

Especialización en Administración Hospitalaria

Trabajo Final de Integración

**MEJORA DE LA EFICIENCIA EN EL USO DE CAMAS DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTERMEDIOS Y MODERADOS DEL HOSPITAL GARRAHAN
(CIM63) PARA PACIENTES CON PATOLOGÍA QUIRÚRGICA
AMBULATORIA**

Alumno: **Emmanuela Nadal López.**

Promoción: 2011.

Buenos Aires,
Diciembre de 2011.

Índice de Contenidos

1) Resumen ejecutivo	3
2) Introducción	4
3) Problema u oportunidad	10
4) Objetivos	13
5) Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA	14
6) Análisis de las alternativas	15
7) Acciones previstas y cronograma	17
8) Factores críticos de éxito	21
9) Dirección del proyecto y mecanismo de evaluación	22
10) Conclusiones	23
11) Bibliografía	24
12) Anexos	25

1. Resumen ejecutivo

1) Resultados esperados

El resultado esperado con la puesta en marcha de este proyecto es mejorar la eficiencia en el uso de las camas de internación del CIM63, estableciendo pautas de programación e internación de la patología quirúrgica de posible tratamiento ambulatorio por Hospital de Día, y limitando su uso a la patología pre y postquirúrgica que requiera internación.

2) Beneficiarios

Pacientes con patología quirúrgica de posible tratamiento ambulatorio del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

3) Responsable del proyecto

Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Unidad de Quemados del Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

4) Necesidades de financiamiento

El proyecto no requiere financiamiento, ya tanto el recurso humano como el recurso físico están disponibles en la institución.

5) Conclusiones generales

El proyecto es un ejemplo de cómo un simple gesto de un jefe de servicio, con capacidad de liderazgo y gestión, contribuye a mejorar una realidad insatisfactoria, en este caso el uso no justificado de un recurso, sin necesidad de incurrir en otros costos para la organización; disminuyendo la inequidad en la atención, mejorando la eficiencia de un proceso y de la organización, y la calidad de prestación.

6) Palabras clave

Eficiencia, equidad, calidad, cambio organizacional, cirugía ambulatoria.

2. Introducción

1) Organización que presenta el proyecto

El Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" es una institución sanitaria pública monovalente de alta complejidad, según normativa vigente en la Argentina (Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 282/94 del Programa Nacional de Garantía de Calidad, destinado a la atención de recién nacidos, niños y adolescentes (de 0 a 16 años). El mismo tiene una estructura matricial mediante el sistema de cuidados progresivos con unidades de cuidados intensivos, intermedios y moderados. Sosteniendo el más alto desarrollo tecnológico y nivel científico – técnico de todo su personal. Pionero en avances científicos y modelos de gestión, en el año 2007 inició la gestión por procesos, prestigiando la docencia y la investigación. Manteniendo la satisfacción de los usuarios y del personal respetando la multiculturalidad. Mejorando continuamente la gestión por procesos y objetivos. Preservando el medio ambiente. Por sus características es un centro de referencia nacional e internacional para el diagnóstico y tratamiento de patologías infantiles complejas. Su sistemática de funcionamiento dentro del sistema sanitario nacional, la ubica como hospital descentralizado y de autogestión.

Actualmente cuenta con 510 camas de internación, 102 de terapia intensiva. Al finalizar 2010, el Hospital Garrahan, registró 287.245 consultas externas, 65.197 emergencias, 7.521 cirugías programadas, 1.917 cirugías de emergencia (2.402 y 306 respectivamente de alta complejidad) (Fuente: Boletín Estadístico Htal. Garrahan año 2010).

El servicio de Cirugía Plástica se creó en 1987, con el objetivo de tratar a niños y adolescentes con malformaciones congénitas, tumores y traumatismo, así como sus secuelas. Desde su creación, fue un servicio de referencia nacional e internacional, y brindó prestaciones de alta calidad y complejidad, que incluyeron prácticas de cirugía cráneo-facial y microcirugía.

Unos años más tarde se inauguró la Unidad de Quemados, destinada al tratamiento del niño quemado grave, contando con seis camas de cuidados intensivos, ocho de cuidados intermedios, un quirófano y una sala de balneoterapia, siendo hasta la actualidad la única unidad de estas características en el país.

En estos más de 20 años el servicio ha logrado proyección nacional e internacional, brindando atención quirúrgica de alta calidad y alta complejidad, teniendo siempre presentes las necesidades de los niños y adolescentes de nuestro país, sea cual fuere su contexto social.

2) Justificación

El hospital es una institución de cooperación horizontal. El problema que abordamos en el presente proyecto, la baja eficiencia en la utilización de las camas del CIM63, es precisamente

una expresión de cómo una decisión, tomada por el jefe de un servicio, en este caso el de Cirugía Plástica, impacta en el uso racional de un recurso, las camas de internación en CIM63, y en definitiva en todo el hospital.

El Hospital Garrahan presenta habitualmente índices de ocupación de camas mayores al 90 % de promedio anual y con picos de 110 % en periodos estacionales. Buscando dar una respuesta adecuada a esta demanda, se buscan permanentemente nuevas alternativas que combinen un mejoramiento en la capacidad de oferta con el tejido de una red de servicios que permita resolver la atención en otros niveles cercanos al domicilio de los pacientes.

En el camino de estas soluciones de fondo el Hospital ha implementado en los últimos años la Oficina de Comunicación a Distancia y el Programa de Referencia y Contrarreferencia, que permiten una vinculación directa del Hospital Garrahan con otras instituciones, en particular del interior del país, para la resolución conjunta de casos evitando el traslado de pacientes hacia Buenos Aires.

Paralelamente el Hospital ha desarrollado formas de atención ambulatoria con el objetivo de disminuir los índices de ocupación. Ejemplos de ellos son: los Hospitales de Día Polivalente y Clínico-Oncológico, el TAIS (Tratamiento Ambulatorio de Infecciones Severas) (31.053 sesiones anuales), el sector de Orientación Médica (123.253 entrevistas anuales), los consultorios de atención espontánea de Mediano Riesgo y de Bajo Riesgo o Enfermedades Prevalentes (matutino y vespertino con 33.501 consultas anuales).

A su vez aumentó su eficiencia, disminuyendo año a año el promedio de días de internación pese a un concomitante aumento de la complejidad, lo que evidencia una mayor eficiencia en la administración de las camas. En 1988 el Promedio de Permanencia general en el Hospital era de 11,07 días con 7.332 egresos. En 2010 fue de 7,20 días y 21.003 egresos.

Por otra parte, en las épocas del año de mayor demanda, como son los meses invernales con predominio de infecciones respiratorias agudas bajas, el Hospital se readapta de distintas maneras para adecuarse a la misma:

- Modificación parcialmente el perfil de internación del CIM63 habitualmente dedicada a pacientes pre y postquirúrgicos, incorporando hasta 10 de sus 40 camas para pacientes con enfermedad respiratoria.
- Habilitación de hasta 12 camas de Hospital de Día como hospital de 24 horas.
- Traslado de sectores como el de TAIS y el de pruebas funcionales endocrinológicas a fin de utilizar las 12 camas para internación.
- Habilitación de sector de internación breve "I.R.A.B." o "Posta de Bronquiolitis" con 10 camas equipadas para esta patología.
- Admisión directa de pacientes prequirúrgicos seleccionados desde Centro Quirúrgico ganando así hasta 6 camas para internación.

-
- Egreso de pacientes postquirúrgicos de menor complejidad directamente del sector de Recuperación de Centro Quirúrgico sin ocupar cama en Hospital de Día.
 - Habilitación desde 2006 de 22 camas para Observación en el sector de Emergencias, pese a ello durante casi todo el año es necesario recurrir a camas supernumerarias en esa área.
 - Internación en Neonatología de pacientes de hasta 45 días de edad, de acuerdo a disponibilidad.
 - Utilización de hasta 4 camas de Terapia Intensiva de Quemados como de Cuidados Intensivos polivalentes con el equipamiento correspondiente, con el mismo criterio se utilizan camas de la Unidad de Trasplante Renal y de la Unidad de Video-monitoreo (hasta 2camas).
 - Habilitación transitoria de 6camas en las salas de procedimientos de tres unidades de Cuidados Intermedios y Moderados.

Con la puesta en marcha de estas medidas, ante situaciones estacionales de aumento de la demanda, es posible evitar la suspensión de cirugías programadas por falta de cama, pero se hace indispensable optimizar el giro cama y aumentar la eficiencia del uso de las mismas con pacientes quirúrgicos, para prevenir demanda insatisfecha en otras áreas de atención.

El presente proyecto se justifica, por cuanto revisando y racionalizando la programación quirúrgica de un servicio, es posible no sólo mejorar la eficiencia de la utilización de las camas de la CIM 63, sino además aumentar el número de pacientes intervenidos por la modalidad de "Cirugía Ambulatoria".

Para conseguir esto es necesario en primer lugar definir que patologías de baja y mediana complejidad del servicio de Cirugía Plástica pueden tratarse ambulatoriamente; en segundo lugar, establecer el Hospital de Día como lugar de internación prequirúrgico de estos casos considerados de tratamiento ambulatorio; y por último, establecer normas respecto a los horarios de programación quirúrgica, es decir, a que horario deben programarse dichos pacientes dentro de la lista quirúrgica diaria del servicio, para que puedan recuperarse de la anestesia y ser dados de alta en el día. La puesta en marcha de estas medidas garantizaran que no se use el recurso de cama en CIM63 para este tipo de patologías, ni en el prequirúrgico ni en el postquirúrgico, salvo condiciones médicas o razones de fuerza mayor que hagan necesaria la internación del paciente en CIM, mejorando la eficiencia del mencionado sector.

Durante 2010 se realizaron en este centro un total de 7521 cirugías programadas, de las cuales 724 fueron realizadas por el servicio cirugía plástica (9,62% del total de cirugías programadas) (Anexo 1); de estas 528 (72,9 %) fueron de mediana complejidad y 57 (7,9 %) de baja complejidad, y dentro de estos dos grupos de prácticas se realizan intervenciones, un total de 179, que requieren sólo algunas horas de control postquirúrgico y

pueden ser tratadas de forma ambulatoria (30,6 % de casos registrados de patología de mediana y baja complejidad son de posible tratamiento ambulatorio). La mayor demanda de este grupo de mediana y baja complejidad del servicio, corresponde a pacientes con diagnóstico de fisura labio-alveolo-palatina, y con patología de mano, congénita y traumática (Anexo 2). Otras intervenciones factibles de realizar bajo este régimen son las biopsias tumorales, retiro de distractores y/o material de osteosíntesis, patología de partes blandas, así como algunas malformaciones vasculares y secuelas de hemangiomas.

3) Marco conceptual: marco teórico y/o referencial

La provisión de salud en Argentina está cubierta por cuatro subsectores: el público, la seguridad social, el privado, y las administradoras de riesgo de trabajo; con un alto grado de fragmentación y falta de integración entre los subsectores público y privado.

Los hospitales no se responsabilizan por áreas programáticas, no tienen población nominada y responden a la demanda; y los pacientes acceden episódicamente al sistema de salud, con grandes migraciones entre provincias (1).

El aumento de la demanda de atención en instituciones públicas y del gasto creciente en salud hace necesario poner en marcha medidas que permitan satisfacer la demanda y disminuir los costos, aumentando la eficiencia de las instituciones con la vista puesta en la calidad.

El jefe de servicio, además de compartir la misión, visión y valores de la institución a la que pertenece, debe alinear los objetivos específicos individuales y del servicio con los objetivos estratégicos de esta. La obligación de un jefe de servicio es gestionar, entendiendo por gestionar "hacer que las cosas pasen correctamente"; esto implica buscar resultados mediante la utilización de los recursos, la capacitación del factor humano y la organización de los equipos; garantizando la equidad, la solidaridad, la accesibilidad, la efectividad, y la eficiencia, y buscando el nivel más alto posible de calidad (2).

La Cirugía Ambulatoria, es un concepto que se remonta a 1963 en Phoenix, Arizona, donde el "Surgicenter", una modalidad de atención para pacientes quirúrgicos que no implica internación, trabaja contra reloj con la consigna de no perder tiempo, favoreciendo la actividad interdisciplinaria (3); el modelo resulto exitoso, creció y en la actualidad en los EE.UU. la Foundation for Ambulatory Surgery in America estima que el 84% de todas las intervenciones se realizan mediante Cirugía Ambulatoria (4).

El Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud ha publicado un resumen del "estado del arte" en relación con la Cirugía Mayor Ambulatoria. Sus conclusiones, coincidentes con las de la Healthcare Comisión, señalan los siguientes aspectos para impulsar el desarrollo de la misma (4):

- Modalidad asistencial segura cuando se siguen los protocolos clínicos y los principios organizativos.

- La incidencia de mortalidad en los 30 días posteriores a la intervención de CMA es extraordinariamente baja (alrededor de 0,01%) y en la mayor parte de los casos no tiene relación con el propio acto quirúrgico. La incidencia de morbilidad mayor directamente asociada con la CMA es menor de 1%. En una importante serie publicada en España, la tasa de mortalidad fue muy baja (1/25.553 pacientes), así como la tasa de reingresos desde domicilio (0,15%).
- Reduce los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales.
- La tasa de consultas no planificadas durante los 30 días siguientes a la intervención se sitúa entre el 0,28% y el 1,5%.
- Los ingresos hospitalarios no planificados pueden ser reducidos mediante protocolos clínicos.
- Los trastornos postoperatorios más comunes son leves, siendo los más frecuentes: dolor, náuseas, vómitos, vértigo, cansancio, cefalea y dolor de garganta. La presencia de estos síntomas puede afectar el tiempo de permanencia y alta y, posteriormente, causar dificultades para reasumir las actividades cotidianas.

Esta modalidad de atención también ha demostrado tener un alto grado de satisfacción del paciente y sus familiares, en el caso de los niños. Por otro lado, los costos hospitalarios de la CMA son entre el 25% y 68% inferiores a los de la cirugía con ingreso para el mismo procedimiento (4).

En Argentina, comenzó a hablarse del tema a partir de 1990 y tiempo después fueron surgiendo algunas tibias expresiones de esta modalidad quirúrgica en algunas instituciones públicas y privadas. En las últimas décadas los hospitales han desarrollado sus actividades en un marco caracterizado por una mayor presión de la comunidad para obtener una adecuada atención hospitalaria con un marcado aumento de la demanda de servicios en calidad y cantidad, y por otra parte una mayor afluencia de la población de clase media al sector público debido a una imposibilidad económica para mantener sus sistemas prepagos y a una deficiente atención de la seguridad social afectada por la crisis económica.

4) Principales obstáculos a enfrentar

Las dificultades a enfrentar van a estar en relación a la asociación de cirugía, internación, y calidad de atención en el universo colectivo de la población; para que la población entienda que es posible la realización de una operación con anestesia general en forma ambulatoria va ser necesario mejorar la comunicación entre el paciente y el médico, que lleve a una mejor contención del paciente y su núcleo familiar, y además buscar formas de alternativas de comunicación y control postquirúrgico a distancia. Desde este mismo punto de vista también va

ser necesario vencer la resistencia del personal médico que frente a la posibilidad de complicaciones postquirúrgicas prefiere dejar al paciente internado, sin causa médica que justifique la internación, en lugar de trabajar en la comunicación y contención del paciente y la familia.

Uno de los principales problemas que presentan la mayoría de los servicios de salud en Latinoamérica, es la baja capacidad que tienen los jefes de los servicios asistenciales para asumir plenamente su responsabilidad sobre la distribución y el resultado de las actividades del servicio del cual son "gerentes". Sobre dicha falta de capacidad, que resulta crítica al momento de alinear el servicio con la misión de la organización, se estructuran las inequidades y conductas oportunistas tan generalizadas en el subsector público: particularmente el no cumplimiento, por parte de algunos profesionales médicos, del trabajo que se espera que realicen en el horario por el cual están contratados.

Una de las causas de los problemas de la baja eficiencia tiene que ver con este tipo de conductas, y la solución está en mejorar la programación de actividades de los servicios, pensando en los intereses de la institución y dejando de lado intereses personales; para pensar en este cambio es necesario trabajar la cultura organizacional imperante en la mayoría de instituciones públicas, donde los intereses particulares de los profesionales, y sus actividades extrainstitucionales están por encima de los intereses y sus actividades institucionales, alineando los servicios con la misión, visión y valores de la organización.

3. Problema

1) **Análisis del problema: definición, descripción y consecuencias**

El problema identificado en el del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan es un déficit en la gestión de camas de internación en CIM63 que son ocupadas por pacientes pre y/o postquirúrgicos sometidos a procedimientos e intervenciones quirúrgicas de baja y media complejidad que podrían ser atendidos en forma ambulatoria.

Indicador del problema:

$$\frac{\text{Días cama de la CIM63 utilizados por pacientes quirúrgicos de posible tratamiento ambulatorio}}{\text{Días cama disponibles en la CIM63}} \times 100$$

El proceso de internación de pacientes quirúrgicos, incluido dentro del Macroproceso de Internación (Anexo 3) se realiza a través de Hospital de Día o por CIM63¹ (Anexo 4). Este proceso de internación es común para todos los servicios, y no diferencia complejidad de los procedimientos.

El Hospital de Día es un área de internación ambulatoria de pacientes clínicos y quirúrgicos que requieren atención multidisciplinaria, o procedimientos e intervenciones quirúrgicas que pueden resolverse en el transcurso del día. En algunos casos es la vía de internación de pacientes quirúrgicos que van a pasar su postquirúrgico en CIM.

Debido al funcionamiento médico - administrativo de Hospital de Día² todos los pacientes, independientemente del procedimiento o intervención quirúrgica realizada, del horario en que este fue realizado, y de la duración del mismo, permanecen internados en el área hasta el momento del alta, lo que hace que las camas disponibles en el Hospital de Día para pacientes quirúrgicos, sean ocupadas única y exclusivamente por un solo paciente por día, perdiéndose por lo tanto en ocasiones, la oportunidad de utilizar nuevamente la misma cama ese día; los pacientes que se internan a primera hora de la mañana son dados de alta en el transcurso de la tarde; en el caso de los pacientes quirúrgicos este horario suele ser cercano al horario de cierre del sector, en ese momento se los evalúa por clínica médica, anestesia, y cirugía, y el paciente que se recuperó adecuadamente y está en condiciones clínicas es dado de alta, y el que no

¹ CIM: Unidad de cuidados intermedios y moderados.

CIM63: Unidad de Cuidados Intermedios y Moderados donde se internan pacientes prequirúrgicos y postquirúrgicos.

² El HDD funciona de 7:00 a las 19:00 h; la internación de los pacientes prequirúrgicos empieza a las 7:00.

reúne estas condiciones es trasladado a un área de internación, habitualmente el CIM63, hasta el día siguiente, momento en que será nuevamente evaluado clínica y quirúrgicamente. Cabe señalar que muchas veces, tal y como se muestra en la cuantificación del problema, la causa de que un % de que un pacientes con patología ambulatoria no se recuperan satisfactoriamente y pasan a CIM63 es el horario en que fue programada y realizada la cirugía dentro de la lista quirúrgica del servicio. Lo cual termina representando una ineficiencia en el uso de las camas de la CIM 63.

El CIM63 está pensado como la vía de internación de pacientes prequirúrgicos que requieren internación un mínimo de 24 horas tras el procedimiento quirúrgico en ese u otra dependencia del hospital dependiendo de la complejidad de cuidado requerida, y no está pensado para la internación pre ni postquirúrgica de pacientes intervenidos por la modalidad "cirugía ambulatoria".

Para determinar la magnitud del problema y establecer la línea de base se analizaron las cirugías realizadas por el servicio de Cirugía Plástica del Hospital y las internaciones del semestre de Julio a Diciembre de 2010. En ese periodo fueron realizadas un total de 421 cirugías, de las cuales 366 fueron programadas y 55 guardia. De las 366 programadas se suspendieron 75, lo que hace un total de 291 cirugías programadas realizadas en el mencionado semestre de 2010 (Anexo 5 y 6); cabe señalar que las causas de suspensión fueron todas distintas a la falta de cama y que el 97% de los casos tiene que ver con patología intercurrente propia del paciente pediátrico.

2) Análisis de las causas del problema

- Matriz de Ishikawa (Anexo 7)
- Matriz de Marco Lógico:
 - Árbol de problema: causas y efectos (Anexo 8)
 - Árbol de objetivos: medios y fines (Anexo 9)
 - Árbol de medios y acciones (Anexo 10)

La principal causa del problema es un déficit en el procedimiento de programación de las cirugías e internación de pacientes con patologías de posible tratamiento ambulatorio del servicio de Cirugía Plástica.

Para cuantificar el problema se analizó, durante el periodo de Julio o Diciembre de 2010, cuántas de estas internaciones por cirugía programada se podrían haber evitado solo cambiando el horario de programación y/o el lugar de internación; se incluyeron sólo los procedimientos que cumplieran los siguientes requisitos:

-
- Procedimientos quirúrgicos de duración máxima de 90 minutos aproximadamente.
 - Cirugía que no requieran grandes reposiciones de volumen, con riesgo mínimo de hemorragia, considerando así a aquellas en las que no es previsible la necesidad de efectuar transfusión sanguínea.
 - Dolor postoperatorio fácilmente controlable tras el alta con analgésicos comunes por vía oral.
 - Rápido retorno a la ingesta normal vía oral de líquidos y sólidos.
 - Sin riesgo de compromiso de la vía aérea en el postoperatorio.

Teniendo en cuenta los mencionados parámetros se determinó que el número de internaciones en CIM63 que se podrían haber evitado en el periodo estudiado, estaban distribuidas según la complejidad de la cirugía de la siguiente forma:

- Cirugía menor: Se podrían haber evitado 4 internaciones en CIM63.
- Cirugía mediana:
 - De los 77 pacientes internados 24h se podrían haber evitado 45 internaciones en CIM63.
 - De los 36 internados 48h, 24 podrían haberse internado el mismo día de la intervención por HDD, y de estos 19 podrían haber sido dados de alta el mismo día de la intervención por HDD.

Concluyendo, encontramos que en un periodo de 6 meses un total de 92 camas del CIM63 (promedio de 15,33 camas / mes) fueron ocupadas por pacientes sometidos a procedimientos e intervenciones quirúrgicas de baja y media complejidad que podrían haber sido atendidos en forma ambulatoria por el servicio de Cirugía Plástica.

Si tenemos cuenta que el CIM63 dispone de 40 camas y que el Hospital cuenta con 11 especialidades quirúrgicas que realizan la mayor parte de sus internaciones prequirúrgicas en este sector podemos extrapolar que el problema de la baja eficiencia en el uso de este recurso es mucho mayor.

Indicador de base: 1,27

3) Análisis de los involucrados

- Análisis de involucrados (Anexo 11)

4. Objetivos

1) Objetivo General

Disminuir la ocupación de camas de internación en CIM63 por pacientes pre y/o postquirúrgicos sometidos a procedimientos e intervenciones quirúrgicas de baja y media complejidad que podrían ser atendidos en forma ambulatoria.

2) Objetivos Específicos

1. Definir las pautas de programación quirúrgica y lugares de internación según tipo de patología y necesidades de control postquirúrgico.
2. Determinar las patologías que pueden ser operadas y controladas en forma ambulatoria.
3. Revisar el proceso de internación y alta de la patología ambulatoria.
4. Capacitar al personal.

5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA

<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conductas oportunistas institucionalizadas. ▪ Jefes de servicio sin conocimientos de gestión. ▪ Horario rígido de funcionamiento del centro quirúrgico para cirugía programada. ▪ Falta de Unidad de Cirugía Ambulatoria. ▪ Falta de flexibilidad administrativas. ▪ Falta de anestesiastas. 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incertidumbre frente la posibilidad de cursar postoperatorio en el domicilio. ▪ Población con bajos recursos. ▪ Dificultades de traslado al hospital. ▪ Falta de una Red de Atención de Cirugía Plástica Pediátrica.
<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ente autárquico de autogestión. ▪ Gestión por procesos. ▪ Oficina de Comunicación a Distancia. ▪ Programa de Referencia y Contrareferencia. ▪ RRHH especializado disponible (cirujanos plásticos). ▪ Cirujano plástico de guardia las 24 horas. ▪ Posibilidad establecer mecanismos de monitoreo a distancia de los pacientes postquirúrgicos. 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de Unidades de Cirugía Ambulatoria en otros centros pediátricos. • Teléfono celular en casi todas las familias.

6. Análisis de las alternativas

Las estrategias posibles para la resolución del problema planteado son:

1) Establecer normas de programación quirúrgica de las patologías de posible tratamiento ambulatorio.

Para ello será necesario:

- a. Definir las patologías que pueden ser tratadas de forma ambulatoria.
- b. Determinar los horarios de programación quirúrgica, es decir, a que horario deben programarse dichos pacientes para minimizar el uso de camas de internación.
- c. Y por último establecer los lugares de internación de estos pacientes, de forma que no se use el recurso de cama en CIM para este tipo de problemas ni en el prequirúrgico ni en el postquirúrgico, salvo condiciones médicas o razones de fuerza mayor que hagan necesaria la internación del paciente en CIM.

2) Modificar el horario de algunos profesionales del servicio de Cirugía Plástica.

Con el paso del tiempo el personal de planta con más antigüedad dentro del servicio ha ido dejando la guardia activa, con lo cual dejaron de gozar del franco compensatorio correspondiente a la misma, y en el horario de planta habitual de 8 a 16 ó 17 horas, hay recurso humano disponible que no cumple ninguna tarea determinada; tal y como refleja el análisis del Programa Operativo Anual (Anexo 12) y Plan Anual de Actividades de 2010 (Anexo 13) y el hay una brecha, horas ociosas, entre las actividades que se realizaron 2010 y las horas profesionales disponibles en ese mismo periodo para la realización de dichas actividades. Esto puede traer aparejada la resistencia al cambio del sector profesional afectado, de la institución y de otros grupos de profesionales y empleados implicados.

Disponiendo de profesionales cumpliendo funciones en horario vespertino habría dos posibilidades:

- a. Realizar la cirugía de baja y mediana complejidad ambulatoria en el horario habitual de funcionamiento del Centro Quirúrgico (8 a 14 horas), lo cual aseguraría la recuperación y el alta en el día del paciente por HDD, programando la patología de mediana complejidad con internación y alta complejidad por la tarde (14 a 22 horas); sería necesario disponer de recurso humano adicional de las áreas de anestesia, enfermería y administrativa.

- b. Realizar la cirugía baja y mediana complejidad ambulatoria en horario vespertino (14 a 22 horas), disponiendo dos camas en un sector de internación para con dicho fin; este lugar podría ser la Terapia intermedia de Quemados, en el año 2010 el índices de ocupación de este sector fue del 54,61%; para poner en marcha este proyecto sería necesario disponer de recurso humano adicional de las áreas de anestesia, enfermería y administrativa, y de recurso físico para la realización de las mismas.

2) Crear una Unidad de Cirugía Ambulatoria

Esto implica la remodelación de la planta del hospital o la construcción en un área anexa al centro quirúrgico, independiente del Hospital de Día, que permita resolver la patología quirúrgica ambulatoria, sin el uso de camas de HDD ni de CIM. Está demostrado que este tipo de Unidades permiten acortar los tiempos de permanencia del paciente en la institución, optimizar los recursos disponibles, y reducir los costos de los procedimientos.

Matriz de Decisión (Anexo 12)

7. Actividades y cronograma

1) Tabla de actividades de cada objetivo específico:

1. Determinar las patologías que pueden ser operadas y controladas en forma ambulatoria:

<u>Número</u>	<u>Actividad</u>	<u>Responsable</u>	<u>Meta</u>	<u>Descripción</u>
1	Definir condiciones mínimas clínicas y quirúrgicas para procedimientos ambulatorios	Cirujano Plástico	un mes	Reuniones semanales con cirugía plástica, anestesia y clínica médica.
2	Definir patologías de tratamiento quirúrgico ambulatorio de la especialidad.	Cirujano Plástico	dos meses	Reuniones semanales con cirugía plástica, anestesia y clínica médica.

2. Definir las pautas de programación quirúrgica y lugares de internación según tipo de patología y necesidades de control postquirúrgico:

<u>Número</u>	<u>Actividad</u>	<u>Responsable</u>	<u>Meta</u>	<u>Descripción</u>
1	Definir pautas de programación quirúrgica y lugares de internación para las patologías definidas en objetivo específico 1.	Cirujano plástica	15 días	Dos reuniones con cirugía plástica, anestesia y clínica médica.
2	Establecer pautas clínico-quirúrgicas de recuperación postquirúrgica.	Cirujano Plástico	Un mes	Reuniones semanales con cirugía plástica, anestesia y clínica médica.
3	Confección de una guía de recuperación y monitoreo postquirúrgico para cuatro patologías de tratamiento ambulatorio más frecuentes.	Cirujano Plástico	Un mes	Reuniones semanales con cirugía plástica, anestesia y clínica médica.

3. Revisar el proceso de internación, alta y control a distancia de la patología ambulatoria:

Número	Actividad	Responsable	Meta	Descripción
1	<p>Establecer necesidades internación, cuidado ambulatorio y pautas de alarma clínico-quirúrgicas para las cuatro patologías de la actividad anterior:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Control de complicaciones menores. 2) Analgesia adecuada. 3) Detección y forma de actuación en caso de complicaciones mayores. 	Cirujano Plástico	Un mes	Reuniones semanales con cirugía plástica y clínica médica.
2	Confección de una guía de seguimiento domiciliario para padres para cada una de las cuatro patologías de tratamiento quirúrgico ambulatorio.	Cirujano Plástico	15 días	Reuniones semanales con cirugía plástica y clínica médica.
3	Confección de una guía de seguimiento domiciliario para cirujano de guardia para cada una de las cuatro patologías de tratamiento quirúrgico ambulatorio.	Cirujano Plástico	15 días	Reuniones semanales con cirugía plástica y clínica médica.
4	Definir un score de evaluación de cada patología que tenga en cuenta las necesidades anteriores, e indicación de concurrencia al hospital o a un centro de salud cercano al domicilio.	Cirujano Plástico	15 días	Reuniones semanales con cirugía plástica y clínica médica.

4. Capacitar al personal:

Número	Actividad	Responsable	Meta	Descripción
1	Definir las necesidades de capacitación del personal responsable del HDD.	Cirujano Plástico	Un mes.	Observación del personal médico – sanitario del área de HDD a cargo de los pacientes postquirúrgicos.
2	Definir programa de capacitación que considere las competencias requeridas.	Cirujano Plástico Docencia e Investigación	Un mes	Reuniones semanales con responsables de enfermería y pediatría de HDD para definir contenidos y modalidad de capacitación de cada área involucrada en la atención del paciente postquirúrgico.
3	Definir personal a capacitar y plazas.	Cirujano Plástico Docencia e Investigación	15 días	Reuniones semanales con responsables de enfermería y pediatría de HDD para determinar el n° de personal a capacitar de cada área involucrada en la atención del paciente postquirúrgico.
4	Implementar programa de capacitación.	Cirujano Plástico	Dos meses	Puesta en marcha del programa de capacitación definido en punto 2.
5	Evaluar la capacitación.	Cirujano Plástico	Primeros seis meses de implementación del proyecto	Observación del personal médico – sanitario del área de HDD a cargo de los pacientes postquirúrgicos, y encuesta de satisfacción a los padres en relación a la atención postquirúrgica ambulatoria.

2) Cronograma: Diagrama de Gantt

OBJETIVO	ACTIVIDAD							
1	1. Definir condiciones mínimas							
	2. Definir Patologías de tratamiento ambulatorio.							
2	1. Definir pautas de programación quirúrgica y lugares de internación.							
	2. Establecer pautas recuperación postquirúrgica.							
	3. Confección de una guía de para cuatro patologías.							
3	1. Establecer necesidades internación, cuidado ambulatorio y pautas de alarma clínico-quirúrgicas.							
	2. Guía de seguimiento domiciliario para padres.							
	3. Guía de seguimiento domiciliario para cirujanos.							
	4. Definir un score de evaluación de cada patología.							
4	1. Definir las necesidades de capacitación							
	2. Definir programa de capacitación							
	3. Definir personal a capacitar y plazas.							
	4. Implementar programa de capacitación.							
	5. Evaluación de capacitación.							
		<i>Enero 2012</i>	<i>Febrero 2012</i>	<i>Marzo 2012</i>	<i>Abril 2012</i>	<i>Mayo 2012</i>	<i>Junio 2012</i>	<i>Julio a Diciembre 2012</i>

8. Factores críticos de éxito

Los factores positivos que van favorecer la realización del proyecto están en relación con la alineación los objetivos del servicio con los objetivos estratégicos de la organización, compartiendo la misión, visión y sus valores.

Los supuestos negativos que van a condicionar la puesta en marcha y sostenibilidad en el tiempo del proyecto van a estar en relación a la capacidad de gestión y liderazgo del jefe de servicio a cargo del mismo; ya que poner en marcha este proyecto tiene que ver con alinear los objetivos específicos de cada uno de los miembros del servicio a los objetivos del mismo, dejando de lado las conductas oportunistas de sus integrantes y consiguiendo instalar un cambio dentro del servicio.

9. Dirección del proyecto y mecanismo de evaluación

1) Dirección del Proyecto

Jefe de Servicio de Cirugía Plástica Y Unidad de Quemados

2) Mecanismos de Evaluación

1. Indicador de impacto o resultado:

Días cama de la CIM63 utilizados por pacientes quirúrgicos de posible tratamiento ambulatorio / Días cama disponibles en la CIM63 x 100.

2. Indicadores de los Objetivos Específicos:

1. N° de patologías definidas como ambulatorias.
2. Existencia de guías de recuperación y monitoreo postquirúrgico para cuatro patologías de tratamiento ambulatorio más frecuentes.
3. Existencia de scores de evaluación para las patologías definidas como ambulatorias.
4. % de personal capacitado.

10. Conclusiones

El aumento de la demanda de atención en instituciones públicas y del gasto en salud hace necesario poner en marcha medidas que permitan satisfacer la demanda y disminuir los costos, aumentando la eficiencia de las instituciones con la vista puesta en la calidad.

El objetivo principal de este proyecto es disminuir la ocupación de camas de internación en CIM63 por pacientes pre y/o postquirúrgicos sometidos a procedimientos e intervenciones quirúrgicas de baja y media complejidad que podrían ser atendidos en forma ambulatoria, disminuyendo las inequidades y aumentando la eficiencia del proceso de internación y de la organización; y contribuyendo además a mejorar la calidad de las prestaciones y por consiguiente la satisfacción de los usuarios.

Este proyecto es un ejemplo de como un simple gesto de un jefe de servicio, con capacidad de liderazgo y de gestión, contribuye a mejorar una realidad insatisfactoria, en este caso el uso no justificado de un recurso, sin necesidad de incurrir en otros costos de para la organización, y mejorando la calidad de atención.

11. Bibliografía

- 1.** GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; TOBAR, Federico. Salud para los argentinos. Ediciones Isalud.
- 2.** DÍAZ, Alberto. 2009. Gestión de Servicios Asistenciales. Ediciones Isalud.
- 3.** TEROL GARCÍA, Enrique; SÁNCHEZ PALANCA, Inés. Manual de Cirugía Ambulatoria: Estándares y Recomendaciones. Ministerio de sanidad y consumo de España. Informes, estudios e investigaciones, 2008.
- 4.** Unidad de Cirugía Ambulatoria. Nexo Rev. Hosp. Ital. B. Aires. Pág. 16-17, N° Extraordinario 2003.

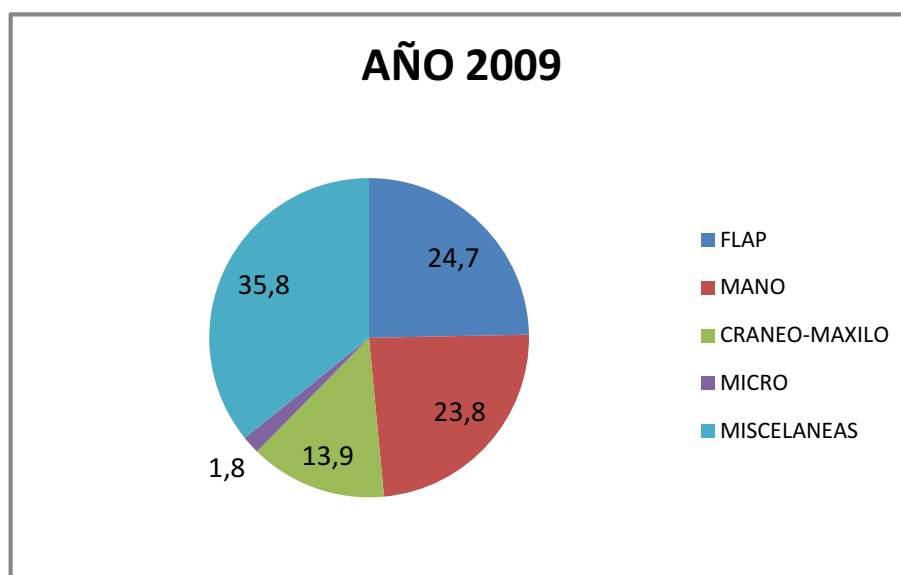
12. Anexos

ANEXO 1: Intervenciones Quirúrgicas realizadas en el año 2010; Hospital Garrahan.

	<i>Total IQ</i>	<i>Total IQ Cir Plástica</i>	<i>Mayores</i>	<i>Medianas</i>	<i>Menores</i>
Enero	573	55	16	34	5
Febrero	526	76	19	50	7
Marzo	660	82	9	64	9
Abril	662	79	17	54	8
Mayo	591	60	8	49	3
Junio	668	74	15	52	7
Julio	607	63	6	51	6
Agosto	692	52	9	41	2
Septiembre	710	49	8	41	
Octubre	648	44	13	30	1
Noviembre	573	55	16	34	5
Diciembre	537	35	3	28	4
	<u>7447</u>	<u>724</u>	139	528	57

Fuente: Información Estadística Básica. Hospital Garrahan. Año 2010.

ANEXO 2: Distribución de cirugías según diagnóstico. Hospital Garrahan. Año 2010.

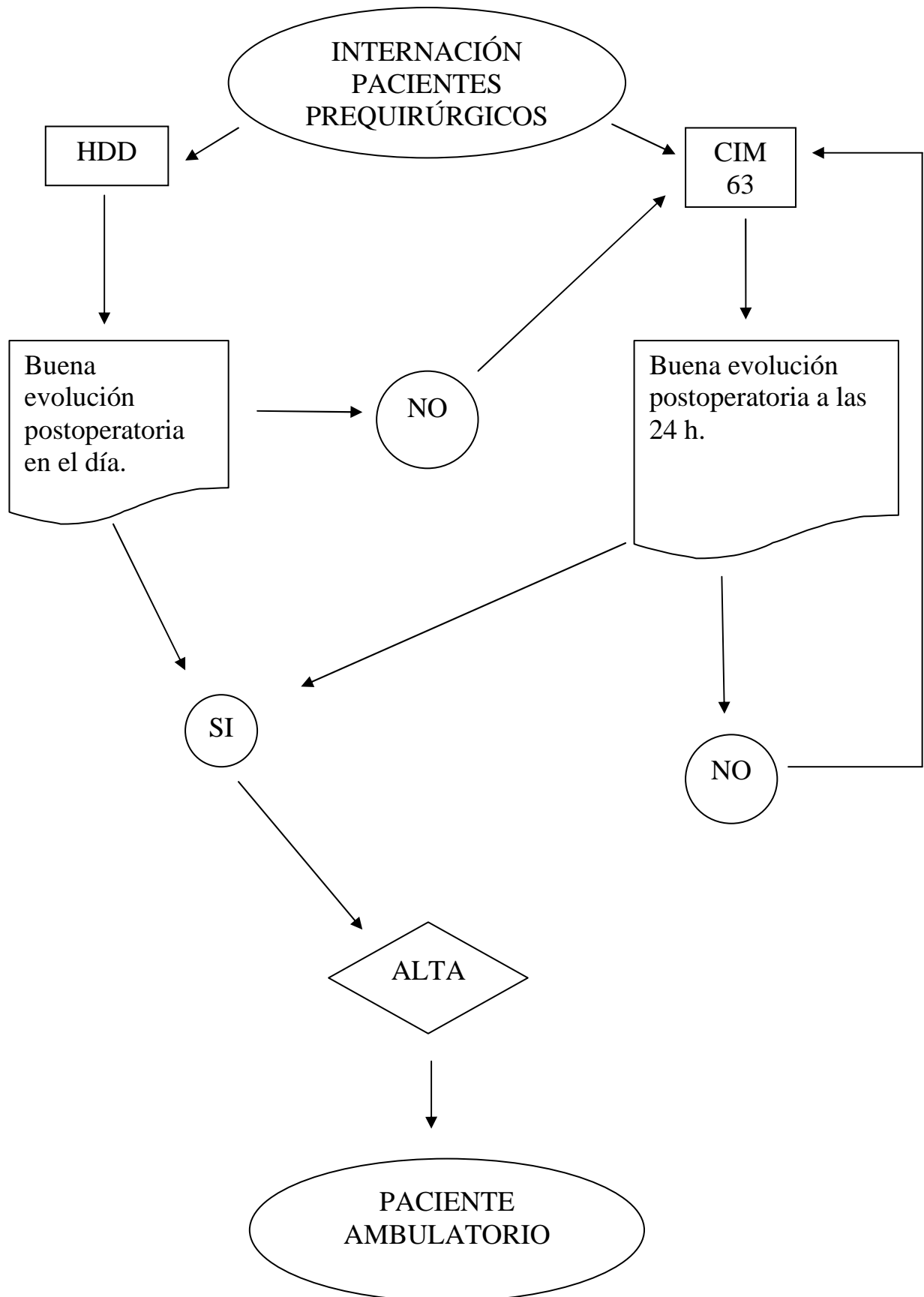


Fuente: Información Estadística Básica. Hospital Garrahan. Año 2010.

ANEXO 3: Mapa del macroproceso de Internación.



ANEXO 4: Flujograma de internación de pacientes prequirúrgicos.



ANEXO 5: Intervenciones Quirúrgicas realizadas en el periodo Julio – Diciembre 2010 en servicio de Cirugía Plástica del Hospital Garrahan.

Cirugía mayor	52	17,90%
Cirugía mediana	225	77,30%
Cirugía menor	14	4,80%
	291	100,00%

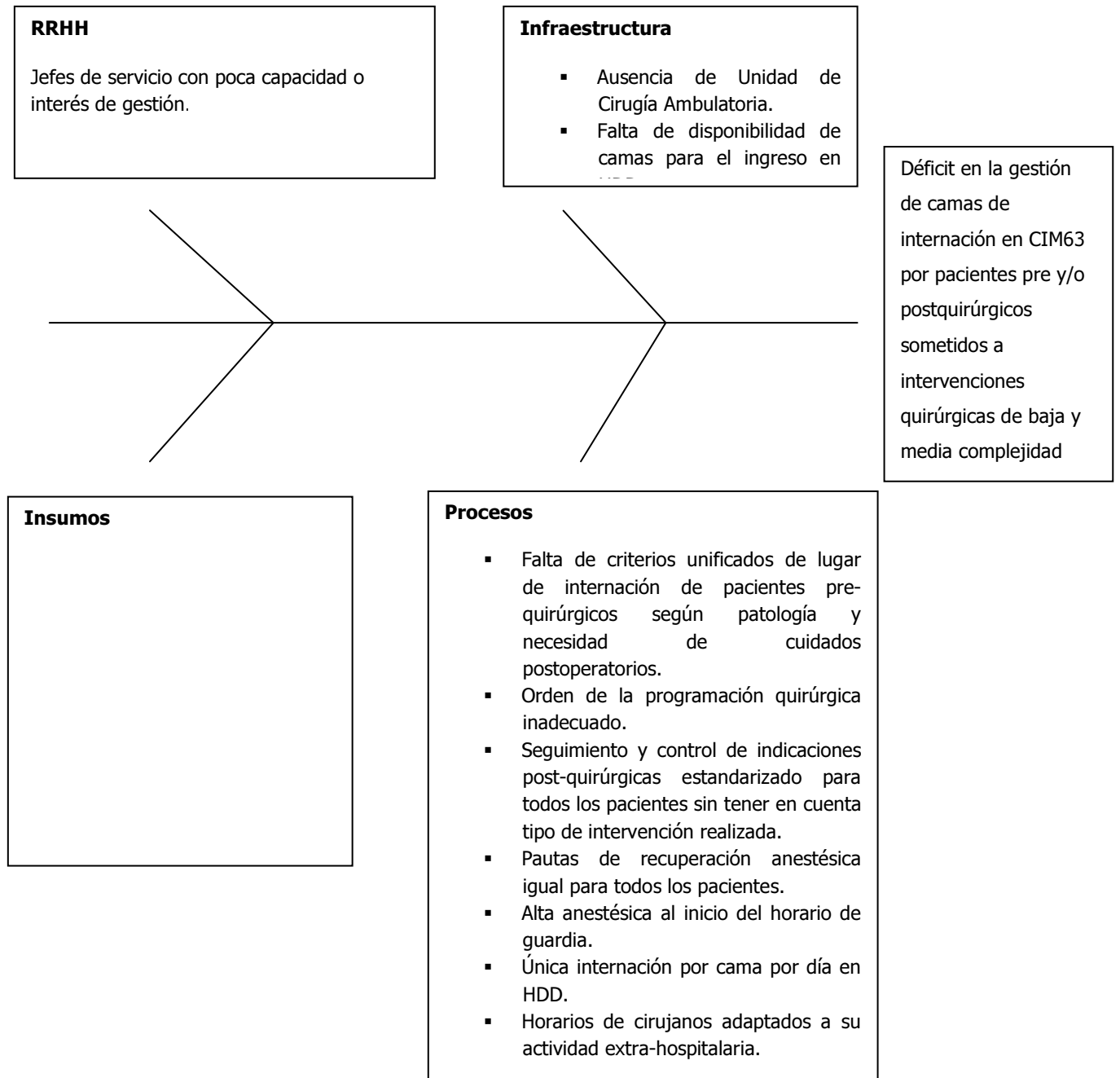
Fuente: Información Estadística Básica. Hospital Garrahan. Año 2010.

ANEXO 6: Internaciones de pacientes quirúrgicos en el periodo Julio – Diciembre 2010 en servicio de Cirugía Plástica del Hospital Garrahan.

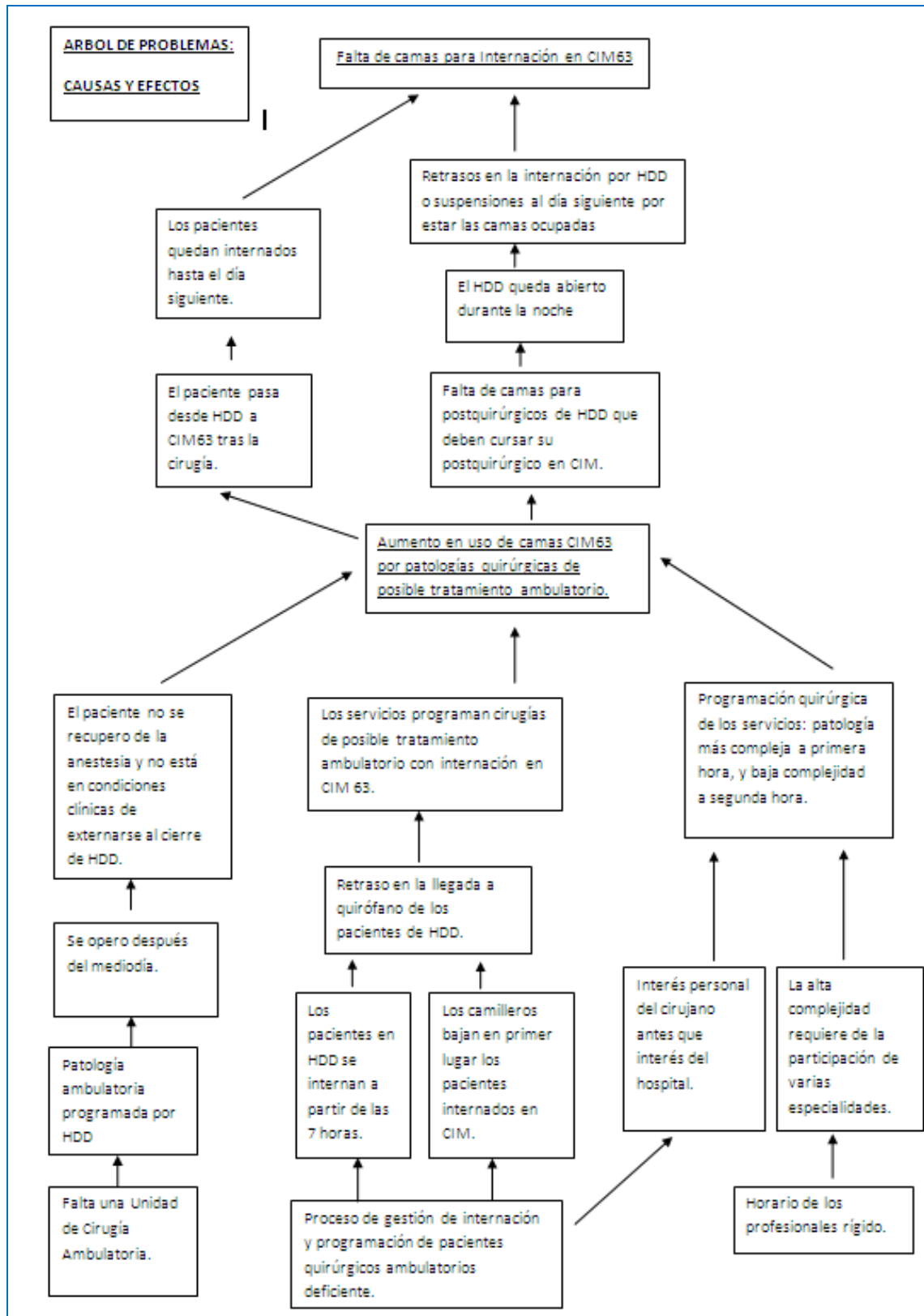
	HDD	24 horas	48 horas	más de 48 horas	TOTAL
Cirugía de mediana complejidad	37	77	36	75	225
Cirugía de baja complejidad	7	4		3	14

Fuente: Información Estadística Básica. Hospital Garrahan. Año 2010.

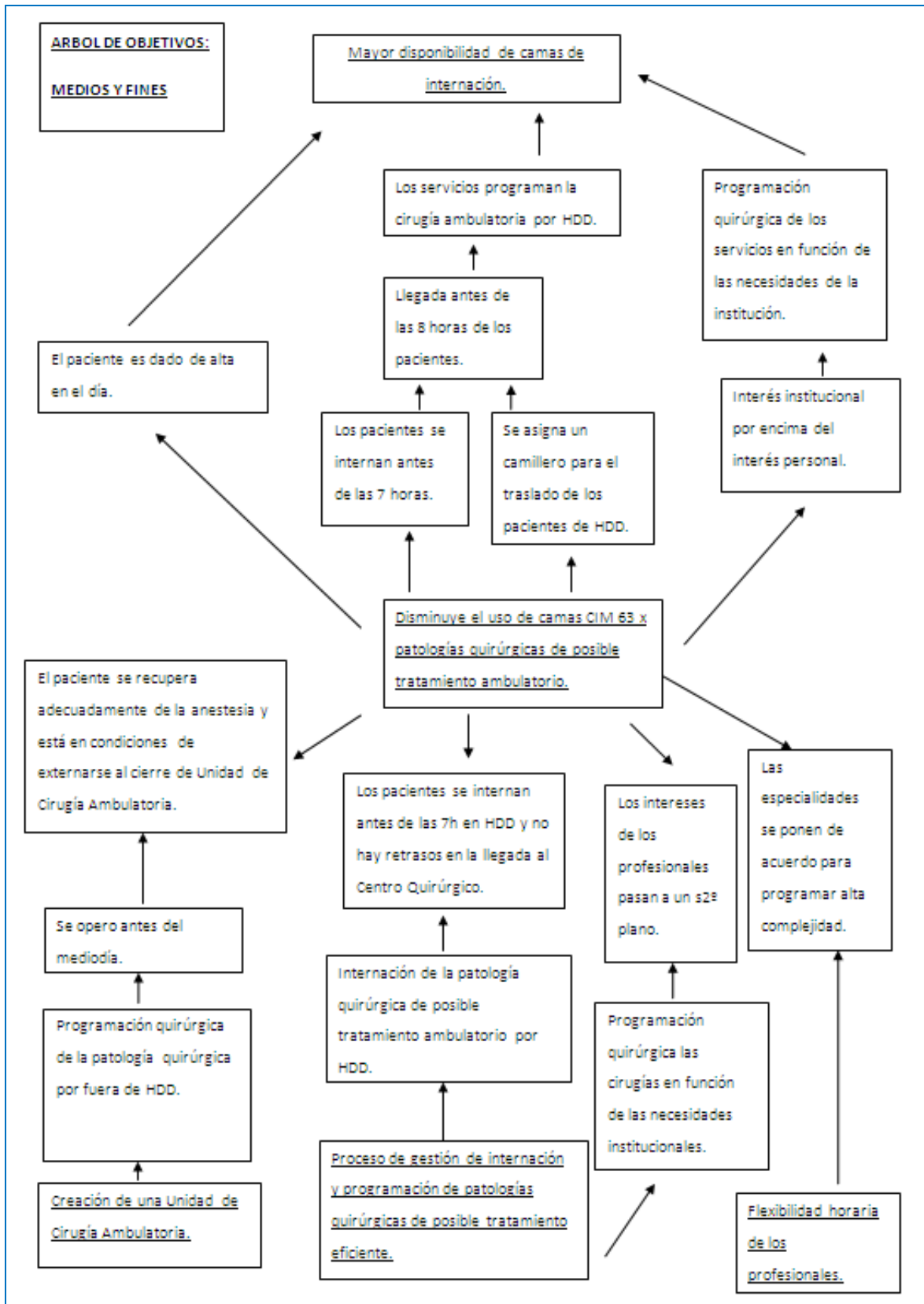
ANEXO 7: Matriz de Ishikawa



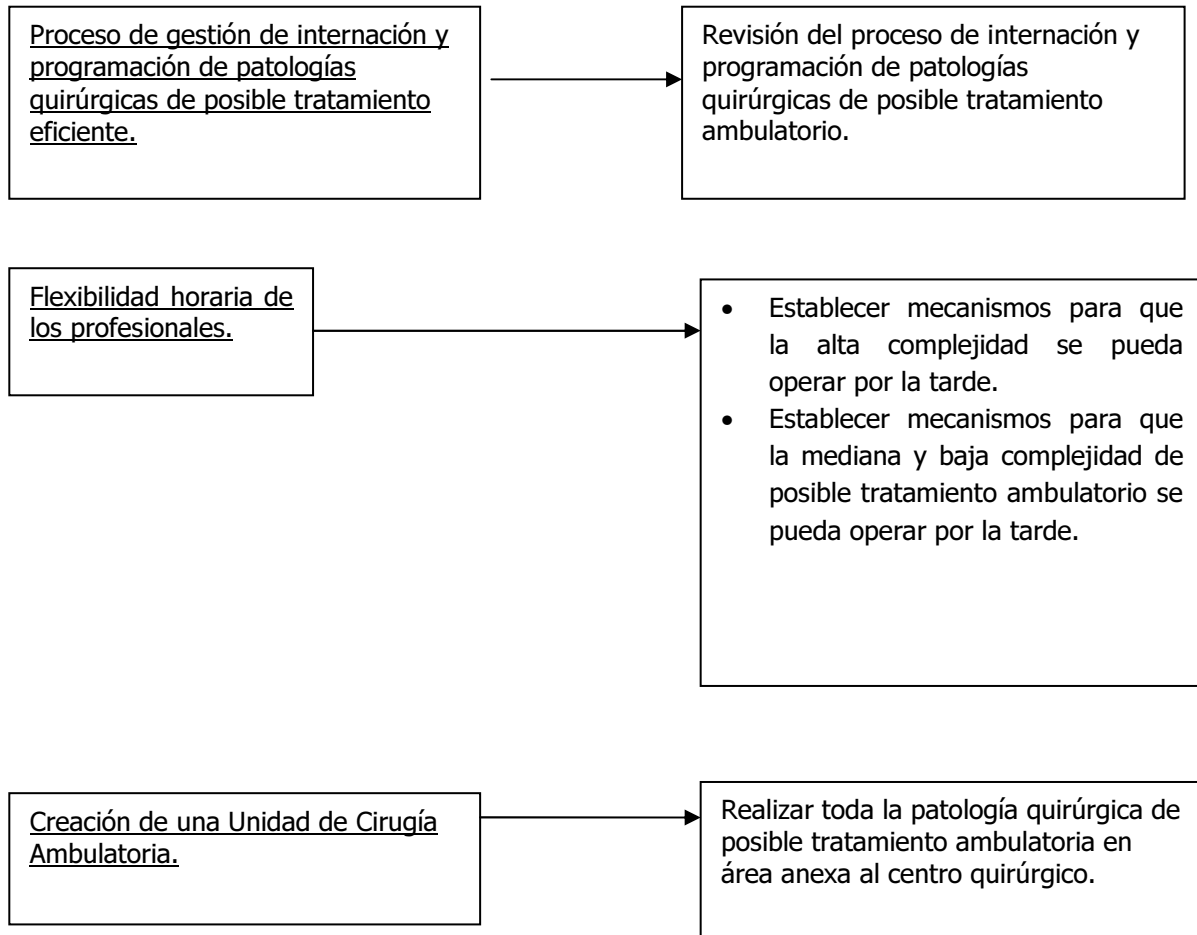
ANEXO 8: Árbol del problema: causas y efectos



ANEXO 9: Árbol de objetivos: medios y fines



ANEXO 10: Árbol de medios y acciones



ANEXO 11: Análisis de involucrados

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
<u>Dirección del Hospital</u>	Dar solución a los problemas de salud de todos los niños que acuden al hospital.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la demanda de camas de internación. • Necesidad de mantener el HDD en funcionamiento las 24 horas. 	<p>Objetivos estratégicos alineados con la visión – misión del hospital.</p> <p>Capacidad de decisión y de planificación estratégica.</p>
<u>Área de internación: CIM 63</u>	Tener camas disponibles para la internación para la internación de los pacientes prequirúrgicos del día siguiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen mucha demanda de camas para pacientes prequirúrgicos. • Recibe un alto nº de postquirúrgicos de HDD y no pueden internar pacientes prequirúrgicos del día siguiente. 	<p>Ocuparse de la internación, recuperación anestésica de los pacientes internados en el área.</p> <p>Decisión sobre las condiciones de alta del paciente junto con el cirujano.</p>
<u>Área de internación: HDD</u>	Tener camas disponibles para la internación de pacientes quirúrgicos del día.	<ul style="list-style-type: none"> • No puede pasar los postquirúrgicos que necesitan internación en CIM y tiene pacientes internados las 24 horas. 	<p>Ocuparse de la internación, recuperación anestésica de los pacientes internados en el área.</p> <p>La decisión del alta está a cargo del anestesista y del cirujano.</p>

<p><u>Servicios Quirúrgicos</u></p>	<p>Operar a los pacientes programados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retrasos en la llegada a primera hora quirófano de los pacientes internados por HDD. • Dificultad en la programación de cirugías que requieran de la multidisciplina a la tarde. • Algunos cirujanos anteponen sus intereses a los de la institución. 	<p>Programación quirúrgica semanal del Servicio.</p>
-------------------------------------	--	---	--

ANEXO 12: Matriz de decisión

	1. <u>Normas de programación quirúrgica para patología ambulatoria.</u>	2. <u>Modificar el horario de algunos profesionales del servicio de Cirugía Plástica.</u>		3. <u>Crear Unidad de Cirugía ambulatoria.</u>	4. <u>Situación sin proyecto.</u>
		a. Alta complejidad en horario vespertino.	b. Patología ambulatoria en horario vespertino.		
RRHH involucrado	RRHH del servicio de Cirugía Plástica.	RRHH del servicio de Cirugía Plástica. Anestesia. Otros servicios quirúrgicos involucrados en la interdisciplina, y especialidades de apoyo	RRHH del servicio de Cirugía Plástica. Anestesia. Enfermería. Personal administrativo.	RRHH del servicio de Cirugía Plástica. Anestesia. Resto de especialidades quirúrgicas. Enfermería. Personal administrativo	RRHH del servicio de Cirugía Plástica
% de solución del problema	Resolvería el 100% de la parte del problema ocasionada por Cirugía Plástica, pero no la totalidad de la baja eficiencia del uso de ese recurso cama por parte de los servicios quirúrgicos.	Resolvería el 100% de la parte del problema ocasionada por Cirugía Plástica, pero no la totalidad de la baja eficiencia del uso de ese recurso cama por parte de los servicios quirúrgicos.	Resolvería el 80% de la parte del problema ocasionada por Cirugía Plástica, pero no la totalidad de la baja eficiencia del uso de ese recurso cama por parte de los servicios quirúrgicos.	100% - ya que permitiría resolver la patología quirúrgica de todas las especialidades.	La situación empeoraría porque la demanda asistencial va en aumento.
Sustentabilidad a largo plazo:	Dependería de la capacidad de gestión del jefe del servicio.	Baja por la dificultad de coordinar varios equipos quirúrgicos y especialidades de apoyo en horario vespertino	Media por la posibilidad de aparición de conductas oportunistas: suspensiones de cirugías.	Una vez que la Unidad estuviera en funcionamiento no presentaría problemas de sustentabilidad.	Aumentarían las suspensiones quirúrgicas en determinadas épocas de sobredemanda.

ANEXO 13: Programa Operativo Anual año 2010.

Actividad	Actividades históricas 2010					
	Cantidad anual de actividades	Estándar	Tiempo	Total Tiempo	Horas Profesionales Reales disponibles según POA 2010	Brecha
Orientaciones	1410	0.25	352,5	2.877,70	4161,6	1283,9
CC.EE. 1ª vez	2717	0.5	1.358,50			
CC.EE. Ulterior	3889	0.30	1.166,70			
Internación cuidados básicos	337	2	674,00	674	2361,3	1687,3
Cirugía menor	78x2	1	156,00	6104	6283,2	179,2
Cirugía media	610x3	2	3.660,00			
Cirugía mayor	143x34	4	2.288			
Interconsultas Clínicas Multidisciplinarias	25	0.75	18,75	18,75	1055,7	1036,95
Prácticas de Odontología	969	0.5	484,50	484,50	535,5	51
Prácticas de Fonoaudiología	709	0.75	531,75	531,75	229,5	-255
Hospital de Día	177	0.5	88,50	88,50	642,6	554

Horas ociosas

Horas ociosas - Su registro

Horas extras

Fuente: Información Estadística Básica. Hospital Garrahan. Año 2010.

ANEXO 14: Plan Anual de Actividades para año 2010.

PROGRAMA OPERATIVO ANUAL (POA) 2010												
Personal y carga horaria semanal actual de:	CIRUGÍA PLÁSTICA											
Nombre y apellido	CC.EE	Prácticas Odontología	Prácticas Fonoaudiología	Hospital de Día	Internación	Interconsultas	Quirófano	D&I	Total horas semanales	Semanas año laborables	Total horas anuales laborables	Total horas anuales reales
Planta Permanente:												
Silvia Poblete	6,0			2,0	4,0	2,0	12,0	8,0	34,0	45	1.530,0	1300,5
Juan Carlos Rodríguez	10,0			2,0	6,0	2,0	14,0	8,0	42,0	45	1.890,0	1606,5
Gloria Manisero	10,0			2,0	6,0	2,0	14,0	8,0	42,0	45	1.890,0	1606,5
Emmanuela Nadal	10,0			2,0	6,0	2,0	14,0	8,0	42,0	45	1.890,0	1606,5
Miguel Floria	10,0			2,0	4,0	2,0	12,0	8,0	34,0	45	1.530,0	1300,5
Andrés Dogliotti	10,0			2,0	6,0	2,0	14,0	8,0	42,0	45	1.890,0	1606,5
Inés Úlfe		7			1,0	2,0	3,0	2,0	15,0	45	675,0	573,75
Mariana Sabás		7			1,0	2,0	3,0	2,0	15,0	45	675,0	573,75
Margot Varela	24		6,0			2,0		8,0	40,0	45	1.800,0	1530
Total Semanal Planta Permanente	80,0	14,0	6,0	12,0	34,0	18,0	86,0	60,0	306,0		13.770,0	11704,5
Becarios:												
Apa Sebastian	6,0			1,0	8,0	2,0	12,0	6,0	35,0	48	1.680,0	1596
Bertone Ernesto	6,0			1,0	8,0	2,0	12,0	6,0	35,0	48	1.680,0	1596

Cursistas:												
Montes Mariela	3,0			0,5	2,0	1,0	9,5	6,0	22,0	48	1.056,0	897,6
Cantarelli Aldana	3,0			0,5	2,0	1,0	9,5	6,0	22,0	48	1.056,0	897,6
Villavicencio Leonardo	3,0			0,5	2,0	1,0	9,5	6,0	22,0	48	1.056,0	897,6
Plaza Eduardo	3,0			0,5	2,0	1,0	9,5	6,0	22,0	48	1.056,0	897,6
Lagarpide Ramiro	3,0			0,5	2,0	1,0	9,5	6,0	22,0	48	1.056,0	897,6
Total Semanal Becarios y Cursistas	27,0			4,5	26,0	9,0	71,5	42,0	180,0		8.640,0	7680

Total Anual por Actividad Planta Permanente	3.600,0	630,0	270,0	540,0	1.530,0	810,0	3.870,0	2.700,0
Total Anual por Actividad Residentes y Becarios	1.296,0			216,0	1.248,0	432,0	3.432,0	2.016,0
Total Anual por Actividad	4.896,0	630,0	270,0	756,0	2.778,0	1.242,0	7.302,0	4.716,0
Total Anual Reales por Actividad	4161,6	535,5	229,5	642,6	2361,3	1055,7	6.206,7	4008,6