

Implantación de un modelo de gestión efectiva del tiempo en un Hospital de Día Oncológico

Uña Cidón E*, Salvador Palacios A**, Fernández Prieto M**, Cuadrillero Martín F***, Hijas Villaizán M***, López-Lara Martín F****

* Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

** Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

***Supervisión de Enfermería. Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**** Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

e-mail: aunacid@hotmail.com

Resumen

En los últimos años el cáncer ha experimentado un progreso espectacular. La complejidad de los métodos de diagnóstico actuales, el desarrollo terapéutico alcanzado en este campo, que ha multiplicado el arsenal terapéutico y mejorado las expectativas de los pacientes, y por último el incremento progresivo de su incidencia, hacen de esta patología un problema sanitario de gran envergadura que requiere una preparación médica específica y especializada en el cuidado de estos enfermos.

La Oncología Médica surgió de esta necesidad y su desarrollo se halla estrechamente vinculado a la historia de los Hospitales de Día (HD).

El HD es una estructura física con una organización y gestión sanitaria específicas. Esta estructura ha demostrado tanto beneficios clínicos como rentabilidad social, al mejorar la calidad de vida del paciente y reducir los costes económicos propios de la estancia hospitalaria convencional. Dado que los pacientes prefieren esta modalidad asistencial, existe una creciente demanda de la población que obliga a potenciar la mejora asistencial en este ámbito, lo que plantea un desafío al Sistema Sanitario.

La implantación de nuevos modelos de gestión es clave como punto de partida para mejorar la calidad de la asistencia, la satisfacción de los pacientes y la optimización de los recursos disponibles. Nuestro trabajo pone de manifiesto cómo una sencilla estrategia de gestión que rentabiliza los tiempos útiles en HD presenta múltiples ventajas. Además esta estrategia es aplicable a unidades asistenciales con menor madurez organizativa y poca tradición de cultura de gestión, sirviendo así de catalizador para implicar a los profesionales en este campo.

Palabras clave: Calidad sanitaria, Impacto sanitario, Efectividad clínica.

Implantation of a model for effective management of the time in an Unit of day Hospitalization of Oncology

Abstract

The cancer has experienced a spectacular progress in the last years. This pathology has become a health problem of great relevance due to several factors such



as the complexity of the current methods of diagnosis, the therapeutic development reached in this field, which has multiplied the therapeutic arsenal and has improved the patient's expectations and finally the progressive increase of its incidence. These are the reasons why this pathology needs a specific training in the care of these patients. The Medical Oncology arose from this need and its development is linked to the history of the "day hospitalization units" (HU). The HU is a physical structure with a specific organization and management. This structure has demonstrated both clinical benefits and social profitability. HU has improved the quality of life of the patients and has reduced the costs associated with a conventional hospitalization stay. Provided that the patients prefer this modality, there exists an increasing demand. This fact obliges to promote the improvements in this area, which poses a challenge to the Health System.

The implantation of new models of management is a key element to improve the quality of the clinical assistance, the satisfaction of the patients and the optimization of the available resources.

Our work reveals how a simple strategy of management that promotes the use correctly the time in HU could present multiple advantages. In addition this strategy is applicable to recent creation units with poor organizational maturity and short tradition of management. This is the way to achieve the professional involvement in this field.

Key words: Health quality, Health impact, Clinical effectiveness.

Introducción

El progreso observado en los últimos años en el diagnóstico y tratamiento del Cáncer ha sido espectacular. La investigación en este campo ha multiplicado el arsenal terapéutico existente logrando mejorar las expectativas de los pacientes. Este hecho unido al incremento de su incidencia hacen de esta patología un problema sanitario de gran envergadura^{1,2}.

De esta forma surge la Oncología Médica con el fin de atender a las necesidades específicas de estos enfermos, cubriendo aspectos diferentes de los quirúrgicos o radioterápicos³.

El desarrollo de la Oncología Médica como especialidad se halla estrechamente vinculado a la historia de los

Hospitales de Día (HD)². El HD es una estructura física con una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que ha demostrado tanto beneficios clínicos como rentabilidad social, al mejorar la calidad de vida del paciente y reducir los costes económicos propios de la estancia hospitalaria convencional. Dado que los pacientes prefieren esta modalidad asistencial en la medida en que es percibida como menos agresiva que la hospitalización tradicional y les permite compaginar mejor sus actividades con la necesidad del tratamiento, existe una creciente demanda de la población que obliga a potenciar la mejora asistencial en este ámbito, lo que plantea un desafío al Sistema Sanitario².

De acuerdo a un estudio llevado a cabo en España para caracterizar los



elementos claves de gestión y eficiencia de los HD oncológicos, se comprobó que los principales puntos débiles susceptibles de mejora estaban relacionados con la infradotación de recursos humanos y materiales².

Por otro lado, la considerable y progresivamente creciente sobrecarga asistencial de los HD, la multiplicidad de tratamientos sistémicos con sus peculiaridades de administración y monitorización, los diferentes protocolos de cuidados al paciente y la escasez de recursos, suponen que la búsqueda de un modelo de gestión diferente en los HD que permita alcanzar los mismos objetivos optimizando los recursos disponibles sea de una gran relevancia².

En este sentido la creación e implantación de un nuevo modelo de gestión del tiempo en el HD es clave como punto de partida para mejorar la calidad de la asistencia, la satisfacción de los pacientes y la optimización de los recursos.

Esta sencilla estrategia de gestión aplicable a aquellas unidades asistenciales con menor madurez organizativa y poca tradición de cultura de gestión, puede ser un excelente catalizador para desarrollar la implicación de los profesionales en la gestión eficiente de los recursos con una orientación hacia el paciente.

Los objetivos que persigue nuestro trabajo son:

- Objetivos de calidad:
 - Disminución del número de cancelación de sesiones.
 - Disminución del número de reacciones infusionales.

- Mejoría en el grado de cumplimiento de registros de enfermería.

- Mejoría en la razón de reciclaje de quimioterapias.

- Mejoría en la satisfacción percibida por el paciente.

- Reducción de los tiempos de espera hasta el tratamiento.

- Mejoría en la razón de tiempo de DUE (Diplomado Universitario en Enfermería) por paciente.

- Objetivos de impacto:

- Disminución en el número de hospitalizaciones por efecto adverso.

- Objetivos de proceso:

- Disminución de la variabilidad en la ocupación diaria del HD.

Material y métodos

Antecedentes:

Dado que existe una relación directa entre el grado de satisfacción de enfermería (GSE) con su labor y la calidad de los cuidados (CC) que brindan a los pacientes, y que a su vez la CC tiene un impacto decisivo en la satisfacción del usuario, es relevante hacer partícipe a todo el personal de enfermería en los procesos de mejora llevados a cabo en una Unidad, tanto en su concepción como en su desarrollo y posterior evaluación.

Con esta premisa en mente emprendimos en 2007 un proyecto consistente en varias fases.

La primera fase se centró en la elaboración conjunta de Protocolos completos de Tratamiento Sistémico Unificados (PTU) en colaboración con el equipo de enfermería de nuestra Unidad. Posteriormente en un segundo tiempo se capacitó al personal para su comprensión y manejo, para finalmente llevar a cabo la implementación progresiva de los PTU, con la participación de todos los miembros de enfermería en los procesos de cambio, en la detección de puntos susceptibles de mejora e información inmediata para su corrección.

Con el objetivo de evaluar en nuestra Unidad el GSE con la implementación de PTU, diseñamos un estudio de intervención descriptivo transversal, considerando sujetos del estudio a todo el personal de enfermería en activo en nuestra Unidad y al que había trabajado en ella durante el proyecto.

Diseñamos una encuesta con 16 ítems. Cada ítem se puntuó en una escala de 1 a 3 variando entre totalmente o parcialmente de acuerdo a total desacuerdo con las afirmaciones que exponía el

ítem. El instrumento de evaluación fue realizado por un autor de la investigación que no ejercía cargo de enfermería (Figura 1).

Los resultados que obtuvimos fueron muy positivos, logrando un alto grado de satisfacción por parte del personal en la mayoría de los ítems evaluados ("Gestión de enfermería oncológica: un paso adelante en la calidad de los cuidados". XIX Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería, Enfermeras Gestoras; 2008 Abril 16-18; Valladolid, España).

Con estos resultados decidimos consolidar la utilización de PTU en nuestra Unidad, para lo que fueron implantados de forma definitiva y utilizados como base que sustentara un modelo de gestión efectiva del tiempo en HD.

Punto de partida y desarrollo del proyecto actual

Realizamos un estudio descriptivo en nuestra Unidad de Oncología Médica

Figura 1. Encuesta de satisfacción de enfermería con la implementación de PTU

1. Elemento facilitador del aprendizaje.
2. Elemento facilitador del autorreciclaje.
3. Elemento facilitador de la comprensión de las órdenes médicas.
4. Herramienta útil para reducir el nº de errores de dosis, preparación, orden y programación de ciclos.
5. Útil en proporcionar mayor sensación de capacitación profesional y seguridad al aplicar los cuidados.
6. Aumento de autoconfianza.
7. Percepción de mayor seguridad y confianza en el personal por parte del usuario.
8. Facilitador del proceso de información enfermería-paciente.
9. Garantía de la CC de enfermería oncológica.
10. Contribuye a disminuir el estrés laboral.
11. Aumenta la motivación.
12. Rentabiliza el tiempo de trabajo de enfermería oncológica permitiendo más tiempo/paciente sin aumentar los recursos humanos.
13. Reducen tiempo de espera desde llegada a la Unidad hasta la administración del tratamiento.
14. Mayor percepción de iniciativa laboral o autonomía.
15. Facilitador de los registros de cuidados de enfermería.
16. Facilitador de la comunicación médico-enfermería.



a lo largo de 2008 con los objetivos siguientes:

1. Conocer el tipo de esquemas de tratamiento más empleados en nuestro medio.
2. Estimar el tiempo de ocupación que exige cada esquema.
3. Adjudicar un código adaptado a duración e implementar su utilización tanto por personal médico como de enfermería.
4. Informar de los horarios de acogida de los pacientes por el HD en consulta.
5. Ampliar de forma efectiva el tiempo de administración de tratamientos en HD.
6. Conocer las necesidades reales de ocupación diaria del HD.
7. Coordinar con la Farmacia Hospitalaria el horario de preparación y dispensación de tratamientos por código.
8. Monitorizar los resultados.

De esta manera y atendiendo a los PTU, se simplificaron los diferentes esquemas de tratamiento en función del tiempo de infusión y se tipificaron como sigue:

- Tratamientos cortos (≤ 1 hora).
- Tratamientos semicortos (1-2,5 horas).
- Tratamientos semilargos (hasta 3,5 horas).
- Tratamientos largos (más de 3,5 horas).

Con esta sencilla estrategia la enorme variabilidad de los esquemas de tratamiento sistémico (más de 100 esquemas) empleados quedó reducida a 4 códigos. Estos resultados se reflejan en la *Figura 2*.

Tras conocer estos códigos y relacionarlos con los esquemas de tratamiento, se adjudicó a cada esquema utilizado el código que le correspondía. De esta forma se sustituyó de forma pro-

Figura 2.

TOTAL DE QT / DÍA	21	TIEMPOS DE INFUSIÓN	TOTAL / DÍA
20 minutos	1	≤ 60 minutos (≤ 1 hora)	5
30 minutos	1		
40 minutos	1		
60 minutos	2		
90 minutos	1	90 – 150 minutos (1'5 – 2'5 horas)	7-9
120 minutos	5-6		
150 minutos	1-2		
180 minutos	2	180-210 minutos (3-3'5 horas)	3-4
210 minutos	1-2		
240 minutos	1-2	240-300 minutos (4-5 horas)	2-3
300 minutos	1		
1	CORTO		HASTA 1 HORA
2	SEMICORTO		HASTA 2,5 HORAS
3	SEMILARGO		HASTA 3,5 HORAS
4	LARGO		MÁS DE 3,5 HORAS

QT: Quimioterapias o tratamientos sistémicos.

NOTA: En los tiempos de infusión ya se ha incluido el tiempo de premedicación o prehidratación en su caso.



gresiva la mención de los esquemas de tratamiento por sus códigos.

Finalizada esta primera fase, se pasó a coordinar con la Farmacia Hospitalaria la dispensación de los tratamientos por orden horario según código y considerando el incremento previsto del tiempo efectivo de administración de tratamientos en HD.

Para este cálculo se consideró la jornada laboral de 7 horas en horario de mañana y se tuvieron presentes las diferentes funciones del personal de enfermería (administración de tratamiento, cumplimiento de registros, previsión de ocupación...). Se obtuvo que la estimación de tiempo efectivo de administración de tratamiento debía pasar de 240 a 340 minutos.

De acuerdo a las necesidades diarias de ocupación global del HD y por duración de tratamiento, se estableció que el horario funcional debía ser ordenado por código, iniciando a primera hora los tratamientos largos citando a los pacientes en número de dos cada media hora. Posteriormente a partir del primer tercio de la jornada se citarían los códigos semilargos, después semicortos y al final de la jornada los tratamientos cortos (Figura 3).

Resultados

Las necesidades de ocupación diarias del HD varían entre 17-21 pacientes pa-

ra cubrir la demanda asistencial en nuestro medio.

La media de pacientes atendidos/día es 18 (rango 10-25 pacientes). Previo a la implementación de este modelo la media era similar pero con un rango más amplio de variabilidad (8-40) en la misma jornada laboral.

El tiempo de espera para iniciar el tratamiento es inferior a 1 hora para tratamientos largos, semilargos y semicortos. En la mayoría de los casos este tiempo es inferior a 30 minutos. Para los tratamientos cortos aún no ha sido posible acortar más el intervalo entre la visita en la consulta y la dispensación del tratamiento, que se mantiene entre 40-150 minutos.

Se ha reducido el número de interrupciones al personal de enfermería por cuestiones relacionadas con la recepción de pacientes dado que desde la consulta son ya informados de los horarios y fechas de tratamientos (desde un 100% de pacientes que interrumpen hasta el 30% actual).

La tasa de cancelaciones de sesiones de tratamiento se ha reducido desde el 6,4% hasta el 3,1%. También ha aumentado la tasa de reciclaje de tratamientos desde el 0,1% hasta 2,8%.

El mayor conocimiento y comprensión de los protocolos consolidados y la mejor coordinación multidisciplinaria ha llevado a una menor tasa de reacciones infusionales desde el 3,2% has-

Figura 3. Horario funcional por código, considerando las necesidades diarias de tratamientos con distinto código

1º tratamientos código 4 a partir de las 8:15 horas
2º tratamientos código 3 a partir de las 10 horas
3º tratamientos código 2 a partir de las 12 horas
4º tratamientos código 1 a partir de las 13 horas



ta el 1,6%, junto con un cumplimiento cada vez mayor de los tiempos exactos de infusión de tratamientos (desde el 60% hasta el 80%).

El tiempo de DUE por paciente se ha incrementado al doble. Ha variado desde 26 minutos considerando dos DUE al actual de 40 minutos, lo que permite una vigilancia más efectiva de la tolerancia al tratamiento y mejor capacidad de reacción ante cualquier incidencia.

El número de pacientes que requiere hospitalización por efecto adverso grave se ha reducido desde el 5% al 1.6%, considerando el número de hospitalizaciones/número de eventos adversos por 100.

Aunque no se ha contemplado una encuesta de satisfacción estandarizada a los pacientes, se puede concluir que la percepción de seguridad, calidad asistencial y confortabilidad es generalizada, lo que desemboca en una mayor satisfacción con la atención recibida en el HD.

Se prevee completar el estudio mediante la implantación de una agenda informática de tratamientos en HD atendiendo a los códigos, que disminuya más la variabilidad de ocupación, permita mayor capacidad de reacción al aumento temporal de la presión asistencial, mejore la gestión de plazas de HD y favorezca una mejor coordinación con la consulta médica para adecuar los horarios consulta /HD.

Discusión y conclusiones

El tiempo es un recurso limitado que cobra progresivamente más importancia en una sanidad en la que la demanda asistencial crece de forma rápida e imparable.

La capacidad de gestionar bien su uso es una habilidad cada vez más valorada, ya que de su adecuada utilización dependerá la productividad y competitividad de la empresa.

En un contexto en el que el cáncer cobra especial relevancia no solo por los avances¹ diagnósticos y terapéuticos observados en los últimos años con el consiguiente aumento de las expectativas de los pacientes, sino también por su creciente incidencia, no podemos obviar que ambos hechos conllevan un gasto cada vez mayor del tiempo invertido en su cuidado⁴.

De esta forma y teniendo presente la escasez de recursos del Sistema Sanitario, se hace indispensable disponer los mecanismos necesarios para optimizar este recurso, limitado pero fácil de manipular, con el fin de mejorar la calidad de la asistencia sin incrementar los costes.

Tras la implantación de nuestro modelo en la Unidad de Hospitalización de Día de Oncología Médica hemos demostrado que una sencilla estrategia de gestión efectiva del tiempo mejora considerablemente los indicadores de calidad, impacto y proceso en nuestro HD.

De esta forma:

1. Se ha reducido considerablemente la variabilidad de ocupación diaria del HD, manteniendo la media de pacientes atendidos/día en nuestra Hospital.
2. Se ha reducido a la mitad la tasa de cancelación de sesiones programadas de tratamientos sistémicos y de reacciones infusionales.



3. Se aumenta el grado de cumplimiento de los registros de incidencias de enfermería.
4. Se incrementa notablemente la ratio de reciclaje de tratamientos sistémicos una vez son cancelados, con el consiguiente ahorro en costes.
5. Se aumenta de forma efectiva el tiempo útil que dedica cada enfermero/a a cada paciente.
6. Mejora la satisfacción de los pacientes excepto en los casos de tratamientos cortos en los que aún es prolongado el tiempo de espera entre la llegada al HD y el inicio de los tratamientos.
7. Se reducen considerablemente la tasa de Hospitalización por efecto adverso grave.
8. Se disminuye de forma franca el número de interrupciones al personal de enfermería lo que impacta directamente en el incremento del tiempo disponible para otras funciones.

Estos hechos impactan de forma indirecta tanto en la satisfacción del paciente como en la reducción de los costes y por tanto suponen una clara optimización de la gestión de los recursos disponibles y adecuación de su uso.

Agradecimientos

Los autores de este trabajo desean expresar sus agradecimientos a todos y cada uno de los trabajadores del Hospital Clínico Universitario de Valladolid implicados en el desarrollo y consecución de este proyecto.

Bibliografía

1. De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (Eds): Cancer: Principles and Practice of Oncology, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2001.
2. Aranda Aguilar E, Benavides Orgaz M, Casas Fernández de Tejerina AM, Felip Font E, Garrido López MP, Rifá Ferrer J. Coordinadores. Primer Libro Blanco de la Oncología Médica en España. Madrid: SEOM, 2007.
3. Montiel L, González de Pablo A, editores. Apuntes para una Historia de la Oncología Médica Española. Madrid: Editorial Tres Cantos, 2002.
4. Herránz Fernández C, Casas Fdez. de Tejerina A et al. "Sugerencias para la planificación de la Oncología Médica en España". Libro Blanco de la Oncología en España. Informe para la Planificación Global. Madrid: Ed. Jims, 1998; pp: 245-257.