

HOSPITALES DE DÍA: RECOMENDACIONES SEGÚN CONSENSO NACIONAL SEOM MADRID Marzo 2006

Ana M^a Casas Fernández de Tejerina, José Andrés Moreno Nogueira
Servicio de Oncología Médica.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

COORDINADOR DEL GRUPO DE EXPERTOS
Hernán Cortés-Funes
Servicio de Oncología Médica.
Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

GRUPO DE EXPERTOS
Daniel Almenar, Antonio Antón, Enrique Aranda, Manuel Benavides,
Carlos Camps, Ana M^a Casas Fernández de Tejerina, Ramón Colomer,
Manuel Constenla, Enriqueta Felip, Pilar Garrido, Pere Gascón,
Vicente Guillen, José Andrés Moreno Nogueira, Josep Piera, Julio Rifá.

INTRODUCCIÓN

Creación y desarrollo de los hospitales de día oncológicos en el ámbito de la oncología médica

En los últimos años se han producido cambios importantes en la estrategia de atención a los pacientes con cáncer que incluyen nuevos modelos de gestión asistencial. Ello es especialmente relevante en la asistencia ambulatoria donde cobran un gran protagonismo los Hospitales de Día en Oncología Médica (HDOM).

Este especial protagonismo de los HDOM ha sido propiciado por diferentes factores. Cabe destacar entre otros, la creciente disponibilidad de fármacos antineoplásicos, el mayor nivel de autonomía de los pacientes y su demanda de atención personalizada, el envejecimiento de la población que está determinando un aumento de la incidencia de diversos tipos de tumores con indicación de tratamiento oncológico, la necesidad de ponderar los beneficios (eficacia) y los



riesgos (toxicidad) de las alternativas disponibles así como el coste para los pacientes (trastornos personales y familiares, cargas adicionales, etc.) y para la sociedad. A lo anterior, se une la necesidad de contención del gasto sanitario con el desarrollo de fórmulas organizativas que impliquen un menor consumo de recursos asistenciales.

El Hospital de Día Oncológico (HDOM) es un dispositivo asistencial hospitalario que ofrece en régimen ambulatorio una amplia oferta de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Permite al paciente recibir una atención especializada y técnicamente cualificada sin necesidad de quedar ingresado en el hospital. Los HDO constituyen hoy mucho más que un entorno para la administración de quimioterapia intravenosa. Sus actividades incluyen extracciones de sangre, mantenimiento de catéteres, realización de curas, actos asistenciales tales como toracentesis, paracentesis, punciones lumbares etc.,

El HDOM ha demostrado sus beneficios asistenciales y su rentabilidad social, mejorando la calidad de vida del paciente con cáncer y disminuyendo los costes propios de la estancia hospitalaria tradicional. El HDOM, al manejar de forma ambulatoria algunos procesos que clásicamente han requerido ingreso hospitalario, permite:

- Mejorar la calidad de vida en los pacientes con enfermedad avanzada
- Disminuir la presión asistencial en la hospitalización
- Disminuir el gasto sanitario
- Minimizar el aislamiento social y familiar asociado a la hospitalización
- Compatibilizar, en bastantes ocasiones, el estado de la enfermedad con la actividad laboral.

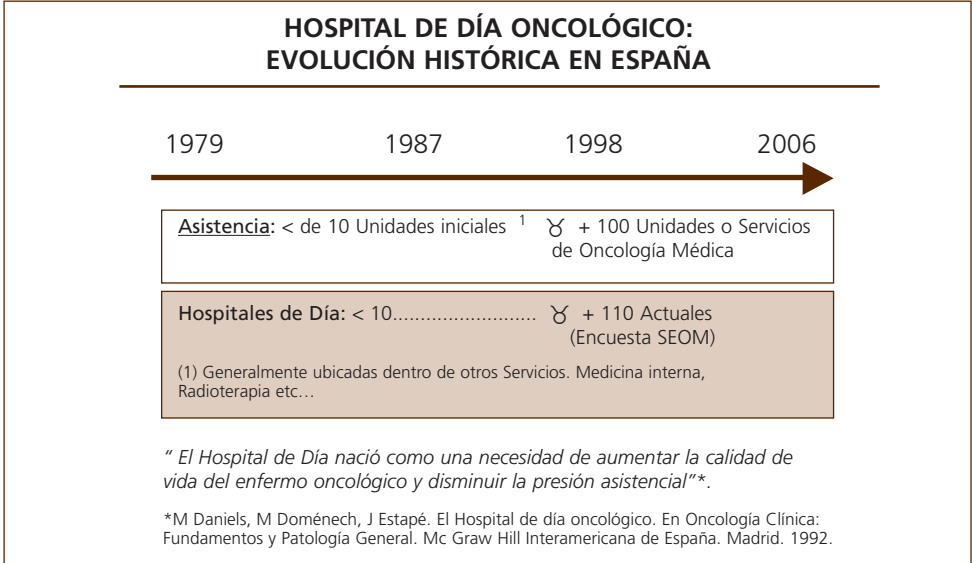
El desarrollo de la Oncología Médica (OM) en las últimas tres décadas está vinculado a la historia de los Hospitales de Día. En la actualidad, no puede concebirse la OM sin la existencia de los HDOM, dispositivo dónde llegan a administrarse más del 85% de los tratamientos oncológicos.

Sin embargo, y a pesar de su relevancia en la asistencia oncológica, la situación actual de los HDO es muy heterogénea. Su desarrollo en mayor o menor grado y sus características han dependido de la demanda asistencial, de los recursos existentes en cada hospital y/o de las decisiones estratégicas de las direcciones y gerencias en cada hospital.



En los años 70 y 80, las actividades del HDO eran realizadas directamente en las habitaciones del área de hospitalización o en consultas adaptadas. En los años 90, se remodelan zonas más amplias y cercanas a las Consultas Externas. A partir del año 2000, se inicia la construcción de áreas específicamente dotadas para utilizar como HDOM y espacios diseñados y adecuados a su función (figura 1).

Figura 1. Evolución histórica de la Oncología Médica y de los Hospitales de Día



La Oncología Médica es una de las Especialidades de la Medicina con mayores avances en la gestión del conocimiento explícito que están revolucionando el área del diagnóstico del cáncer (Biología Molecular, Diagnóstico por Imagen, etc.) y que ya comienzan a tener repercusiones selectivas muy importantes en el tratamiento. Los contenidos de la Especialidad de Oncología Médica recogidos en la legislación actual (Orden SCO/3370/2006 de Octubre, de 2006 y sus contenidos formativos capacitan al especialista para la evaluación y el tratamiento médico de los pacientes con cáncer y especializan en la atención del enfermo con cáncer como un "todo".

Su objetivo es la asistencia médica del paciente desde el diagnóstico, la elección del mejor tratamiento y su seguimiento. Todo ello exige una especial competencia en el manejo de los fármacos antineoplásicos con amplios conocimientos en farmacología, interacciones de medicamentos y toxicidades. Cada vez se da una mayor atención al pronóstico (clínico, patológico y



genético-molecular) y se utilizan tratamientos más complejos (Quimioterapia y Hormonoterapia, en monoterapia ó en combinación, nuevas dianas moleculares, farmacogenómica, identificación de respondedores, etc.,).

El oncólogo médico atiende también la patología asociada a la enfermedad y las complicaciones derivadas del tratamiento y establece una colaboración activa en el apoyo emocional, social y psicológico a los pacientes y familiares.

Todo ello, lleva a un aumento del número de pacientes para ser atendidos por Oncología Médica, una mayor complejidad asistencial, mayor tiempo de consulta por paciente y necesidad de superespecialización, no sólo del oncólogo, sino también de todos los profesionales que atienden al paciente oncológico y un progresivo incremento de tratamientos oncológicos.

PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO: ESTUDIOS REALIZADOS, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

En los años 2004 y 2005, con el propósito de obtener una visión lo más completa posible y analizar la situación en España de los Hospitales de Día en Oncología Médica, la SEOM realizó un estudio de campo en los Hospitales del Sistema Sanitario Público. Se remitieron un total de 127 encuestas para obtener información sobre sus recursos, actividad, procedimientos y gestión. Otro Grupo de Trabajo, bajo el patrocinio de Novartis, realizó también un estudio en 110 hospitales españoles, dirigida al staff médico y de enfermería de los Hospitales de Día Oncológicos. En el año 2006, tras el análisis conjunto de ambos estudios se decidió unificar los datos para los ítems en que ambos estudios coincidían (tabla 1).

Tabla 1. Cumplimentación de cuestionarios en ambos estudios

Material de estudio

	Encuestas remitidas	Encuestas recibidas
Grupo de Trabajo de SEOM	127	76
Grupo de Trabajo de NOVARTIS	110	72 (Staff médico) 1 (Staff enfermería)



El análisis conjunto de ambos estudios permitió estudiar 107 Hospitales, con un número variable de ítems en los hospitales coincidentes.

Con el fin de valorar al máximo la actividad asistencial, organización y funciones del HDO, la muestra fue segmentada respecto a dos criterios:

- a) en función del número de administraciones de tratamiento al día, y
- b) en función del tamaño del hospital.

La distribución en función del número de administraciones de tratamiento al día mostró 34 hospitales que realizaban menos de 20 administraciones diarias, 45 que realizaban entre 20 y 40 administraciones diarias, 15 que realizaban más de 40 administraciones diarias y 13 con un número no determinado de administraciones. La distribución en función del tamaño del hospital mostró 52 (48'6%) hospitales grandes, 37 (34'6%) hospitales medianos y 18 (16'8%) hospitales pequeños (tablas 2 y 3). Los resultados de los análisis de ambos estudios se analizaron y discutieron por un Grupo de Expertos. Se consideró necesario realizar una **Reunión de Consenso** para proponer unas **Recomendaciones** que permitieran mejorar el funcionamiento de los Hospitales de Día Oncológicos y servir de referente futuro.

Los días 9 y 10 de Marzo de 2006, la SEOM organizó en Madrid una amplia reunión de ámbito nacional, Workshop-SEOM sobre Hospitales de Día Oncológicos en la que participaron con 101 Oncólogos médicos, Coordinadores, Supervisores de Enfermería y Farmacéuticos. Sus objetivos fueron:

- Presentar los resultados obtenidos en ambos estudios sobre la situación actual de los HDO en España.
- Consensuar unas recomendaciones para cada aspecto relevante del funcionamiento de un HDO.

Todos los participantes fueron distribuidos, de forma homogénea y representación profesional equitativa, en ocho Grupos de Trabajo que realizaron Talleres sobre unas "Guías de Discusión" previamente elaboradas por el Grupo de Expertos que contenían todos los puntos relevantes. El objetivo de cada Grupo era llegar a unas recomendaciones consensuadas sobre cada uno de los puntos.



Para escribir este capítulo y establecer recomendaciones hemos aprovechado los datos del estudio conjunto y las recomendaciones del Consenso Workshop-SEOM.

Tabla 2. Segmentación de la muestra por nº de administraciones

Nº de ADMINISTRACIONES DIARIAS	N	%
Menos de 20 administraciones/día	34	31'8%
Entre 20 y 40 administraciones /día	45	42'1%
Más de 40 administraciones /día	15	14%
No determinado	13	12'1%
TOTAL	107	100%

Tabla 3. Segmentación de la muestra por tamaño de hospital

	N	%
HOSPITALES GRANDES (área población > 500.000hab.)	52	48'6%
HOSPITALES MEDIANOS (área población 250.000 - 500.000 hab.)	37	34'6%
HOSPITALES PEQUEÑOS (< 250.000 habitantes)	18	16'8%
TOTAL HOSPITALES	107	100%



SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES DE DÍA EN ESPAÑA

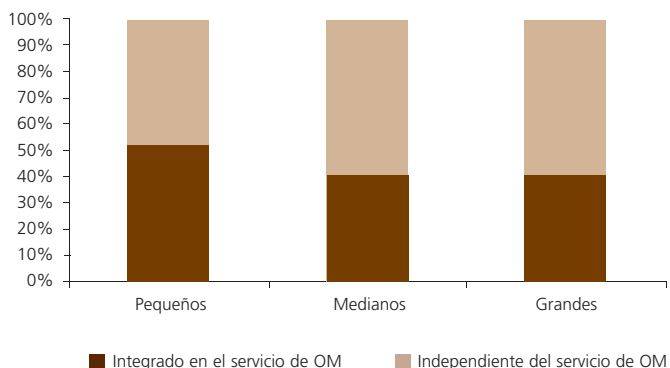
Organización general de los hospitales de día oncológicos

- El carácter monográfico ó compartido del Hospital de Día se relaciona principalmente con el tamaño del hospital. Más del 37% de todos los HDOM evaluados son monográficos de Oncología; el resto son compartidos por otros Servicios. La mayoría se comparten con Hematología (tabla 4).
- La mitad de los HDOM están integrados físicamente en el servicio de OM; el 50% restante es independiente (figura 2).

Tabla 4. Carácter monográfico/compartido del hospital de día

HOSPITALES	Pequeños	Medianos	Grandes	Todos
MONOGRÁFICO	38,90%	27%	45,10%	37,7%
Compartido	61,10%	73%	54,90%	62,3%

Figura 2. Dependencia funcional del Hospital de Día. Integración en el Servicio de Oncología



Estructura de los hospitales de día

- La mayor proporción de la superficie de los HDO se destina al área de tratamientos (42% de la superficie total), seguida de la sala de espera y de las áreas destinadas a los despachos para consulta con los pacientes.
- El número de salas/boxes disponibles para los tratamientos es similar para todos los HDOM (entre 3 y 4). Más de la mitad de los encuestados opina que la capacidad de las salas de tratamiento y de las salas de espera es insuficiente.
- El número medio de sillones disponibles para tratamiento es de 12'55. La media es de 19'45 para los de mayor actividad y de 12'91 en los de menor actividad. En más del 50% de los HDOM no hay separadores entre los sillones, principalmente en los de mayor actividad. (tablas 5 y 6; figura 3).

Tabla 5. Descripción de los recursos disponibles en Hospital de Día: Salas, sillones y camas (según el nº de administraciones)

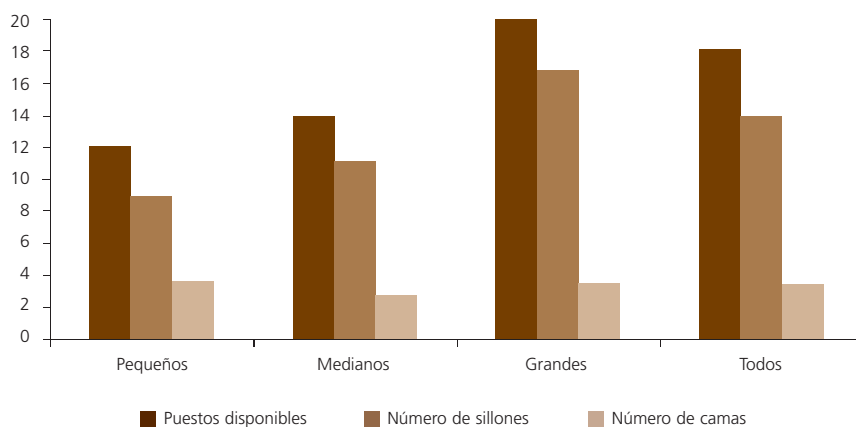
		<20 admin.	20-40 admin.	>40 admin.	No determ.	Total
Nº de salas disponibles	Media	3,41	3,78	3,54	3,40	3,61
	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	N válido	29	45	13	5	92
Puestos disponibles (camas+sillones)	Media	13	16	20	19	16
	Mediana	11	14	19	17	14
	N válido	33	45	15	13	106
Nº de sillones disponibles	Media	10,24	12,53	16,53	14,15	12,58
	Mediana	9,00	12,00	13,00	13,00	12,00
	N válido	33	45	15	13	106
Nº de camas disponibles	Media	2,73	2,99	3,73	5,31	3,30
	Mediana	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00
	N válido	33	45	15	13	106



Tabla 6. Descripción de los recursos disponibles en Hospital de Día: salas, sillones y camas (según el tamaño del hospital)

		Pequeño	Mediano	Grande	Total
Nº de salas disponibles	Media	5,20	2,21	4,11	3,61
	Mediana	2,00	2,00	3,00	2,00
	N válido	15	33	44	92
Puestos disponibles (camas+sillones)	Media	13	14	18	16
	Mediana	11	14	17	14
	N válido	17	37	52	106
Nº de sillones disponibles	Media	8,71	11,35	14,73	12,58
	Mediana	8,00	10,00	13,50	12,00
	N válido	17	37	52	106
Nº de camas disponibles	Media	3,82	2,81	3,47	3,30
	Mediana	2,00	2,00	3,00	2,00
	N válido	17	37	52	106

Figura 3. Representación de los recursos disponibles en Hospital de Día: Puestos de tratamiento: sillones y camas (según tamaño del hospital)



- La dimensión del Hospital de Día y el nº de puestos de tratamiento se relaciona con el tamaño del hospital. En los hospitales grandes la media de puestos de tratamiento es de 18. En los hospitales medianos de 14 y en los hospitales pequeños de 12. La proporción entre sillones y camas es bastante constante, distribuyéndose de forma general en un 80% aprox. para sillones y un 20% para camas (tablas 5 y 6).
- La media de pacientes al día tratados por sillón es de 3; 5 en los de mayor actividad y 2 en los de menor. Más de la mitad de los encuestados opina que hay más tratamientos por sillón de lo que sería ideal (tabla 7).

Tabla 7. Descripción de la ratio normal e ideal de pacientes tratados al día por sillón (según el número de administraciones diarias del hospital)

		<20 admin.	20-40 admin.	>40 admin.	Total
Pacientes día por sillón	Media	2,3	3,3	4,6	3,2
	Desviación típica	,8	1,4	1,6	1,5
	Mediana	2,3	3,0	5,0	3,0
	N válido	22	39	11	72
Ideal de pacientes día por sillón	Media	2,2	3,1	3,7	2,9
	Desviación típica	1,0	1,8	1,4	1,6
	Mediana	2,0	2,5	3,0	2,5
	N válido	22	39	11	72

Recursos humanos (médicos, no médicos)

- En el 42% de los HDO la presencia de personal médico es permanente. En el 51%, está localizable en planta o en consulta externa. El 4% están localizables en el hospital realizando guardias y el 1% los localizan a través de buscas (tabla 8).



Tabla 8. Presencia y disonibilidad de personal médico (según tamaño del hospital)

		Pequeño		Mediano		Grande		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Presencia de personal médico cualificado	Presencia permanente	2	20,0%	9	31,0%	19	57,6%	30	41,7%
	Localizable								
	permanente en planta	8	80,0%	18	62,1%	11	33,3%	37	51,4%
	Guardias			1	3,4%	2	6,1%	3	4,2%
	Posible localización/buscas			1	3,4%			1	1,4%
	Otros					1	3,0%	1	1,4%
Total		10	100,0%	29	100,0%	33	100,0%	72	100,0%

- La dotación de personal se relaciona con el tamaño del Hospital y nº de administraciones diarias. La media de enfermeras en los HDO es de 2'67. La dotación de auxiliares de enfermería, guarda una proporción general de 0'5 respecto a la dotación de enfermería. Los auxiliares administrativos y celadores suelen ser compartidos (tabla 9).

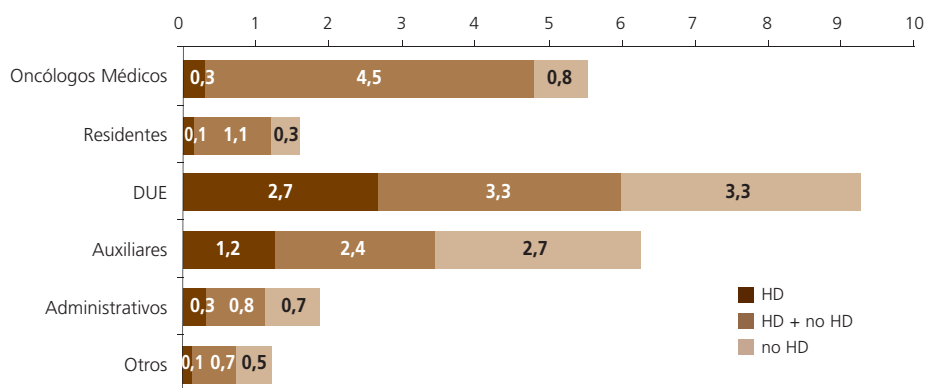


Tabla 9. Descripción del nº de profesionales sanitarios que trabajan en el 5º de Oncología Médica y dedicación al Hospital de Día (según tamaño del hospital)

			<20 admin.	20-40 admin.	>40 admin.	Total
Oncólogos Médicos	Oncólogos médicos (HD)	Media N válido	0,05 N=22	0,21 N=39	1,00 N=11	,28 N=72
	Oncólogos médicos (HD+no HD)	Media N válido	3,05 N=22	4,56 N=39	7,36 N=11	4,53 N=72
DUE	DUE (HD)	Media N válido	1,77 N=22	2,56 N=39	4,82 N=11	2,67 N=72
	DUE (HD+no HD)	Media N válido	2,14 N=22	4,31 N=39	2,27 N=11	3,33 N=72
Auxiliares	Auxiliares (HD)	Media N válido	,91 N=22	1,13 N=39	2,09 N=11	1,21 N=72
	Auxiliares (HD+no HD)	Media N válido	1,82 N=22	3,00 N=39	1,64 N=11	2,43 N=72
Administrativos	Administrativos (HD)	Media N válido	0,05 N=22	0,26 N=39	1,18 N=11	,33 N=72
	Administrativos (HD+no HD)	Media N válido	0,73 N=22	0,90 N=39	0,82 N=11	0,83 N=72



Figura. 4. Distribución del número de profesiones sanitarias que trabajan en el Servicio de Oncología Médica según el tipo de dedicación al Hospital de Día



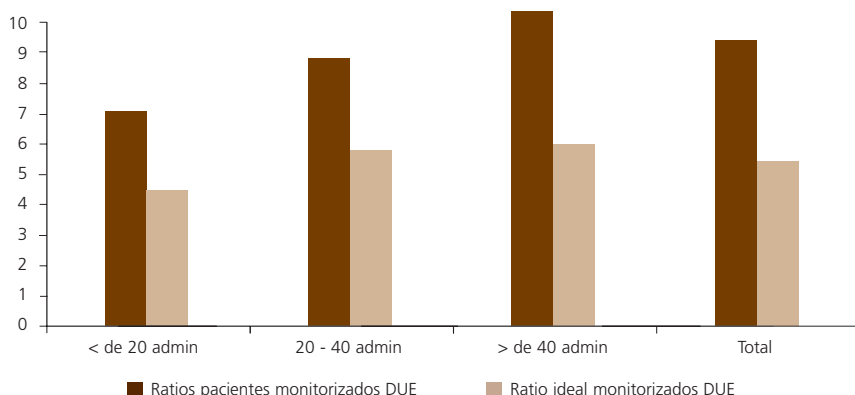
- La relación paciente/enfermera (DUE) es de 8'3. En los HDO de mayor actividad, esta ratio es de 9'3. Más del 70% de las supervisoras de los Hospitales de Día opinan que hay más monitorizaciones de lo ideal, considerando la ratio ideal de pacientes por DUE de 6. Los oncólogos, en su mayoría, también consideran que hay más monitorizaciones de lo ideal.

Tabla 10. Descripción de la ratio normal e ideal de pacientes monitorizados por DUE/auxiliares (según el número de administraciones diarias del hospital)

		<20 admin.	20-40 admin.	>40 admin.	Total
Ratio pacientes monitorizados DUE/auxiliares	Media	7,2	8,7	9,3	8,3
	Desviación típ.	6,4	4,7	5,8	5,4
	Mediana	5,0	7,0	6,0	6,0
	N válido	22	39	11	72
Ratio ideal monitorizados DUE/auxiliares	Media	4,5	5,8	6,0	5,4
	Desviación típ.	2,3	2,5	3,8	2,7
	Mediana	4,0	5,0	5,0	5,0
	N válido	22	39	11	72



Figura 5. Descripción de la ratio normal e ideal de pacientes monitorizados (según el nº de administraciones del hospital)



- De forma bastante generalizada los HDO disponen de presencia permanente o acceso fácil a psicólogos y asistentes sociales. Más de la mitad de los servicios de Oncología Médica (53%) cuentan con la presencia de voluntariado en HDO.

Recursos estructurales y farmacia

- El 86% de los HDO no disponen de farmacia propia siendo compartida con otros servicios. El 90% no dispone de farmacéutico con dedicación plena. Ninguno de los hospitales de menor actividad (<20 administraciones diarias) tienen farmacéutico propio.

Tabla 11. Disponibilidad de farmacia propia y farmacéutico (según el número de administraciones diarias del hospital)

		<20 admin.		20-40 admin.		>40 admin.		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
El HD dispone de farmacia propia	Sí	3	13,6%	5	12,8%	2	18,2%	10	13,9%
	No, es compartida con otros servicios	19	86,4%	34	87,2%	9	81,8%	62	86,1%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%
El HD dispone de farmacéutico propio	Sí			4	10,3%	3	27,3%	7	9,7%
	No, es compartida con otros servicios	22	100,0%	35	89,7%	8	72,7%	65	90,3%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%



- La responsabilidad de la recepción y preparación de los medicamentos recae mayoritariamente sobre la Farmacia General del Hospital. Sólo en un 3% dicha responsabilidad recae sobre la farmacia del HDO. Casi en un 20% la responsabilidad recae aún sobre el personal de enfermería del HDO (tabla 12).

Tabla 12. Descripción de las unidades responsables de la recepción y preparación de fármacos en Hospital de Día (según número de administraciones diarias del hospital)

		<20 admin.		20-40 admin.		>40 admin.		No determ.		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Responsabilidad recepción/ preparación	No	6	18,2%	10	22,2%	3	20,0%	3	23,1%	22	20,8%
fármacos farmacia H general	Sí	27	81,8%	35	77,8%	12	80,0%	10	76,9%	84	79,2%
Total		33	100,0%	45	100,0%	15	100,0%	13	100,0%	106	100,0%
Responsabilidad recepción/ preparación	No	33	100,0%	44	97,8%	13	86,7%	12	92,3%	102	96,2%
fármacos farmacia HD	Sí			1	2,2%	2	13,3%	1	7,7%	4	3,8%
Total		33	100,0%	45	100,0%	15	100,0%	13	100,0%	106	100,0%
Responsabilidad recepción/ preparación	No	23	69,7%	27	60,0%	10	66,7%	11	84,6%	71	67,0%
fármacos DUE HD	Sí	10	30,3%	18	40,0%	5	33,3%	2	15,4%	35	33,0%
Total		33	100,0%	45	100,0%	15	100,0%	13	100,0%	106	100,0%

- Equipamiento en HDO: 83% disponen de carro de parada propio, 79% disponen de campana de flujo laminar y el nº medio de bombas de infusión es de 17.



Tabla 13. Descripción de la distribución del equipamiento más importante (según nº de administraciones diarias del HDO)

Carro de parada propio

		<20 admin.		20-40 admin.		>40 admin.		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
El HD dispone de carro de parada propio	Sí	15	68,2%	35	92,1%	9	81,8%	59	83,1%
	No	7	0%	3	7,9%	2	18,2%	12	16,9%
Total		22	100,0%	38	100,0%	11	100,0%	71	100,0%

Nº de bombas de infusión:

		<20 admin.	20-40 admin.	>40 admin.	Total de grupo
Bombas de infusión disponible en HD	Media	8,32	14,55	21,45	13,69
	Nº de Hospitales	22	38	11	71

- Instalaciones en HDO: El 19% disponen de aparato de TV en la salas de espera y un 78%, en las salas de tratamiento. En más del 80% no hay fuentes de agua, máquinas de refrescos ni máquinas de café. Más de un 25% de los Servicios no tienen buena luz natural y en más del 60% no hay música ambiental.

Organización funcional

- El nº de pacientes en tratamiento al año se relaciona con el tamaño del hospital y el área de población que atiende y por tanto, con la incidencia de nuevos casos de cáncer al año. Para el conjunto de los hospitales la media de pacientes en tratamiento al año es de 1.052. La media de pacientes nuevos es de 504.
- La media de tratamientos administrados/año por hospital es de 7.550.
- A efectos prácticos de gestión, en muchos hospitales han convenido en clasificar los diferentes esquemas de tratamiento en tres grupos en función de su duración: menor de 2 horas, entre 2 y 5 horas y mayor de 5 horas.
- La media de tratamientos administrados/año según su duración es de 1.633 para los tratamientos largos, de 2.394 para los tratamientos medios y de 3.782 para los tratamientos cortos. La proporción de tratamientos cortos es mayor en los hospitales grandes y en los de más de 40 administraciones /día (figuras 5 y 6; tablas 14 y 15).



Tabla 14. Descripción de los pacientes en tratamiento al año en Hospital de Día (según el tamaño del hospital)

		Pequeño	Mediano	Grande	Total
Nº de pacientes en tratamiento	Media	414,56	740,35	1548,46	1052,05
	Mediana	262,00	450,00	1000,00	665,00
	N válido	9	23	26	58
Nº de pacientes nuevos en tratamiento	Media	316,81	402,71	648,40	504,62
	Mediana	196,00	324,50	650,00	450,00
	N válido	16	34	45	95
Promedio de administraciones diarias	Media	20,62	21,63	35,33	27,80
	Mediana	16,86	20,00	30,00	25,00
	N válido	15	35	43	93

Figura 5. Distribución de nº total de pacientes, pacientes nuevos y administraciones diarias (según tamaño de hospital)

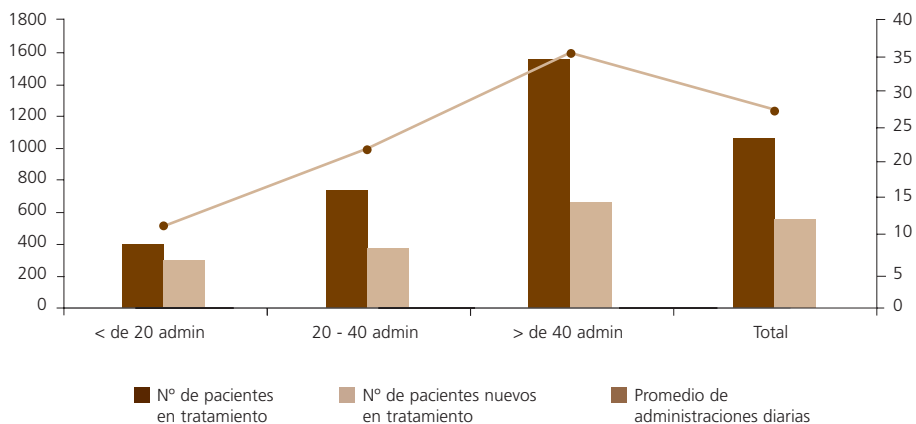
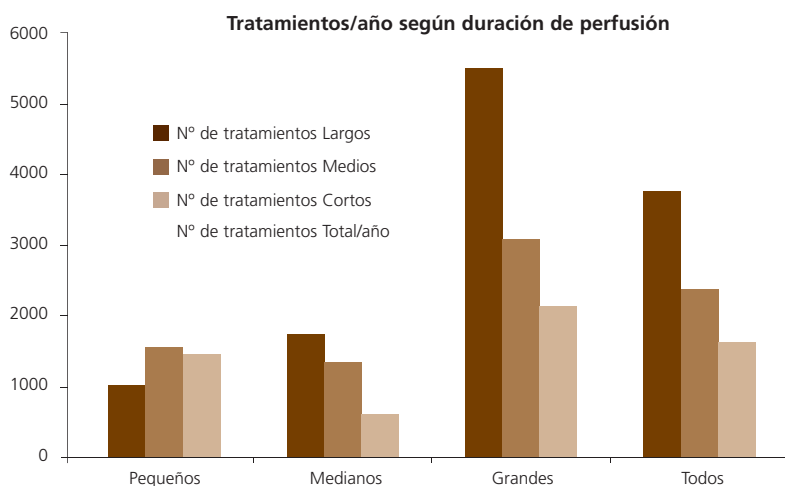


Tabla 15. Número de tratamientos que se ponen al año: totales y tratamientos cortos, medios y largos según el tamaño del hospital

		Pequeño	Mediano	Grande	Total
Nº de tratamientos que se ponen al año	Media	3812,73	5071,59	10017,87	7558,50
	Desviación tip.	3106,41	3536,65	11388,48	9049,13
	Mediana	2594,00	4912,00	8258,00	6115,00
	N válido	N=11	N=22	N=39	N=72
Nº de tratamientos cortos	Media	1014,88	1771,00	5517,17	3782,57
	Desviación tip.	992,39	1540,54	6667,24	5454,52
	Mediana	669,50	1804,50	4234,00	2500,00
	N válido	N=8	N=14	N=29	N=51
Nº de tratamientos medios	Media	1573,50	1378,36	3110,76	2394,06
	Desviación tip.	1826,82	1125,95	3308,41	2760,59
	Mediana	761,50	1116,00	2402,00	1900,00
	N válido	N=8	N=14	N=29	N=51
Nº de tratamientos largos	Media	1474,63	647,93	2152,69	1633,25
	Desviación tip.	2548,73	633,99	3454,93	2851,45
	Mediana	396,50	478,50	1078,00	907,00
	N válido	N=8	N=14	N=29	N=51

Figura 6. Descripción de la distribución de los tratamientos según su duración (según tamaño de hospital)



- Se realizan asimismo otras actividades (figuras 7 y 8).
- Extracciones sanguíneas. En el 72% de HDO se realizan todas o casi todas las extracciones sanguíneas. El tiempo que se dedica a esta actividad se equipara con el que se dedica a los tratamientos.
- Colocaciones y/o mantenimiento de catéteres y reservorios. Se realizan un promedio de 23 al día.
- Transfusiones en un promedio semanal de 6.

Figura 7. Actividad Hospital de Día para el conjunto de actividades

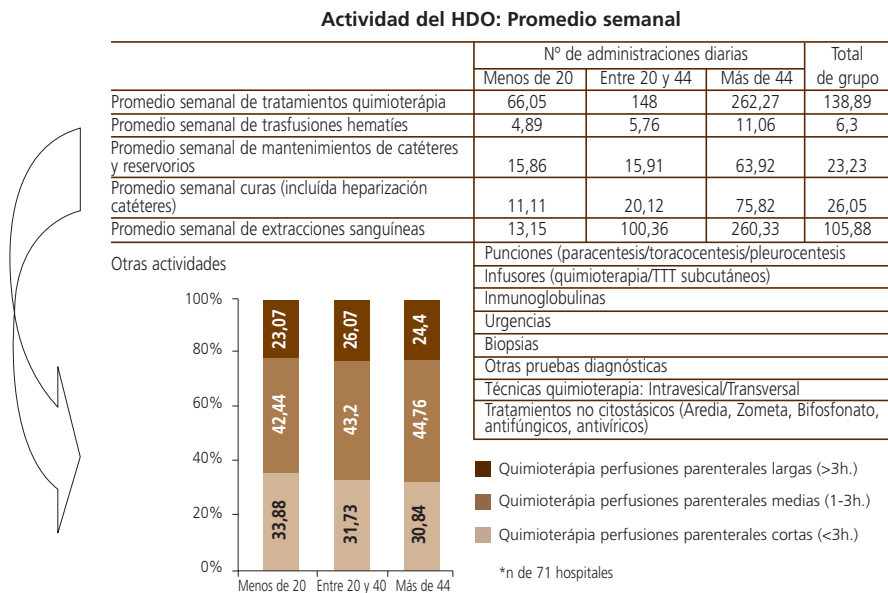
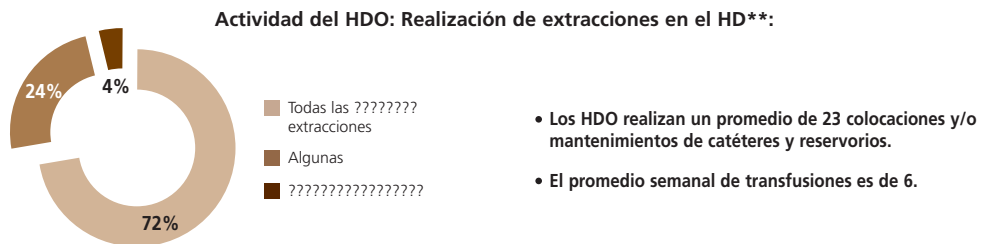


Figura 8. Descripción de otras actividades en HDO: extracciones hematológicas



- Otras actividades adicionales que se realizan en el 81% de los HDO son:
 - Controles de actividad/calidad
 - Consultorio específico de Enfermería
 - Actividades relacionadas con la formación y la información al paciente.
 - Asesoría mediante correo electrónico.
 - Consultorio en Psicooncología
- Respecto a la programación de pacientes, en el 62% de HDO, los pacientes que llegan sin cita previa son igualmente atendidos. En un 22% de HDO, estos pacientes sólo son atendidos en caso de urgencia. El número medio de urgencias que se reciben al cabo de un año es de 4.500 consultas.

Organización administrativa

- Gestión de la prescripción terapéutica: La prescripción terapéutica se realiza de forma manual, de forma electrónica ó de forma mixta (prescripción manual seguida de mecanización electrónica). Actualmente, más de un 60% de los HDO realizan la prescripción en formato papel. La previsión es que en 2-3 años pase a ser en formato electrónico en la mayoría de hospitales. La prescripción electrónica es un poco más frecuente en los hospitales grandes y medianos. En una importante proporción de Hospitales coexisten ambos sistemas. (figuras 9 y 10; tabla 16).

Tabla 16. Modalidad de prescripción actual y en 2 ó 3 años (según el número de administraciones diarias del centro)

		<20 admin.		20-40 admin.		>40 admin.		No determ.		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Modalidad de prescripción actual	Formato papel	19	59,4%	30	66,7%	9	60,0%	9	69,2%	67	63,8%
	Formato electrónico	6	18,8%	4	8,9%	1	6,7%	3	23,1%	14	13,3%
	Ambos formatos	7	21,9%	11	24,4%	5	33,3%	1	7,7%	24	22,9%
Total		32	100,0%	45	100,0%	15	100,0%	13	100,0%	105	100,0%
Modalidad de prescripción en 2 ó 3 años	Formato papel	3	13,6%	2	5,1%					5	6,9%
	Formato electrónico	13	59,1%	24	61,5%	9	81,8%			46	63,9%
	Ambos formatos	6	27,3%	13	33,3%	2	18,2%			21	29,2%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%			72	100,0%



Figura 9. Descripción de la modalidad de prescripción actual (formato papel, electrónica ó ambos según tamaño del hospital)

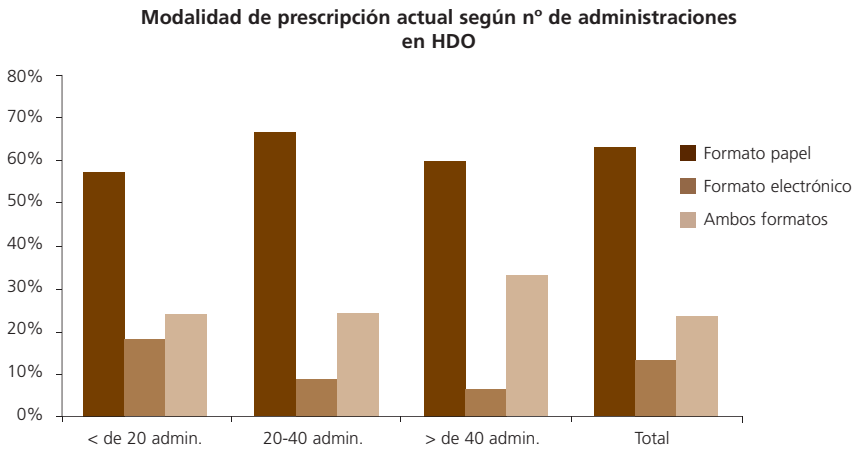
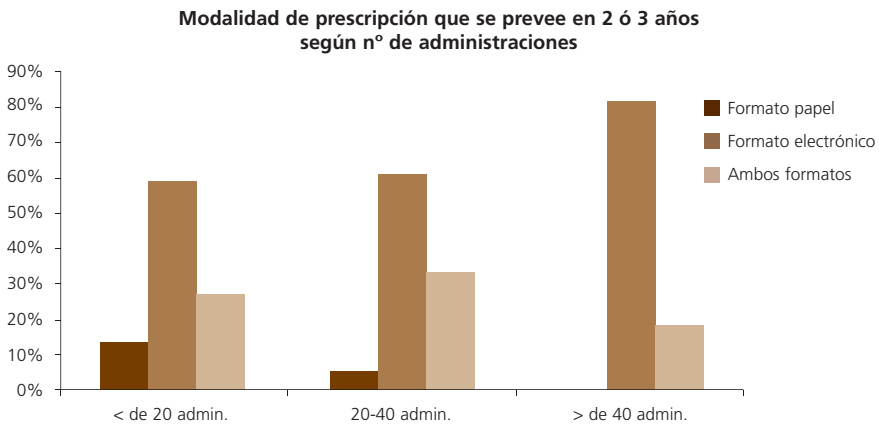


Figura 10. Descripción de la modalidad de prescripción que se preve (formato papel, electrónica ó ambos (según tamaño del hospital))



- La responsabilidad de recepción y preparación de fármacos en más 79% de los hospitales de día oncológicos recae en la farmacia del hospital general. Menos de un 5% lo es en la propia farmacia del hospital de día y en el 32,7%, esta tarea recae en los profesionales de enfermería del hospital de día (tabla 17).

Tabla 17. Descripción de las unidades responsables de la recepción y preparación de fármacos utilizados en los hospitales de día según el tamaño del hospital

		Pequeño		Mediano		Grande		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Responsabilidad recepción/preparación fármacos farmacia H general	No	4	23,5%	5	13,5%	13	25,0%	22	20,8%
	Sí	13	76,5%	32	86,5%	39	75,0%	84	79,2%
Total		17	100,0%	37	100,0%	52	100,0%	106	100,0%
Responsabilidad recepción/preparación fármacos farmacia HD	No	17	94,4%	36	97,3%	49	94,2%	102	95,3%
	Sí	1	5,6%	1	2,7%	3	5,8%	5	4,7%
Total		18	100,0%	37	100,0%	52	100,0%	107	100,0%
Responsabilidad recepción/preparación fármacos DUE HD	No	12	66,7%	26	70,3%	34	65,4%	72	67,3%
	Sí	6	33,3%	11	29,7%	18	34,6%	35	32,7%
Total		18	100,0%	37	100,0%	52	100,0%	107	100,0%

- Respecto al sistema de citación de los pacientes, un 39% de los pacientes utiliza un sistema de citación manual, un 32% lo utiliza electrónico y un 29% utiliza ambos sistemas. No todos los hospitales, aunque sí la mayoría de HDO (84%) tienen en cuenta la duración de los tratamientos para realizar la programación de los pacientes. (tabla 18, figura 11).

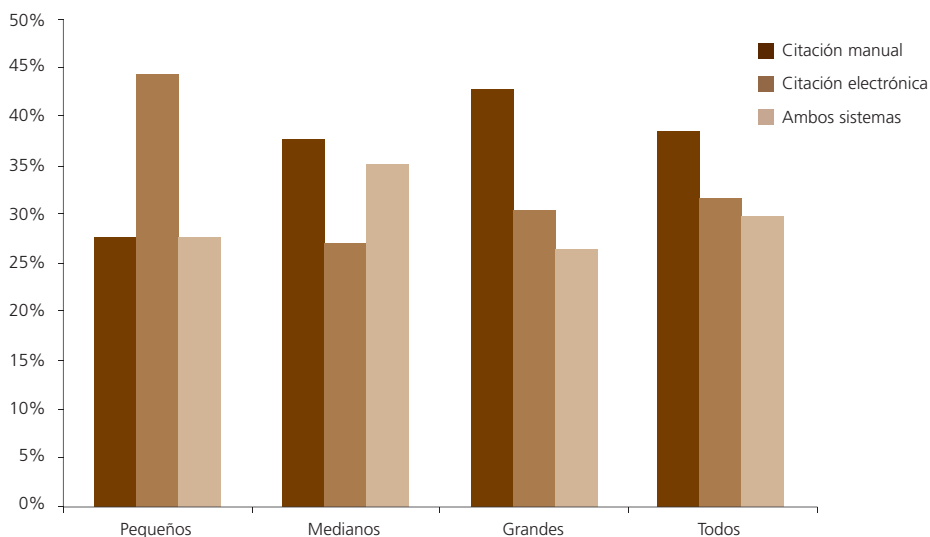


Tabla 18. Descripción del sistema de programación de pacientes utilizado en el centro (según el tamaño del hospital)

		Pequeño		Mediano		Grande		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Programación del HD	Un sistema de citación manual	5	29,4%	14	37,8%	21	42,9%	40	38,8%
	Un sistema de citación electrónico	8	47,1%	10	27,0%	15	30,6%	33	32,0%
	Se basa en ambos sistemas	4	23,5%	13	35,1%	13	26,5%	30	29,1%
Total		17	100,0%	37	100,0%	49	100,0%	103	100,0%
Duración del tratamiento en la programación diaria	Sí	10	100,0%	26	89,7%	24	75,0%	60	84,5%
	No			3	10,3%	8	25,0%	11	15,5%
Total		10	100,0%	29	100,0%	32	100,0%	71	100,0%
Posibilidad de atención sin cita previa	Sí siempre	10	55,6%	23	62,2%	30	60,0%	63	60,0%
	Sólo en caso de una urgencia	5	27,8%	11	29,7%	12	24,0%	28	26,7%
	No, en ningún caso	3	16,7%	3	8,1%	8	16,0%	14	13,3%
Total		18	100,0%	37	100,0%	50	100,0%	105	100,0%
Pacientes atendidos sin cita previa al día	Menos de 3	7	70,0%	15	51,7%	7	21,9%	29	40,8%
	De 3 a 5	2	20,0%	10	34,5%	15	46,9%	27	38,0%
	Más de 5	1	10,0%	4	13,8%	10	31,3%	15	21,1%
Total		10	100,0%	29	100,0%	32	100,0%	71	100,0%



Figura 11. Descripción del sistema de programación de pacientes (según tamaño de hospital)



- La duración de la jornada laboral semanal es de 52 hrs. En los hospitales de mayor actividad llega hasta 65 hrs. La media de horas/semana se incrementa cuando el HD es sólo oncológico (HDOM =57) en relación a los HD compartidos (45). (tabla 19). La mayoría de HDO (88%) abren a las 8h de la mañana pero la hora de cierre es variable. El horario de la mayoría es de 8h a 15h, aunque un 16% de ellos abren de 8h a 22h. El 86% de los HDO no abren los fines de semana. Los hospitales grandes tienen un horario de apertura más prolongado.

**Tabla 19. Descripción del horario de apertura en Hospital de Día.
(según nº de administraciones)**

Horario		Número de administraciones diarias						Total	
		Menos de 20		Entre 20 y 44		Más de 44		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Apertura del centro en fin de semana	No	22	100,0%	31	79,5%	9	81,8%	62	86,1%
	Sí			8	20,5%	2	18,2%	10	13,9%

Horas semanales	Media Nº hospitales	Número de administraciones diarias			Total
		Menos de 20	Entre 20-40	Más de 40	
		45,37	53,67	64,79	52,03
		51	59	19	129

Horario (h.)	%Hospitales	n
8.00 - 15.00	18,50%	27
8.00 - 16.00	4,10%	6
8.00 - 16.30	1,40%	2
8.00 - 17.00	8,90%	13
8.00 - 18.00	11,00%	16
8.00 - 19.00	6,20%	9
8.00 - 20.00	11,20%	17
8.00 - 21.00	8,20%	12
8.00 - 22.00	15,80%	23

El 88,5% de los HDO abren a las 8.00 h. de la mañana.
Hay mucha variedad en cuanto a las horas de cierre.

	Horas semanales laborables de apertura
HD oncólogo	56,64
HD compartido con hematología	51,73
Compartido con otros servicios	45,44
Total de hospitales	52,07

- Respecto al cumplimiento del horario de citación, un 66% de HDOM se demoran en un 10% de las administraciones. Sólo un 1% se demoran sistemáticamente. Las causas de dichos retrasos son por retraso en la visita al oncólogo, falta de sillones o camas ó no disponer a tiempo de los resultados de las analíticas. El tiempo medio de espera de un paciente es de 72'. Muchos Oncólogos consideran que en un 10% de los casos con retraso se aumenta la velocidad de perfusión y/o se reduce el tiempo de hidratación del paciente. tabla 20.



Tabla 20. Descripción de los retrasos en la administración de los tratamientos derivados de una falta de capacidad del HD, motivo del retraso e impacto en el día de tratamiento según el número de administraciones diarias del hospital

		<20 admin.		20-40 admin.		>40 admin.		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Retraso en tratamientos por falta de capacidad de HD									
Total		22	100,0%	38	100,0%	11	100,0%	71	100,0%
Retraso en la visita con el oncólogo	No	13	59,1%	21	53,8%	3	27,3%	37	51,4%
	Sí	9	40,9%	18	46,2%	8	72,7%	35	48,6%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%
Falta de personal para preparación ttos.	No	10	45,5%	26	66,7%	6	54,5%	42	58,3%
	Sí	12	54,5%	13	33,3%	5	45,5%	30	41,7%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%
Falta de personal administración/preparación	No	18	81,8%	34	87,2%	6	54,5%	58	80,6%
	Sí	4	18,2%	5	12,8%	5	45,5%	14	19,4%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%
Falta sillones/camas para la administración	No	11	50,0%	17	43,6%	3	27,3%	31	43,1%
	Sí	11	50,0%	22	56,4%	8	72,7%	41	56,9%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%
No disponer resultados análisis a tiempo	No	15	68,2%	21	53,8%	5	45,5%	41	56,9%
	Sí	7	31,8%	18	46,2%	6	54,5%	31	43,1%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%
Retraso preparación/validación tto.farmacia	No	21	95,5%	36	92,3%	10	90,9%	67	93,1%
	Sí	1	4,5%	3	7,7%	1	9,1%	5	6,9%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%
Retraso llegada/disponer de ttos. en farmacia	No	22	100,0%	37	94,9%	11	100,0%	70	97,2%
	Sí			2	5,1%			2	2,8%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%
Problemáticas paciente, alergia dolor precordial, otros	No	22	100,0%	39	100,0%	10	90,9%	71	98,6%
	Sí					1	9,1%	1	1,4%
Total		22	100,0%	39	100,0%	11	100,0%	72	100,0%
El retraso implica un cambio de día de tto. del paciente	Siempre/ casi siempre	1	4,5%	3	7,9%	2	18,2%	6	8,5%
	A veces	6	27,3%	10	26,3%	4	36,4%	20	28,2%
	Nunca/ casi nunca	15	68,2%	25	65,8%	5	45,5%	45	63,4%
	Total	22	100,0%	38	100,0%	11	100,0%	71	100,0%



Relaciones entre HDO y consultas externas

El 40,8% de los hospitales de día separan las consultas de revisiones de las consultas de tratamiento, sin observar diferencias entre hospitales con pocas y muchas administraciones diarias ($p=0,442$) (tabla 21).

Tabla 21. Separación de las consultas de revisiones de las consultas de tratamiento según el número de administraciones diarias del centro

		<20 admin.		20-40 admin.		>40 admin.		No determ.		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Separación de las consultas de revisiones de las consultas de tratamiento	No	13	61,9%	16	57,1%	7	53,8%	6	66,7%	42	59,2%
	Sí	8	38,1%	12	42,9%	6	46,2%	3	33,3%	29	40,8%
Total		21	100,0%	28	100,0%	13	100,0%	9	100,0%	71	100,0%

Se realizaron un total de 6.887 (9.789) consultas/año para tratamiento y 8.008 (6.410) consultas/año para revisiones. Se observaron diferencias entre los grupos hospitales según el número de administraciones de tratamiento diario (tabla 22).

Tabla 22. Número de consultas al año realizadas para tratamiento y para revisiones según el número de administraciones diarias del centro

		<20 admin.	20-40 admin.	>40 admin.	No determ.	Total
Número de consultas/año de tratamiento	Media	2584,05	6690,00	15380,92	60,00	6887,17
	Desviación típ.	1508,12	2693,64	18944,49	.	9789,29
	Mediana	2500,00	6800,00	10311,50	60,00	4966,00
	N válido	N=21	N=24	N=12	N=1	N=58
Número de consultas/año de revisiones	Media	4480,85	8616,35	12271,92	8567,50	8007,98
	Desviación típ.	4122,70	5058,28	8265,71	11945,15	6410,91
	Mediana	2664,00	8000,00	8092,00	8567,50	6504,00
	N válido	N=20	N=23	N=13	N=2	N=58



Investigación y docencia

- Se obtuvieron datos relativos a investigación respecto al número de ensayos clínicos abiertos durante el año 2003 y la media de pacientes incluidos. La media de ensayos clínicos fue de 14. Si este dato se analiza según el nivel de actividad del HDO, la media es casi de 30 para los hospitales mayores. La media de pacientes en ensayos clínicos fue de 70, siendo de 170 para los hospitales de mayor actividad. La proporción de pacientes en ensayos clínicos respecto al total de pacientes atendidos en el HDO es del 9% (tabla 23).

Tabla 23. Distribución de la actividad de investigación por hospitales (según nº de administraciones en HDO)

		<20 admin.	20-40 admin.	>40 admin.	No determ.
Nº de pacientes nuevos en OM	Media	392,2	794,5	1207,4	734,6
	Desviación típ.	218,0	354,5	454,4	428,2
	Mediana	353,5	694,0	1000,0	620,0
	N válido	22	39	11	72
Nº de ensayos clínicos abiertos	Media	6,8	13,4	28,0	13,6
	Desviación típ.	6,2	13,3	15,0	13,6
	Mediana	5,0	8,5	25,0	10,0
	N válido	22	38	11	71
Nº de pacientes en EECC	Media	26,3	63,0	173,3	69,6
	Desviación típ.	29,3	89,7	86,8	89,2
	Mediana	12,0	40,0	200,0	32,0
	N válido	21	35	11	67



RECOMENDACIONES

Situación del HDO dentro del hospital

Situación respecto al servicio de OM

- El HDO debe estar conectado físicamente con las Consultas Externas del Sº de Oncología Médica aunque debe mantenerse la organización de ambas unidades de forma diferenciada (p. ej. salas de espera distintas, personal diferente, etc).
- El HDO debe ser preferentemente monográfico. Si se comparte, debería ser con Hematología, con objeto de adecuar perfil y tipo de cuidados.
- La dirección del HDO debe recaer en el Sº de Oncología Médica.
- Debe dotarse, también, de un Supervisor/a de Enfermería.

Accesos

- Es preferible el acceso directo desde el exterior para pacientes y acompañantes. El acceso para el personal sanitario debe ser distinto del de los pacientes.
- Debe tener comunicación rápida y accesible con el Sº de Urgencias y con la UCI.
- Se recomienda facilidad de acceso y preferencia al Laboratorio Central para poder tener los resultados de las analíticas de forma inmediata.

Farmacia

- El procedimiento de reconstitución de fármacos debe ser siempre responsabilidad del Servicio de Farmacia. Se recomienda Farmacia Satélite, en Hospitales de volumen de actividad superior a 20-30 administraciones/día.

Circuitos de pacientes

- El circuito óptimo el primer día de cada ciclo de QT y sucesivos, debe ser:
 - Recepción del paciente
 - Extracción sanguínea
 - Visita Médica con confirmación del tratamiento
 - Confirmación en Agenda del Hospital Día
 - Administración del Tratamiento
 - Control final

El seguimiento de este circuito debe estar informatizado.



Estructura

Estructuras (Áreas)

- Área de tratamientos
- Área de citación/recepción
- Área administrativa
- Área de extracción de muestras hematológicas
- Área de procedimientos diagnósticos/terapéuticos
- Despachos de usos múltiples (informes, valoración, urgencias de pacientes, consulta de enfermería...)
- Sala de espera específica para pacientes
- Cuarto de estar de personal
- Área de manejo de medicación
- Área de Farmacia (> 20 tratamientos)
- Área de almacén
- Almacén de lencería
- Cuarto de sucio
- Cuarto de limpieza
- Baños

Las áreas que requieren más espacio en un HDO son el área de tratamientos, los despachos para la consulta de pacientes, la sala de espera, el área de farmacia y/o preparación de la medicación y las áreas para tareas administrativas.

Distribución de espacios

- El área de consultas debe estar próxima al HDO.
- La sala de espera debe ser cómoda. Es preferible que este dividida en compartimentos para hacerla más acogedora. Deberá disponer de elementos decorativos, música ambiental, etc. Es preferible luz natural. Su capacidad estará en relación con el número de pacientes (pacientes + familiares) que se citan habitualmente y el tiempo de espera, (ver estándares).



- La capacidad de las salas de tratamiento será proporcional al volumen asistencial del HDO, relacionado con el Nº e administraciones /día y el tamaño del hospital, (ver estándares).
- El número de salas/boxes de tratamiento dependerá del número total de puestos de tratamiento del hospital de Día.
- El espacio correspondiente a cada sillón debe ser, al menos, de unos 4 m². Deben existir también camas (1/8-10) y/o sillones (1/8-10) independientes para aquellos pacientes que por sus circunstancias lo requieran. En el caso de habitaciones individuales ó de dos personas debe disponer de baño individual.
- Los sillones deben ser confortables para el paciente y también aplicar conceptos de ergonomía. La separación más adecuada debe permitir la visión de enfermería para su control.
- Los espacios entre puestos de tratamiento deben estar individualizados con divisiones adaptables poder preservar la intimidad. El paciente debería poder escoger si prefiere privacidad o no. La estructura debe adecuarse (con separaciones semirrigidas con cortinas) y del mismo modo para las camas.
- Es recomendable disponer de sistema wifi o conexión a internet en los sillones.
- Debe haber aseos para el personal sanitario y para los pacientes.
- Debería existir facilidad de acceso en coche y de aparcamiento. A menudo el paciente tiene dificultades para el desplazamiento.
- En los HDO polivalentes, los pacientes oncológicos deben estar separados de los otros pacientes. El mejor criterio de separación es por patología.
- No es necesario que las áreas se diferencien en función de la duración de los tratamientos.
- La ratio óptima de pacientes tratados por sillón es 2-3 *pacientes/sillón/jornada*, dependiendo del horario de funcionamiento. La ratio óptima de pacientes tratados por cama es 1-1,5 *paciente/cama/jornada*.

Personal

Coordinador HDO

- Debe haber un Oncólogo Médico como Coordinador del HDO cuyas funciones son las siguientes:



- Coordinación del HDO.
- Gestión del funcionamiento del HDO.
- Control de la calidad.
- Debe haber un Supervisor de Enfermería de Oncología en HDO que trabajará conjuntamente con el Oncólogo Médico Coordinador en las funciones de Coordinación y Gestión del funcionamiento del HDO.

Personal médico

- Debe haber permanentemente presencia de personal médico. La ratio ideal de oncólogo/paciente para consultas de control de tratamiento sería de 1 por cada 14-16 visitas diarias.
- Los residentes de Oncología Médica deben de rotar por el HDO.

Personal no médico

- Considerando que el HDO es parte fundamental del servicio de OM, la estructura de personal debe ser común y estable. Las recomendaciones específicas son:
- DUEs: 1/6 puestos de tratamiento con formación específica en Oncología.
- Supervisor de Enfermería. Trabajando exclusivamente en el HDO.
- Auxiliares de Enfermería: 1/3 enfermeras.
- Administrativos: 1/20-30 puestos de tratamientos, en horario completo.
- Celador: en horario completo del HDO.
- Psico-oncólogos: 1 con dedicación exclusiva para el Servicio de Oncología.
- Asistentes sociales: 1 con dedicación exclusiva para el Servicio de Oncología.
- Farmacéutico: 1 con dedicación exclusiva para el Servicio de Oncología.
- Dietista.

Acceso ó presencia de familiares

Se recomienda permitir la presencia de familiares para acompañar al paciente en todas las salas del HDO aconsejando solamente un familiar por paciente para mantener la privacidad.



Farmacia y equipamiento

Farmacia

- Es necesaria Farmacia propia en los HDO de mayor tamaño (a partir de 20 - 25 puestos de tratamiento; > 45-50 tratamientos diarios).
- La Farmacia General del Hospital deberá tener siempre un área específica de tratamientos antineoplásicos.
- Se deberá contar con un farmacéutico especializado en Oncología bien en la Farmacia Satélite ó en la Farmacia General del Hospital que garantice el control y la seguridad de las preparaciones.

Preparación de los tratamientos

- La preparación de los tratamientos siempre se hará bajo control del Farmacéutico, nunca bajo la enfermería del HDO. Hay tres tipos de preparaciones:
 - Estándar: medicación de stock.
 - Ensayo clínico: medicación específica.
 - Nuevos Fármacos (uso compasivo): variable.
- Deberá existir un programa específico para gestionar el uso compasivo.
- La prescripción siempre ha de ser médica. Se aconseja el formato electrónico. Si se realiza en papel, nunca ha de ser manuscrita para evitar errores de comprensión. Una vez emitida sólo puede ser modificada por el médico.
- La preparación debe ser realizada por parte del farmacéutico.
- La administración siempre por personal de Enfermería.

Equipamiento técnico

- Habrá una campana flujo laminar para una preparación segura de los fármacos.
- Carro de parada bien equipado, con cardioscopio y con pulsioxímetro.
- Bombas de infusión: una por cada puesto (algunas de doble canal).
- Infusores portátiles elastómeros.
- Se duda de la utilidad del autoanalizador.



Otros equipamientos

- Elementos que mejoran la comodidad de los pacientes y acompañantes:
 - Televisión/música ambiental variable.
 - Opciones de lectura.
 - Bebidas. Máquinas disponibles tanto de refrescos como de café. Se dispondrá de agua del tiempo para los pacientes tratados con oxaliplatino.
 - Aire Acondicionado vigilando su intensidad.
 - Luz natural deseable.

Organización funcional

Proceso informatizado de la prescripción

- El proceso de prescripción deberá estar informatizado. El proceso sólo debe permitir la prescripción por parte del médico y debe evitar los errores de preparación por problemas de comprensión. Por tanto:
 - El papel debe desaparecer. Temporalmente pueden utilizarse hojas preimpresas de cada esquema.
 - La orden ha de ser electrónica integrada (una vez emitida la orden nadie puede modificarla, aunque si validarla).
 - Deberán estandarizarse los procedimientos asociados a la prescripción/preparación y aplicación de tratamientos.

Tratamientos

- La organización del funcionamiento del HDO debe adecuarse a los tiempos de administración de cada esquema. Estos, a su vez, deberán protocolizarse de forma consensuada a nivel interprofesional. A efectos de ocupación de puestos de tratamiento, los tiempos deben ser reales. Se pueden establecer periodos de 1/2 hora para su programación. El tiempo de hidratación óptimo también debe protocolizarse.

Extracciones sanguíneas

- Puede ofrecerse al paciente realizar las extracciones analíticas en el HDO. No obstante, se recomienda utilizar los Centros de Salud siempre que la situación del paciente lo permita. Se recomienda hacer Grupos de Trabajo con Enfermería de los Centros de Salud para su formación en la técnica adecuada (extracción y mantenimiento de catéteres).



Mantenimiento de catéteres

- Actualmente esta actividad se asume en el HDO. Se recomienda ir incluyendo paulatinamente esta actividad en Centros de Salud. Es recomendable evitar desplazamientos de los pacientes para esta actividad.

Transfusiones

- Deben realizarse en HDO. Al ser en su mayoría programadas pueden incorporarse en la agenda de tratamientos.

Toracentesis y paracentesis

- Pueden y deben realizarse en el HDO. No se considera adecuado dirigir al enfermo a Urgencias. Es necesario ofrecer al paciente un tratamiento integral e integrado dentro del equipo profesionales de Oncología que atienda todas sus necesidades.
- El Aspirado/Biopsia de médula ósea se debe gestionar igual.

Consulta de Enfermería y otras

- Es conveniente que haya una Consulta de Enfermería en los HDO para:
 - Realizar la “acogida” del paciente y que el paciente entienda el HDO como un lugar de futuros contactos ante sus problemas.
 - Información sobre la estructura y funcionamiento del HDO.
 - Reforzar información del oncólogo sobre el diagnóstico y tratamiento y los acontecimientos adversos.
- Es necesario exigir una “capacitación” del personal de Enfermería del HDO, reconociendo la especialidad de Enfermería Oncológica y procurando la estabilidad de las plantillas.

Otras actuaciones

- Debe existir un dispositivo para atender las urgencias de los pacientes oncológicos al menos en sus aspectos de “gestión”. En las Urgencias Generales del Hospital deben crearse “rutinas y protocolos de actuación” para atender las situaciones urgentes de estos pacientes y ofrecer siempre un punto de contacto al paciente.
- Debe existir una consulta de Psicooncología en los HDO como lugar de contacto para formalizar posteriormente una consulta. Debe haber una unidad de cuidados paliativos en todos los HDO. Se considera ofrecer desde el inicio Cuidados Continuos al paciente que abarquen el apoyo y la paliación.



Toxicidades

- Los pacientes que vienen sin cita previa por toxicidades deben ponerse previamente en contacto con el HDO.

Pacientes no programados

- Los pacientes que vienen sin cita previa de urgencias deben ser admitidos en las consultas de HDO.

Organización administrativa

Planificación agendas

- El mejor sistema de citación de pacientes es el electrónico. Debe estar bien diseñado, ser flexible y modificable. Los pacientes deben programarse según los tipos de administración, individualizándola en función de las características y preferencias del paciente.
- La programación de agendas debe ser universal. Se citarán de forma separada las agendas de consultas externas de revisiones, de control terapéutico y de tratamientos.
- Es necesaria una área de recepción en la que se registre la llegada del paciente y que permita su llamada a consulta ó a tratamiento de manera personalizada.

Horario

- La duración de la jornada de HDO debe ser de mañana y tarde. Es preferible una jornada continua para poder obtener los mejores resultados.
- Debería considerarse la apertura del HDO los festivos entre semana. El hecho de cerrar provoca problemas con los ciclos de quimioterapia que caen en el día festivo. Debe plantearse la apertura los sábados según la carga asistencial del centro, con ello se evitaría que los tratamientos de tres días acaben acumulándose entre el lunes y el miércoles.

Retrasos en los tratamientos, causas y soluciones

- Retrasos imputables a la recepción de los resultados de los análisis: Circuitos preferentes para la recepción de resultados.
- Retrasos imputables a la visita con el Oncólogo: Adecuar la ratio: **ratio oncólogo/pacientes a 14-16 tratamientos/oncólogo.**
- Retrasos imputables a falta de sillones y camas: Adecuar los recursos según las recomendaciones previas.
- Retrasos en la preparación y transporte del tratamiento. La opción de Farmacia Satélite es una buena solución. Una buena comunicación con la Farmacia General del Hospital y una prescripción electrónica facilitarían la llegada a tiempo del tratamiento.



- Informar siempre al paciente, de forma avanzada, sobre los posibles retrasos en un momento concreto. Se facilita la comprensión y aceptación.

Relaciones HDO con consultas externas

Consultas externas y HDO

Se recomienda la proximidad entre el HDO y las Consultas Externas, pero no la contiguidad aunque en hospitales pequeños y con pocos recursos, podría ser válido. La relación entre el HDO y las consultas externas ha de ser fluida y permanente.

Sistema de comunicación entre el HDO y el entorno

- El sistema de comunicación entre el HDO y el entorno ha de estar adecuado a cada ubicación física. El personal del HDO y el de Consultas Externas debería ser preferiblemente del Servicio y con entrenamiento específico.
- Los tratamientos de los pacientes ingresados deben ser administrados en Oncología (salvo excepciones) por el personal que tiene las habilidades y prepararse de acuerdo a las normas del Servicio de Farmacia.
- La historia deberá ser única por paciente y requiere una gestión eficiente. Es conveniente disponer de acceso a los datos (analítica, etc) de forma electrónica. La agenda del HDO debe ser organizada por Oncología y debe existir interconexión con las Consultas externas.

Investigación y docencia

Investigación clínica

- Los enfermos oncológicos tienen derecho a que se les ofrezca participar en ensayos clínicos. Es en los HDO donde se realiza la mayor parte de las actividades relativas a los ensayos clínicos de Oncología Médica.

El tipo de estudios clínicos que se realizan es muy variable:

- Ensayos clínicos que requieren aprobación del CEIC y de la AEMPS.
- Estudios promovidos por grupos cooperativos
- Estudios "Farmacogenómicos"
- Estudios de desarrollo asistencial promovidos por la Industria.
- La subvención pública es muy baja. Es necesario potenciar la investigación independiente y para ello son necesarias las ayudas económicas públicas. En algunos centros no existe infraestructura de investigación y debería apoyarse económicamente.



- Es fundamental que el personal de enfermería sea estable en el HDO y así puede ser colaborador explícito de cada estudio. Esta profesionalización permite mayor capacidad para obtener muestras biológicas o farmacocinética y procesar las muestras.
- La mejor forma de registrar la información en el HDO es mediante formularios específicos de Enfermería y a través de la "oficina de ensayos". Es necesario profesionalizar al personal de Manejo de Datos en los HDO, a cargo del Centro o la Fundación de Investigación. La "oficina de ensayos" debe estar cerca del HDO y de las consultas.

Dotación de espacio físico y material en el HDO

- La investigación es consustancial con la Oncología y los ensayos clínicos son el modelo para el progreso científico. La profesionalización de la investigación es esencial para su crecimiento sostenible, en todos los sectores implicados en la investigación. También son necesarios estudios sobre:
 - Calidad asistencial
 - Investigación de Resultados en Salud (Outcomes)
 - Coste sanitario
- Son necesarias ayudas institucionales para realizar dicha investigación clínica en los HDO y a poder ser, independiente.
- Es necesario, no sólo para realizar una buena investigación, sino también para una mejor asistencia, considerar relevante la docencia. Se requiere formación específica de investigación para Enfermería y rotaciones en HDO por MIR y FIR.

CONCLUSIONES

- La administración de tratamientos antineoplásicos es la actividad más importante del Hospital de Día. En los modelos Polivalentes de Hospital de Día, los pacientes de Oncología Médica suponen más del 80% del total.
- Un Hospital de Día en Oncología Médica (HDOM) bien equipado de recursos técnicos y humanos y con un horario de apertura de doble jornada de trabajo administra más del 90% de los tratamientos del Servicio de Oncología Médica. Los ingresos de algunos pacientes serían únicamente por causa relativa a su estado general ó por criterios de estudio clínico.
- El trabajo según protocolos consensuados dentro de un equipo interdisciplinar garantiza la puesta en práctica de responsabilidades individualizadas para el oncólogo, enfermería y Servicio de Farmacia.



- Es responsabilidad del oncólogo médico, como responsable último de los resultados terapéuticos, la coordinación de las funciones de este equipo interdisciplinar, con el objetivo final de ofrecer un tratamiento integral, individualizado y de la mayor calidad al paciente con cáncer.
- El Hospital de Día es un elemento facilitador de la continuidad de la atención oncológica, de la investigación clínica y de la docencia de todo el equipo interdisciplinar. Los instrumentos actuales de funcionamiento, debidamente incorporados y utilizados, permiten ofrecer una asistencia de la máxima calidad científica y técnica en un entorno que facilita la proximidad y el contacto entre pacientes y profesionales y por tanto la satisfacción de las necesidades individuales de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Workshop Seom Hospitales de Día Oncológicos en España". Madrid 9-10 de Marzo de 2006.

