

---

# 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 necesiten 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 afectados 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 médula 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.

## BIBLIOGRAFÍA

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». *Syllabus IV Corso Oncologia Medica*, 1978.
3. CAWLEY D. and KELLY C.: «Day care complements hospitalization». *Hospitals*, J.A.H.A. October 1978, Vol. 52, pág: 141-144.
4. CORBELLINI, R.: «Aspetti organizzativi del day-hospital.» *Syllabus 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.

## DISCUSIÓN

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<sup>2</sup>, 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. ESTAPE: 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. GALÁN: 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. ESTAPE: 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.