

# EL HOSPITAL DE DÍA

El futuro inmediato ante una demanda creciente

Fernández B, Morte F, Galego T, Delgado D, Calvo V, Tena MJ.

Hospital Universitario Miguel Servet

Zaragoza

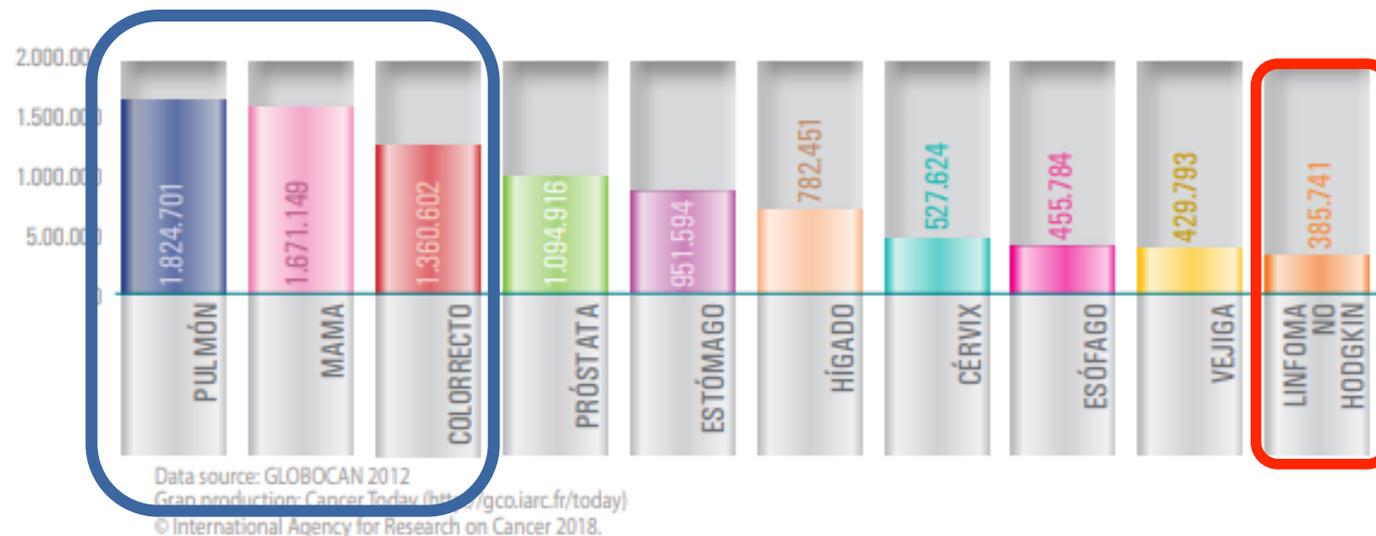
# INDICE DE CONTENIDOS

- Introducción
- ¿Qué es un hospital de día?
- Hospital de Día Hematología HUMS
  - Evolución histórica
  - En la actualidad...
  - ¿Cómo funciona?
  - Tratamientos y peculiaridades
  - Papel de enfermería
  - Propuestas futuras de mejora



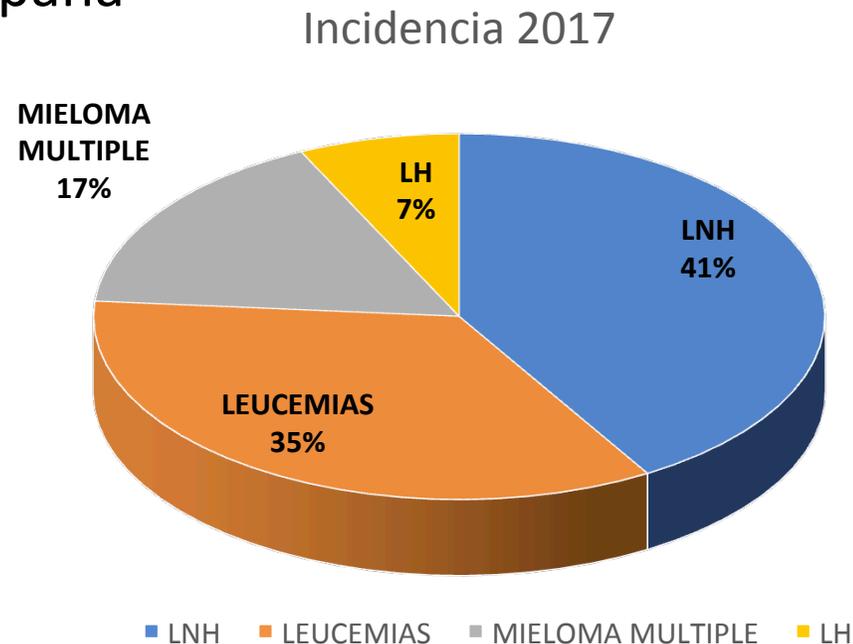
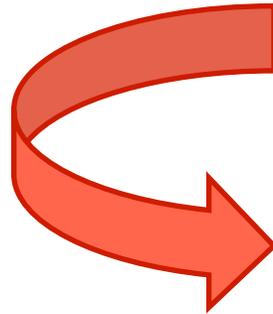
# INTRODUCCIÓN

- Cáncer: una de las principales causas de muerte en el mundo.
- Previsión: 24 millones de casos en 2035
- El aumento de casos se produce por:
  - Aumento de la población
  - Aumento de la esperanza de vida
  - Técnicas diagnósticas y detección precoz.
- Los tumores más prevalentes son:
  - Pulmón, mama y colorrectal.



# INTRODUCCIÓN

- Incidencia cáncer mundial: 18,1 millones (Globocan, 2018)
- Incidencia cáncer España: 228,482 casos en 2017 (Observatorio AECC)
- Neoplasias hematológicas:
  - 15,000 casos nuevos al año en España



# ¿QUÉ ES UN HOSPITAL DE DÍA?

- RD 1277/2003:
  - Unidad asistencial
  - Tratamientos y cuidados de pacientes ambulatorios
  - Atención continuada
  - Evitar ingreso hospitalario
- Principal alternativa al ingreso convencional
- Creación:
  - Cambios sustanciales: sociedad, sistema sanitario, tratamientos,
  - Mayor expectativa de vida y dependencia.
  - Aumento de casos (imposibilidad de ingresos hospitalarios a la totalidad)
  - Mejorar la calidad de vida de los pacientes con tratamientos ambulatorios para...

**FAVORECER SU  
AUTONOMIA**



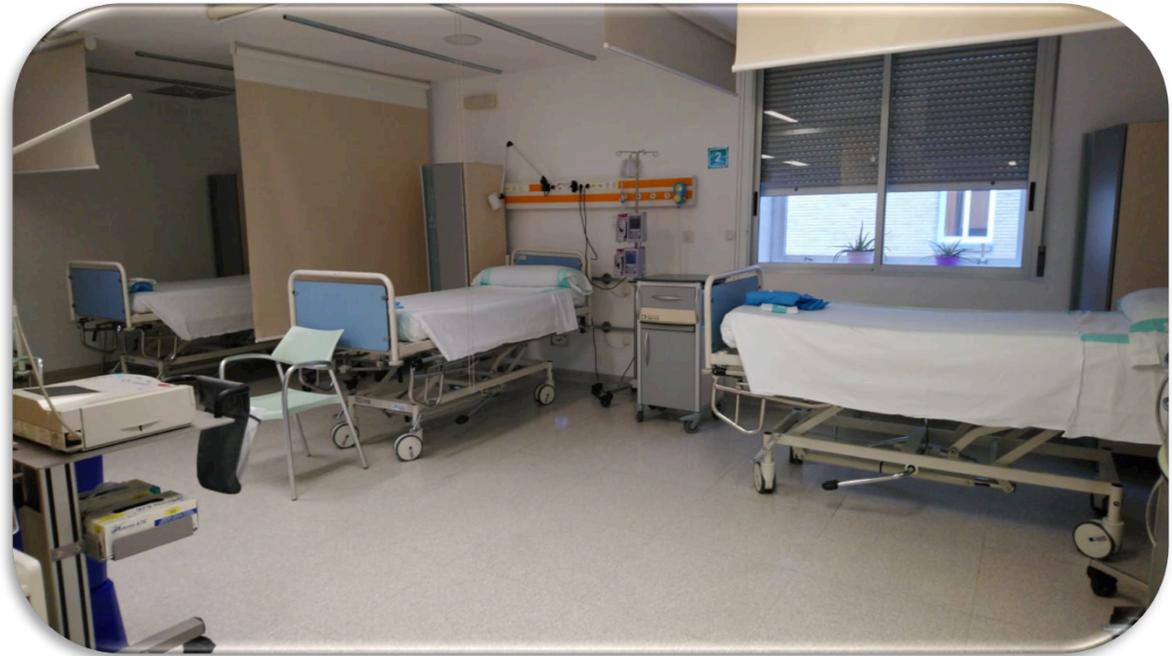
# HOSPITAL DE DÍA HEMATOLOGÍA (HUMS)

- HUMS es Ce
- Situado en
- Hospital de
  - Estructura
  - Personal y

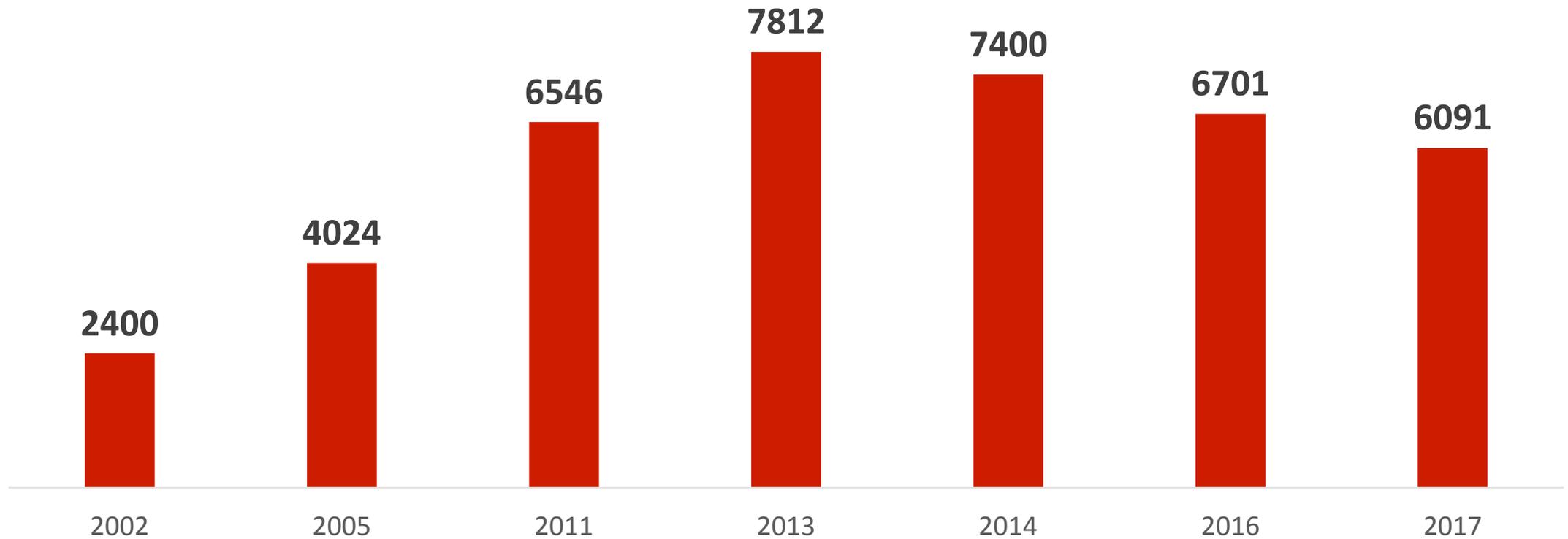
el SALUD.



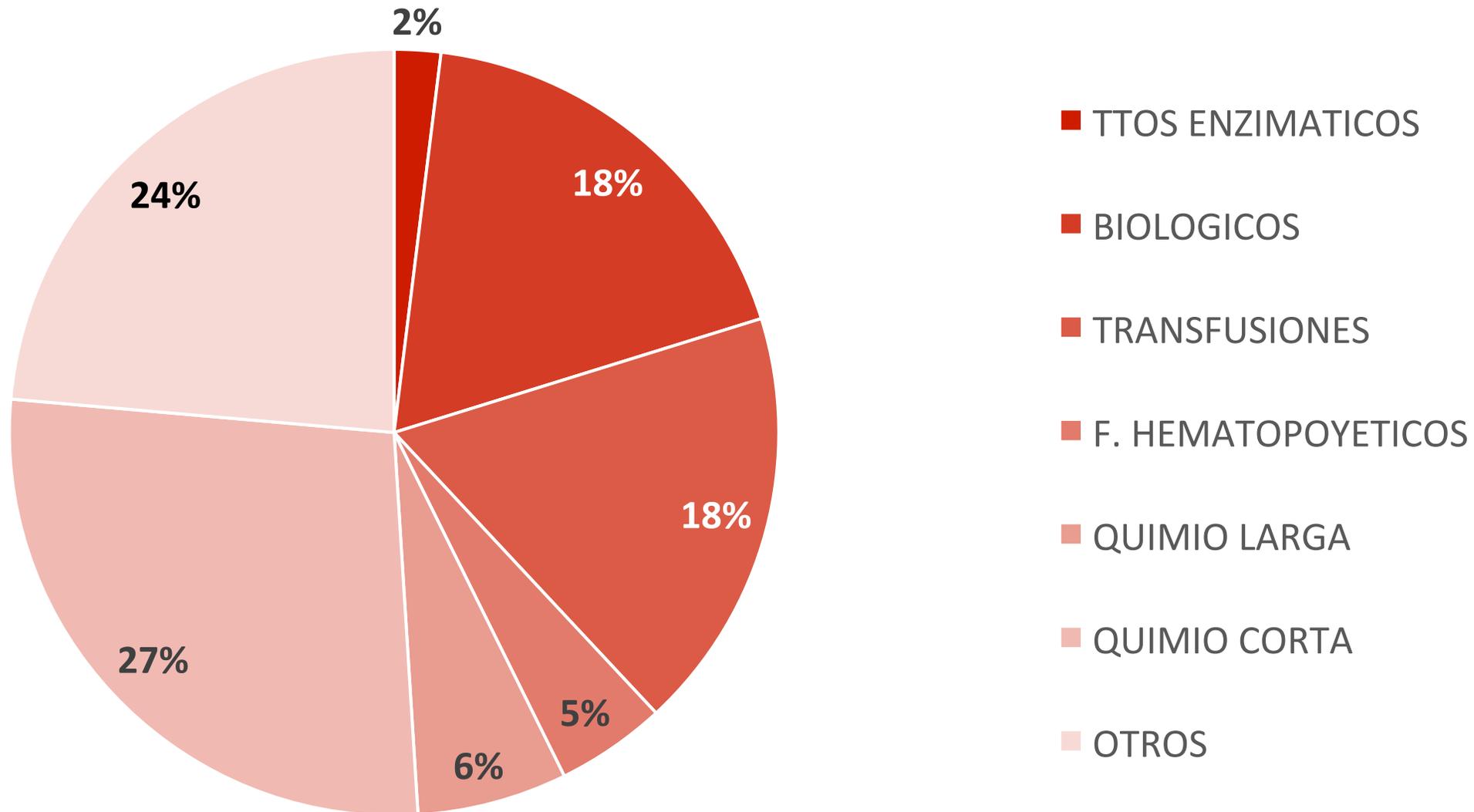




## EVOLUCIÓN TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS



## DISTRIBUCIÓN DE TRATAMIENTOS 2017



# EVOLUCION HDIA

- Se remonta al año 2002, ubicado en la 1ª planta del HG (hab 109)
  - 5 sillones
  - 1 ENF + 1 TCAE compartida por turno
  - Tratamientos: Ig IV, QTP, transfusión y hierro
- 2004 – 2005
  - Traslado dentro de la misma unidad (hab 110)
  - Inclusión camas: 1 propia +1 compartida
  - Aumento a 10 sillones
- 2008:
  - Aumento de plantilla: 2 enfermeras titulares
  - Comienzo de terapia con Azacitidina SC (Vidaza®)



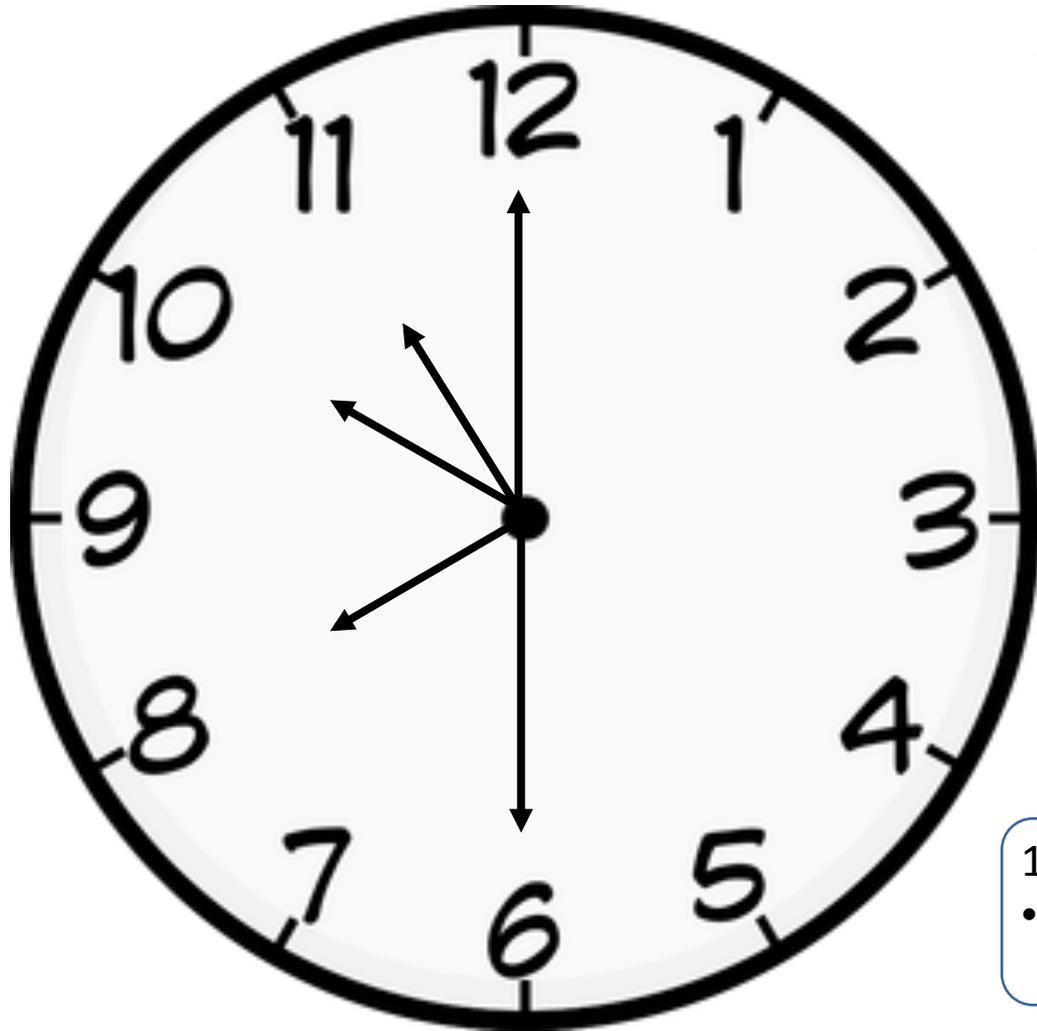


# NUESTRO HOSPITAL DE DIA EN LA ACTUALIDAD

- Ubicación actual: 1º planta Hospital General
- Independiente de Hospital de Día Oncología y Polivalente.
- Instalaciones:
  - 10 sillones
  - 3 camas + 1 cama de urgencia
  - Consulta médica
  - Sala de curas
  - Sala de preparación
  - Sanitarios (incluido minusválidos)



# ¿CÓMO FUNCIONA HDIA?



8:00 a 8:30:

- Acondicionamiento de la sala
- Preparación de premedicaciones para tratamientos
- Atención de llamadas telefónicas (lgs) para peso y confirmación de asistencia.

8:30 a 9:30 / 10 h:

- Extracción sanguíneas (vía periférica y vía central)

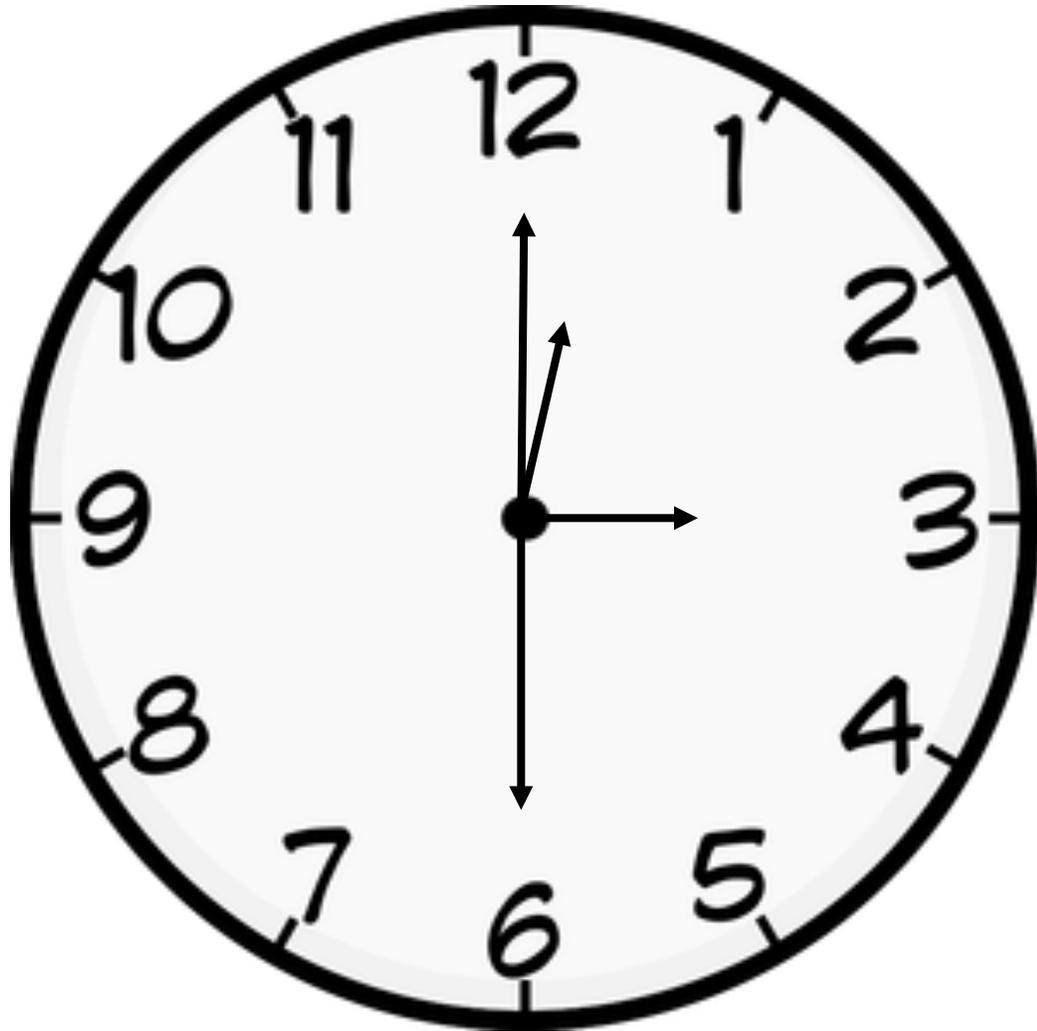
10:00 a 11:30 h:

- Administración de tratamientos intravenosos:
  - Hierro, zometa, lgs

11:30 a 12:30 h:

- Administración tratamientos subcutáneos e intramusculares

# ¿CÓMO FUNCIONA HDIA?



12:30 a 15:00 h:

- Tratamientos de quimioterapia
- Transfusiones
- Curas de Hickman (13:00 a 13:30 h)
- Fotoaféresis extracorpórea (14:00 h)

**TURNO DE TARDE:**

- Reciben el cambio de las compañeras
- Continuación de la actividad asistencial de los pacientes.
- Administración de tratamientos pendientes (hierro y transfusiones)

# TRATAMIENTOS Y PECULIARIDADES



# Hierro intravenoso

## Venofer®

- Dosis habitual: 200 mg.
- Dilución: 100 ml Sfco.
- Administración:
  - 1º día: 90 min.
  - Post: 60 min.

## Ferinject®

- Dosis habitual: 500 mg / 1000 mg
- Dilución: 250 ml Sfco
- Administración: 30 min.

# Zometa (Ác. Zoledrónico)

Zometa<sup>®</sup>

- Dosis: 4 mg
- Administración: 15 minutos
- Dilución: 100 ml Sfco
- Disminución de hipercalcemia y prevención de complicaciones óseas.

# Tratamientos subcutáneos

- Mieloma múltiple
- 4 dosis en dos días
- Kytril 1 mg

Bortezomib



- Trombocitopenia
- Tratamiento semanal sin premedicación

Romiplostin



- Sde. Mielodisplásico
- Kytril 1 mg
- 2 inyecciones
- Duración: 7, 6, 5 días

Azacitidina



- Neulasta: leucocitos
- Binocrit: eritrocitos
- Zarzio: neutrófilos

F. hematopoyéticos



- Estimulación médula ósea
- Administración a las 20 h (12 horas previas a la extracción)
- Observación 1 hora + toma de constantes
- Reacciones adversas

Plerixafor



## A TENER EN CUENTA:

- Administración a las 20 h + 1 hora de observación
- Administración 12 horas previas a la extracción de células.

# Tratamientos intramusculares

## Metotrexate

- Leucemias y linfomas
- Administración intramuscular
- Semanal

# Tratamientos enzimáticos

## Velaglucerasa

- Enfermedad de Gaucher
- Administración cada 2 semanas en 1 hora
  - **PRESENCIA FÍSICA**

## Replagal

- Enfermedad de Fabry
- Administración en 45 minutos cada 2 semanas
- Cita a partir de las 10,30 horas
  - **PRESENCIA FÍSICA**

# Tratamientos biológicos

## INMUNOGLOBULINAS

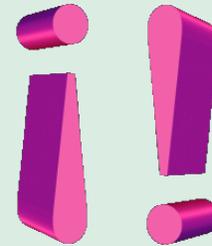
- Trombocitopenia idiopática, inmunodeficiencias...
- Llamada 8,15 – 8,30
- Administración 10 g/h, **¿premedicación?**
- Peticiones preparadas cada semana y se distribuyen diariamente
- Pauta individualizada

## ECULIZUMAB (Soliris®)

- Hemoglobinuria paroxística nocturna.
- Administración en 30 minutos cada 2 semanas.
- No premedicación
- **PRESENCIA FÍSICA**

## RITUXIMAB (Mabthera®)

- Anticuerpo monoclonal AntiCD20
- LNH, Leucemia linfocítica crónica, trombocitopenia.
- Administración IV: 3 ½ aprox.
- Premedicación
- Solo ó combinado QTP



## DARATUMUMAB (Darzalex®)

- Mieloma múltiple (2ª línea)
- Administración: entre 7 y 3,5 horas
- Premedicación
- Tratamiento en cama
- 1ª: Dilución en 1000 ml de Sfco a 50 ml/h
- 2ª: Dilución en 500 ml de Sfco. 50 ml/h
- 3ª y post: Dilución en 500 ml a 100 ml/h.
- **AUMENTO PROGRESIVO**
  - **MÁXIMO 200 ML/H**

# Rituximab (Mabthera®)

## 1º INFUSIÓN:

- Siempre IV y en cama
- Inicio 50 mg/30 min, aumentando hasta 400 ml/h

## INFUSIONES POSTERIORES

- Administración IV en sillón
- Inicio a 100 mg/30 min, aumentando hasta 400 ml/h

## RITUXIMAB SUBCUTÁNEO

- Paciente que no haya manifestado RAM al Rituximab IV
- Dosis única 1400 mg en 5 – 7 minutos
- Premedicación oral 1 hora antes
- No tomar antihipertensivo

# Quimioterapia

## Decitabina

- Leucemia mieloide aguda
- 5 días consecutivos
- Cada 28 días
- Administración en 1 hora
- ESTABILIDAD CORTA
- **PRESENCIA FÍSICA**

## Trisenox

- Leucemia mieloide aguda promielocítica
- 5 días consecutivos.
- Administración en 2 horas
- 2 controles ECG a la semana

## Doxorrubicina liposomal

- Sustituye a Adriamicina por Myocet®
- **ESTABILIDAD LIMITADA**
- **PREPARACIÓN EN CAMPANA**

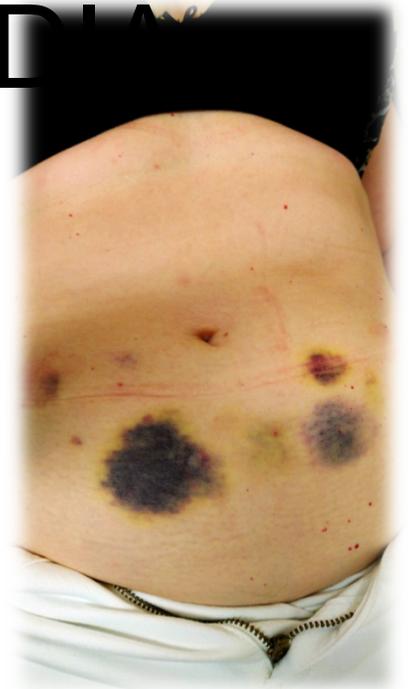
# EL PAPEL DE ENFERMERIA EN HDIA

- Atención a los pacientes de primer día:
  - Presentación y explicación del servicio (hoja de acogida)
  - Refuerzo de información (enfermedad, tratamiento, efectos secundarios,...)
  - Citas y horarios
  - Soporte emocional al paciente y familiares.
- Plan de cuidados:
  - Valoración inicial y calendario de citas
- Organización de agenda:
  - Tratamiento de inmunoglobulinas:
    - Atención de llamadas para cursar petición al laboratorio
  - Tras consulta de hematología:
    - Se tramita petición de transfusión para administrar el mismo día/día siguiente
    - Organización de tratamientos con quimioterapia.



# EL PAPEL DE ENFERMERIA EN HDIA

- Consultas urgentes:
  - Tratamientos de urgencia
  - Realización de pruebas complementarias.
- Consultas diferidas:
  - Pacientes no programados que requieren ser visitados en el día
- Técnicas de enfermería:
  - Curas
  - Seguimiento y heparinización de reservorios subcutáneos
  - Cura semanal de catéter Hickman
  - Seguimiento y recomendaciones sobre diferentes tratamientos.
- Control y registro:
  - Extravasaciones
  - Reacciones adversas



# PROPUESTAS DE MEJORA

- CONSULTA DE ENFERMERIA HEMATOLÓGICA
  - Atención integral del paciente:
    - Paciente con patología onco-hematológica en tratamiento
    - Familiares y cuidadores
  - Objetivos:
    - Favorecer la máxima autonomía posible del paciente
    - Promover el desarrollo personal del paciente y su adaptación al proceso.
    - Establecer relaciones terapéuticas con el equipo
    - Utilizar protocolos y guías estandarizadas de actualización clínica de cuidados
    - Potenciar el trabajo del equipo multidisciplinar



# PROPUESTAS DE MEJORA

- **GESTIÓN DE AGENDA**

- Actualmente, la gestión de citas la realiza el propio personal del servicio

- AUMENTO DE CARGA ASISTENCIAL

- No competencia del personal sanitario → Aumento de riesgo de distracción

- Disminuyendo la calidad







**GRACIAS POR VUESTRA  
ATENCIÓN**