
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, anti-diabéticos 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 N.º 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 computarizados 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 términos:

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 podríamos «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 domiciliar 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 padece 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?

BIBLIOGRAFÍA

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 Systems, pancreas and islet Trasplantation. Igl. Austria, febrero 6-8, 1983.
4. Long-term effects of glipizide on glicemia, HbA_{1c}, levels alfa and deta-cell pancreatic activities and Insulinerythrocyte 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 necesi-

dad 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. En-

tonces 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.