

Ingresar a un hospital puede ser un fracaso para algunos pacientes

Guillermo J Ruiz-Argüelles

Siempre he considerado que internar a un paciente en el hospital puede ser un fracaso. Durante más de 30 años de practicar la medicina privada me he esforzado para evitar internamientos innecesarios de pacientes con diversos tipos de enfermedades. Con esta idea en mente, nosotros y el grupo de David Gómez-Almaguer en Monterrey, hemos podido demostrar que es posible administrar fuera del hospital: quimioterapia no mieloablativa¹ o mieloablativa,^{2,3} hacer trasplantes de células hematopoyéticas autólogas³⁻⁵ y trasplantes de células hematopoyéticas alogénicas.^{3,6-8} En estas condiciones, nuestra conducta en relación con las necesidades de internar a los pacientes se limita a admitirlos sólo cuando hay alguna complicación, es decir, cuando hemos sido insuficientes en nuestro intento de mantenerlos fuera del hospital. Por ello, internar a un paciente es una evidencia de las limitaciones de nuestra conducta terapéutica, por lo que internar a un paciente en el hospital pudiera ser la evidencia de un fracaso, como lo señala el título de este ensayo.

Es muy claro que los hospitales son sitios inadecuados para la mayoría de los pacientes. Mantener lejos de los

hospitales a los pacientes con citopenias graves, como frecuentemente ocurre en los tratamientos hematológicos u oncológicos, no sólo es posible sino deseable.^{2, 9-10} En los hospitales, los pacientes citopénicos adquieren infecciones más graves y por gérmenes más resistentes que las adquiridas en la comunidad: en consecuencia, su morbilidad y mortalidad son mucho mayores.^{2, 9-10} Esto, que parece una verdad de Perogrullo, se ha demostrado no sólo en nuestro país, sino en otros países del mundo desarrollado.¹¹⁻¹³ Además de las complicaciones infecciosas, otras complicaciones como la enfermedad de injerto contra huésped aguda y crónica, son más frecuentes y más graves si los trasplantes alogénicos se llevan a cabo dentro de los hospitales.^{9,10} Tener que internar a un paciente trasplantado es admitir el fracaso de nuestra terapéutica extrahospitalaria y, además, es exponerlo a complicaciones nosocomiales mucho más graves.

Sin embargo, en la práctica actual de la medicina, permeada y envenenada por la dicotomía, una de las más grandes vergüenzas de la práctica médica actual y los intereses meramente económicos, las razones injustificadas para internar a los pacientes son cada vez más frecuentes y jamás toman en cuenta su bienestar, sino los intereses económicos de los médicos, de los hospitales, de las compañías aseguradoras, etc. A continuación enumero algunas de las razones discutibles que, con mucha frecuencia, se esgrimen hoy en día para internar pacientes y que yo he podido advertir después de trabajar más de 30 años en la medicina privada:

- a) Si no internas al paciente, la aseguradora no le paga la quimioterapia, aún cuando no sea mieloablativa. *Es lamentable advertir que algunos pacientes son admitidos al hospital varios días sólo para inyectarles dexametasona intravenosa. Es más caro y peligroso administrar quimioterapias dentro de*

Director General del Centro de Hematología y Medicina Interna de Puebla.

Correspondencia: Dr. Guillermo Ruiz-Argüelles
8B Sur 3710
72530 Puebla, Puebla, México
gruiz1@clinicaruiz.com

Debe citarse como: Ruiz-Argüelles G. Ingresar a un hospital puede ser un fracaso para algunos pacientes. Rev Hematol Mex 2013;14:182-184.

los hospitales.^{2,3} Las compañías aseguradoras les pagan a los médicos y a los hospitales la aplicación de quimioterapias, que las más de las veces son administradas por las enfermeras.

- b) Hay que internar al paciente para “estudiarlo”... y exponerlo a complicaciones nosocomiales; con los métodos diagnósticos actuales esto no es una necesidad.
- c) Si no internas suficientes pacientes te voy a tener que subir el costo de la renta de tu consultorio. ¿... será cierto? o... ¿es una leyenda urbana?
- d) En el hospital el paciente está más seguro... más seguro es que adquiera una infección nosocomial.^{2,3}
- e) Como ya se construyó en el hospital una “unidad de trasplantes” con aislamiento, presión positiva y flujo laminar, debemos amortizarla y mantener en esas unidades a pacientes por periodos largos. Después de muchos años de trabajo y de haber trasplantado a más de 400 pacientes fuera del hospital, es claro que esas unidades no son estrictamente necesarias para trasplantar células hematopoyéticas autólogas, alogénicas ni haploidénticas.^{14,14} Es aún peor advertir cómo en esas unidades se internan pacientes que van a recibir quimioterapias que ni siquiera son mieloablativas, para usarlas, para amortizarlas.
- f) Si interno a varios pacientes en un mismo hospital me será más fácil pasar visita. Cómodo para el médico... ¿y el paciente?

También claro que, además de las razones o complicaciones médicas que obligan a un médico a admitir a un paciente al hospital (empleo de quimioterapia en infusión continua, fiebre neutropénica, mucositis grave, náusea o vómito incoercibles, etc.), existen razones no médicas válidas para internar pacientes: en la medicina social es frecuente tener que admitir pacientes al hospital por la lejanía de su sitio de residencia, por su incapacidad para encontrar alojamiento en la ciudad donde se lleva a cabo el tratamiento, por el nivel socio cultural de quien (es) cuida (n) al paciente, etc.;³ sin embargo, en la medicina privada este tipo de razones son realmente excepcionales.

Es lamentable advertir que, sobre todo en la práctica de la medicina privada en nuestro país, las razones principales para admitir a los pacientes onco-hematológicos en los hospitales no son médicas y sí tendientes a engorzar el bolsillo de los médicos, hospitales, aseguradoras,

administradores de servicios de salud, etc. Sirvan estas líneas para llamar la atención acerca de los riesgos de otra conducta innecesaria en la que los médicos nos seguimos involucrando.¹⁶

Admitir a un paciente al hospital puede ser, para algunos, un fracaso médico y económico.

REFERENCIAS

1. Ruiz-Argüelles GJ, Lobato-Mendizábal E, Delgado-Lamas JL, Gómez-Almaguer D. All trans-retinoic acid decreases early mortality in patients with promyelocytic leukemia and can be given entirely on an outpatient basis. *Am J Hematol* 1999;62:139-143.
2. Ruiz-Argüelles GJ, Apreza-Molina MG, Alemán-Hoey DD, Gómez-Almaguer D, Marín-López A, Mercado-Díaz L. Outpatient supportive therapy after induction to remission therapy in adult acute myelogenous leukaemia (AML) is feasible: A multicentre study. *Eur J Haematol* 1995;54:18-20.
3. Ruiz-Argüelles GJ. Outpatient programs of myeloablative chemotherapy, autologous and allogeneic bone marrow transplantation. *Haematologica* 2000;85:1233-1234.
4. Ruiz-Argüelles GJ, Ruiz-Argüelles A, Pérez-Romano B, Marín-López A, Delgado-Lamas JL. Non-cryopreserved peripheral blood stem cells autotransplants for hematological malignancies can be performed entirely on an outpatient basis. *Am J Hematol* 1998;58:161-164.
5. López-Otero A, Ruiz-Delgado GJ, Ruiz-Argüelles GJ. A simplified method for stem cell autografting in multiple myeloma: A single institution experience. *Bone Marrow Transplant* 2009;44:715-719.
6. Gómez-Almaguer D, Ruiz-Argüelles GJ, Ruiz-Argüelles A, González-Llano O, Cantú OE, Hernández NE. Hematopoietic stem cell allografts using a non-myeloablative conditioning regimen can be safely performed on an outpatient basis. *Bone Marrow Transpl* 2000;25:131-133.
7. Ruiz-Argüelles GJ, Gómez-Almaguer D, Ruiz-Argüelles A, González-Llano O, Cantú OG, Jaime-Pérez JC. Results of an outpatient-based stem cell allotransplant program using non-myeloablative conditioning regimens. *Am J Hematol* 2001;66:241-244.
8. Cantú-Rodríguez OG, Gutiérrez-Aguirre CH, González-Llano O, Mancías-Guerra C, Jaime-Pérez JC, Tarín-Arzaga LC, Ruiz-Delgado GJ, Sandoval-Villa CC, Marfil-Rivera J, Morales-Toquero A, Ruiz-Argüelles GJ, Gómez-Almaguer D. Outpatient allografting using non-myeloablative conditioning: The Mexican experience. *Bone Marrow Transplant* 2007;40:119-123.
9. Cantú-Rodríguez OG, Gutiérrez-Aguirre CH, Jaime-Pérez JC, Treviño-Montemayor OR, Martínez-Cabriales SA, Gómez-Peña A, López-Otero A, Ruiz-Delgado GJ, González-Llano O, Mancías-Guerra MC, Tarín-Arzaga LC, Rodríguez-Romo LN, Ruiz-Argüelles GJ, Gómez-Almaguer D. Low incidence and severity of graft-versus-host disease after outpatient allogeneic peripheral blood stem cell transplantation employing a reduced-intensity conditioning. *Eur J Haematol* 2011;87:521-530.

10. Ruiz-Argüelles GJ, Gómez-Almaguer D.: Editorial: Allografting on outpatient basis can decrease GVHD prevalence and severity. *Hem Onc Today* 2012; Aug. 25:8.
11. Svahn BM, Ringden O, Remberger M. Long-term follow-up of patients treated at home during the pancytopenic phase after allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant* 2005;36:511-516.
12. Petersen SL, Madsen HO, Ryder LP, Svejgaard A, Jakobsen BK, Sengelov H, et al. Haematopoietic stem cell transplantation with non-myeloablative conditioning in the outpatient setting: results, complications and admission requirements in a single institution. *Br J Haematol* 2004;125:225-231.
13. Ringden O, Remberger M, Holmberg K, Edeskog C, Wikström M, Eriksson B, Finnbogadottir S, Fransson K, Milosavljevic R, Omazic B, Svenberg P, Mattsson J, Svahn BM. Many days at home during neutropenia after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation correlates with low incidence of acute graft-versus-host disease. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2013 Feb;19(2):314-20.
14. Ruiz-Delgado GJ, Ruiz-Argüelles GJ. A Mexican way to cope with stem cell transplantation. *Hematology* 2012;17(Suppl 1):195-197.
15. González-Llano O, Rodríguez-Romo LN, Mancías-Guerra MD, Tarín-Arzaga L, Jaime-Pérez JC, Herrera-Garza JL, Cantú-Rodríguez OG, Gutiérrez-Aguirre CH, García-Sepúlveda RD, García-Marín AY, Villarreal-Martínez L, Salazar-Riojas MD, Gómez-Almaguer D. Feasibility of an outpatient HLA haploidentical stem cell transplantation program in children using a reduced-intensity conditioning regimen and CD3-CD19 depletion. *Hematology* 2013 Apr 18. [Epub ahead of print]
16. Ruiz-Argüelles GJ. ¿Por qué los médicos seguimos haciendo cosas innecesarias? Algunas reflexiones con sesgo hematológico. *Rev Hematol Méx* 2012;13:43-44.