

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

## TRABAJO FIN DE MÁSTER



### PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO

**Alumno:** Hernández Santana, Juana María  
**Tutor:** Uris Sellés, Joaquín

**Máster Universitario en Gestión Sanitaria**  
**Curso: 2017-2018**

## RESUMEN

El cáncer es una de las enfermedades más relevantes actualmente a nivel mundial, nacional y regional. Teniendo en cuenta el elevado número de pacientes y el elevado coste económico es preciso definir estrategias y objetivos específicos para reducir la incidencia y mejorar la calidad asistencial dentro de un marco que asegure la sostenibilidad del sistema sanitario.

Este proyecto de gestión describe la iniciativa por mejorar muchas áreas del Hospital de Día Oncohematológico del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria con las características particulares del centro y la dotación de personal y espacio físico limitado, examinando las áreas de mejora a nivel estructural y de gestión.

Se trata de un área compleja, con una alta carga asistencial, donde coinciden profesionales de diferentes categorías y especialidades y para el que es necesario llegar a un consenso con participación de otras áreas del hospital.

Este tipo de iniciativas vienen encaminadas a la mejora de la calidad asistencial incidiendo en una disminución del coste medio por paciente, así como el aseguramiento de las condiciones de seguridad, calidad y prestación de servicios que repercute en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, más aún cuando se trata de un área tan sensible como son los pacientes oncológicos.

---

---

**INDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>1.1 SITUACIÓN DEL CÁNCER EN ESPAÑA</b>	<b>3</b>
<b>1.2. SITUACIÓN DEL CÁNCER EN CANARIAS</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>3. PLAN ESTRATÉGICO</b>	<b>5</b>
<b>4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES</b>	<b>5</b>
<b>5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN</b>	<b>6</b>
<b>5.1. ESTRUCTURA DEL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO</b>	<b>7</b>
<b>5.2. PERFILES PROFESIONALES EN HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO</b>	<b>7</b>
<b>6. PLAN DE GESTIÓN</b>	<b>9</b>
<b>6.1. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN Y MEJORA</b>	<b>9</b>
<b>6.2. VISIÓN GLOBAL DEL PROCESO</b>	<b>9</b>
<b>6.3. ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADAS</b>	<b>10</b>
<b>7. CONCLUSIÓN</b>	<b>18</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>19</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>21</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El problema de la sostenibilidad, entendido como la capacidad de legar un sistema a la siguiente generación igual o mejor que lo recibimos, es un reto del Sistema Sanitario Público de España desde hace muchos años.

Con un perfil epidemiológico semejante al resto de los países de la Organización para la Cooperación y el desarrollo Económico (OCDE), las tasas de mortalidad evitable en España han venido descendiendo ininterrumpidamente, y de manera significativa, por la reducción en las causas asociadas al correcto funcionamiento de los servicios sanitarios (Causas ISAS)<sup>1</sup>. Por ello, en los planes estratégicos sanitarios cobra especial relevancia las acciones encaminadas a garantizar la sostenibilidad de los sistemas de gestión, siendo uno de los ejes planteados en las líneas de actuación del trabajo.

La gestión clínica se puede definir como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los pacientes. El objetivo es ofrecerles los mejores resultados posibles en nuestra práctica diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad en su conjunto (eficiencia)<sup>2</sup>.

En general, se trata de reconfigurar el modelo de atención a pacientes para que haya mayor continuidad entre las diferentes estructuras que prestan servicios, sistemas de información que conectan estos servicios así como mayor participación del paciente en el control de su enfermedad.

En este contexto, el hospital de día es un sistema de gestión hospitalaria, que posibilita ofrecer a los usuarios los mismos servicios que hospitalizados, con reducción de costes y sin comprometer la calidad de las prestaciones sanitarias. Las Unidades de Hospitalización de Día, identificadas por el código U65 en la clasificación establecida en el Real Decreto 1277/2003 por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios<sup>3</sup>, se definen como una unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital.

El Hospital de Día Oncohematológico (HDO) constituye una instalación asistencial de protagonismo creciente en los sistemas sanitarios. Como característica fundamental y distintiva se plantea la atención a pacientes durante unas horas sin necesidad de pasar la noche en el recinto hospitalario, a diferencia de la hospitalización clásica; de ahí su nombre de Hospital de Día<sup>4</sup>. En HDO se presta atención para tratamientos sencillos o de gran complejidad, estudios diagnósticos, desde simples extracciones a procedimientos invasivos, observación de eventuales complicaciones tras determinados estudios e incluso intervenciones de cirugía mayor ambulatoria.

La mayor incidencia y sobre todo una mayor prevalencia de las enfermedades oncológicas, unida a la incorporación de nuevos tratamientos y combinaciones, ha favorecido un desarrollo espectacular de los hospitales de día en los últimos años. Prácticamente el 90% de los pacientes que requieren tratamiento hacen uso del mismo para recibir tratamientos específicos y de apoyo a lo largo de su proceso oncológico<sup>4</sup>.

## 1.1 SITUACIÓN DEL CÁNCER EN ESPAÑA

En los últimos años ha aumentado de forma progresiva la incidencia de algunos tumores y teniendo en cuenta las previsiones demográficas proporcionadas por las Naciones Unidas, se calcula que la incidencia de nuevos casos crezca en 2020 en España entorno a un 15% respecto a 2012<sup>5,6</sup>. Se calcula que en 2020 se diagnosticarán 246.713 casos nuevos de cáncer en España<sup>6</sup>.

Debido a la alta prevalencia, los tumores constituyen una de las principales causas de ingreso hospitalario en España<sup>6</sup>. El cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio en la población general española y la primera causa en varones en España<sup>6,7,8</sup>.

## 1.2. SITUACIÓN DEL CÁNCER EN CANARIAS

El cáncer es la segunda causa de muerte en Canarias y con el incipiente envejecimiento poblacional, es posible que en los próximos 20 años pase a ser la primera causa. El cáncer broncopulmonar aún ocupa el primer puesto entre los varones, pero empieza a ser igualado por el cáncer de próstata. El cáncer de mama ocupa el primer lugar en las mujeres, de manera destacada en Las Palmas, y padecen la mayor incidencia y mortalidad de España.

El cáncer broncopulmonar crecerá rápidamente en las mujeres del archipiélago porque en la actual generación de adolescentes canarios la proporción de chicas fumadoras casi duplica a la de los chicos (40% frente a 23%, respectivamente)<sup>9,10</sup>. El número de casos nuevos de cáncer en las áreas de salud de Gran Canaria y Tenerife supone una media anual de 6320 casos.

El Plan de Salud de Canarias<sup>11</sup> se plantea disminuir la incidencia y la mortalidad prematura así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Tal y como refiere la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias<sup>12</sup> (LOSCA) en su artículo 13 *"... el Plan de Salud de Canarias es el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados estarán sometidos a evaluación"*.

En consecuencia, la estructura y contenidos del trabajo se han planteado centrándose inicialmente en la definición de un marco conceptual adaptado a la demanda documentada en el Plan de Salud de Canarias<sup>11</sup> que es el instrumento que aglutina todas las estrategias dirigidas a la mejora del nivel de salud de la sociedad canaria y en el propio Plan Estratégico<sup>13</sup> del Complejo Hospitalario dónde se ubica la unidad asistencial.

Alineado con este objetivo, se encuentra enmarcado el presente documento para la identificación de áreas de mejora que permitan un mejor funcionamiento del Hospital de Día Oncohematológico del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC).

## **2. OBJETIVOS**

El alcance y objetivos planteados se enmarcan en el ámbito del Servicio Canario de la Salud y de la propia Organización donde se encuentra adscrito el HDO.

### **Objetivo general**

Análisis y mejora de los procesos del Hospital de Día Oncohematológico del HUIGC que permitan mejorar su coordinación y funcionamiento como claves para la excelencia.

### Objetivos específicos

- Elaboración del análisis y revisión de los procesos contemplados en el HDO.
- Identificación de potenciales áreas de mejora adaptadas a las necesidades del hospital que permitan optimizar el funcionamiento y organización del mismo.
- Definición y priorización de áreas de mejora que contribuyan a mejorar la atención al paciente en el HDO.

### 3. PLAN ESTRATÉGICO

El Hospital de Día Oncohematológico teniendo como marco el Plan Estratégico para el periodo 2018 - 2022 del Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil al que está adscrito, trabaja en mejorar los circuitos de información a pacientes y familiares, aliado con el eje estratégico I (Orientación al usuario), cuyas líneas de actuación son mejorar la accesibilidad, humanizar el trato a los usuarios y potenciar la confortabilidad.

Destaca su implicación para desarrollar la gestión de las comunicaciones vía telefónica y mejorar la interacción del paciente con la organización, aliado con el eje estratégico VII (Liderazgo tecnológico) cuyas líneas de actuación abarca impulsar herramientas tecnológicas que mejoren la relación con el paciente desarrollando y explotando los sistemas de información para profesionales, así como potenciar la integración de los sistemas de información y definir sistemas de telemedicina y telemonitorización.

### 4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

Los hospitales de día se han consolidado como una alternativa a la hospitalización convencional en el tratamiento del paciente con cáncer, permitiendo mantenerlo dentro de su entorno familiar y social aumentando así su percepción de calidad de vida y al sistema de salud y adaptando mejor los recursos a las necesidades.

Estas unidades, en todos los hospitales de la red pública de salud, se han convertido en un espacio de máxima actividad asistencial diaria y con un nivel de exigencia importante por parte del paciente y del sistema. Esto hace que los equipos multidisciplinares sepan que son garantes de unos cuidados que serán decisivos para el paciente y familia, proporcionándoles herramientas y recursos para que sean capaces de caminar por este proceso con el menor impacto posible en sus vidas<sup>4</sup>.

Nuestra **MISIÓN** es proporcionar una atención óptima a los pacientes atendidos de forma ambulatoria en el HDO y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad basados una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad.

La **VISIÓN** es proporcionar una atención y cuidados dentro del ámbito hospitalario, adaptando la previsión de cuidados a las necesidades de la población, desarrollando nuevas competencias profesionales mediante la formación continuada.

Los **VALORES** de esta Unidad son la orientación de los cuidados al usuario y familia, compromiso con una gestión de calidad integral, colaboración y apoyo con otras Unidades y niveles de atención, garantizar la continuidad de los cuidados con otros niveles asistenciales, trabajo en equipo multidisciplinar y compromiso con el desarrollo y cultura de seguridad.

## 5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El Servicio Canario de la Salud (SCS) está dividido en 7 áreas de salud, el área de salud de Gran Canaria cuenta con 2 centros hospitalarios de referencia.

El Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil pertenece a la red de hospitales públicos del SCS. El Complejo Hospitalario (mayor centro hospitalario de Canarias) está formado por 2 hospitales, uno de ellos es el HUIGC donde se encuentra adscrito el HDO.

El Hospital Universitario Insular de Gran Canaria es un hospital de tercer nivel con 450 camas, que tiene asignadas 350.000 tarjetas sanitarias pertenecientes a población adulta del área sur de Gran Canaria y además centro de referencia de 80.000 adultos de la Isla de Fuerteventura.

El HDO es un servicio asistencial, de atención programada a pacientes que requieren en un mismo día, la aplicación de procesos, tratamientos y técnicas diagnósticas, etc... que requerirían hospitalización, garantizando por lo tanto una atención especializada, sin necesidad de separarse de su entorno familiar.



Respecto a la actividad asistencial en HDO, desde hacia algunos años se estaba observando un progresivo aumento de la actividad, especialmente en la administración de medicamentos, que inicialmente se solventó ampliando el horario hasta las 17:30 horas mediante un turno puente del personal de enfermería. Sin embargo, esta ampliación parecía insuficiente. En esta situación, se ha planteado la reestructuración del HDO. Para ello, se plantea la realización de cambios innovadores en la estructura y procesos del HDO.

La organización del flujo de los pacientes está enfocado a la propia razón de ser de un HDO. El objetivo es la administración de tratamientos con los mejores estándares de seguridad y con la máxima comodidad para los pacientes. En este sentido, la disminución de los tiempos entre las sucesivas actuaciones que se van a realizar a los pacientes será de la máxima importancia. Para ello, las sucesivas citas (extracción, consulta, administración de tratamiento) deben estar sincronizadas para que el paciente realice todas las actuaciones en el menor tiempo posible.

### **5.1. ESTRUCTURA DEL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO**

Se dispone de espacio para la atención de 20 pacientes, distribuido en una sala de tratamiento con catorce sillones y aseos, una habitación con una cama y un sillón para tratamientos en fase de ensayo clínico y cuatro habitaciones individuales.

Consultas médicas (9 Oncología y 2 Hematología) y una sala de curas.

### **5.2. PERFILES PROFESIONALES EN HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO**

El personal trabaja en equipo multidisciplinar para atender las diversas necesidades de los pacientes<sup>14</sup>. El personal sanitario que compone el HDO es:

**a) Jefe de Servicio.** Un médico especialista de Oncología Médica con cargo de responsabilidad en su servicio. Las funciones generales son la coordinación del HDO, la gestión del funcionamiento organizando a un conjunto de profesionales sanitarios, de diversas especialidades, en un marco protocolizado y consensuado entre todos, con una adecuada utilización de los recursos asignados y programar la Unidad adecuando la demanda a los recursos disponibles.

**b) Supervisión de Enfermería.** Ostenta la autoridad y responsabilidad sobre el correcto funcionamiento de los recursos de enfermería así como promover la eficiencia en la gestión de los recursos materiales asignados. Gestiona la Unidad con el fin de asegurar que los cuidados de enfermería sean realizados de forma eficiente, respondiendo a las necesidades del paciente para asegurar una asistencia integral de calidad.

**c) Médicos especialistas.** Médicos especialistas en Oncología Médica. Corresponde el control evolutivo de los pacientes, la decisión sobre la realización de procedimientos diagnósticos y la adecuación de las pautas de tratamiento. La presencia continua del médico en el HDO no siempre es indispensable, pudiendo compaginar esta actividad con otras funciones (consulta externa, hospitalización, etc.), pero se debe garantizar su disponibilidad inmediata (dotación de buscapersonas u otro sistema de comunicación). La ratio estimada está en un médico por cada 14-16 visitas diarias.

**d) Enfermería.** Cuidado relacionado con la administración de tratamiento y la recuperación de los pacientes. Los profesionales adscritos a esta unidad deben poseer una amplia experiencia asistencial, en especial sobre la administración de quimioterapia antineoplásica y análogos, con conocimiento de los efectos colaterales y precauciones que deben tomarse para que la seguridad y la comodidad sean máximas durante su administración, así como facilidad para el trato personal y el apoyo psicológico.

Las recomendaciones establecen como mínimo una enfermera por turno de actividad para cada 6 puestos de tratamiento con formación específica en oncología.

**e) Otro personal:** en función de la orientación asistencial y la carga de trabajo del HDO, se dispone a tiempo parcial de otros profesionales sanitarios como psicólogos, dietistas y asistentes sociales.

En las "Recomendaciones según consenso nacional SEOM", de 2006 se contempla la dedicación exclusiva de un psicólogo a partir de un área de referencia superior al millón de habitantes y de un farmacéutico por encima de las 40 administraciones día, un farmacéutico especializado en oncología en la farmacia satélite o en la farmacia general del hospital que garantice el control y la seguridad de las preparaciones es lo idóneo<sup>15</sup>.

## 6. PLAN DE GESTIÓN

### 6.1. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN Y MEJORA

La metodología empleada se aborda con el análisis de los procesos de funcionamiento del HDO. Se define un plan de acción (Anexo I) para la identificación de áreas de mejora e implantación de acciones para la mejora del funcionamiento de la Unidad, con la finalidad de proponer y desarrollar líneas de trabajo que permitan mejorar las condiciones de seguridad, calidad y prestación de servicios.

Como fuente de información para identificar las áreas de mejora destacan las siguientes:

- Sesiones grupales con Enfermería Oncológica, Farmacia Hospitalaria, Hematología, Oncología Médica y Equipo funcional de historia clínica electrónica (clientes internos), en ellas, se utilizó la herramienta de tormenta de ideas (brainstorming), abordando los problemas que se observan en el día a día, que riesgos para el paciente o para realizar un correcto trabajo, ...
- Escucha activa a pacientes y familiares; además dentro de este grupo se analizaron resultados de encuestas de satisfacción que se habían realizado años anteriores, así como las reclamaciones y sugerencias.
- Reuniones con el voluntariado de la Asociación Española Contra el Cáncer quiénes nos dieron su punto de vista.

### 6.2. VISIÓN GLOBAL DEL PROCESO

La gestión de los procesos asistenciales tienen que ver con la efectividad clínica y con la mejora en la gestión de los procesos tanto asistenciales como administrativos. Lo esencial es garantizar la atención integral al paciente. El análisis y la mejora continua de los procesos asistenciales (reingeniería) es una herramienta esencial<sup>2,16</sup>.

El proceso asistencial comprende la atención prestada al paciente con diagnóstico inicial de cáncer y que se presenta como opción terapéutica el HDO, desde la prescripción del tratamiento hasta el alta médica; abordando la administración de varios ciclos de tratamiento (Anexo II).

### 6.3. ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADAS

Tras el diagnóstico de la situación actual del funcionamiento del HDO y gracias al análisis y propuestas potenciales de oportunidades de mejora recibidos de los profesionales que han participado en la fase de análisis, se han identificado 14 áreas de mejora. Éstas han servido como base para el desarrollo de una serie de propuestas de mejora o líneas de acción que permiten mejorar y optimizar el funcionamiento del HDO.

A continuación se va a proceder a la descripción de las áreas de mejora que se han detectado en la fase de análisis agrupadas en cada uno de los 5 subprocesos en los que se segmenta la actividad asistencial prestada en el HDO.

1. Analítica sanguínea
2. Evaluación del estado del paciente previa a la administración de tratamiento
3. Consulta con Enfermería
4. Preparación del tratamiento
5. Administración del tratamiento

Una vez identificados los problemas y concluida la fase de análisis, se procedió a la fase de priorización de los mismos. El método de priorización elegido fue la herramienta de análisis modal de fallos y efectos (AMFE)<sup>17,18</sup> basado en la frecuencia, gravedad y detectabilidad (Anexo III), aplicando la fórmula: Risk Priority Number (RPN) = F x G x D. La priorización de las propuestas de mejora ha sido realizada a través de las sesiones de trabajo grupal.

### SUBPROCESO 1: ANALÍTICA SANGUÍNEA

#### Propuesta de mejora 1

A los pacientes de Hematología se les realiza el análisis de sangre previo a la administración del tratamiento en el propio hospital y el mismo día de la consulta y del tratamiento. Esto genera que el tiempo de estancia del paciente en el hospital aumente. Es cierto que existen pacientes que se transfunden con frecuencia, de forma que se deja la vía puesta para realizar el análisis pertinente para la validación de la administración del tratamiento (para evitar pinchar dos veces). Por otra parte, los pacientes de Oncología acuden a su CAE o Centro de Salud de referencia cercano a su vivienda el día previo al tratamiento reduciendo así el tiempo de estancia en el hospital.

Área de mejora
Incremento del tiempo en el hospital de los pacientes de Hematología debido a la realización de las analíticas sanguíneas en el propio hospital.
Mejora propuesta
Proporcionar a los pacientes de Hematología la opción de realizar las analíticas sanguíneas en los Centros de Salud y CAE's el día previo a la administración del tratamiento en vez de realizarse en el propio hospital el mismo día de la consulta.

### Propuesta de mejora 2

Actualmente, la enfermera se descarga de Modulab los resultados de las analíticas de los pacientes de Oncología y las traslada hasta el oncólogo para que éste las valide. Una vez validados los resultados, acude a Farmacia del HDO para comunicarle la validación. En el Servicio de Hematología, es el propio especialista quien accede a los resultados desde su ordenador.

Área de mejora
Traslado innecesario de los resultados de las analíticas impresas a los oncólogos para su validación.
Mejora propuesta
Permitir al oncólogo validar las analíticas sin necesidad de que la enfermera imprima y traslade los resultados. El proceso debe permitir que el oncólogo acceda a los resultados en Modulab y valide la analítica en la historia clínica de tal forma que la validación en Modulab llegue automáticamente a Farmacia de HDO. Formación a los médicos acerca de las funcionalidades de todos los Sistemas Informáticos.

## SUBPROCESO 2: CONSULTA DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE PREVIA A LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO

### Propuesta de mejora 3

Actualmente, llegado el día de la consulta con Hematología el paciente acude al mostrador del HDO pero éste le remite a la enfermera que tiene en exclusiva el Servicio de Hematología en lugar de seguir el mismo circuito que los pacientes de Oncología.

Área de mejora
Recepción de los pacientes que acuden al Servicio de Hematología del HDO por un circuito diferente al de Oncología.
Mejora propuesta
Definición de la política de recepción para los pacientes que acuden al Servicio de Hematología del HDO, de forma que sean recibidos en Admisión del HDO como ocurre en el Servicio de Oncología del HDO.

#### Propuesta de mejora 4

Los pacientes que acuden a consulta médica, a consulta de enfermería o a la realización de curas o administración del tratamiento de HDO, deben quedarse en la sala de espera hasta que se les avisa por megafonía. Este modelo de comunicación no cuida la privacidad del paciente que asiste al HDO.

Área de mejora
Falta de privacidad en el modelo de comunicación con los pacientes que se encuentran en la sala de espera.
Mejora propuesta
Implementación de un sistema de control de colas de espera y turnos de atención. El objetivo es dotar al HDO de un sistema de gestión de colas que permita que el paciente al llegar se acerque a la máquina expendedora de tickets y pulsase en la pantalla táctil el tipo de asistencia que tiene programada. A continuación la máquina proporciona un ticket con su número de espera, por lo que el paciente se irá a la zona de espera. En las pantallas de información podrá ver el estado de atención de las diferentes unidades y se le notificará con un mensaje sonoro por pantalla junto con su número de atención y la consulta a la que dirigirse para ser atendido.

#### Propuesta de mejora 5

Los hematólogos no disponen de acceso a FarmaTools, de forma que prescriben de forma física empleando unas plantillas de prescripción. Al no estar informatizado este proceso y el traslado de la prescripción se realiza de forma manual o por fax.

Área de mejora
No disponibilidad de la prescripción electrónica de fármacos para el Servicio de Hematología del HDO.
Mejora propuesta
Concesión del acceso a la prescripción electrónica a los hematólogos. Formación a los hematólogos acerca de las funcionalidades de FarmaTools.

### SUBPROCESO 3: CONSULTA CON ENFERMERÍA

#### Propuesta de mejora 6

Actualmente, no se está haciendo uso al 100% de la agenda de este Sistema para programar los tratamientos. El programa DragoAE permite planificar los tratamientos por sillones y camas, pero no está siendo empleado para planificar el espacio de administración de tratamientos. Se cita a dos pacientes a una misma hora dando lugar al aumento de tiempo de espera del paciente. No existe una planificación ni de los sillones ni de las camas del HDO. Además a los pacientes que no pasan por consulta se les llama el mismo día del tratamiento para comunicarles la hora de administración en función de la demanda que exista ese día. La enfermera no tiene acceso para programar en la agenda de DragoAE y planificar los tratamientos; aunque sí puede visualizarla.

Área de mejora
Deficiente planificación de la programación de las administraciones de los tratamientos, en parte debido a la falta de uso de la agenda de DragoAE.
Mejora propuesta
Facilidad del acceso pertinente a enfermería para que pueda citar (fecha y hora) los tratamientos en la agenda de DragoAE, dejando a Admisión la citación de consulta y analítica.  Formación a enfermería en la correcta gestión y organización de la agenda de DragoAE para programar los tratamientos: planificando la agenda del HDO el día anterior a la administración del tratamiento de forma que se programen los tratamientos de tiempos cortos al principio o final del día para los pacientes que no acuden a consulta, ya que los pacientes con consultas y que son susceptibles de recibir el tratamiento el mismo

día de la consulta no son atendidos por los oncólogos hasta pasadas las 9:30h, y no podrán iniciar el tratamiento hasta las 9:45h. Después programar tratamientos de los pacientes que salen de consulta, priorizando los tratamientos de administración larga.

### Propuesta de mejora 7

DragoAE no permite agendar las administraciones fuera del horario de 8:30 a 14:45 horas, y el HDO abre hasta las 17:30 horas. El personal se ve obligado a citar a varios pacientes a la misma hora para cubrir la demanda. Además el tiempo posible de reserva de espacio del HDO para un tratamiento oscila desde 1 hora hasta 6 horas. Los tratamientos de 30 minutos suponen una ocupación de 1 hora en la agenda ya que ésta no permite agendar prestaciones inferiores a 1 hora.

#### Área de mejora

Intervalo insuficiente de tiempo para planificar y agendar los tratamientos en DragoAE y así cubrir la demanda de pacientes.

#### Mejora propuesta

Modificación del funcionamiento de la agenda de DragoAE para que permita aumentar el rango de tiempo de citación al tratamiento hasta las 17 horas y se añada la posibilidad de agendar el tiempo real de los tratamientos en la agenda de DragoAE para aquellos tratamientos de corta duración.

## SUBPROCESO 4: PREPARACIÓN DEL TRATAMIENTO

### Propuesta de mejora 8

Farmacia hospitalaria se encuentra sobrecargada ya que debe proporcionar apoyo a todo el HUIGC. Además, preparan diariamente y durante la primera hora de la mañana los tratamientos pediátricos. Además, se pierde tiempo en el traslado de los medicamentos desde la planta -1 hasta la planta 3 donde se encuentra el HDO, aumentando así, el tiempo de espera del paciente. A esto se añade que la distancia entre Farmacia y el HDO dificulta la comunicación entre servicios.

Por último, los medicamentos oncológicos se preparan en una Cabina de Flujo Laminar vertical. En el hospital sólo existe una campana de este tipo de forma que limita el número de preparaciones a la hora.



Área de mejora
Saturación del servicio de Farmacia hospitalaria al preparar tratamientos para el HDO.
Mejora propuesta
Se proponen 2 alternativas para llevar a cabo la descongestión de la Farmacia hospitalaria, desarrollo de una farmacia específica de Oncología dejando la Farmacia hospitalaria al servicio de resto del hospital y traslado de la misma a la planta del HDO, proporcionando un espacio único y común para todo el HDO y aumento del número de cabinas de flujo laminar.

### Propuesta de mejora 9

El tiempo de preparación de tratamientos resulta crítico para que lleguen a la zona de administración lo antes posible.

Área de mejora
Largos tiempos de preparación de los medicamentos oncológicos y saturación de la campana de flujo laminar.
Mejora propuesta
Promoción del cambio a nuevas vías de administración de tratamiento que requieren un menor tiempo de preparación y se preparan en la campana de flujo laminar horizontal que no se encuentra saturada (en ella se preparan los anticuerpos monoclonales y la medicación no citostática) aportando un beneficio en la calidad de vida de los pacientes. Traslado de la preparación de la medicación subcutánea (etiquetado, preparación de la jeringa, etc.) a la zona de administración del HDO y no en Farmacia hospitalaria con el objetivo de ahorrar tiempo de preparación y de administración de tratamientos.

### Propuesta de mejora 10

Las analíticas de los pacientes que por protocolo no acuden a consulta, son validadas por el médico de guardia por las tardes. A pesar de ser validadas por la tarde y el día previo a la administración programada, enfermería no llama al paciente hasta la mañana siguiente para comunicarle los resultados de la analítica (sean positivos o no).

Esto hace que el paciente no conozca la hora a la que debe trasladarse al HDO hasta la misma mañana de la administración, dificultando así su organización y la de su familia.

Área de mejora
Aviso al paciente el mismo día de la administración de tratamiento para comunicarle la hora a la que debe acudir al HDO.
Mejora propuesta
Protocolización de la realización de la llamada al paciente que se hace desde enfermería para comunicar la hora del tratamiento para que se realice el día previo a la administración, después de que le médico haya validado la analítica esa misma tarde en vez de hacerla la misma mañana de la administración.

### Propuesta de mejora 11

Existe una falta de espacio en el HDO.

Área de mejora
Insuficiente espacio del HDO para la administración de los tratamientos (sillones y camas).
Mejora propuesta
Creación de un área física de forma que se traslade el Hospital de Día General a otra zona del hospital y se liberen espacios para ampliar el área del HDO.

### Propuesta de mejora 12

La asignación de cama o sillón es realizada en el momento en el que el paciente llega a la zona de administración, a pesar de que esta asignación se realiza en función de los espacios libres que se van quedando; no se registra en qué cama o sillón se encuentra el paciente.

Área de mejora
Falta de registro de las asignaciones de cama o sillón al paciente.
Mejora propuesta
Introducción en DragoAE de la cama o sillón asignada al paciente en la zona de administración, así se puede visualizar a tiempo real qué paciente se encuentra en cada cama o sillón y llevar mejor control del espacio de administración y realizar mejor seguimiento de los pacientes.

### Propuesta de mejora 13

Existe una rotación elevada en las enfermeras del HDO, aproximadamente tardan 15 días en formarse para poder ser autónomas en su trabajo dentro del HDO.

Área de mejora
Elevada rotación del personal de enfermería.
Mejora propuesta
Formación a las nuevas incorporaciones haciéndolas pasar durante 15 días por Oncología de planta (rotación del personal de enfermería).

### Propuesta de mejora 14

Las consultas de Oncología tienen que dar respuesta a muchas urgencias que se reciben en el cuarto de curas y son remitidas a los oncólogos. No existe un teléfono específico del HDO al que los pacientes puedan llamar sin necesidad de trasladarse para resolver dudas o problemas que no necesiten su presencia en la Unidad.

Área de mejora
Mala accesibilidad del HDO para posibles dudas del paciente (teléfonos saturados: no existe una línea directa).
Mejora propuesta
Creación de una línea telefónica de Atención al Paciente. Requiere la implantación de metodologías de trabajo basadas en la teleasistencia, que permita la accesibilidad del paciente dentro de un sistema de atención sanitaria como es el HDO.

El plan de gestión precisa, para su puesta en marcha, organización y mecanismos que garanticen el impulso necesario para su ejecución y la coordinación entre los diferentes agentes implicados en el desarrollo de las actuaciones<sup>19</sup>.

A tal efecto, se debe establecer un sistema de evaluación y seguimiento de las diferentes actuaciones, que exige la implicación y responsabilización de los agentes implicados para la correcta ejecución de las propuestas y medición del grado de despliegue y consecución de los objetivos. En definitiva, generar una cultura de evaluación de resultados y de mejora continua.

## 7. CONCLUSIÓN

El modelo HDO es un dispositivo asistencial hospitalario que ofrece una amplia oferta de procedimientos diagnósticos y terapéuticos sin la necesidad de quedar ingresado en el hospital. Esto permite mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuir la presión asistencial en hospitalización convencional, disminuir el gasto sanitario y en ocasiones compatibilizar la enfermedad con la vida personal y laboral.

Desde el punto de vista del paciente, el aumento de la calidad asistencial se refleja en menor tiempo de espera en las consultas, lo cual se ha reducido de forma considerable ya que el paciente acude con la analítica realizada y no está desde primera hora hasta la visita esperando a los resultados, pudiendo acudir a la hora de su cita de manera más aproximada, lo cual libera la sala de espera de masificación de pacientes con una zona más tranquila y escalonada de llegadas de pacientes.

También consideramos un beneficio en la calidad asistencial, la apertura en horario de tarde de HDO y que el paciente pueda elegir dentro de lo posible el día y horario que más se acomodan a él y sus familiares que lo acompañan y que en muchos casos tienen que solicitar permisos en sus trabajos para este acompañamiento. Esto junto con la extracción analítica el día previo ha reducido de forma considerable el tiempo del paciente para la entrada a consulta por no precisar esperar a los resultados de la analítica, mejor programación de las sillones de HDO con horarios más reales y aproximados para el paciente así como un incremento en la actividad.

La introducción de un sistema tecnológico de información para la historia electrónica mediante el programa DragoAE ahorra tiempo en traslados de historias físicas por parte del Servicio de Archivo y permite una accesibilidad en tiempo real a los profesionales.

Dentro del programa DragoAE, además se incorporó para una mayor agilidad la existencia de protocolos para cada tipo de analítica según quimioterapia (antiangiogénicos, inmunoterapia con perfil hormonal), que mejora la gestión de citas y sillones en HDO según duración de la quimioterapia.

El uso de tratamiento subcutáneo evita en determinados casos la colocación de un port a cath, sustituido dicho dispositivo por un PICC que precisa menor tiempo de colocación y cuidados por parte del paciente con la educación adecuada y se retira tras el último ciclo de quimioterapia intravenosa siguiendo después sin acceso central dado que es subcutánea la administración.

Por tanto, la oportunidad de usar nuevas vías de administración para algunos fármacos de manera subcutánea supone un ahorro en costes dentro del impacto presupuestario así como un ahorro en tiempo de sillón de HDO optimizando la gestión de los mismos.

No obstante, se considera que hay aún muchos puntos de mejora como la presencia de oncólogo de guardia de presencia física para una correcta atención de los pacientes 24 horas, apertura de una consulta de enfermería de control de síntomas y nutrición en horario de tarde y colocación de PICC por parte de enfermería.

En conclusión, la realización de mejoras en la estructura y procesos del HDO del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria ha demostrado que puede mejorar la actividad asistencial (número de consultas y número de sesiones en Hospital de Día) y una disminución del coste medio por paciente. Así como mejorar las condiciones de seguridad, calidad y prestación de servicios que repercute en la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

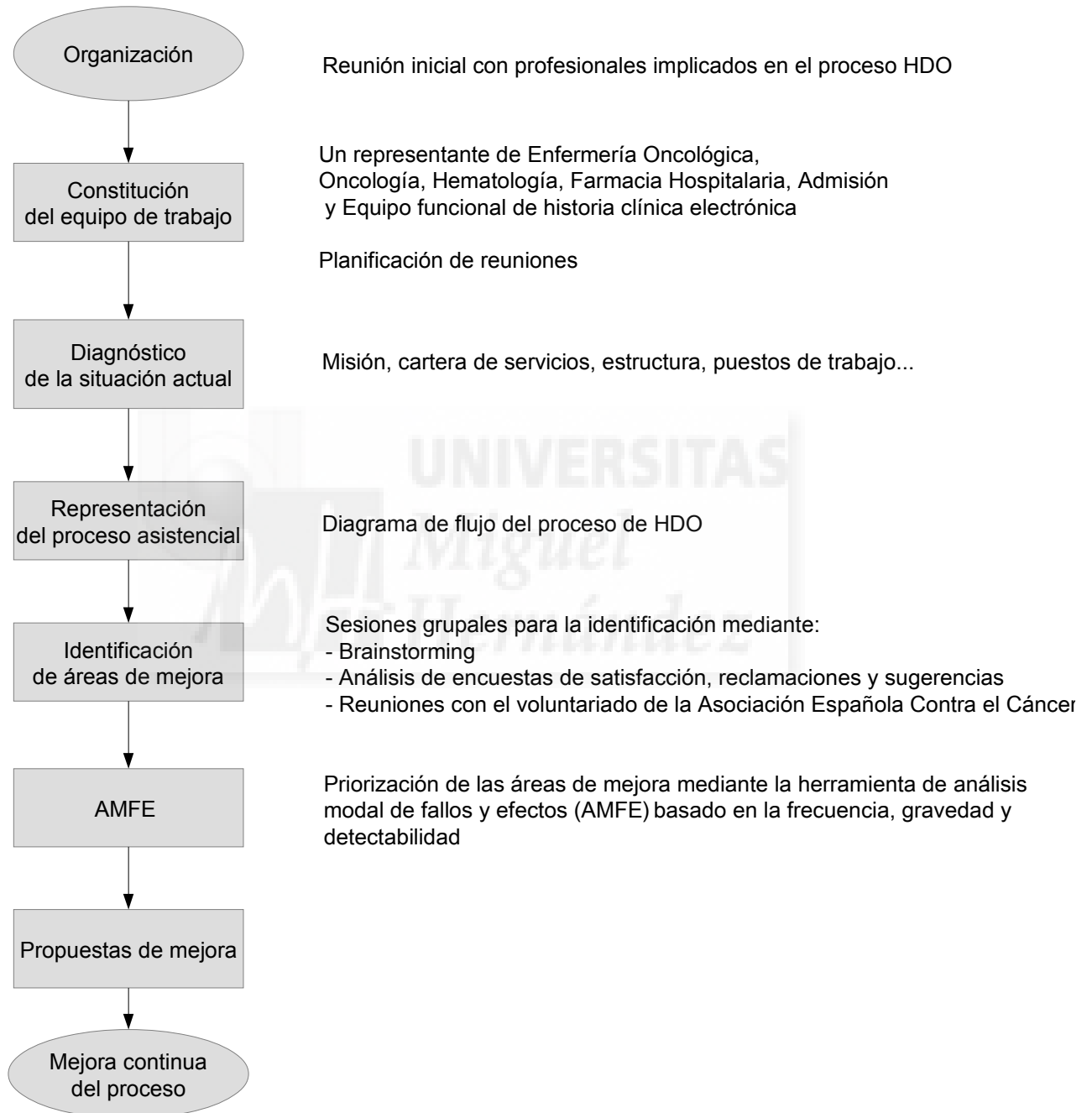
## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Gispert R, Torné MM, Barés MA. La efectividad del sistema sanitario en España. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):117-26
2. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002;17:305-11
3. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios
4. Hospitales de día de oncología. Sociedad Española de Oncología Médica. 2015
5. Red Española de registros de cáncer. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. 2014
6. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. 2016
7. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet] [Consultado 2018 Abril 20] Disponible en:  
<https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
8. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2012

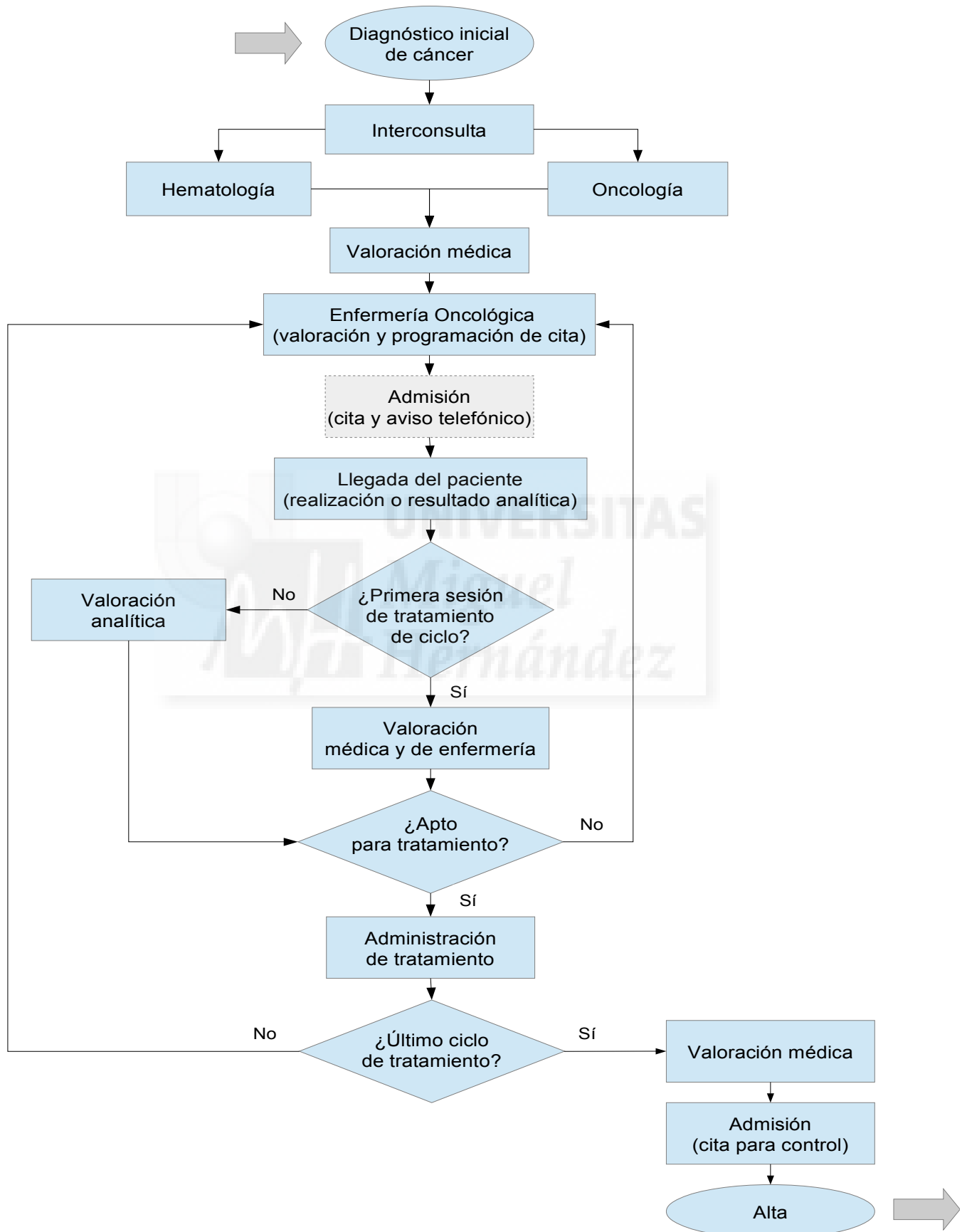
9. Registro poblacional de cáncer de Canarias. Plan de Salud de Canarias 2016-2017
10. Instituto canario de investigación del cáncer [Internet] [Consultado 2018 Abril 25]  
Disponible en: <http://www.icic.es/cuestionario-CDC/>
11. Plan de Salud de Canarias 2016-2017 [Internet] [Consultado 2018 Abril 25].  
Disponible en:  
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf>
12. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias
13. Plan Estratégico del Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil 2018-2022
14. Hospital de Día: Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
15. Hospitales de día: Recomendaciones según consenso nacional SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica. Madrid. 2006
16. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2001
17. Guía para la elaboración de un AMFE en seguridad del paciente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012
18. Ruiz López P, González Rodríguez-Salinas C. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE): una herramienta muy útil para la seguridad del paciente. 2008 [Internet] [Consultado 2018 Junio 20]. Disponible en:  
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1702/45/00450048-LR.pdf>
19. Servicio Canario de la Salud. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. 2015. [Internet] [Consultado 2018 Abril 25].  
Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>

## 9. ANEXOS

### ANEXO I. PLAN DE ACCIÓN



## ANEXO II. DIAGRAMA DEL PROCESO





**ANEXO III. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE)**

<b>Problema</b>		<b>F</b>	<b>G</b>	<b>D</b>	<b>FxGxD</b>
1	Incremento del tiempo en el hospital de los pacientes de Hematología debido a la realización de las analíticas sanguíneas en el propio hospital	10	4	7	<b>280</b>
2	Traslado innecesario de los resultados de las analíticas impresas a los oncólogos para su validación	9	4	7	<b>252</b>
3	Recepción de los pacientes que acuden al Servicio de Hematología del HDO por un circuito diferente al de Oncología	9	3	8	<b>216</b>
4	Falta de privacidad en el modelo de comunicación con los pacientes que se encuentran en la sala de espera (megafonía)	9	3	7	<b>189</b>
5	No disponibilidad de la prescripción electrónica de fármacos para el Servicio de Hematología del HDO	9	4	8	<b>288</b>
6	Deficiente planificación de la programación de las administraciones de los tratamientos, en parte debido a la falta de uso de la agenda de DragoAE	9	3	9	<b>243</b>
7	Intervalo insuficiente de tiempo para planificar y agendar los tratamientos en DragoAE y así cubrir la demanda de pacientes	9	3	10	<b>270</b>
8	Saturación del Servicio de Farmacia Hospitalaria al preparar tratamientos para el HDO	10	4	9	<b>360</b>
9	Largos tiempos de preparación de los medicamentos oncológicos y saturación de la campana de flujo laminar	9	4	7	<b>252</b>
10	Aviso al paciente el mismo día de la administración de tratamiento para comunicarle la hora a la que debe acudir al HDO	9	4	10	<b>360</b>
11	Insuficiente espacio del HDO para la administración de los tratamientos (sillones y camas)	9	3	7	<b>189</b>
12	Falta de registro de las asignaciones de cama o sillón al paciente	9	2	7	<b>126</b>
13	Elevada rotación del personal de enfermería	9	4	7	<b>252</b>
14	Mala accesibilidad del HDO para posibles dudas del paciente (teléfonos saturados: no existe una línea directa)	8	3	9	<b>216</b>