

EL HOSPITAL DE DÍA Y LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y LA PALIACIÓN

M^a D. De Damborenea

Introducción

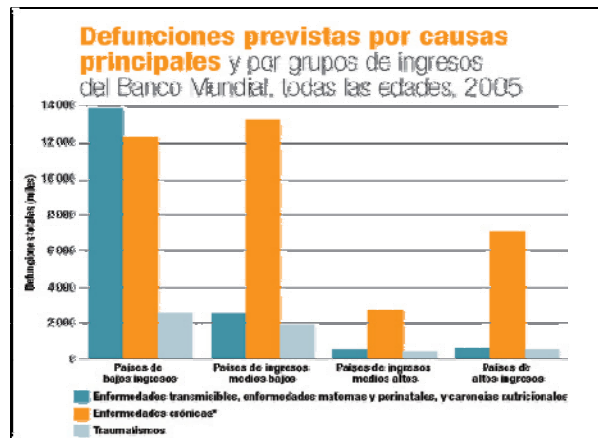
A lo largo de nuestra vida sólo hay un hecho cierto que nos va a ocurrir y es que vamos a morir y a pesar de ello, a través de los siglos, la humanidad ha temido a la muerte y ha procurado alejarse de ella evitando su contacto.

Aún en la actualidad, vivimos en una sociedad que ha sido educada para la vida y se obvia el tema de la muerte. Incluso a los médicos se les prepara para curar pero no se les adiestra para tratar cuando ya no se puede curar, aunque afortunadamente esto parece que empieza a cambiar.

A lo largo de la historia, la atención al paciente terminal se ha ido realizando en centros, por lo general benéficos, donde se les daba cobijo con un fin simplemente humanitario, y no es hasta la mitad del siglo XX cuando se inicia un movimiento de atención y se formula un tipo de cuidados dirigido a proporcionar bienestar y soporte al paciente y a la familia en la fase final de la enfermedad. En nuestro país la atención al paciente terminal ha pasado a ser una prioridad sanitaria, pero aún no podemos decir que esté definitivamente organizada, aunque contempla todas las posibilidades de asistencia: hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria, haciendo hincapié en que el domicilio del paciente que debe ser el lugar de elección tanto para el control clínico como para el fallecimiento cuando así lo deseen tanto el paciente como la familia.

Antes de determinar qué papel juegan los Hospitales de Día y la Hospitalización a Domicilio en el circuito de atención a los pacientes de Cuidados Paliativos, es necesario hacer un recordatorio de algunos datos de interés.

- Por un lado tenemos los datos de causas de mortalidad a nivel mundial



- Según datos de la OMS, en 2005 las enfermedades crónicas causaron el 60% de las defunciones en todo el mundo y para 2020 ese porcentaje será del 75.
- Si damos un repaso a la situación de los pacientes diagnosticados de cáncer, nos encontramos que en 2003 el 71% de los niños, el 56% de las mujeres y el 44% de los hombres habían sobrevivido a los 5 años.
- Gracias a los avances médicos se calcula que para 2020, en la población adulta, la supervivencia a los 5 años de los pacientes diagnosticados de cáncer, será del 66% y del 50% a los 10 años.

- y por otro el grado de longevidad alcanzado:

- La esperanza de vida en nuestro medio sigue en aumento, previendo que para el 2010 será de 87 años para las mujeres y de 83 para los varones.
- En datos del EUSTAT en 2006, el 17,57% de la población de la CAV era mayor de 65 años
- En 2040 el 30% de la población será mayor de 65 años.

Esto quiere decir que gracias a los avances científicos, tecnológicos y sociales, se produce un gran aumento de la esperanza de vida y el cronicismo de muchas enfermedades, incluido el cáncer, lo que condiciona que los pacientes con cáncer u otras patologías mortales estén aumentando considerablemente y que deben ser atendidos en forma adecuada a lo largo de su proceso y cuando se encuentren en la fase final de su enfermedad.

Los Cuidados Paliativos

La definición dada en 1990 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los Cuidados Paliativos: «*El cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y la atención de problemas psicológicos, sociales y espirituales*», se vio posteriormente ampliada con el siguiente enunciado:

«Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales».

Esta definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.

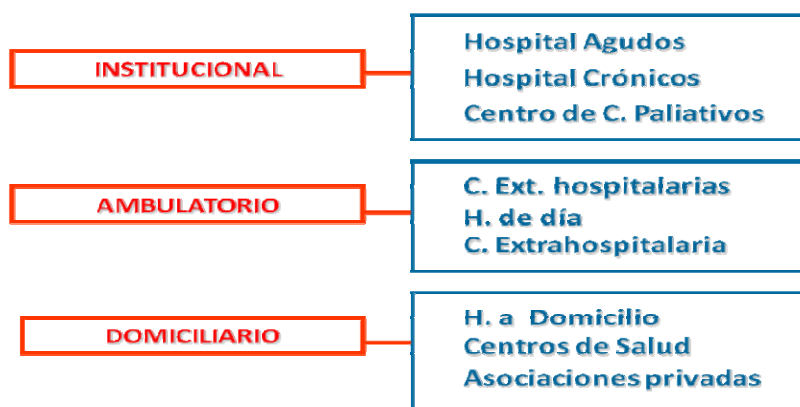
Destaca además, que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

Bajo estas premisas, en todos los países desarrollados está legislada la atención a los pacientes de Cuidados Paliativos. En nuestro país tenemos un ***Plan Nacional de Cuidados Paliativos*** donde se dan las indicaciones pertinentes para la atención a estos pacientes, completado con ***La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud***, donde se analiza la situación del arte en España y se plantean objetivos y recomendaciones en cuanto a la Atención Integral, la Organización y Coordinación, así como relativas a la Autonomía del paciente, la Formación del personal implicado y la Investigación. Además está publicada la ***Cartera de Servicios Comunes en el Sistema Nacional de Salud*** en la que se incluye, como no podía ser de otra forma, la atención paliativa a los enfermos terminales, así como la asistencia especializada en los hospitales de día y la hospitalización a domicilio.



Aún así, a pesar de los 40 años de historia (Cecily Saunders 1.967) y de todas las publicaciones relacionadas con este campo, y aún de la legislación, en nuestro medio sigue sometido a debate en el entorno sanitario qué modalidades asistenciales es necesario desarrollar y cómo coordinarlas para que la atención sea integral y continuada.

La atención a los pacientes terminales está establecida a tres niveles:



En todos ellos, en un momento determinado, se pueden proporcionar los cuidados necesarios, pero no existe un verdadero circuito asistencial establecido ni una coordinación plausible. Cada nivel pretende ser suficiente sin contar con los demás, hasta que la situación le desborda, y sin tener en cuenta que para una buena atención a este tipo de pacientes no solo es necesario tener **Formación y Experiencia**, sino que es imprescindible la **Coordinación**, y que se debe tender a aplicar **Cuidados Continuos** desde el inicio del proceso.

Las fases de atención al paciente terminal

Hablando desde la experiencia de atender a más de 500 pacientes/año en situación terminal, comprobamos que el paciente afecto de una enfermedad irreversible pasa por tres etapas bien definidas:

1ª Etapa: Actuaciones intensas

Tras la detección de la enfermedad, se utilizan todas las posibilidades diagnóstico terapéuticas así como, en cada momento, todas las áreas asistenciales disponibles:

- Hospitalización
- Unidades de Corta estancia
- Hospitales de Día
- Consultas Externas
- Hospitalización a Domicilio

2ª etapa: Actuaciones medias

El paciente sigue el tratamiento establecido en su momento y es atendido generalmente de forma ambulatoria, de las incidencias que puntualmente pudieran presentarse. Se utilizan principalmente:

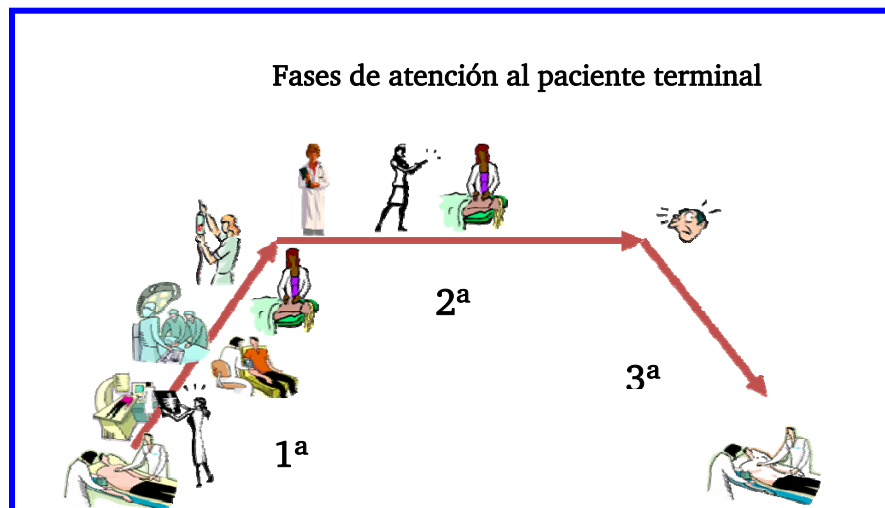
- Consultas Externas
- Hospitales de Día
- Hospitalización a Domicilio
- Hospitalización puntual

3ª etapa: Actuaciones mínimas

En un momento determinado, al paciente y/o a una familia perpleja, se les anuncia el fin de las actuaciones terapéuticas y el comienzo de los “Cuidados Paliativos”.

Las áreas de atención serán:

- Consultas Externas hospitalarias
- Consultas en A. Primaria
- Urgencias hospitalarias
- Hospitalización a Domicilio
- Centro de C. Paliativos en fase muy avanzada de la enfermedad



Como hemos visto, el inicio de los Cuidados Paliativos se realiza en la práctica, en la 3º etapa del proceso, cuando las actuaciones terapéuticas son mínimas y dándose además, por lo general, dos condicionantes:

- Escasa Información al paciente y/o familia
- Mala o nula coordinación entre niveles asistenciales

Cada nivel asistencial proporciona un tipo de cuidados en función de posibilidades terapéuticas y situación clínica del paciente y, entre estos niveles, vamos a ver qué papel juegan los hospitales de día y la hospitalización a domicilio.

¿Qué es un hospital de día?

Los hospitales de día, tanto médicos como quirúrgicos, son unidades de Enfermería con horario de funcionamiento de mañana y tarde, donde un paciente cuya calidad de vida lo permita, acude para determinados tratamientos o técnicas que han sido indicadas por el médico tratante, que es generalmente el que sigue su proceso en las Consultas Externas del Hospital.

En las fases de cuidados intensos o medios, el hospital de día médico se utiliza principalmente para:

- Tratamientos quimioterápicos
- Otros tratamientos endovenosos

Y en fases más avanzadas de la enfermedad, además para realización de:

- Técnicas terapéuticas (Toracocentesis o paracentesis)
- Transfusiones de sangre o derivados

Si surgiera alguna incidencia durante la aplicación del tratamiento, el médico responsable es localizado en el hospital para hacerse cargo de la situación.

En los hospitales de día quirúrgicos se realizan pequeñas intervenciones como:

- Colocación de reservorios
- Realización de traqueotomías
- Otras intervenciones menores

Esta modalidad de asistencia tiene la ventaja de permitir al paciente continuar con su vida normal y no necesitar el ingreso hospitalario que en caso contrario sería totalmente inevitable.

El inconveniente principal es que no está abierta a profesionales externos al hospital, por lo que cuando un paciente que está siendo controlado por su médico de cabecera necesita una actuación puntual que podría ser realizada en el hospital de día, debe ser remitido al Servicio de Urgencias del hospital o proceder al ingreso hospitalario.

¿Qué es la hospitalización a Domicilio?

Es una forma de asistencia que tiene como fin acortar o evitar las estancias de un paciente en el hospital. Mientras el paciente es atendido en su domicilio sus necesidades sanitarias son cubiertas desde el hospital.

Las prestaciones que se ofrecen en el domicilio son:

- Visitas médicas y de enfermería los 365 días del año
- Suministro de medicación y material sanitario
- Tratamientos intravenosos, intramusculares o subcutáneos
- Curas de heridas. Manejo de drenajes
- Colocación y retirada de sondas
- Bombas de perfusión, infusores y catéteres venosos
- Alimentación Enteral / Parenteral
- Extracciones analíticas y toma de muestras (cultivos)
- Electrocardiogramas. Pulsioximetría
- Oxigenoterapia y ventiloterapia
- Citación de pruebas complementarias de imagen en el hospital
- Transfusión de sangre y hemoderivados
- Paracentesis evacuadoras
- Toracocentesis paliativa
- Educación sanitaria

Como vemos, las posibilidades diagnóstico-terapéuticas ofrecidas permiten la atención de una amplia gama de patologías. Si nos referimos sólo a los pacientes terminales la pregunta es: ¿Qué les puede ofrecer la Hospitalización a Domicilio?, la respuesta la podemos resumir en cuatro puntos:

1. La posibilidad de mantener al paciente en su entorno

Siempre que la situación socio-familiar lo permita, la atención en el propio domicilio es la situación ideal, ya que se permite que el paciente esté rodeado de sus seres queridos y estar instalado en el lugar donde sus recuerdos tienen sentido.

Todos los programas de atención en Cuidados Paliativos enfatizan la conveniencia de mantener al paciente en el domicilio, situación que a veces no es posible mantener por una falta de recursos, formación u organización.

2. El ofrecimiento de una asistencia sanitaria de calidad

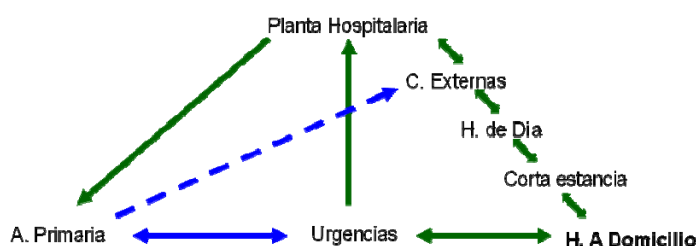
El Servicio de Hospitalización a Domicilio está compuesto por médicos especialistas y personal de enfermería de alta cualificación y experiencia. Todos están formados en Cuidados Paliativos, y aunque la actividad de estos Servicios no va enfocada exclusivamente a la atención a los pacientes terminales, gran parte de su labor asistencial está dedicada a ello

3. Conexión con el especialista adecuado en el momento preciso

La ventaja que tiene la Hospitalización a Domicilio es que, al ser un Servicio asistencial más del hospital, la conexión con el resto de especialistas es inmediata, y además, al estar considerados sus pacientes como “*paciente ingresado en el hospital*” el acceso a la realización de pruebas complementarias, consultas, etc. es inmediato. Esto permite resolver situaciones puntuales cuando sea necesario, desplazando al paciente en ambulancia al hospital y regresando a su domicilio una vez resuelto el problema que generó el traslado al hospital.

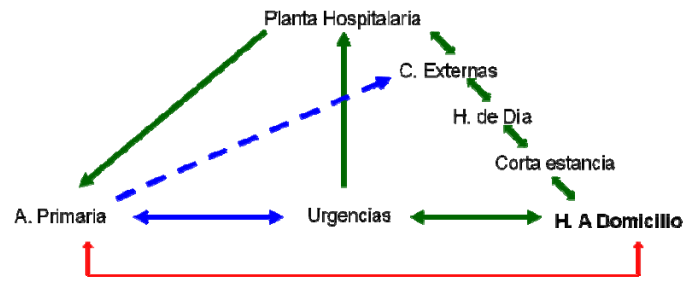
4. Servir de “puente” entre A. Primaria y hospital

El esquema de derivación e intercomunicación cuando un paciente es dado de alta del hospital es como sigue:



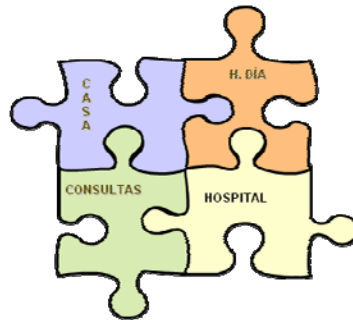
Vemos que todas las áreas asistenciales del hospital están de una u otra forma en conexión y sin embargo desde A. Primaria solo es posible remitir pacientes al Sº de Urgencias del hospital y ocasionalmente a alguna consulta externa.

Si este esquema lo complementamos con un enlace entre A. Primaria y Hospitalización a Domicilio, habremos cerrado un circuito a través del cual se acerca el hospital, con todas sus posibilidades, a la A. Primaria



Por todo ello la Hospitalización a Domicilio se revela como una opción a tener muy en cuenta a la hora de planificar los Cuidados Continuos.

Para finalizar quiero resaltar que todos los niveles asistenciales son necesarios en el proceso de atención a los pacientes terminales y que lo fundamental es que exista una buena coordinación entre todos ellos que favorezca la mejor atención posible y la pluralidad disciplinar que se requiera en cada momento,



sin olvidar que cuando el paciente es tratado en el domicilio, el equipo asistencial está formado por: **Médico – Enfermería - Familia** y que **cada trabajador sanitario tiene su misión en un momento dado del proceso.**
