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.