IMPACTO EN LA EFICIENCIA TRAS LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS CON LA VÍA SUBCUTÁNEA DE TRASTUZUMAB Y RITUXIMAB EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES: "PROYECTO H-EXCELENCIA"

Abad, R[1]; Arenaza, A[2]; Bayo, J[3]; García Mata, J[4]; Guinea de Castro, JM[5]; León, J[6]; Arroyo, I[7]; Estella, E[7]; Martinez Chamorro, C[8]; Salar, A[9]

1. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España; 2. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España; 3. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva, España; 4. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, España; 5. Hospital Universitario de Araba. Álava, España; 6. Hospital Morales Meseguer. Murcia, España; 7. Roche Farma. Madrid, España; 8. Hospital Quirónsalud. Madrid, España; 9. Hospital de Mar. Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El desarrollo y posterior aprobación de las formulaciones intravenosas (IV) de trastuzumab y rituximab supusieron una revolución terapéutica en el ámbito onco-hematológico.

En el año 2014 se aprobó en España la formulación subcutánea (FSC) de trastuzumab y en el 2015 la de rituximab.

Ambas FSC presentan la misma eficacia y seguridad que sus formulaciones IV correspondientes[1-5], pero con tiempos de preparación y administración más cortos, lo que supone un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes[5-7] y la reducción de tiempos y costes para el hospital[8].

OBJETIVOS

Evaluar que la FSC de trastuzumab y rituximab mejora la eficiencia de los hospitales en los servicios de Onco-Hematología a través de la optimización de los procesos internos, y el incremento de la capacidad y calidad asistencial.

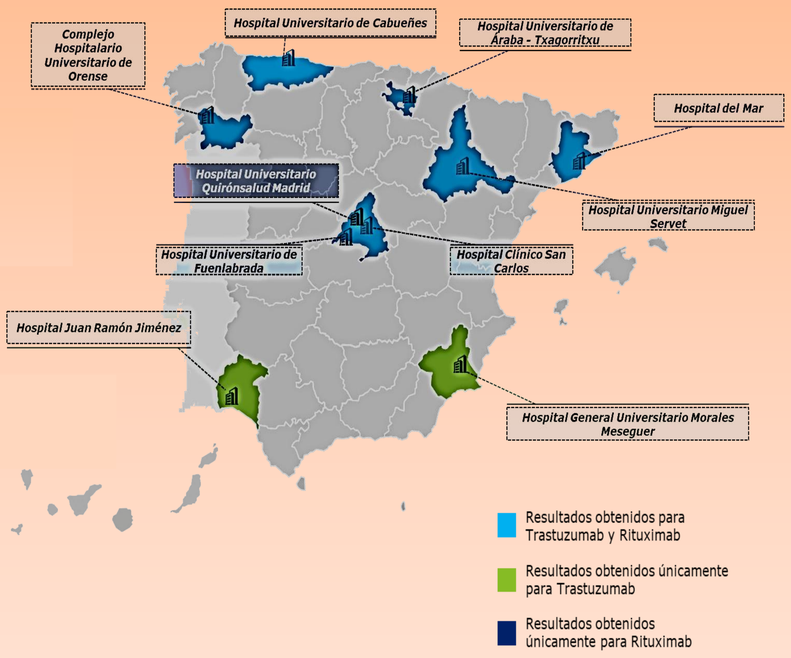
MATERIALES Y MÉTODOS

Con el fin de analizar los cambios en procesos, tiempos y volúmenes de pacientes y administraciones gracias al uso de la FSC de trastuzumab y rituximab, se realizaron entrevistas presenciales a profesionales sanitarios (oncólogos, hematólogos, profesionales de enfermería en hospitales de día y farmacéuticos de servicios de farmacia) de diez hospitales homogéneamente distribuidos por la geografía española (Figura 1). A partir de estas entrevistas se definieron siete indicadores para cuantificar la mejora de la eficiencia de los hospitales españoles:

- Indicadores relacionados con la capacidad asistencial del hospital de día onco-hematológico (HDOH) (incremento de tratamientos que podrían ser preparados y administrados) (Tabla 1 en Resultados).
- Indicadores relacionados con la mejora de la calidad asistencial que generen impacto en pacientes y sus acompañantes (reducción del tiempo de estancia del paciente en el hospital) (Tabla 2 en Resultados).

Hospital Teórico: Adicionalmente, se estimó el aumento en la capacidad asistencial y la mejora de la calidad asistencial de un hospital hipotético con todos los procesos detectados optimizados y con la máxima conversión posible a la FSC de trastuzumab y rituximab, según indicaciones de las fichas técnicas aprobadas (Tabla 3 en Resultados).

Figura 1. Centros hospitalarios participantes en el proyecto.



RESULTADOS

Los procesos que incrementaron en mayor medida la capacidad asistencial fueron:

- La existencia de un circuito de administración subcutánea diferenciado, que aumentó el número de tratamientos endovenosos que pueden ser administrados en el hospital de día (HD) con la conversión actual a la FSC un 3,4% mensual (Tabla 1).
- La preparación del tratamiento subcutáneo en HD o farmacia, que aumentó la posibilidad de preparar tratamientos en el servicio de farmacia un 9,33% y 7,13% semanal, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Indicadores relacionados con la capacidad del HDOH.

Indicador	Resultado medio de los hospitales con la conversión al SC actual (%)	Si se hiciese la conversión máxima posible según Ficha Técnica (%)	Centros que han optimizado el proceso (%)
1. Incremento de tratamientos mensuales que pueden ser administrados en el HDOH	3,35	5,75	80 (centros que disponen de un sillón diferenciado para tratamientos SC)
2. Incremento medio mensual de tratamientos que pueden ser administrados debido a la administración de la pre-medicación oral de rituximab en la sala de espera	0,31	0,40	87,5
3. Incremento de tratamientos mensuales que pueden ser administrados en el hospital de referencia gracias al traslado de los tratamientos SC a los hospitales comarcales	0,17 (además, ha reducido un 58% el tiempo de desplazamiento en el HD del hospital de referencia)	1,5	50 (evaluado en 2 centros; sólo 1 ha optimizado el proceso para rituximab)
4. Incremento del número de tratamientos semanales que pueden ser preparados en el servicio de farmacia	7,13	12,16	20
4.1. Incremento del número de tratamientos semanales que pueden ser preparados fuera del servicio de farmacia	9,33	14,10	20

- El tiempo medio mensual de estancia en el hospital por paciente se redujo un 33% (trastuzumab) y un 47% (rituximab) (Tabla 2).
- Se incrementó la productividad laboral media anual de pacientes activos y acompañantes un 21,2% (Tabla 2).

Tabla 2. Indicadores relacionados con la mejora de la calidad asistencial con impacto en pacientes y sus acompañantes.

Indicador	Resultado medio de los hospitales con la conversión al SC actual (%)	Centros que han optimizado el proceso (%)
5.a. Reducción del tiempo medio mensual en el hospital debido a la conversión a la formulación SC de trastuzumab	33 (de forma desagregada, las reducciones del tiempo serían: ocupación del sillón (50%); espera para pasar al HD (18-28%); y consulta (7%))	90
5.b. Reducción del tiempo medio mensual en el hospital debido a la conversión a la formulación SC de rituximab	47 (41% en administración con quimioterapia y un 67% durante mantenimiento)	80
6. Incremento de la productividad laboral anual de los acompañantes (y del paciente si se encuentra activo laboralmente)	21,2	100
7. Reducción de la tasa de uso del dispositivo de acceso venoso	81 (únicamente con trastuzumab y en fase de mantenimiento; se les retira el PICC implantado en fase quimioterapia)	30

En el contexto del "Hospital Teórico" en el que se realizara la conversión máxima a la FSC de trastuzumab y/o rituximab, y se optimizasen todos los procesos identificados en los diez centros:

- El incremento máximo de capacidad asistencial al mes que se podría obtener sería del 23,1% (Tabla 3).
- Los tiempos de estancia en el HD se reducirían un 60% para trastuzumab y un 66% para rituxumab (Tabla 3).

Tabla 3. Indicadores estimados para un hipotético "Hospital teórico" con optimización de todos los procesos identificados

Indicador	Resultado medio de los hospitales (%)
1. Circuito de administración diferenciado para la formulación SC	5,75
2. Administración de la pre-medicación de rituximab en la sala de espera	0,40
3. Derivación de la administración de los tratamientos SC a los hospitales comarcales más cercanos al paciente	2,80
4. Preparación de los tratamientos SC fuera del Servicio de Farmacia	14,10
Incremento máximo de capacidad mensual por centro	**23,1**
5.a. Reducción del tiempo medio mensual en el hospital debido a la conversión a la formulación SC de trastuzumab	60
5.b. Reducción del tiempo medio mensual en el hospital debido a la conversión a la formulación SC de rituximab	66
6. Incremento de la productividad laboral anual de los acompañantes (y del paciente si se encuentra activo laboralmente)	32,5

CONCLUSIONES

- **La conversión a la FSC de trastuzumab y rituximab mejoró la eficiencia de los hospitales, optimizando los procesos internos de gestión de recursos, así como incrementando la capacidad asistencial y mejorando la calidad de la atención en los servicios de onco-hematología.**
- **Se ha estimado que el "Hospital Teórico" que realizase una conversión total a la FSC de trastuzumab y rituximab, ajustándose a las indicaciones de ficha técnica aprobadas y que optimizase todos los procesos detectados, podría incrementar la capacidad asistencial al mes en un 23,1%.**

REFERENCIAS

1. Ismael G, et al. Lancet Oncol 2012;13(9):869-78.
2. Jackish C, et al. Póster presentado en el San Antonio Breast Cancer Symposium. 5-9 de diciembre de 2017. San Antonio, Texas, EE.UU. PD3-11
3. Davies A, et al. Adv Ther. 2017;34:2210–2231.
4. Pivot X, et. Lancet Oncol 2013;14(10):962-70.
5. Pivot X et al.. Ann Oncol. 2014 Oct;25(10):1979-87J.
6. Pivot X, et al. European Journal of Cancer, 2017.
7. Rummel M, et al. Annals of Oncology 2017;28: 836–842.
8. De Cock E, et al.. PLoS ONE 2016;11(6):e0157957.

DOI: 10.32035/2910TP.2018.162