólo ventajas para el paciente, o de tipo económico como hemos discutido esta mañana, sino auténticas ventajas sanitarias. Y a este respecto, estoy pensando en citar dos elementos que el Dr. Alvarez ha mencionado: en la posibilidad de que un paciente tratado con litio sea interrogado, se le tome una muestra de sangre, se conozca el nivel sanguíneo, mientras que el paciente aún está en el hos-

pital y no esperando fuera mientras que el médico atiende a otro paciente. De esta manera, mientras se le está atendiendo se le pueden hacer unas recomendaciones, todo en una sesión, una sesión que es algo más que una consulta externa, es una auténtica hospitalización de día. Por eso me sorprende también que no existan hospitales de día en el tratamiento de la epilepsia, porque un paciente epiléptico podría ser perfectamente sometido a una exploración electroencefalográfica, se podrían hacer determinaciones del fármaco en sangre, o en otros líquidos orgánicos, y se podría formular una recomendación y una pauta de seguimiento, que sería indiscutiblemente mejor que la que pueda recibir cualquier paciente epiléptico en una situación como la actual. Es chocante, habida cuenta de todas estas ventajas, que esto esté tan atrasado, siendo además algo que ahorra dinero a la administración.

E. ALVAREZ: A mí me gustaría hacer una pequeña observación. Es verdad todo lo que dice el Dr. Erill, que como he dicho antes, conoce el tema de medicamentos, pero quizás no conoce lo suficiente como para saber que hasta ahora y en este momento igual o más los criterios que imperan en la asistencia psiquiátrica no son criterios científicos o médicos, son criterios estrictamente ideológicos y que lógicamente los parámetros que se utilizan para ver cómo se hace el hospital de día, no son siquiera de dinero, son parámetros distintos.

J. ESTAPÉ: Yo he quedado un poco confundido con la intervención del Dr. Alvarez y del Dr. Costa. Creo importante insistir en que el hospital de día es una estructura determinada, con determinados servicios y personal.

E. ALVAREZ: Como he podido decir en mitad de mi intervención, la concepción de hospital de día en psiquiatría es algo distinta de lo que es en otras especialidades. En oncología se habla del hospital de día básicamente en cuanto a tratamiento de la neoplasia, y en psiquiatría no solamente debe ser el enfermo tratado, informado y enseñado acerca de su enfermedad, sino que debemos hacer algo más por ellos de lo que nos han comentado en oncología y diabetología. Lo que nosotros no tenemos en nuestra unidad es formación profesional y actividades lúdicas, o sea, técnicas de tratamiento para reinserción en cuanto a relaciones sociales, afectivas, etc. Esto ocupa un 80 % del tiempo del paciente psicótico en un hospital de día. Pero nosotros, ya lo he dicho, tenemos montado un control farmacológico bastante aceptable. Voy a ponerles el ejemplo de una persona que viene con una depresión melancólica profunda, con un riesgo de suicidio importante y con una falta de cumplimiento de su tratamiento, pruebas, etc. En este sentido tenemos hospital de día. Pero no lo tenemos en el caso de un paciente esquizofrénico, que además de un soporte psicoterapéutico, como su enfermedad empezó a los 16 años, como no pudo terminar el B.U.P. porque ha perdido parte de sus facultades intelectuales, o ha perdido un tiempo largo en compensar su enfermedad, porque ha ido dando vueltas por ahí hasta que finalmente ha caído en un sitio donde lo han tratado, pueden pasar dos o tres años. Además necesita que le enseñemos una profesión y no en un grado habitual, donde la gente tiene cuatro o cinco años menos que él, sino que se lo enseñamos en un determinado campo para que luego pueda pasar a este grupo más convencional. En esto es en lo que es deficitaria nuestra unidad con respecto a lo que los psiquiatras llamamos hospital de día.

El hospital de día psiquiátrico como iniciativa privada

J. Costa Molinari, S. Ros Montalbán y J. Guasp Mañé

Servicio de Psiquiatría. Hospital Ntra. Sra. del Mar. Barcelona.

La asistencia psiquiátrica de los últimos veinticinco años se caracteriza, acaso por el aumento considerable de su capacidad terapéutica, por considerar que la hospitalización psiquiátrica debe ser un episodio limitado del tratamiento de la enfermedad. Debe ser lo más breve posible, una mínima parte de todo el proceso terapéutico y se procura evitarla. Cuando esto no es posible, se trata de abreviarla al máximo. Con ello se consigue que no constituya un desarraigamiento del enfermo de su medio habitual, que no se favorezca el desentendimiento de los familiares del problema y que, en todo caso, sea más fácil la reintegración del paciente. Las tendencias actuales se orientan cada vez más hacia la comunidad, a tratar de ofrecer las atenciones profesionales lo más cerca posible de donde se genera el problema psiquiátrico y lo más rápido que se pueda. El hospital psiquiátrico ha perdido el papel central en la asistencia que tenía antaño.

Los viejos manicomios, generalmente de gran capacidad, alejados de los núcleos de población, escasamente equipados, con pobres recursos económicos y de personal, con estancias promedio largas y con orientación custodial, resultan a todas luces inadecuados a las posibilidades terapéuticas y asistenciales de hoy.

Con algunas, pocas, excepciones los centros encargados de la asistencia psiquiátrica pueden incluirse en uno de estos dos grandes grupos: los *ambulatorios* o centros extrahospitalarios y los *hospitales psiquiátricos*. Entre ambos tipos de instituciones una enorme cantidad de necesidades y apenas ninguna solución. Por ello aún hoy en día es verdad que a un enfermo psíquico, sin entrar en otras consideraciones, solamente le quedan pues estas dos opciones: o ser tratado de manera ambulatoria lo cual no siempre es posible, o ser ingresado en un centro hospitalario con todas las consecuencias negativas que esto comporta cuando en muchos casos ni una ni otra modalidad están indicadas.

A casa o al manicomio es la alternativa que, en la mayoría de casos se ofrece a los pacientes psíquicos, probablemente agravada hoy por hoy por la rápida mejoría de los pacientes, precisamente por la eficacia terapéutica a la que aludíamos al principio, en ocasiones más aparente que real, y que requiere, por tanto, mayor atención y asistencia.

Al ponerse de manifiesto la posibilidad de cambiar la condición patológica y desaparecer el motivo que ha justificado el ingreso hospitalario, recae sobre las familias una mayor exigencia de atender a sus enfermos. En un momento sociocultural en el que, ciertamente, el núcleo familiar tiende a debilitarse, al estar sus componentes en una situación cada vez más exigente desde el punto de vista profesional, económico, social. Muchas veces la carga que representa el enfermo, rebasa su capacidad de resistencia.

Particularmente sensibles a estos fenómenos son el grupo de los esquizofrénicos. Se ha comprobado que solamente del 15 al 40 % de esquizofrénicos que residen en sus hogares, consiguen un nivel medio de adaptación. Sus dificultades para obtener ocupación son mayormente debidas, no a sus manifestaciones psicopatológicas, sino a presentar dificultades en sus relaciones personales y a la falta de motivación, lo que obliga a desarrollar estrategias adecuadas con programas terapéuticos de readaptación y rehabilitación profesional.

Sin duda alguna la hospitalización mantiene todavía sus indicaciones. Muchos de aquellos enfermos que manifiestan graves trastornos de conducta, con peligro o amenaza de autodestrucción o agresividad, incapaces de controlar su conducta por cauces que permitan la convivencia por desorganización psicótica, alteración de la percepción de la realidad, funcionamien-

to altamente regresivo, incapaces de seguir unas pautas de terapéutica y que desafían todos los esfuerzos que puedan realizarse para evitar su hospitalización. Ahora bien, una vez estas condiciones hayan desaparecido, debe procurarse, sin pérdida de tiempo, ofrecer otro tipo de atenciones menos restrictivas que permitan sin embargo continuar las pautas terapéuticas iniciadas, con un progresivo retorno a una asistencia ambulatoria pasando por las etapas de transición.

Una cierta mala consciencia de estar funcionando inadecuadamente ha tenido como consecuencia, por una parte, a restringir el número de ingresos, con lo cual buena cantidad de pacientes se quedan sin la necesaria atención hospitalaria y por otra, la de forzar las altas de forma frecuentemente prematura, en un intento de aparecer como unas instituciones modernas, alejadas de todo pecado de institucionalizar al enfermo, de no cronificarlo y de mostrar unos índices de rotación y de estancia, de acuerdo con las normas teóricas aceptadas.

Quizá no sean ajenos a estas consideraciones los aumentos progresivamente crecientes de los costos y que por consiguiente se trate, por todos los medios posibles, de abreviar los días de hospitalización.

Los centros intermedios

Hace ya muchos años que se conoce la solución a estos problemas ofrecida por los llamados *centros intermedios* o centros a medio camino, entre el domicilio y el hospital. Las peculiares características de los enfermos psíquicos les hacen particularmente tributarios de una asistencia parcial, que sin perder la eficacia terapéutica y de atención durante la mayor parte del día, no impida la continuidad de la vida autónoma, habitual, ni debilite o rompa los vínculos del paciente con su medio sociofamiliar.

La finalidad primordial de estos centros es la de ofrecer un medio de readaptación progresiva al medio externo habitual a través de una asistencia amplia, flexible y continuada al enfermo sin que haya de abandonar su hogar, evitando en ocasiones la hospitalización o acortando las estancias en hospitales psiquiátricos.

Cuando el paciente psíquico no presenta manifestaciones de agudeza o no existan circunstancias críticas desde el punto de vista psiquiátrico pero que, por el contrario, presente aspectos deficitarios y dificultades de adaptación a un medio corriente, es especialmente adecuado para una atención parcial.

Ventajas

La dilatada experiencia en estos centros permiten afirmar que poseen, comparados con la asistencia hospitalaria o con la asistencia ambulatoria, marcadas ventajas. Enumeraremos unas cuantas:

Evitan la cronificación del enfermo y su desarraigo, mantienen íntegros sus vínculos sociales y familiares, no desvinculan al paciente de la realidad cotidiana.

Le preparan para una actividad que le permite aprovechar al máximo aquellos recursos personales que la enfermedad ha dejado indemnes y son socialmente más rentables.

La hospitalización tiende, en ocasiones, a la infantilización del enfermo, cuando no se reduce a una actitud custodial; no siempre tiene en cuenta las reales necesidades del paciente, y puede llevar, encubiertas, a la creación de manifestaciones yatrogénicas. Frente a ella, la asistencia parcial estimula su capacidad de vivir con independencia, fomenta asimismo su autoestima y su responsabilidad, y crea unas condiciones más favorables para aprovecharse de las medidas terapéuticas.

Evitan la estigmatización del enfermo, que representa el ingreso en un «manicomio». Este no tiene, por tanto, que sufrir el impacto negativo sobre su autovaloración. Provoca menor regresión, al mantener más o menos intactos sus papeles sociales y laborales. Así, por ejemplo, el ama de casa puede continuar ocupándose, en alguna medida, de sus hijos, casi tanto como si estuviese trabajando. Su vida cotidiana transcurre aproximadamente como siempre y no se ve separada de sus amigos o de su familia. No debe realizar el esfuerzo de adaptarse a las peculiares condiciones de una institución cerrada, en ocasiones desfavorables.

Facilita, en los casos oportunos, la transición del hospital a la vida corriente y las personas implicadas, incluida la familia, adoptan actitudes más realistas. Su contacto con la vida implica menor frustración sexual. Es una asistencia más barata al tener que proporcionar solamente una comida, no necesitar camas, ni turno de personal de noche y no puede tampoco negligirse que el personal asistencial tiene unos horarios mucho más cómodos que en un hospital, como si trabajasen en cualquier otra empresa.

Comparada con la asistencia ambulatoria tiene la ventaja de ofrecer unos programas terapéuticos más amplios y estructurados, permite la observación continuada durante un período de tiempo considerable y puede tratar aspec-

tos muy importantes de cara a la rehabilitación social y profesional.

Limitaciones

No todos los enfermos son tributarios de una asistencia parcial. En efecto, existen una serie importante de pacientes que presentan las condiciones señaladas hace un momento, para ser tratados en régimen de hospitalización (en crisis psicótica aguda, con elevado riesgo suicida, con manifestaciones de violencia, con grave desorganización de su conducta) o aquellos que requieren también supervisión nocturna o proceden de familias en grave conflicto o simplemente, que carecen de ella. Presenta, además, ciertas desventajas en relación a la hospitalización, para aquellos que pueden abandonar fácilmente la terapéutica, los que presenten dificultades para el transporte o padezcan alguna enfermedad física que dificulte la convivencia con los restantes pacientes.

En relación con la terapéutica ambulatoria que, en principio, presenta prioridad a las restantes, muestra ciertas desventajas como son, entre las más importantes, el ser incompatible con las actividades laborales o escolares, el ser más costosa, y no deja, en cierta medida, de representar también cierta estigmatización.

Dos modalidades básicas

Dentro de los centros intermedios, pueden distinguirse diversas modalidades según se dirijan a incidir sobre los diferentes aspectos de los problemas planteados por los enfermos. Así conviene distinguir los *Hospitales de día*, de los llamados *Centros de día*. Los primeros tratan de actuar sobre los aspectos propiamente psicopatológicos del enfermo, concentrando las acciones terapéuticas a fin de llevar a cabo una terapéutica intensiva, psicoterapéutica o psicofarmacológica, y evitar en lo posible la hospitalización. Generalmente se hallan vinculados a un hospital, general o psiquiátrico. Por su parte, los centros de día tienden a ocuparse durante un tiempo más prolongado, con especial interés en los aspectos sociales y profesionales, con relativamente escasa participación médica. Se ocupan de proporcionar a los enfermos oportunidades para relacionarse con otras personas, formando grupos, estimulando su contacto con la realidad y realizando actividades que van desde el hecho de adquirir la responsabilidad de ocuparse en tareas que promuevan el sentido de solidaridad, faciliten sus relaciones personales y les hagan identificarse con otras personas, hasta la realización de actividades comunes, análogas a las que deberían realizar en una vida autónoma, como comprar, preparar una comida, arreglar el local, buscar un trabajo, utilizar el ocio de manera productiva, planear alguna distracción, excursión, realizar algún deporte. Junto a ello se controla el cumplimiento de sus pautas terapéuticas y sigue una terapia individual o de grupo, o técnicas de modificación de la conducta, o se incorporan a alguna actividad de formación cultural, siguen un aprendizaje en distintas profesiones adecuadas a sus recursos, en vistas a una posible realización profesional remunerada.

Los centros de día

Estos centros de día se hallan situados en zonas de fácil acceso, en áreas urbanas, separados de los centros asistenciales, aunque relacionados con ellos. Tienen una capacidad reducida, entre 20 y 40 pacientes, con edades comprendidas entre los 18 y 50 años. Funcionan desde las 9 a las 17 horas de lunes a viernes. Se hallan atendidos por un equipo multidisciplinario en el que se incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos, laborterapeutas, etc.

Por lo general atienden a pacientes que pueden pasar la noche con su familia, así como los fines de semana. Han de tener un ambiente familiar favorable o por lo menos no excesivamente patógeno y pueden trasladarse por sí mismos al centro desde sus domicilios. Como hemos indicado, quedan excluidos los enfermos con groseras alteraciones de conducta o presentan elevado riesgo suicida o agresividad. Por lo regular suelen tratarse de esquizofrénicos en fase de remisión y se excluyen tanto los pacientes oligofrénicos profundos, como los alcohólicos o toxicómanos, que requierirían programas especiales.

Experiencia de AREP

A pesar de las indudables ventajas que un tipo de asistencia como el que estamos considerando aporta a la asistencia psiquiátrica en general, la administración pública se muestra refractaria a su promoción. Salvo raras excepciones, ha sido la iniciativa privada la que ha asumido la responsabilidad de fundar algunos centros, uno de los cuales hemos podido con-

TABLA I
PROGRAMA BASICO EN LA AREP*

	Lunes				Martes				Miércoles				Jueves				Viernes			
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
10 h.	Culturización	Carpintería	Encuadernación	Carpintería	Cocina Encuadernación.	Cocina Culturización	Cocina Encuadernación	Cocina Carpintería	Culturización	Carpintería	Encuadernación	Carpintería	Encuadernación	Culturización	Encuadernación	Carpintería	Arte Encuadernación	Carpintería	Dibujo Encuadernación	Teoría
12 h.	Encuadernación			Culturización	GIMNASIA				Encuadernación			Culturización		Carpintería		Culturización	PISCINA			
14 h.	COMIDA. TIEMPO LIBRE. JUEGOS.																			
15 h. 30	Encuadernación	Carpintería	Culturización	Carpintería	Encuadernación	Carpintería	Culturización	Carpintería	Encuadernación	Laborterapia	Culturización	Carpintería	Encuadernación	Carpintería	Culturización	Laborterapia	Laborterapia Jardín	Carpintería Dibujo	Laborterapia Jardín	Carpintería Dibujo
18 h.	TERAPIA GRUPAL				DRAMATIZACION				BALONMANO				TERAPIA GRUPAL				EXPRESION CORPORAL			
20 h.																				

* Las letras A, B, C y D corresponden a grupos de participantes.

tribuir a desarrollar, y cuyas características y funcionamiento pasamos a describir.

En 1979 un grupo de personas «familiares y amigos de los enfermos psíquicos» como reza su estatuto fundacional, crearon la Asociación para la Rehabilitación de Enfermos Psíquicos (AREP) con el objeto, entre otros, de crear centros de recuperación del enfermo psíquico en sus aspectos individual, social y profesional, posibilitando el desarrollo de sus facultades individuales, su reinserción a la sociedad y unas condiciones de trabajo remunerado.

Poco después, en unos locales cedidos por una comunidad religiosa (en el Colegio de Jesús María de la Bonanova) empezó a funcionar un centro de día, donde se acogieron unos pocos enfermos psíquicos, jóvenes, con problemas de adaptación en el seno familiar y cuyas características hacía contraindicada una hospitalización. La finalidad era la de atender sus necesidades psicológicas personales y prepararlos social y profesionalmente para el futuro. Desde el primer momento se diseñó un programa

TABLA II
PERSONAL

(*)	1 Gerente
	1 Psiquiatra, director técnico
(*)	2 Psicólogos
(*)	2 Monitores de carpintería
(*)	2 Monitores de encuadernación
	1 Monitor de psicomotricidad
	2 Monitores de actividades de club
	3 Monitores de natación
	1 Monitor de educación física
	1 Monitor de técnicas de hogar
(*)	1 Educador especial
	1 Administrativo

(*) Personal a dedicación plena.

de actividades en dos líneas principales: la terapéutica y la sociolaboral. La primera encargada de proporcionar asistencia psiquiátrica (farmacoterapia y psicoterapia individual y de grupo, tanto a los pacientes como a sus familiares) y la segunda de cara a su resocialización, culturización y formación profesional, en especial carpintería, pintura y dibujo, jardinería y actividades de hogar.

En marzo de 1981 se inauguró el local actual situado en la zona alta de San Gervasio, en la calle León XIII, 21. Es una torre de dos pisos que con sus anexos dispone de unos 400 m^2 de jardín. Su capacidad es de 35 plazas y funciona todos los días de lunes a viernes desde las 10 hasta las 20, con dos horas para la comida del mediodía, que se realiza en el propio centro por parte de la mayoría de pacientes.

El *programa básico* es el siguiente: que se aplica a dos niveles, cada uno de los cuales es seguido por dos grupos (A y B; C y D) (tabla I). Además de estas actividades básicas se van desarrollando *otros programas* a fin de ampliar las oportunidades de readaptación de los pacientes:

Los sábados por la mañana aquellos pacientes que lo deseen pueden practicar el tenis.

La mayoría de fines de semana se organizan excursiones.

Durante las vacaciones de semana santa, navidad y las de verano, se han organizado diversos campamentos, colonias de varios días de duración, en albergues juveniles.

A finales del curso lectivo se han realizado varios viajes de cierta duración a Madrid, Monasterio de Piedra, París y Granada.

Desde 1982 funciona una cooperativa de carpintería con carácter profesional, a cargo de los pacientes con suficiente formación y notable grado de adaptación.

Desde hace más de un año funcionan tres pisos protegidos vinculados al centro, donde residen con un considerable grado de autonomía grupos de 3 a 5 pacientes. Dos de estos pisos

TABLA III
POBLACION ATENDIDA EN AREP Y RESULTADOS CONSEGUIDOS

Población atendida		186
Edad		
15-20 años	10	20 %
21-25 años	26	52 %
26-30 años	10	20 %
más de 30 años	4	8 %
Promedio		22,8 años
Sexo		
Varones	35	70 %
Mujeres	15	30 %
Promedio de estancia		490 días
Procedencia		
Hospital psiquiátrico	14	28 %
Domicilio	32	64 %
Otras instituciones	4	8 %
Diagnóstico de ingreso		
Esquizofrenia paranoide	30	60 %
Esquizofrenia hebefrénica	3	6 %
Esquizofrenia catatónica	2	4 %
Esquizofrenia injertada	2	4 %
Esquizofrenia simple	6	12 %
Esquizofrenia esquizoafectiva	1	2 %
Total esquizofrenias	44	88 %
Debilidad mental moderada	4	8 %
Trastornos de conducta	2	4 %

TABLA III (continuación)

Destino		
Cooperativa de encuadernación	10	20 %
Cooperativa de carpintería	6	12 %
Domicilio	20	40 %
Actividades laborales privadas	8	16 %
Estudios	4	8 %
Otros	2	4 %
Accidentes		
2 ingresos en hospital psiquiátrico		
1 suicidio consumado		
Promedio de ingresos en hospital psiquiátrico		
Antes	2,08 por enfermo	
Después	0,12 por enfermo	
Valoración de la eficacia		
+ + + + Muy mejorados	6	12 %
+ + + Mejorados	17	34 %
+ + Mejoría discreta	11	22 %
+ Alguna mejoría	13	26 %
0 Sin cambios	3	6 %

han sido cedidos por familias de enfermos y uno ha sido adquirido por la Asociación gracias a una ayuda recibida de la Fundación Roviralta.

Entre los proyectos a realizar figuran la creación de un club de ex enfermos y también la creación de otros centros destinados especialmente a aquellos enfermos que por sus condiciones sean tributarios de programas indefinidos de asistencia.

Las tablas II y III recogen algunos datos relativos al *funcionamiento* y *organización* del centro.

Dificultades

Consideramos que esta experiencia ha sido altamente positiva permitiendo un notable rendimiento social, limitando el número de recidivas y reingresos, mejorando considerablemente el nivel de relación interpersonal de los pacientes y proporcionándoles una mejor calidad de vida y de oportunidades de desarrollo personal e independencia.

Sin embargo desearíamos, para finalizar, señalar algunos aspectos en los que es necesario mejorar. Al ser un centro exclusivamente privado se halla *desvinculado* de la asistencia psiquiátrica general lo que, si bien puede ser en ocasiones beneficioso teniendo en cuenta la realidad actual, puede sufrir un determinado sesgo por motivo del tipo de pacientes acogidos. Al carecer de ayuda financiera la *selección de pacientes* debe hacerse, entre otras condiciones, sobre la base económica de las familias y hoy por hoy, los costos son elevados, con lo que muchos pacientes no los pueden soportar. Las ayudas, becas, etc., no alcanzan a cubrir las necesidades mínimas, especialmente por no estar reconocida la minusvalía psíquica de la mayoría de nuestros pacientes, por no ser ni disminuidos físicos y por no estar incluidos en el concepto de disminuidos psíquicos que la administración hace sinónimo de «debilidad mental».

Quizás una de las dificultades más importantes con las que ha debido luchar el centro sea, en algunos casos, la falta de colaboración familiar por desconocimiento de la situación del enfermo, algunas veces, otras por la resistencia a aceptar las limitaciones que la enfermedad provoca en muchos de ellos. Por este motivo algunos pacientes han abandonado prematuramente el centro y en otros han causado baja por la imposibilidad familiar de colaborar con la labor realizada.

Deberían dictarse *normas* aplicables a este tipo de centros, en relación con los seguros sociales y aspectos legales que comportan.

DISCUSION

J. ESTAPÉ: Es evidente que al matizar lo que es el hospital de día, hemos demostrado que no sólo se hace terapéutica, que no es un simple local de administración de tratamientos, sino que va ampliando sus facetas y tiene como ideal al «centro de día». En este sentido, si he entendido bien su matización anterior, lo que usted quería decir es que el Dr. Alvarez cuando ha dicho que no tenía hospital de día, quería decir que no tiene «centro de día».

J. COSTA MOLINARI: Exactamente.

S. ERILL: Si no hay ninguna intervención más, quería pedirle al Dr. Costa y quizá también al Dr. Alvarez que entraran un poco más en detalles sobre los aspectos técnicos de la administración de fármacos en los hospitales de día o en otros centros, porque anteriormente hemos tenido en el terreno oncológico una referencia repetida y muy interesante, a los problemas que planteaba la administración de fármacos, e incluso a algo que puede parecer tan elemental y que puede llegar a ser tan trágico como una posición cómoda para apoyar el brazo cuando se utilizan bombas de infusión. ¿Hasta qué punto la posibilidad de una hospitalización de día permite formas de tratamiento farmacológico en Psiquiatría, que serían, sino imposibles, sí por lo menos más difíciles con un tratamiento ambulatorio y que no necesariamente deberían exigir una hospitalización completa?

J. COSTA MOLINARI: Por lo que se refiere a nuestro centro, los problemas de terapéutica farmacológica, realmente son poco importantes, diría yo. Se trata de una terapéutica de mantenimiento donde se plantean sólo problemas relativos a los tratamientos con neurolépticos de acción prolongada. En el aspecto de la terapéutica de mantenimiento con antipsicóticos, hay pocas complicaciones técnicas y pocas sofisticaciones tecnológicas que nosotros podamos utilizar. Es distinto de un hospital de día como el del Dr. Alvarez, por ejemplo en el que cabe considerar técnicas del control del litio.

E. ALVAREZ: Lo que sí me gustaría matizar, es que hay algún tipo de paciente que requiere dosis altas durante bastante tiempo. Es decir, hemos podido ver que, pacientes que incluso se han dado en más de una ocasión como pacientes perdidos, por decirlo de alguna manera, en cambio responden bien a dosis extremas y dentro de los márgenes terapéuticos, dosis altas de neurolépticos durante varios meses. Lo que nosotros pensamos, es que la gente que trabaja en el hospital de día debe estar entrenada, debe saber lo que es una distonía, ha de saber lo que dan los efectos indeseables de tipo extrapiramidal, qué dan los neurolépticos, incisivos o antipsicóticos a dosis altas, y saber detectar a tiempo la aparición de otras formas tardías.

S. ERILL: Quisiera retomar una consideración anterior y pedir si alguno de los asistentes en el terreno psiquiátrico puede extenderla. Me refiero a las posibilidades de observación del hospital de día, y a lo que ésto puede significar en el terreno concreto de los ensayos clínicos. Es decir, un hospital de día psiquiátrico, en tanto que favorece una observación un poco más intensa de pacientes que uno puede considerar ambulatorios, en contraposición a los pacientes hospitalizados ¿permite ensayos clínicos que de otra manera no serían posibles? ¿Se ha evaluado este aspecto en alguna ocasión?

J. COSTA MOLINARI: Yo creo que los ensayos clínicos en un «Centro de día», por lo menos a lo que mi experiencia se refiere, se verían perturbados en su significación en tanto que se trata de una muestra de enfermos muy singulares, desde luego no representativos de la población psiquiátrica, ni muchísimo menos. Atendidas estas características, me parece que aún cuando el contacto con el paciente es mucho más prolongado que en el caso de asistencia ambulatoria, yo diría que un «Centro de día», por lo menos como el de estas características a que aludía, no es precisamente el lugar ideal para efectuar un ensayo clínico. Otra cosa es, posiblemente, el hospital de día como el que acaba de describir el Dr. Alvarez.

Hospital de día: tratamiento ambulatorio de pacientes con dolor crónico

F. López Timoneda

Unidad de Tratamiento del Dolor. Hospital Clínico de San Carlos. Facultad de Medicina. Madrid.

El tratamiento del dolor en el marco hospitalario es uno de los problemas principales con los que se enfrenta el médico en su práctica diaria. El dolor es solamente un componente del paciente que sufre, siendo sus repercusiones fisiológicas y psicológicas mayores en pacientes oncológicos que en pacientes con dolor crónico no maligno[1].

Si bien, en estos últimos años, se han abierto nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor,[3,5,8,10,11,14,16] en el momento actual, los sistemas de organización existentes en la mayoría de los hospitales no facilitan el tratamiento ambulatorio de estos pacientes con dolor crónico, existiendo una serie de obstáculos, como el incremento del coste de la sanidad, entre otros, que es preciso salvar para asegurar el cuidado humano de estos pacientes a un razonable costo, así como la reeducación de médicos y enfermeras para hacerles especialistas en este tipo de terapéutica.

Entre los diversos progresos registrados últimamente en el quehacer médico a nivel asistencial está la creación del Hospital de Día o más exactamente de «hospitalización de día» que es en efecto una actividad que garantiza y agiliza la interconsulta con otras especialidades médicas y es preferida por los pacientes con severo dolor crónico. Este tipo de «hospitalización» permite que el paciente no sea discriminado y aislado por su tipo de afección, en la medida que su tratamiento se realiza en un hospital.

La «hospitalización de día» se concibe como un área asistencial que permite el tratamiento intensivo del paciente sin ser separado de su medio familiar. Las características de esta hospitalización son fundamentales para conseguir el grado máximo de bienestar y atención inmediata, que es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Hay que señalar también que han aparecido una gran profusión de trabajos clínicos sobre hospitalización de día y tratamiento ambulatorio así como de asistencia domiciliaria, no sólo en estos pacientes sino también dentro de otras especialidades como: oncología, cirugía, psiquiatría y geriatría, entre otras[2,4,6,7,9,12,13,15].

El Hospital Clínico de San Carlos, como cualquier otro hospital de cuidados terciarios, requiere diariamente del tratamiento de un porcentaje elevado de pacientes que presentan síndromes dolorosos de diversas etiologías: oncológicos y no oncológicos, tales como postoperatorios, causálgicos, vasculares y osteoarticulares entre otros. Afortunadamente, en la actualidad contamos con una extensa gama de técnicas que permiten suprimir o al menos aliviar estos cuadros dolorosos.

La unidad de tratamiento del dolor del Hospital Clínico de San Carlos, dentro del Departamento de Anestesiología y Reanimación, se creó oficialmente en junio de 1983, si bien oficiosamente, venía funcionando desde el curso 1981-82.

Objetivos

Se han establecido unos objetivos que son los siguientes:

1. Alcanzar el mayor beneficio asistencial para este tipo de pacientes oncológicos y no oncológicos.

2. Mejorar la calidad de vida con un porvenir a corto plazo, en el sentido de más comodidad y confort para los pacientes sin separarlos de su medio familiar.

3. Ahorro y disponibilidad de camas para otros pacientes que esperan su ingreso.

4. Brindar una información que ayude a los médicos a proporcionar una atención óptima a

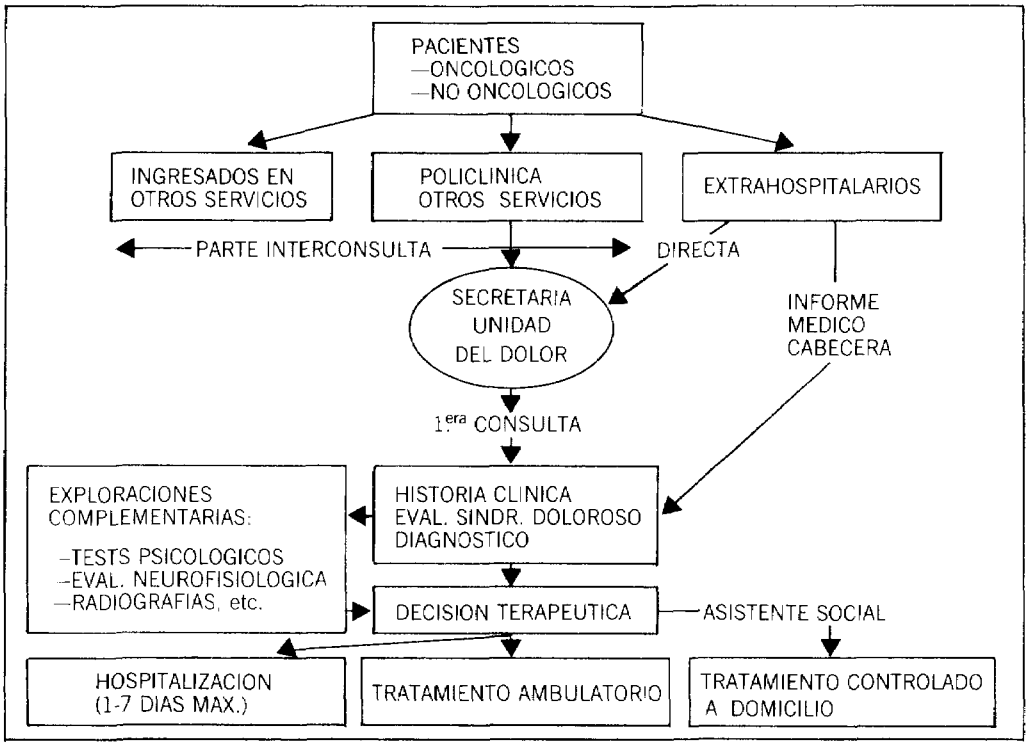

Figura 1. Unidad de Dolor en el Hospital Clínico de San Carlos.

sus pacientes con dolor, así como el de aportar las técnicas antiálgicas más actualizadas.

5. Potenciar el desarrollo de la actividad docente e investigadora de los futuros especialistas y personal de enfermería.

En definitiva, el procurar una mejor atención a estos enfermos, afectos de cuadros dolorosos, de intensidad a veces brutal y a los que desgraciadamente por ignorancia o abandono se les priva de un correcto tratamiento antiálgico.

Organización

El tratamiento ambulatorio es asegurado todos los días desde las 8 hasta las 15 horas, y el resto de la jornada así como festivos, queda cubierto el servicio por el equipo de anestesiólogos de guardia.

Los enfermos llegan a nuestra consulta de la unidad del dolor, desde las distintas cátedras o servicios del hospital, desde policlínicas o bien de procedencia directa (extrahospitalarios) con un parte interconsulta o informe de su médico de cabecera, donde está reflejado el motivo razonado de la consulta, estudios complementarios significativos efectuados, diagnóstico previo, informes solicitados y médico que solicita el informe (fig. 1).

En la unidad seguimos la siguiente metodología:

Historia clínica detallada, para lo cual disponemos de unos protocolos para la valoración del síndrome doloroso, que comprenden:

a) Historia del dolor (antigüedad, diagnóstico y tratamientos anteriores).

b) Características del dolor (topografía, cualidad, duración durante las 24 horas, intensidad, circunstancias de aparición, repercusión sobre el modo de vida: sobre el sueño, trabajo, etcétera.)

c) Toma de analgésicos (tipos, analgésicos eficaces y otras terapéuticas medicamentosas puestas regularmente).

d) Valoración psicológica.

e) Patologías asociadas (antecedentes medicamentosos y quirúrgicos).

f) Examen clínico (general y neurológico).

g) Decisión de exámenes complementarios.
h) Decisión terapéutica.

Una vez hecho el diagnóstico tenemos en cuenta la edad del enfermo, así como el probable pronóstico de vida en cuanto al método a emplear, explicándole las ventajas que pueda obtener, así como las complicaciones y limitaciones de dicha técnica. Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento el paciente o el familiar que le acompaña firma un impreso en el que nos da su consentimiento.

Espacios y personal

Disponemos de una habitación que hace las veces de despacho y una sala de bloqueos. El material es sencillo. Comprende una camilla de exploraciones, un fonendoscopio, un aparato de medida de presión arterial, material de reanimación para tratamiento de una eventual complicación, 2 camas articuladas donde podrán permanecer los pacientes por un período máximo de 24 horas, y todo el material que necesitamos para la práctica de este tipo de tratamientos: agujas (hipodérmicas, paravertebrales, espinales, Tuohy), catéteres, sueros, anestésicos locales, agentes neurolíticos, analgésicos opiáceos, vasoconstrictores, soluciones esterilizantes y aparatos para estimulación nerviosa transcutánea.

Además contamos con un quirófano equipado, situado al lado de la unidad, así como de una sala de Servicio de Radiodiagnóstico, para la realización de técnicas especiales.

La unidad está dotada con una enfermera fija especializada, una secretaria compartida con el Servicio de Anestesia, un asistente voluntario, un psicólogo y un psiquiatra, además del anestesiólogo y personal de enfermería destinados al área quirúrgica donde vamos a realizar las técnicas especializadas.

La media de pacientes tratados en la consulta ambulatoria es de siete al día, además del tratamiento que se dispensa a los pacientes ingresados en número que oscila entre 10 a 15.

Enfermos hospitalizados

Para el tratamiento de estos pacientes se recurre a métodos invasivos, que por incluir técnicas especializadas pueden dar lugar a complicaciones, lo que justifica su ingreso en el hospital durante un período de tiempo que suele oscilar entre 1 a 7 días como máximo; estas técnicas se enumeran en la tabla I.

TABLA I
UNIDAD DE DOLOR DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS

Técnicas especializadas
(Enfermos hospitalizados)

- Bloqueos neurolíticos intradurales
- Cordotomía
- Estimulación eléctrica medular
- Hipofisectomía
- Morfina intratecal: reservorios
- Neurolisis plexo celiaco
- Simpatectomía química

Tratamiento ambulatorio y atención a domicilio

Este tipo de terapia es del tipo no invasivo y se basa en la inhibición del impulso doloroso a nivel central o periférico, sin producir lesiones de las vías del dolor. Se fundamenta principalmente, en la utilización de fármacos analgésicos tanto del grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) como de los opiáceos, solos o asociados a los psicofármacos, infiltraciones repetidas o bloqueos con anestésicos locales solos o combinados con corticosteroides y tratamiento cinesiterápico, estimulación nerviosa transcutánea, acupuntura y administración de opiáceos por vía epidural a través de un catéter tunelizado a piel (fig. 2).

En el tratamiento farmacológico seguimos el protocolo descrito en la figura 3.

Debemos señalar la importancia que juega la enfermera que deberá estar especializada en el tratamiento y manejo de este tipo de pacientes, así como la farmacia del hospital en la preparación y dispensación de la medicación y la asistencia social en los casos que sea necesario en la aplicación de las normas de atención médica para llevar a cabo nuestro objetivo de mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ayudándoles a vivir sin dolor y en paz como último y piadoso recurso de la medicina, rodeados de familiares y amigos.

Para cumplir estas funciones, ya que el paciente se encuentra en su domicilio, que para nosotros debe ser una habitación más del hospital, el personal facultativo deberá desplazarse con periodicidad variable, según los casos, rellenando en estas visitas unos protocolos en los que se haga constar: estado general, constantes, horas de descanso o de sueño, situación anímica, efectos colaterales de la medicación,

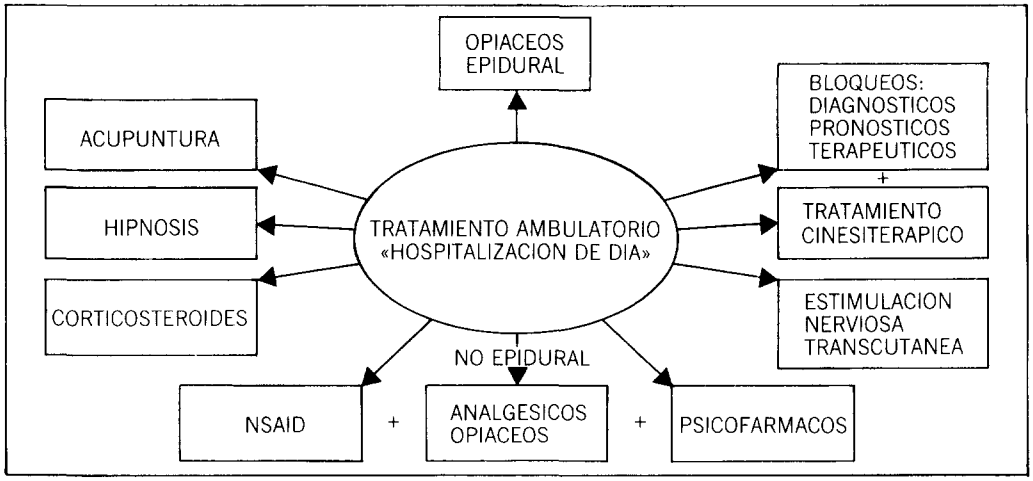

Figura 2. Formas de actuación analgésica.

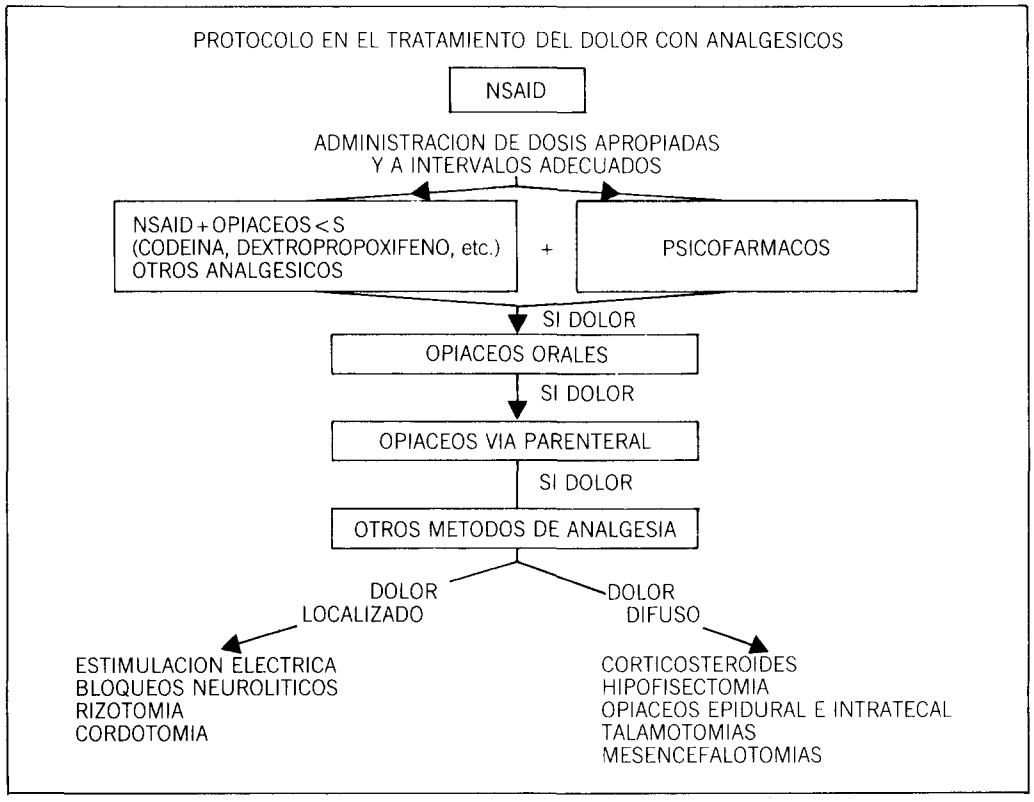

Figura 3. Protocolo de actuación en la Unidad del Dolor.

TABLA II
DOLOR ONCOLOGICO. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Diagnóstico	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*
Cáncer de mama	—	10	10
Cáncer de recto	12	8	20
Cáncer de vejiga	3	—	3
Cáncer de próstata	7	—	7
Cáncer de vulva	—	4	4
Cáncer de cuello	—	2	2
Mieloma	3	—	3
TOTAL	25	24	49

así como el número de inyecciones durante las 24 horas, si el tratamiento es con opiáceos por vía epidural.

Estos protocolos deberán permanecer en el domicilio del paciente con el fin de estar a disposición del médico de cabecera o especialista que pueda visitarle para que pueda informarse en cada momento de nuestro tratamiento, así como de la evolución del síndrome doloroso. Dichos protocolos acompañarán al paciente al hospital en sus visitas periódicas a la unidad del dolor, cuando pueda realizarlas, o en su defecto los familiares. El protocolo será entregado a la unidad en el momento del *exitus* a fin de unirlo a la historia que previamente se hizo a su ingreso o primera consulta.

El personal de enfermería podrá visitar de 10 a 15 enfermos/día, suficiente para la casuística que en el momento actual tenemos, pudiendo ser incrementado el número según las necesidades. La labor fundamental de la enfermera será comprobar el estado tanto físico como psíquico del paciente, permeabilidad de los catéteres epidurales, etc., así como la conveniencia del traslado del paciente a la unidad donde se decidirá, por el médico responsable, su ingreso o, tras recibir otro tipo de tratamiento, pasar de nuevo a su domicilio.

Resultados

Estamos convencidos de la utilidad de los opiáceos por vía oral en el tratamiento del dolor crónico oncológico y de una manera especial en los estadios terminales, siempre que no exista una contraindicación a esta vía, no sin antes haber recurrido al grupo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos solos o combinados con los psicofármacos.

Durante el período de dos meses, hemos seguido la evolución de 49 pacientes afectos de dolor oncológico, con tratamiento farmacológico, y cuya patología se refleja en la tabla II.

TABLA III
TIPOS DE ANALGESICOS UTILIZADOS

Fármacos	*Pacientes*
Nsaid	10
Opiáceos	19
Nsaid + Opiáceos	20
TOTAL	49

Los tipos de analgésicos utilizados (tabla III), demuestran ser satisfactorios en 37 pacientes (76 %) y en los 12 pacientes (24 %) que requirieron su ingreso en el hospital, realmente sólo en 7 pacientes fue necesario el recurrir a otros métodos de analgesia, ya que los cinco restantes no fue por fracaso de la medicación.

Conclusión

Para que este tipo de terapia sea efectivo deberemos realizar una valoración lo más exacta posible de su síndrome doloroso, variable de un día a otro, así como de expectativa de vida, pues si bien sabemos que el enfermo va a morir, es muy interesante con miras al tratamiento elegido si va a ser a corto o largo plazo.

La administración de los analgésicos, se realizará a intervalos no demasiado largos, según las características farmacocinéticas y farmacodinámicas del analgésico elegido, adecuando la posología a las necesidades del paciente y finalmente se seguirá de un riguroso control evolutivo por el personal de enfermería, por el propio médico o bien a través de los propios familiares por contacto telefónico o por citaciones periódicas a la unidad del dolor.

BIBLIOGRAFIA

1. BOND, M.R.: Personality and Pain. The influence of Psychological and Environmental Factos upon The Experience of Pain in Hospital Patients. Persistent Pain: Modern Methods of treatment. Vol. 2 (Lipton, S. ed.) Academic Press and Grune and Stratton, London, New York, 1980, 1-25.
2. BONICA, J.J., BLACK, R.G.: The Management of a Pain Clinic. In Relief of Intractable Pain. (Swerdlow, M. Ed.). Excerpta Medica, Amsterdam, 1974; 116-129.
3. BONICA, J.J.: Management of Cancer Pain. Pain in the Cancer Patient (Zimmermann, M., Drings, P., Wagner, G., eds.). Springer Verlag Berlin-Heidelberg, 1984, 13-32.
4. DE LENA, M., TANCINI, G., BRAMBILLA, C. y cols.: L'ambulatorio di terapia clinica oncologico, sua struttura e funzione presso l'Instituto Nazionale Tumore di Milano. Tumori 1976, 62: 575-586.
5. FINER, B.: Update: Psychosomatic Organization based on Hypnosis in Persistent Pain. Persistent Pain: Modern Methods of Treatment. Vol. 4 (Lipton, S. y Miles, J. eds.) Grune and Stratton, London, New York, 1983: 193-203.
6. KARLSSON, O.: Treatment Program for Pain Relief in Home Care. Acta Anaesth. Scand, Suppl. 74. 141-143.
7. KASSAKIAN, M.G., BAILEY, L.R., RINKER, M., STEWART, C.A., YATES, J.W.: The Cost and quality of dying: a comparison of home and hospital. Nurse Pract., 1979; 4 (1): 18-23.
8. LIPTON, S.: Control del dolor crónico. (Serie de Anestesia 3.) Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
9. LIPTON, S.: Aspectos actuales sobre el funcionamiento de un centro para el alivio del dolor. En: Tratamiento del dolor (Swerdlow, M. Ed.). Ediciones Doyma, Barcelona, 1982: 67-93.
10. LÓPEZ TIMONEDA, F.: Nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor. N. Arch. Fac. Med. 1984; 42 (6): 289-291.
11. MC GIVNEY, W.T. and CROOKS, G.M.: The Care of Patients with Severe Chronic pain in Terminal Illness. JAMA, 1984; 251: 1.182-1.188.
12. RUIPÉREZ CANTERA, I., MARCO MARTÍNEZ, V., MASTUTRANA NAVARRETE, N., CASTRO CORTÉS y BARRANCO FERNÁNDEZ, A.: Hospitalización, atención a domicilio: un nivel asistencial geriátrico. Rev. Esp. Geriatría y Gerontol., 1984; 19: 165-172.
13. SCOTT, J.F.: Pain Treatment in a Palliative Unit of Team of a University Hospital. Acta Anaesth. Scand. 1982. Suppl. 74, 119-123.
14. TWYCROSS, R., VENTAFRIDDA, V.: The continuing care of terminal cancer patients. Pergamon Press, 1980.
15. VENTAFRIDDA, V.: Il problema del dolore in oncologia, aspetti terapeutici e organizzativi. Il Dolore 1979; 1: 75-85.
16. VENTAFRIDDA, V.: Treatment of Terminal Cancer Conditions. Persistent Pain: Modern Methods of Treatment. Vol. 4 (Lipton, S. y Miles, J., eds.) Grune and Stratton, London. New York, 1983: 63-83.

DISCUSION

R. CARLOS: Quiero felicitar al Dr. López Timoneda por la exposición que ha hecho del tratamiento del dolor, pero yo creo que ha resaltado los aspectos positivos y no ha hecho ninguna referencia a las complicaciones de estas técnicas de analgesia epidural, porque se conoce el hecho de que, en alguna ocasión se ha planteado también el problema de la depresión respiratoria que produce la morfina por vía epidural. Quiero preguntarle concretamente, si no le parece que hay que tener un poco de cuidado y que hay que instruir adecuadamente a los enfermos, en cuanto a la posibilidad de que puedan surgir problemas de este tipo. Me gustaría saber si ha tenido experiencia en la aparición de accidentes extrahospitalarios, que pueden deberse a una sobredosificación y con algunos otros efectos adversos que aparecen con la administración de morfina por vía epidural, como la aparición de prurito, que es bastante frecuente, según algunos autores.

F. LÓPEZ TIMONEDA: En cuanto al riesgo de depresión respiratoria en pacientes oncológicos después de la administración de opiáceos por vía epidural es muy baja. Con las dosis utilizadas por nosotros, 2 mg de morfina por vía epidural, no hemos tenido ningún caso de depresión respiratoria. Se logra una analgesia variable entre 8 y 24 horas, disminuyendo progresivamente con la administración repetida de la misma dosis de morfina (2 mg) y hay que ir aumentando la dosis pero nunca pasamos de 4 mg de morfina, que se pueden repetir cada 8 horas.

En cuanto a otros efectos adversos, el prurito es relativamente frecuente. Aquí habría que discutir también el papel de los conservantes

que se incorporan a estos preparados, aunque con o sin ellos aparece el prurito, siendo su etiología aún incierta.

Se presentan también otros efectos secundarios además de la tolerancia, ya comentada, como: estreñimiento, retenciones urinarias, náuseas y vómitos, pero en porcentajes menores. Es decir, hay efectos colaterales como con cualquier medicación. Pero es curioso, en este tipo de enfermos, cuando la situación es más terminal, menos complicaciones aparecen.

Hay complicaciones derivadas del catéter epidural como son: infección local, dolor a la inyección, rotura, salida accidental, aunque procuramos fijarlo bien y en la mayor parte de los pacientes lo tunelizamos a piel. Pero todo esto son cosas que pueden ocurrir.

J.M. MONTERO: Has puesto mucho énfasis en los enfermos oncológicos. ¿Tenéis mucha experiencia en tratamientos de dolor con enfermos sin cáncer? Por otra parte, en enfermos con cáncer ¿qué experiencia tenéis con los corticoides a dosis altas?

F. LÓPEZ TIMONEDA: En los enfermos no oncológicos el empleo de catéteres epidurales se orienta fundamentalmente al control del dolor pre y postoperatorio, así como a las movilizaciones precoces bajo anestesia-analgesia tanto de miembros superiores como inferiores. En estos casos el empleo de opiáceos debe ser cuidadosamente seleccionado tanto en lo referente a dosis como en cuanto a la duración del tratamiento con el fin de evitar el fenómeno de tolerancia y otros efectos colaterales.

Empleamos preferentemente los anestésicos locales a dosis y concentraciones adecuadas según la finalidad que se persiga en cada bloqueo.

Las entidades clínicas más frecuentes, en enfermos no oncológicos, subsidiarias de este tipo de tratamiento son: movilizaciones precoces (artrólisis), hombro doloroso, dolor del miembro fantasma, distrofia simpático refleja, cervicobraquialgias, enfermedad de Raynaud, entre otros, en los cuales tenemos una amplia experiencia.

En cuanto a la segunda pregunta del tratamiento de los enfermos con corticosteroides, también los utilizamos, por su acción antiedematosa, sobre todo en enfermos con carcinoma de esófago, de O.R.L., de aparato respiratorio, en situaciones muy terminales, dosis muy altas de metilprednisolona, pero repito en situación muy terminal, es decir, cuando ya prácticamente hemos agotado otro tipo de tratamiento.

J.M. MONTERO: Mi pregunta es si vuestra experiencia es buena con corticosteroides.

F. LÓPEZ TIMONEDA: Partimos de la base de que los corticosteroides a altas dosis sólo los empleamos en enfermos oncológicos y en fases terminales. Nuestra experiencia es buena en tumores hormonodependientes y en fases avanzadas con metástasis óseas múltiples donde los resultados son excelentes. Vuelvo a repetir que es un arma a la cual recurrimos con el fin de mejorar la situación general del paciente en la fase terminal: la disfagia de los carcinomas esofágicos, etc.

C. UDINA: ¿Qué consideración le merece la aplicación de psicofármacos antidepresivos en los casos de dolor crónico, sin patología orgánica grave?

F. LÓPEZ TIMONEDA: Todo enfermo con dolor crónico, de origen tanto maligno como benigno, presenta un cuadro depresivo de mayor o menor intensidad.

En esta situación el dolor ocupa en el paciente el eje de su esfera psíquica, alterando profundamente sus relaciones con el medio que le rodea (vida familiar, social, laboral, etc.). Además experimenta sentimientos de autocompasión, desánimo y tiende a aislarse siendo en esta fase más vulnerable al dolor.

El empleo de psicofármacos y de una manera concreta los antidepresivos deben ser prescritos de una forma sistemática.

C. UDINA: ¿A qué dosis los antidepresivos?

F. LÓPEZ TIMONEDA: Las dosis están en función de la tolerancia del paciente, pero habitualmente comenzamos con dosis pequeñas de 50 mg al día, con incremento de 25 mg cada día hasta alcanzar una dosis diaria que alivie la depresión pero sin pasar de 150 mg. Sin embargo, salvo excepciones no necesitamos superar la dosis de 75 mg.

S. ERILL: No puedo dejar de hacer una precisión técnica, y es que desde el punto de vista farmacológico, parece que existe una tercera línea de analgésicos, aparte de los antiinflamatorios y de los de tipo narcótico, y que en esta tercera línea de analgésicos se pueden situar algunos antidepresivos y algunos antihistamínicos.

El hospital de día en el contexto de los sistemas de asistencia sanitaria

J.M. Martínez i Carretero

Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Durante el segundo tercio del presente siglo diversos países occidentales experimentaron un crecimiento del gasto público en todos los campos. Los servicios sociales y sanitarios no fueron una excepción.

La intervención creciente del estado en el control del funcionamiento del sistema económico y en la provisión de las prestaciones sanitarias y sociales ha dado lugar a lo que conocemos como «Estado del Bienestar (Welfare State)». Este incluye, entre otros, el mantenimiento del orden público, la responsabilidad del estado sobre el nivel general de ocupación considerado como aceptable, el control del sistema impositivo, la ordenación del medio ambiente, y un conjunto de medidas destinadas a controlar la distribución de rentas por medio de la recaudación impositiva y la modulación del gasto público.

Con todo, la característica más notable del «Estado del Bienestar» es la prestación de servicios sanitarios y sociales gratuitos a la población. En este sentido, la política social consiste en la utilización de recursos públicos para producir una serie de bienes y servicios de utilidad colectiva, como son la vivienda, educación, servicios sanitarios, transporte público, etc., que no se producirían en el mismo grado, ni distribuidos de una forma socialmente deseable si su provisión estuviese únicamente regulada por los mecanismos de mercado.

Así pues, el desarrollo de esta política social se convirtió en el paradigma de una nueva forma de entender los derechos y deberes del estado respecto al individuo.

Es imprescindible señalar que los teóricos del «Estado del Bienestar» consiguieron amplios consensos fundamentalmente sobre la base de dos premisas: primero, que los gastos sociales favorecerían prioritariamente a los estratos más desfavorecidos de la población, y segundo, que el aumento de estos gastos, conjuntamente con una política fiscal más o menos progresista, tenía un efecto redistributivo de las rentas y un efecto igualitario en los aspectos de la vida social donde intervenía.

Situación sanitaria y social

Los progresos en la tecnología biomédica, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, conjuntamente con el aumento del nivel de vida, han supuesto la orientación hospitalaria sofisticada de la asistencia sanitaria y la disminución de la mortalidad en edades jóvenes, con el consiguiente incremento en la esperanza de vida y el aumento de los enfermos incapacitados o disminuidos.

Además de los factores anteriormente expuestos, el cambio en los patrones culturales y la crisis económica han contribuido a dibujar un cuadro preocupante de nuestra sociedad: progresivo aumento del número total y relativo de personas ancianas, disminución de la natalidad, aparición de enfermedades o incapacidades crónicas, aumento en la proporción de individuos disminuidos y/o incapacitados, la disgregación de la familia, la drogadicción, etc.

El análisis de un solo factor, como es el envejecimiento de la población, nos indican la tendencia al incremento en las necesidades sanitarias y de servicios sociales previsibles en el futuro.

Así, por ejemplo, en 1975 el 14 % de la población en los países desarrollados y el 5 % de la misma en los países no desarrollados tenía 65 años o más. Desde entonces estos porcentajes han aumentado progresivamente. Las proyecciones estadísticas nos demuestran que esta tendencia se mantendrá durante los próximos 50 años debido al incremento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad. Así, se espera que en el año 2.025 el 23 % de la población del Japón, el 22 % de la población Suiza y el 19 % de la población de China pertenezcan a este grupo de más de 65 años.

Coste económico y social del «Estado del Bienestar»

El incremento constante de los recursos del estado destinado a sanidad y servicios sociales, combinado con las consecuencias de la recesión y crisis económica de la última década, se ha convertido en insostenible para la mayoría de los países desarrollados. De tal forma que en muchos de ellos el porcentaje de estos recursos es más de la mitad de los presupuestos totales del Estado. Así, en Catalunya, el porcentaje del Departament de Sanitat i Seguretat Social supone aproximadamente el 51 % del presupuesto total de la Generalitat.

Tan sólo por citar algunas cifras, el presupuesto del Institut Català de la Salut (INSALUD) para el año 1985 será, tal como ha sa ido publicado en los medios de comunicación entre 138 y 148.000 millones de pesetas.

A estas cifras habrá que añadir el presupuesto de servicios sociales, promoción de la salud y otros servicios directamente relacionados con el «Estado del Bienestar», tanto a nivel estatal, autonómico como local. Esta situación agobiante ha replanteado en los países desarrollados la responsabilidad del Estado en la provisión de los servicios sanitarios y sociales, apareciendo la denominada «crisis del Estado del Bienestar».

Necesidad de un nuevo modelo sanitario y social

Nuestro sistema sanitario y social actual presenta, entre otras, las siguientes características: hospitalocentrismo, poca participación de la comunidad en las responsabilidades sociales y sanitarias, atención fragmentada del individuo, falta de medidas preventivas y de promoción de la salud, medicalización de la sociedad, etc.

La visión global o integral de la atención sanitaria y social del individuo y la limitación de los recursos económicos requiere un nuevo modelo que permita la mejor utilización del dinero público y que haga responsable a la propia comunidad.

Después de la reunión en 1978 en Alma-Ata (U.R.S.S.) de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, se ha diseñado un nuevo modelo sanitario a partir de la Atención Primaria de Salud.

Con este nuevo modelo se intenta evitar la medicalización de la población, promover la reinserción de los enfermos crónicos y/o disminuidos a la sociedad y acercar el máximo posible los servicios sanitarios y sociales a los usuarios potenciales, insistiendo en la participación y responsabilidad de la familia y la comunidad.

En este contexto el Hospital de Día es una forma de asistencia intermedia entre la consulta ambulatoria y la hospitalización completa, acerca el sistema sanitario y social a la población, evita la medicalización, promueve la participación de la familia y la comunidad y es útil para disminuir el gasto económico.

Concepto del hospital de día

El término «hospital de día» se ha utilizado con diferentes significados según el servicio que proporciona o según los profesionales que lo emplean.

Con todo, cabe probablemente describirlo como un «lugar donde los pacientes pasan una parte importante de su tiempo de vigilia bajo un régimen terapéutico para después volver a su domicilio.»

El hospital de día es una forma de asistencia parahospitalaria que trabaja como centro diurno multidisciplinario, donde el paciente acude con incapacidades físicas o psíquicas para recibir un tratamiento integral y regresar después a su domicilio. Se logran así, entre otras, las siguientes finalidades:

- Aceleración del alta de los pacientes hospitalizados que han superado la fase aguda.
- Seguimiento médico del paciente hasta lograr la autosuficiencia en caso de enfermos crónicos.
- Administración y control de tratamientos que requieran hospitalización parcial.
- Evitar la medicalización y dependencia del hospital.
- Crear conciencia en la familia para una cooperación en el tratamiento evolutivo del paciente, asegurando su continuidad cuando sea dado de alta.
- Prestar asistencia social especializada.
- Permitir la reinserción social evitando la incomunicación del hospital tradicional.
- Observar la aceptación y grado de cooperación del paciente en el plan terapéutico.

El hospital de día en la actualidad

En diferentes países de Europa y América existen hospitales de día aunque difieren en funciones y organización.

Algunos países como la U.R.S.S. y Canadá tienen programas de hospital de día muy bien estructurados para pacientes psiquiátricos.

Hospitales de día para minusválidos físicos existen en países tales como Israel, Países Bajos, Grecia, Dinamarca y Australia. En Gran Bretaña el hospital de día está ampliamente aceptado y forma parte del sistema sanitario, y el hospital de día geriátrico, en particular, se ha convertido en un paso habitual entre los pacientes hospitalizados y la consulta ambulatoria.

En EE.UU. el hospital de día ofrece una opción sanitaria satisfactoria para los enfermos crónicos, minusválidos físicos y los enfermos psiquiátricos.

La ubicación de muchos de estos hospitales de día dentro de la estructura del hospital tradicional permite solucionar los problemas clínicos agudos de los pacientes, mientras que al mismo tiempo evita la dependencia y medicalización del enfermo ingresado.

Dos visiones distintas del hospital de día

1. Hospital de Día Oncológico de la Santa Creu i Sant Pau.

El Servicio de Oncología del Hospital de Sant Pau dispone de unas dependencias específicas para el hospital de día en el área de consultas externas, donde se administra tratamiento quimioterápico, transfusiones de sangre, visitas no programadas y pequeñas curas. El horario es de 8 de la mañana a 8 de la tarde, de lunes a viernes, y sábados de 8 a 15 horas.

No hay personal facultativo exclusivo del hospital de día: existe, sin embargo, personal de enfermería que aplica los tratamientos y las pequeñas curas.

2. Hospital de la Vall d'Hebrón.

El Hospital de la Vall d'Hebrón dispone de un área de urgencias de 24 horas, con 30 camas, que funciona desde hace aproximadamente dos años.

Este área se reserva para los pacientes que requieren un tratamiento de urgencia o un control que no necesita hospitalización. Posteriormente, el paciente pasa a su domicilio y control en consultas externas o es hospitalizado si no se soluciona su problema agudo.

Aunque la distribución por especialidades médicas o quirúrgicas varía según las necesidades, las primeras disponen aproximadamente de 18 camas y las segundas de 12.

El personal médico está constituido por dos residentes del Servicio de Urgencias de Medicina Interna. Dispone, sin embargo, de personal exclusivo de enfermería.

Este área de 24 horas no se puede considerar un hospital de día tal como lo describimos anteriormente, pero su exposición responde a que muchos de estos pacientes podrían ser controlados y tratados en hospitales de día.

Papel de la administración pública sanitaria y social

Por las razones expuestas en los apartados anteriores, las administraciones públicas sanitarias están considerando la necesidad y utilidad de los hospitales de día, así como su posible incorporación a los diferentes niveles hospitalarios.

Esta consideración se justifica por el incremento en el coste de las camas hospitalarias exclusivamente diseñadas para pacientes con problemas agudos.

En Catalunya, por ejemplo, el coste de una cama hospitalaria supone en el momento actual:

Hospital de nivel 1: 2.300.000 pesetas/año.
Hospital de nivel 2: 3.200.000 pesetas/año.
Hospital de nivel 3: 7.500.000 pesetas/año.

Aunque dentro de estas valoraciones están incluidas las prestaciones tanto del paciente hospitalizado como las consultas externas de los hospitales, no deja de ser preocupante que una cama para enfermos agudos suponga entre 15 y 20.000 pesetas/día.

En el momento presente están ocupando camas para enfermos agudos, pacientes que podrían ser tributarios de atención en el hospital de día con el consiguiente ahorro económico y las ventajas personales y sociales que ello implicaría.

Así, por ejemplo, el coste de una cama hospitalaria para enfermos oncológicos es de aproximadamente 15.000 pesetas/día, mientras que la estimación para una cama de la misma especialidad en el marco de un hospital no superaría las 10.000 pesetas/día.

Esquema de una propuesta teórica sobre planificación de hospitales de día

La estructuración de un proceso de planificación y organización de los hospitales de día requerirá los siguientes pasos:

1. Análisis de la situación.
2. Definición de objetivos.
3. Programación general.
4. Formulación de prioridades.
5. Programación en detalle.
6. Implementación.
7. Evaluación, control y reprogramación.

1. Análisis de la situación

1.1. Identificación de necesidades
1.1.1. Tipos de necesidades
1.1.2. Cuantificación de la población para cada necesidad
1.2. Situación legal
1.3. Recursos económicos y sus limitaciones
1.4. Factores de generación de necesidades y demandas
1.5. Identificación de programas existentes

2. Definición de objetivos

2.1. Grupos de población
2.2. Tipos de programas para cada población

3. Programación general

3.1. Determinación del organismo responsable
3.2. Identificación de programas potenciales
3.3. Determinación de recursos y limitaciones
3.4. Análisis del número de plazas para cada programa potencial
3.5. Selección de estrategias
3.6. Legislación básica
3.7. Previsión de las necesidades futuras

4. Formulación de prioridades

4.1. Selección de programas prioritarios
4.2. Dotación presupuestaria para cada programa
4.3. Coordinación entre los programas seleccionados

5. Programación en detalle

5.1. Ubicación de los hospitales de día
5.2. Diseño de la estructura del hospital de día
5.3. Análisis de las necesidades de personal
5.4. Definición de las necesidades instrumentales (utillaje y mobiliario)
5.5. Selección de programas a desarrollar (geriatría, incapacidades físicas, psiquiatría, oncología, etc.) para cada hospital de día
5.6. Régimen de funcionamiento interno
5.7. Establecimiento de criterios de admisión y alta
5.8. Previsión de transporte de los pacientes

6. Implementación

6.1. Selección de personal
6.2. Adquisición del espacio físico
6.3. Dotación instrumental
6.4. Desarrollo y control de los programas

7. Evaluación, control y reprogramación

7.1. Evaluación del proceso
7.1.1. De los objetivos
7.1.2. De las prioridades
7.1.3. De las estrategias
7.1.4. De la implementación
7.2. Evaluación del producto (resultados)
7.2.1. A corto plazo
7.2.2. A largo plazo
7.3. Reprogramación

La puesta en marcha de una posible red de hospitales de día requerirá previamente la experimentación en una o varias pruebas piloto para completar el diseño, analizar el funcionamiento y detectar los problemas que se pueden plantear en un futuro.

DISCUSION

S. ERILL: Ahora sí que estamos al final. Me parece que puede haber comentarios con respecto a la comunicación del Dr. Martínez Carretero, pero estoy seguro de que, por otra parte, él me perdonará si sugiero que además de estos comentarios, inmediatamente después entremos, si la gente está dispuesta y tiene ánimos, en una posible discusión global de la reunión de hoy.

J. SARABIA: Quería hacer tres intervenciones,

aprovechando esta oferta y centrarme en la comunicación del Dr. Martínez Carretero y entrar luego en un debate más general.

En los estudios sobre hospitalización a domicilio, campo en el que tenemos ya tres años y medio de experiencia, se deduce que se puede obtener, con igual calidad que en el hospital en determinados procesos, además de una rentabilidad social y clínica significativas, una sensible rentabilidad económica, tanto para procesos medicoquirúrgicos generales como en la atención a la enfermedad en fase terminal a través de cuidados médicos y de enfermería, y sociales, que se engloban en el término «cuidados paliativos». En determinados procesos quirúrgicos susceptibles de cirugía menor —hernias inguinales, principalmente— la reducción en el coste es hasta de un sexto respecto al coste hospitalario; estos procesos hoy suponen ocupación y estancias hospitalarias.

Respecto a la comunicación del Dr. López Timoneda, quiero apoyar la actividad del Hospital Clínico y exponer la experiencia que dentro del Hospital Provincial de Madrid tenemos en el seguimiento y tratamiento de pacientes a domicilio, en este caso neoplásicos, de la colocación de catéteres para el tratamiento del dolor. Este seguimiento lo hacemos en el domicilio del propio paciente a través de un equipo muy motivado, tanto en la parte de enfermería como en la parte médica.

Por último, me parece evidente que a lo largo de toda esta mesa redonda, se advierte una queja, a la cual me sumo de una manera constructiva, en cuanto a las administraciones del tipo que fueran, respecto al poco o nulo eco que se hacen de este tipo de experiencias. No obstante, yo creo que tal vez pueda no ser el más adecuado en hablar, porque en el Hospital Provincial de Madrid somos afortunados, en cuanto que existe un apoyo decidido y absoluto por parte de la administración de la propia institución, respecto al desarrollo de la experiencia de la hospitalización a domicilio y respecto a la experiencia del hospital de día psiquiátrico. Creemos que este apoyo hay que reclamarlo y que ésta es una ocasión formidable que se nos brinda.

Creo que no podemos, de ninguna manera, entrar en una situación pesimista. Es más, tengo optimismo grande aunque bien es verdad que no sabría justificar muy bien el porqué. En nuestra experiencia de tres años y medio en «hospitalización a domicilio» hemos demostrado la triple rentabilidad social, clínica y económica; sin embargo la administración —Insalud— aún no ha dado el respaldo oficial a esta modalidad alternativa hospitalaria. Todo el programa corre a cargo del Hospital Provincial, dependiente de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Creo que el Ministerio de Sanidad acabará apoyando este tipo de experiencias; es más, existe un compromiso del Sr. Ministro de Sanidad de apoyo decidido al hospital de día y a la hospitalización a domicilio (E. Lluch.-Política del Ministerio de Sanidad.- Serv.º Public. de M.º de Sanidad.- Madrid, 1983). Por otra parte existe otro compromiso político del gobierno merced al mandato del Senado de las Cortes Generales (mayo 1983) que ordena a la administración la creación de unidades de hospitalización a domicilio en los grandes hospitales del país. Y, finalmente, el partido que apoyó al actual gobierno, en su programa (de octubre 1982 de elecciones generales), apoya también la creación de unidades de hospital de día y a domicilio.

Yo creo que, en conjunto, no hay que ser pesimista, sino crear entre todos más actividades, porque hay una cierta desconfianza, que no sólo es de la administración, sino también de una gran parte del colectivo médico. Y quisiera que una de las conclusiones de esta mesa redonda, y así lo solicito, fuera, si es posible, la transmisión a las autoridades responsables, a nivel autonómico o estatal, el apoyo decidido ante las realidades de estas experiencias.

S. ERILL: Creo que quizás el Dr. Martínez Carretero tendrá algo que comentar.

J.M. MARTÍNEZ CARRETERO: Antes de venir se me ha hecho la recomendación, de que lleve las conclusiones de esta Mesa Redonda al servicio de asistencia hospitalaria, al Departamento de Sanidad, que están muy interesados en las conclusiones que salgan de aquí. O sea, que sí existe realmente este interés.

G. VERGER: Querría decir en primer lugar, que hemos metido en un mismo saco muchas cosas diferentes como la clínica del dolor, el hospital oncológico, y me parece que si continuamos por este camino, esto va a ir en contra de este tipo de asistencia que merece todo el apoyo. Por ejemplo, yo he tenido ocasión de seguir de cerca, más o menos, el «Centro de día de Psiquiatría» que ha expuesto el Dr. Costa Molinari, y puedo asegurar que es una institución que merece mucho apoyo, y que sin embargo, metida entre todos los otros tipos de hospitales de día, seguramen-

te se va a perder y va a ser la última en recibir alguna ayuda. Me parece que en esto ocurre como con otras cosas, al principio puede hablarse de reanimación o de infección hospitalaria, pero después, para precisar es mejor hablar de reanimación respiratoria, reanimación en quemados, o infección posquirúrgica, infección en quemados, etc.

Y en segundo lugar, cuando has hablado de proyectos de la administración autonómica, me parece que has dicho «estudiaremos esto para investigar rendimientos». ¿Es que no está estudiado esto? ¿Es que hemos de ser los primeros en empezar una investigación, como si nunca se hubiera hecho en el mundo? ¿No es mejor copiar, aunque seamos diferentes, que «inventar» otra vez? Yo no estoy en la contextura de decir que inventen ellos, pero si como habéis dicho, esto está ya lanzado, si los rusos en el año 1934 ya tenían estas inquietudes y habían puesto en marcha ciertos aspectos ¿no es mejor copiar un poco aunque no seamos exactamente iguales que ellos, que no empezar como si fuéramos los primeros?

J.M. MARTÍNEZ CARRETERO: Ya se han estudiado estos factores económicos, se ha hecho; incluso hay un informe sobre este tema. Pero no es que tengamos que estudiarlo, no quería decir esto; quería proponer aquí cómo se tenía que ver el hospital de día dentro del contexto del sistema sanitario; esto es lo que hay que estudiar, pero con respecto al coste es útil y vale la pena utilizarlo. Principalmente quería decir cómo se podía insertar dentro de los hospitales el hospital de cía.

J. COSTA MOLINARI: Quisiera apoyar la petición del Dr. Sarabia, que por otra parte, parece que está en el ánimo del Dr. Martínez Carretero el transmitir a los poderes públicos, a la Administración, a los que tienen poder decisorio, las necesidades e inquietudes que aquí se han puesto de manifiesto. Y quisiera que tuvieran en cuenta que son instituciones mucho más baratas y mucho más rentables desde el punto de vista social, porque hasta el momento presente ha habido una cierta negligencia, diría yo, por parte de la administración, y son un poco responsables de los grandes problemas con los que nosotros nos hemos podido encontrar.

Quisiera decir, que en lo que respecta al «Centro de día» al que yo hacía referencia, nos hemos encontrado con tres grandes problemas. El primero de ellos es que es un centro aislado, que está absolutamente al margen de cualquier tipo de planificación que por otra parte tampoco existe; es decir, está basado sobre el voluntarismo, con unos costos que gravitan sobre las economías de las familias, y que muchas de ellas no han podido gozar de los beneficios del funcionamiento de este centro. Y en último término, que no existe apenas ninguna ayuda económica, puesto que no son enfermos disminuidos físicos, tampoco se consideran disminuidos psíquicos porque la Administración, de una manera incomprensible, hace sinónima la disminución psíquica con la que se da en el oligofrénico, que tampoco lo son. Entonces no ha habido manera de convencer a los poderes públicos de que un enfermo que por motivos psiquiátricos tiene dificultades para poderse comportar y llevar una vida autónoma, sea considerado como disminuido psíquico. Este es uno de los tres grandes problemas con los que hemos tropezado. Yo le rogaría al Dr. Martínez Carretero que transmitiera esta inquietud.

J.M. MARTÍNEZ CARRETERO: Como muy bien sabe el Dr. Costa Molinari, la salud mental no es en este momento función de la Generalitat, no depende de nosotros, o sea que yo no puedo responderle. Un centro de disminuidos físicos, o de disminución psíquica, sí, porque entra dentro del área de servicios sociales y a eso podrían darle una respuesta más o menos satisfactoria; pero a la salud mental no, porque como sabe usted, no es en función del Departamento de Sanidad en este momento, y solamente existe una parte muy pequeña de la salud mental que está cubierta por la Seguridad Social.

No sé si con ello justifico un poco el que no se haya dado ningún soporte.

F. LÓPEZ TIMONEDA: Respecto a lo que ha dicho el Dr. Verger, no veo ningún inconveniente en que se comenten aquí diferentes tipos de hospitalización de día, al contrario; creo que no hay ningún médico aquí que domine todos los campos de la medicina.

Referente a la unidad del dolor, para que funcione y se pueda tratar correctamente al enfermo ambulante y que no ocupe camas, etc., debe haber un equipo multidisciplinario, donde deben colaborar el psiquiatra, el psicólogo, el oncólogo fundamentalmente; pero lo que no se puede hacer es decirle al enfermo que viene con cualquier tipo de dolor, después de haber esperado toda la mañana, que venga al día siguiente. Al hospital llegan muchos enfermos a la consulta de oncología, en este momento el dolor ya resulta insoporta-

ble para el enfermo, que ya viene automáticamente con su parte de consulta y se le realiza el tratamiento oportuno. El síntoma más importante por el que se guía el enfermo es el dolor, entonces el problema va a ser ése.

En cuanto a lo que decía el Dr. Sarabia, quiero decirle que el tratamiento ambulatorio del que hablo, es el tratamiento de asistencia a domicilio. Estoy de acuerdo en todo lo que él ha dicho, pero hay una cosa muy importante, y es que la colocación de reservorios o la utilización de técnicas especiales en la propia habitación del enfermo plantea problemas más complicados. Se tiene que desplazar el médico, se tiene que llevar un equipo, etc. Es mucho más fácil que ese enfermo llegue en una ambulancia a la unidad y allí se le realice el tratamiento adecuado y que luego se le vuelva a llevar otra vez a su domicilio. En nuestro caso disponemos de dos habitaciones y de una sala de bloqueos, donde disponemos de dos camas; el enfermo llega allí, se le aplica el tratamiento oportuno, se puede quedar tres o cuatro horas, cosa que resulta mucho más fácil que contar con un equipo de enfermería para ver a este tipo de paciente en la calle.

S. ERILL: Antes de darle la palabra al Dr. Sarabia otra vez, me parece que ha habido quizás una mala interpretación de las palabras del Dr. Verger, por lo menos en lo que hacía referencia a la hospitalización de día y, a la posibilidad de que al tratar en el mismo lugar y al mismo tiempo distintos aspectos de ésta, aquéllos con mayor atractivo, mayor solemnidad, o si se quiere incluso con mayor antigüedad, pudieran hacer pasar desapercibidas otras igualmente importantes.

G. VERGER: Quería decir exactamente esto. Si se trata en el mismo momento la clínica del dolor y la asistencia psiquiátrica, una pasará delante de la otra.

J. SARABIA: Tal vez no me he expresado bien. No se trata de hacer implantaciones de catéteres en la habitación del domicilio del paciente. Se hacen en el hospital, lógicamente. Me refiero al seguimiento a partir de este momento dentro del domicilio. Por otra parte, me permito pedirle al Dr. Martínez Carretero, que transmita esta solicitud al Sr. Ministro, que a buen seguro mostrará muy buena receptividad.

S. ERILL: Me parece que debería resultar obvio que el Dr. Martínez Carretero no está aquí en representación de la Generalitat de Catalunya, ni las Dras. Monedero y Echeverría como representantes personales de la Dirección General de Farmacia. La gente está aquí por diversas condiciones, que pueden incluir tanto su capacitación técnica como la posibilidad de exponer métodos que puedan ser del interés de otros o incluso de aprender por analogía. Lo digo, porque no debería parecer que aquí hay una representación del Gobierno Autónomo de Cataluña y en cambio que falta una representación del Gobierno Central.

A. ECHEVERRIA: Creo que se han comentado aspectos de interés para una planificación sanitaria y yo transmitiré estas conclusiones y la preocupación del Dr. Sarabia, a la Dirección General que le corresponda, como me parece que es lógico.

M. CASAS: Volviendo un poco a lo que se está discutiendo sobre el hospital de día psiquiátrico, ha habido un momento en la pregunta del Dr. Vallvé, que me ha sugerido algo que me hubiera gustado aclarar entonces. Ha preguntado qué cantidad de pacientes venían al hospital de día, que estaba suponiendo que era un hospital de día completamente monitorizado psicofarmacológicamente.

La psicoterapia biológica, que se fundamenta, o se quiere fundamentar en unos criterios científicos de la psiquiatría, no es una psiquiatría que se olvide del paciente; no vamos recetando pastillas, ni tampoco los tratamos a patadas. Yo diría que es al revés. La psiquiatría biológica dentro de las escuelas psiquiátricas, es quizá la psiquiatría que más habla con el paciente, la que más está con el paciente, la que mejor le trata y que menos distante es del paciente. En nuestro hospital de día, creo que están muy bien tratados y que hay muy poca pérdida de pacientes. Hay que olvidar un poco la sensación que había de que la psiquiatría biológica y la psicofarmacología implican distanciamiento, porque es exactamente al contrario.

F. LÓPEZ TIMONEDA: Como médico, me preocupa un tanto ver cómo todos nos desviamos al problema económico. Creo que lo que tenemos que hacer es mejorar la calidad de vida, que el paciente muera en paz y lo más dignamente posible. Es nuestra misión. Que si cuesta más o menos... Debemos elegir lo mejor para el paciente. Nada más.

J.M. MARTÍNEZ CARRETERO: Como médico estoy de acuerdo contigo. Pero tienes que pensar que los recursos son limitados y sobre todo en un momento como el actual donde la crisis económica es importante. Si tú dijeras:

«bueno, yo tengo un dinero a mi disposición y utilizo lo mejor para el paciente», todo el mundo tan contento, pero ese dinero va a desaparecer de otros programas, o de otras instituciones prioritarias. Estoy de acuerdo contigo como médico, pero nosotros, como profesionales, tenemos que darnos cuenta de que creamos un gasto económico, que los presupuestos son limitados, y que el hecho de hacer una actividad profesional significa que automáticamente se deja de hacer otra actividad sanitaria y/o social. De eso debemos ser muy conscientes, porque nosotros mismos tenemos que darnos cuenta de las prioridades sanitarias.

S. ERILL: Me he referido hace un momento a que nadie había sido invitado aquí en representación de nada y es porque había desde el principio, el deseo de hacer una reunión para discusión técnica, en la que se presentaran realidades, proyectos, inquietudes, etc., pero en ningún momento se pretendía hacer una reunión política.

Ahora bien, es evidente, y el Dr. Sarabia ha sido uno de los que lo han expresado entre otras muchas intervenciones, que lo que se ha dicho aquí interesa a las autoridades sanitarias, interesa a nivel central, interesa a nivel regional, y este hecho no puede pasar desapercibido. Creo que la forma ideal de transmitir las conclusiones, las discusiones, etc., en suma, el contenido de la reunión, es hacerles llegar lo que va a ser la monografía número uno de la serie de monografías de la Fundación Dr. Antonio Esteve.

En nombre de la Fundación Dr. Antonio Esteve quiero expresar el agradecimiento hacia todos los que han participado, porque creo que han contribuido a que el hospital de día, y particularmente la vertiente terapéutica del hospital de día, haya tenido en la mente de todos nosotros y probablemente dentro de poco en la mente de aquellos que tienen poder, una trascendencia mayor que la que tenía justo ayer. Muchas gracias.

FUNDACION DR. ANTONIO ESTEVE