

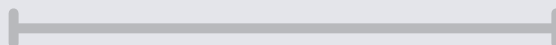
Especialización en Administración Hospitalaria

Trabajo Final de Especialización

Autora: Soraya Anis El Kik

DISMINUCIÓN DEL PROMEDIO DE PERMANENCIA DE LOS PACIENTES INTERNADOS POR TRAQUEOSTOMÍA EN UNA SALA DEL HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN

2013



Citar como: El Kik, S. A. (2013). Disminución del promedio de permanencia de los pacientes internados por traqueostomía en una sala del hospital Juan P. Garrahan. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.



INDICE

Resumen ejecutivo.....	p 3
Introducción.....	p 5
Marco conceptual.....	p 8
Análisis del problema.....	p 11
Análisis de las causas.....	p 15
Análisis de los procesos involucrados.....	p 16
Análisis de los actores involucrados.....	p 20
Objetivos.....	p 21
Análisis de situación y diagnóstico estratégico (Matriz FODA).....	P 23
Actividades y cronograma.....	p 25
Dirección del proyecto y mecanismo de evaluación.....	p 30
Conclusiones.....	p 31
Bibliografía.....	p 33
Anexos.....	p 35



Resumen ejecutivo

La finalidad de este proyecto, es contribuir a mejorar la calidad de atención de los niños recientemente traqueostomizados, mediante una franca disminución del promedio de internación de estos pacientes de 50 días a 15 días totales. Lo que determinará como impacto, un descenso en un 70% del promedio de permanencia de estos menores.

Al finalizar la ejecución de este proyecto y mediante dos estrategias fundamentales que optimizarán los procesos de atención involucrados específicamente en el manejo de estos niños se obtendrá el propósito planeado.

La primer estrategia logrará, la capacitación del 100% de los enfermeros del área involucrada en el manejo de traqueostomizados, e incrementar la oferta de horas de enfermería destinadas al entrenamiento de los cuidadores, incluyendo los fines de semana y los feriados; y por medio de la segunda se mejorará el proceso de solicitud y disposición de insumos y equipamiento para el manejo domiciliario de estos pacientes (la gran mayoría de muy bajos recursos).

El Hospital Garrahan y todo su equipo de Gestión serán los beneficiarios directos o población blanco de este proyecto al obtenerse el beneficio de camas disponibles, recurso indispensable en un hospital de alta complejidad como el nuestro.

Los pequeños pacientes y sus familias serán los beneficiarios indirectos o población final a la que apunta este proyecto, al reincorporarse rápidamente a su rutina familiar y actividad laboral, evitando así el costo de oportunidad para estas familias más allá de lo estrictamente necesario.

Otra ventaja fundamental que se logrará, será la franca disminución del riesgo de las comorbilidades e infecciones intrahospitalarias tan frecuentes en las internaciones prolongadas.

El financiamiento del equipamiento más importante para el manejo domiciliario de estos niños (nebulizador-aspirador) estará a cargo de la Fundación del Hospital Garrahan, al igual que la impresión de los manuales para padres y de los cuadernillos utilizados para el curso de reanimación cardiopulmonar básica (RCP) para cuidadores.

El Departamento de Docencia del Hospital se encargará del financiamiento de los cursos de capacitación de enfermería.

En definitiva, este constituye un proyecto social cuyo principal impacto será la mejora en el proceso de atención y egreso de niños con patologías complejas, en este caso los niños traqueostomizados, en un Hospital con alta demanda de ingresos y un elevado índice de ocupación (que supera el 97%).

El mismo generará por lo tanto, como principal impacto social una mejora en la satisfacción de la necesidad de salud que presentan los pacientes con patologías muy complejas y bajos recursos. Logrando así equidad social en la atención de estos niños, (sujetos de derecho); quienes obtendrán, todos los beneficios de capacitación, equipamiento e insumos que requieran, y en el más alto nivel de calidad que merecen. Forma parte de la misión de nuestra Institución, la de coordinar todas las acciones a fin de obtener una organización asistencial basada en los cuidados progresivos con jerarquización de la actividad interdisciplinaria, realizando así un abordaje integrador de los pacientes, que permita considerar a cada niño desde sus múltiples perspectivas.



En nuestro caso abordando la atención del paciente traqueostomizado desde sus distintas aristas.

Por lo tanto el presente proyecto se basará esencialmente, en dos valores que tiene nuestra institución: la equidad y la eficiencia en la atención de los pacientes con patologías complejas.

Palabras clave: Traqueostomía (TQT), entrenamiento, capacitación, insumos, equipamiento.



Introducción

El Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, es una Institución pública descentralizada, financiada por el Gobierno Nacional, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y por los recursos obtenidos de la facturación a obras sociales y empresas de medicina prepaga (recursos genuinos).

Fue creado en el año 1987, y su **misión** es brindar atención médica a los niños de 0 a 16 años con calidad, equidad y eficiencia, siendo el centro de referencia para la atención pediátrica de alta complejidad de todo el país.

La **visión** a la que aspira el Hospital es atender a pacientes pediátricos con patologías complejas, en base a cuidados progresivos y actividad interdisciplinaria, propendiendo a la mejora de su calidad de vida; sostener el más alto grado de desarrollo tecnológico y nivel científico-técnico de todo su personal; ser pionero en avances científicos y modelos de gestión prestigiando así la docencia y la investigación; mantener la satisfacción de los usuarios y del personal respetando su multiculturalidad y tender a mejorar la gestión por procesos y objetivos. (Disposición 311/DME/2010). (Anexo 3)

Es aquí, donde este proyecto cobra sentido, ya que comparte la misión y la visión de la Institución al contribuir a mejorar la calidad de atención de un grupo de pacientes que requieren de múltiples intervenciones y cuidados, y merecen el más alto grado de eficiencia en su tratamiento, independencia en su manejo domiciliario y seguimiento posterior.

Nuestra Institución conforma por lo tanto, una Organización de Salud compleja; que tiene múltiples dominios, sociales y técnicos, que abarcan desde el saber hacer por expertos hasta el conocimiento profundo del paciente y su familia.

La organización de su atención, se basa en una *estructura matricial coordinada por clínicos*. La cual fue diseñada, con el propósito de lograr un enlace entre el personal dependiente de distintas líneas jerárquicas. Sacrifica el principio de unidad de mando y lo sustituye por el principio de doble autoridad, de tal modo que el trabajador dependa de dos jefes al mismo tiempo, de uno orgánicamente y del otro funcionalmente.

Las principales ventajas de este tipo de estructura organizativa son, la difusión de la información a lo largo de toda la organización, la posibilidad de compartir los mejores recursos entre varias áreas para resolver problemas complejos, la capacidad para incentivar y facilitar la especialización de los trabajadores, posibilitando de esta manera, ahorrar costos. Para ser efectivos bajo esta estructura, los miembros del equipo deben presentar habilidades interpersonales, ser flexibles y estar dispuestos a cooperar.

Por otro lado debemos tener presente como desventajas, que la organización matricial altera la distribución de poder. Reportar a dos jefes distintos puede generar conflictos internos, principalmente cuando ambos jefes imponen objetivos diferentes. No siempre resulta sencillo llegar a acuerdos. La múltiple dependencia complica a veces la visión de metas comunes. Es por eso, que bajo estas circunstancias, el rol integrador del clínico en la interacción diaria con los servicios es fundamental. Resulta entonces imperativo, acordar prioridades para alcanzar el objetivo común y principal motivo de la existencia de nuestro Hospital, y el propósito de este proyecto, que es la atención **eficiente** del niño con patologías complejas.

Los objetivos más relevantes, que se intentarán alcanzar, con la ejecución de este proyecto, tienen que ver con la mejora de los procesos de atención del paciente



traqueostomizado, hacia procesos más eficientes e integrales, equitativos y eficaces, seguros y fiables, transformando así al área y por ende a nuestra Organización sanitaria, en una Institución moderna, flexible, capaz de cambiar y aprovechar para bien las transformaciones del entorno.

Podemos afirmar entonces que para alcanzar esos propósitos, la actividad asistencial de alta complejidad requerirá, del desarrollo y de la adquisición continua y progresiva de nuevas capacidades y logros.

En el Hospital Garrahan se realizan múltiples intervenciones de alta complejidad, entre las cuales la **traqueostomía (TQT)** (ver Anexo1 y dibujos 1-2 y 3) es una de las que mayor crecimiento ha presentado en los últimos años. Esto se debe a la supervivencia en las terapias intensivas de pacientes cada vez más complejos y a la indicación programada de dicha intervención en múltiples patologías. Nuestro hospital es el centro de referencia más importante del país en su ejecución y cuidado, en él se realizan entre 50 y 100 TQT anuales, todos estos pacientes deberán ser manejados en forma independiente y segura por sus cuidadores en sus domicilios y su estadía hospitalaria deberá ser la más corta posible a fin de evitarles otras comorbilidades como ser las infecciones intrahospitalarias. Sin embargo, actualmente, la estancia media de internación de los pacientes traqueostomizados es una de las más prolongadas del Hospital Garrahan (promedio 50 días), debido a fallas en dos procesos fundamentales; el proceso de capacitación y entrenamiento de los cuidadores del niño y el proceso de adquisición de insumos y equipamiento para su manejo domiciliario.

La mejora en la capacitación del equipo de enfermeros que estarán a cargo de estos niños durante su internación, logrará su rápida externación, agilizándose además el giro cama de los pacientes complejos, en un hospital con muy alta demanda de ingresos. Por otro lado, pensar en la pronta recuperación de un paciente con traqueostomía, genera una gran responsabilidad si se tiene en cuenta que esa recuperación implica cuidar de una forma holística al niño y a sus cuidadores, logrando su rápida reinserción a la rutina familiar y laboral, y evitando además agregar un costo de oportunidad.

Esto tendrá, también, una gran relevancia para la Institución, ya que se pueden establecer nuevos criterios de atención orientados a mejorar la calidad del servicio elevando aún más, el prestigio de nuestro centro hospitalario.

La meta será lograr que el 100% del personal de enfermería del CIM 62, que es una de las nueve salas de internación con las que cuenta el hospital, y en la cual se internan en forma preferencial y excluyente los niños recientemente traqueostomizados, se capaciten en esta destreza (actualmente solo están capacitados el 80% del personal del área) y el gran desafío será que en un corto plazo de tiempo, se concrete la capacitación de todo el personal de enfermería del resto de las salas de nuestro hospital (personal aún no entrenado).

También debemos mencionar por el lado institucional, un aspecto que influyó negativamente en el crecimiento de nuestro hospital, a partir del resquebrajamiento de relaciones entre los grupos de trabajo (sobre todo médicos/enfermeros) desde la crisis sindical, que se inició en los años 90-95 y tuvo su pico en el 2001. Con mucho esfuerzo, estas relaciones fueron reconstruidas a partir del año 2005, encontrándose actualmente en armonía.



Aunque aún, una de las mayores limitantes a salvar (o supuestos externos) es la reticencia de algunos enfermeros a cumplir con lo que consideran nuevas tareas y mayor carga de trabajo, rechazando de esta forma, esta actividad como parte de su tarea diaria, posición apoyada además por los diferentes sindicatos.

La otra barrera para concretar el egreso de estos niños, como he mencionado anteriormente, es la obtención de los insumos y equipamiento necesarios para su manejo domiciliario. Esto se debe a que el mayor porcentaje de estos pacientes son de muy bajos recursos y no cuentan con ningún tipo de cobertura (Anexo 4). Por este motivo los sectores de esterilización y farmacia de nuestro hospital suelen facilitar las medicaciones y los elementos descartables que requieren estos niños, pero la mayor limitante es el nebulizador aspirador para traqueostomizados, con el que no cuenta el hospital, y que no está al alcance de la posibilidad económica de estas familias.



Marco conceptual:

La TQT (Anexo1 y Dibujos1-2-3y4) es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos que existen. Su primera representación remonta a la época de los egipcios e hindúes en el Papiro de Ebers y en el libro sagrado Rig Veda (desde 1500 a.c. hasta 1500 d.c.) y luego fue descrita por Alejandro el Grande, Asclepiades, Areteo y Galeno (1).

En el año 1546, Antonio Musa Brassarolo, médico italiano, presentó el primer caso documentado de una exitosa TQT en un paciente con absceso laríngeo. Posteriormente el procedimiento fue considerado inoperante y riesgoso por los escasos conocimientos de anatomía y los malos resultados.

A principios del siglo XX, la mortalidad postoperatoria tardía asociada al procedimiento era muy alta, pero Jackson en 1921, demostró que observando los cuidados de la cánula y un correcto manejo de la asepsia y limpieza disminuían los índices de morbilidad y mortalidad a un nivel muy bajo (1-2-3).

En la actualidad, la supervivencia de pacientes con patologías complejas y el incremento desde el año 1971 de la utilización de la asistencia respiratoria mecánica (ARM) con aparatos cada vez más sofisticados; trajo como consecuencia intubaciones prolongadas y supervivencia de pacientes con alteraciones respiratorias graves, lo cual a su vez provocó un incremento en las complicaciones de la vía aérea de los pacientes pediátricos y una mayor frecuencia en la indicación de TQT, sobre todo en hospitales de tercer nivel como el nuestro.

La complejidad de estos niños de familias de muy bajos recursos, hace que su promedio de internación sea uno de los más prolongados del Hospital, lo cual disminuye el nivel de eficiencia del recurso camas disponibles.

La realización de una TQT es un procedimiento seguro y con bajo riesgo de muerte (en nuestro hospital el índice de mortalidad luego de la intervención ronda el 1%). Sin embargo existen complicaciones postquirúrgicas potencialmente fatales como la obstrucción de la cánula, la decanulación accidental o el fracaso en la recanulación. (Ver Dibujo 1-2-3) Los cuidados de enfermería son fundamentales para evitar estas situaciones, y están dirigidos a mantener la permeabilidad de la vía aérea a través de la cánula traqueal (Anexo 1 y Dibujo 4).

Las recomendaciones sobre cuidados de niños con TQT son internacionales y se basan en experiencias y consensos de expertos debido a la ausencia de estudios aleatorizados (9-13).

Todas las referencias internacionales demuestran que las complicaciones pueden ser evitadas o minimizadas, guiando el manejo tanto hospitalario como domiciliario en forma adecuada y segura con la supervisión de un equipo multidisciplinario.

La capacitación de todo el equipo de salud en el proceso de atención de los pacientes y los procesos de mejora en la comunicación entre los actores, profesionales, técnicos y administrativos de ese grupo multidisciplinario permitirán optimizar la calidad de atención y aumentar la eficiencia por medio del aumento del rendimiento de las camas.

Se pueden definir cuatro grupos de factores que influyen en la duración de la estadía hospitalaria de este tipo de pacientes: la política sanitaria del personal médico y de enfermería; las influencias extrahospitalarias del entorno social y la disponibilidad de servicios de apoyo social en el momento del alta del paciente. La identificación y la separación de estos factores puede ser difícil (14).



García Sérven enumera una serie de causas que afectan la estancia del paciente, y las divide en las que la reducen, y aquellas que la aumentan (15). Entre las primeras reconoce las siguientes: progresos terapéuticos, movilización oportuna (mediante técnicas de recuperación y rehabilitación quirúrgica y médicas), concientización del personal profesional y administrativo de las condiciones individuales del paciente (sociales, económicas y médicas propiamente dichas) que evitan las internaciones innecesarias, y óptimo rendimiento de los servicios auxiliares.

De las causas que aumentan la estadía nombra las siguientes, que considero, están involucradas en el caso de estos niños: admisiones en días feriados y fines de semana; interferencias administrativas por falta de material, personal calificado y responsable; interferencia docente; ausentismos del personal responsable de la evolución y del alta del paciente; factores individuales y sociales del paciente.

En el ámbito de la salud; la eficiencia se refiere a la producción de los servicios de salud, al menor costo social posible. Se cuantifica mediante la relación por cociente entre los resultados y el valor de los recursos empleados o simplemente como la medida en que las consecuencias de un proyecto de salud son o no deseables desde el punto de vista económico. En cuanto a los resultados que forman parte de este cociente (resultados/recursos) que define a la eficiencia es natural que no exista una manera concreta o única de definirlos. En primer lugar porque la decisión sobre estos resultados no está solamente en manos de los médicos y otros profesionales vinculados a esta disciplina ya que la salud es una aspiración de todas las personas. Y en segundo lugar porque la salud es un concepto con implicaciones en el medio ambiente social y natural y le correspondería a la sociedad como un todo, la responsabilidad de definir el resultado que se debe alcanzar.

A partir de estas ideas, Gálvez nos brinda una definición más precisa: "un sistema de salud es eficiente cuando logra un producto de salud socialmente aceptable, con un uso mínimo de recursos"; y repasa en el carácter relativo de esta definición desde el punto de vista temporal ya que la aceptación social de un determinado resultado variará de acuerdo con características históricas, socioeconómicas y políticas.

En el glosario de términos publicado por la OMS la eficiencia se define como la capacidad para producir la "máxima salida" a partir de determinada "entrada". La propia OMS, señala que el concepto de "eficiencia del sistema de salud" es equivalente a lo que llaman "desempeño global" y que éste se define a partir de los resultados alcanzados por un sistema a partir de determinado nivel de recursos.

A partir de estos conceptos de eficiencia está claro que, si a un indicador de resultados cualquiera, se le introduce (de alguna manera) un elemento que considere recursos, se está evaluando entonces también eficiencia (16).

Es decir, que el ámbito hospitalario una organización es eficaz si consigue los objetivos propuestos y es eficiente cuando la relación entre inputs consumidos y outputs producidos es óptima, dado que una institución puede ser eficiente, pero estar produciendo un output no demandado, razón por la cual el esfuerzo resultará inútil y los recursos desperdiciados, y puede ser eficaz, pero a un coste insostenible socialmente y poco competitivo a largo plazo.

La situación planteada, en el caso de los niños traqueostomizados, refleja el hecho de que de un servicio hospitalario eficiente emergerá una importante meta de desarrollo, logrando beneficiar tanto al paciente y su familia como a la propia institución.



La mejora de la eficiencia de las organizaciones públicas y privadas es un tema que en la actualidad está siendo objeto de atención preferente por parte de todos los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), en un momento en el que la obtención de beneficios de las organizaciones ya no es garantía de solvencia hacia el futuro; si no se adoptan las medidas tendentes a mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios que prestan estas instituciones, serán seriamente cuestionadas al término que el gobierno puede restringir sus presupuestos.

En el análisis de eficiencia de las organizaciones no lucrativas, el problema radica en la determinación del output, que a menudo resulta difícil concretar, puesto que una parte de los servicios que oferta este sector son intangibles y están direccionados igualmente a cumplir con una función humanitaria sin mengua de la clase social del usuario, asimismo, el input no representa una meta de ambiciones para las empresas no lucrativas, como sería el caso de nuestro Hospital, ya que los recursos provienen de un presupuesto asignado en el que existen pocas posibilidades de incrementarlo.

En definitiva, se puede afirmar, que la eficiencia hospitalaria del sector no lucrativo o público debe ser tal que no condicione argumento alguno para impedir su éxito, el cual está siempre asociado a la complejidad humana y a la intangibilidad del servicio. De allí, la validez del uso de los indicadores de gestión para medir los comportamientos. Sin embargo, un indicador de gestión en un centro hospitalario público puede representar y valorar un escenario dado con precisión, pero en definitiva es el usuario el que podrá dar una verdadera respuesta sobre la gestión en cuanto a la calidad del servicio recibido.



Análisis del problema:

a) Definición del problema: Prolongado tiempo de internación de los niños recientemente traqueostomizados, durante el año 2012, una vez registrada el alta clínica; en una sala de internación de Cuidados Intermedios y Moderados del Hospital Garrahan ("CIM 62").

b) Identificación de indicadores:

Variable: Tiempo de internación postquirúrgica de los niños sometidos a una traqueostomía en el Hptal Garrahan.

Indicador: **Estancia media** (o promedio de días de estancia hospitalaria) **de los pacientes traqueostomizados, luego del alta clínica:** Es decir el tiempo medio entre la indicación del alta clínica y la concreta efectivización del egreso de los pacientes recientemente traqueostomizados.

Sumatoria de los días entre la indicación del alta clínica y la concreta efectivización del egreso de los pacientes recientemente traqueostomizados en el último año en el CIM 62
Número de pacientes postquirúrgicos de traqueostomía, internados en el último año en el CIM 62 con alta médica otorgada.

El indicador "**Promedio de días de Estancia hospitalaria**" refleja la permanencia promedio de los pacientes en el hospital. Es un indicador de **eficiencia** de la prestación de servicios, así como del uso del recurso de cama. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutive cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos, lo que hace especialmente útil a este indicador cuando se analiza por afección principal. En este caso se analiza la estancia media de los niños traqueostomizados a los que ya se les otorgó el alta médica, pero que a pesar de ello permanecen internados.

Linea de base: Datos a partir de los registros:

2574 días de estancia media postalta. 33 días
78 pac

- Total de pacientes traqueostomizados en el año 2012: **108**
- Total de pacientes traqueostomizados que permanecieron internados a pesar de haberseles otorgado el alta clínica durante el año 2012: **78**
- Estancia: 2574
- Estancia media: El tiempo de internación postquirúrgica de niños sometidos a una traqueostomía es históricamente, uno de los más prolongados de nuestro hospital. La estancia media total de los niños traqueostomizados en el año 2012 es de **50 días**.
- Estancia media entre el registro del alta clínica y la concreta efectivización de dicho egreso, en los pacientes recientemente traqueostomizados durante el año 2012 : **33 días**



Valor deseable: El valor deseable de tiempo de **estancia media total** para estos niños, **sea** por estándares o por benchmarking ronda los **15 días**, del paciente sin complicaciones.

Esto surge de la suma de los 5-7 días de internación en UCI del postquirúrgico inmediato más los 8-10 días de entrenamiento en la sala.

c) Descripción del problema

El Hospital cuenta con un alto grado de desarrollo científico y técnico, basado en su calificado recurso humano, que hoy supera los 3000 trabajadores – con 450 médicos y 1300 enfermeros aproximadamente-, casi 30 millones de dólares en equipamiento electro-médico, y una dotación de con 510 camas, 137 de ellas para cuidados intensivos y trasplantes.

El CIM (salas de internación o cuidados intermedios o moderados) dispone de 308 camas de internación, distribuidas en 9 unidades con similares características edilicias, de asignación de recursos y de funcionamiento. Se denominan con números y colores que a su vez operativamente están divididos en **CIM I:** 32, 41, 42, 43 y **CIM II:** 61, 62, 63, 73 y 74.

En cada unidad, las habitaciones son dobles. Cada sala dispone de una sala de procedimientos 17 habitaciones para dos pacientes (o un aislamiento)

En cada CIM, se atienden desde las patologías más complejas hasta las de menor complejidad. La mayoría de los pacientes atendidos en el hospital provienen del conurbano bonaerense y una quinta parte del resto de las provincias de la República Argentina. Un 0.67 % de los egresos corresponden a pacientes de países limítrofes.

Los graves problemas a los que se enfrenta la Salud Pública actualmente, al igual que el empobrecimiento de la población con la consiguiente pérdida de sus coberturas sociales, ha aumentado en gran medida, la demanda de ingresos tanto de patología prevalente (sobre todo respiratoria) como de alta complejidad.

El aumento paulatino de los egresos (16.913 en el año 2002 hasta 22.409 en el año 2012), a expensas de las patologías respiratorias, ha significado un descenso en nuestro case-mix. Sin embargo, el número de pacientes con patologías complejas no ha descendido. En verdad, lo que se generó en los últimos años fue un aumento total de la producción a expensas de la patología de baja complejidad; y ha provocado la necesidad de seguir ampliando áreas de atención e internación en todos los sectores del nosocomio, con un consecuente aumento de la demanda de intervenciones quirúrgicas de mediana y alta complejidad.

Nuestra planta física es muy flexible. Hemos demostrado ser pioneros en la implementación de nuevos modelos de gestión, para hacer frente a una demanda creciente año tras año y responder a los incrementos estacionales y epidémicos, como ha sucedido con el brote de influenza A del año 2009.

El desarrollo de estrategias que permitan la externalización más precoz del paciente tuvo un gran desarrollo, estando allí uno de los grandes logros del hospital para optimizar el uso de las camas: Hospital de Día, Tratamiento Ambulatorio de Infecciones Severas (TAIS), Oficina de Comunicación a Distancia (OCD), la Casa Garrahan, y la telemedicina son algunas de ellas. A pesar de lo cual en el caso de los niños traqueostomizados, seguimos teniendo una de las estancias medias más prolongadas del hospital (50 días).



Usualmente, las direcciones de los establecimientos gestionan recursos en función de la cuantificación de los productos intermedios (cantidad de determinaciones de laboratorio, de radiografías, de cirugías), y de dos indicadores que dan información sobre la gestión global de camas: porcentaje de ocupación y promedio de días de estada. De esta manera se calculan los índices de rendimiento.

Los indicadores antes mencionados miden producción del CIM, pero **no** permiten monitorear el impacto de los resultados de la actividad asistencial. La herramienta más útil para valorar **impacto**, la constituye el sistema de clasificación de pacientes según Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), utilizada en nuestro hospital desde 1998. Este sistema logra la creación de grupos de pacientes homogéneos, en relación con sus distintos aspectos: complejidad, gravedad, pronóstico, consumo de recursos, categorías diagnósticas, etc. De esta manera, se simplifica la medición del producto, y se hace factible la evaluación de su costo, facilitando así, la planificación de estrategias de mejora de la eficiencia hospitalaria.

Por lo tanto, los GRD constituyen un sistema de clasificación de los episodios de hospitalización, en clases de similar consumo de recursos, reduciendo así la variancia intragrupo de las distintas variables evaluadoras, principalmente de la estancia hospitalaria, que es la variable que más influye en el cálculo del costo de un determinado GRD.

Se concluye de lo anteriormente expresado, que la actividad asistencial de un CIM se mide por medio de la complejidad de la patología atendida, valorando el peso relativo medio de los GRDs y, por otra parte, evaluando el tiempo medio que se tarda en resolver el problema patológico, que es el promedio de estancia.

En el caso del CIM 62, la atención de los menores traqueostomizados, demanda un alto grado de coordinación en la atención de los múltiples aspectos de la patología que llevó al paciente al requerimiento de dicho procedimiento conjuntamente al entrenamiento de los cuidadores en la adquisición de destrezas que les permitan independencia y seguridad en su manejo a la vez que acelerar la provisión de los recursos indispensables para su manejo domiciliario. Por eso constituye uno de los primeros 5 GRDs del hospital en estancia media.

En el CIM 62 en los años 90, con el ingreso de los primeros traqueostomizados; la permanencia de estos pacientes se prolongaba aproximadamente 3 meses debido a la necesidad de adaptación de los padres y cuidadores al manejo de la cánula, quedando a cargo la capacitación en forma excluyente del equipo médico y de enfermería del servicio de Endoscopia de nuestro hospital; pero sobre todo por la necesidad de adquisición de los materiales necesarios para el domicilio.

Actualmente este proceso, a pesar de tratarse de pacientes complejos con múltiples comorbilidades, ha mejorado su nivel de eficiencia. Esto fue posible debido al entrenamiento de gran parte del equipo de salud de la sala en el manejo de traqueostomizados (enfermeros, médicos y kinesiólogos) quienes, junto al personal de endoscopia respiratoria, entrenan a los padres y cuidadores del paciente a fin de que puedan manejar al niño en forma independiente en su domicilio a la vez que atienden las complicaciones que pueden surgir de esta intervención. A pesar de estos avances, el tiempo de internación para la capacitación, sigue siendo más prolongado que el estrictamente posible y necesario.

Otra gran barrera para alcanzar este propósito, es el prolongado tiempo de espera para adquirir los insumos y equipamiento necesarios para el manejo domiciliario de la



traqueostomía; lo cual termina provocando una estancia media total prolongada e inadmisibles.

Todos los pacientes internados en el Hospital Garrahan, son atendidos gratuitamente y el área de auditoría médica se encarga de la cobranza a aquellos que declaren pertenecer a alguna obra social o empresa de medicina prepaga. Sin embargo, más de la mitad de estos niños son de bajo nivel socioeconómico y carecen de cobertura social (60%), lo que les impide comprar los insumos y equipamiento necesarios para su manejo domiciliario (Anexo 4).

De todos los materiales que necesita el niño uno de los más importantes es el nebulizador aspirador de uso hospitalario, que tiene un valor monetario aproximado de 3000\$, y que no está al alcance de casi la totalidad de las familias de estos pacientes. Las cánulas de traqueostomía y el resto de material descartable suelen ser otorgados en forma gratuita a estas familias a su egreso (área de esterilización).

Una estrategia que consensuamos en la sala para adelantar la externación de estos niños fue solicitar la compra del nebulizador-aspirador a la Fundación del Hptal Garrahan hasta tanto los cuidadores adquirieran el suyo a partir del trámite correspondiente a su área de residencia (Municipio, Desarrollo social, o dependencias que correspondan)

La evidencia nos demuestra que este material nunca es devuelto a la Fundación a pesar de ser otorgado a estas familias en carácter de préstamo. Por otro lado la Fundación no posee ningún mecanismo de control que exija en forma eficiente la devolución del producto y alega que es muy engorroso realizarlo y supervisarlos.

Por lo tanto, se concluye, que la estadía de pacientes recientemente traqueostomizados, estables y sin ningún tipo de cobertura, se prolonga en forma innecesaria.

Tengo la certeza de que las estrategias que plantearé, disminuirán dramáticamente el tiempo de internación a un promedio de 10 días de entrenamiento y 15 días totales de internación luego de la intervención quirúrgica, en pacientes sin otras complicaciones.

d) Algunas consecuencias del problema:

- 1) **Insatisfacción de los pacientes:** costo de oportunidad
- 2) Aumento de la **morbilidad intrahospitalaria:** infecciones respiratorias nosocomiales, en pacientes con mayor morbilidad lo que determina ineficiencia y déficit en la calidad de atención.
- 3) Disminución de la disponibilidad de camas para nuevos ingresos. Esto genera como consecuencia, inequidad para los pacientes que requieren una cama de internación, en un hospital de alta complejidad con alta demanda, y no la consiguen. En este punto hay que tomar en cuenta además que el CIM 62 es la única sala de internación (de las nueve que tiene el hospital) que recibe a los menores recientemente traqueostomizados.



Análisis de las causas (ver Matriz de Espina de Pescado en Anexo2)

1. Déficit en el proceso de capacitación para el "entrenamiento de los pacientes traqueostomizados"

- Baja cobertura de enfermería capacitada
- Falta de programas de capacitación
- Alta demanda asistencial por otras patologías, sobre todo los fines de semana
- Alto índice de ausentismo de enfermería.
- Reticencia de los enfermeros a la adquisición de esta destreza por considerarla como un aumento de su carga laboral

2. Déficit en el proceso de "Solicitud y disposición de los elementos que requiere la familia para el manejo domiciliario de los pacientes con traqueostomía".

- Alto porcentaje de pacientes de bajos recursos y sin cobertura social.
- Demora en la entrega de la solicitud del pedido de insumos y equipamiento para el manejo domiciliario de la traqueostomía.
- Demora en la obtención de los materiales necesarios a partir de las obras sociales o entidades correspondientes al área de residencia del menor (Desarrollo social, Municipio, Damas paraguayas, etc)
- Demora en la obtención del nebulizador-aspirador en préstamo, por parte de la Fundación Garrahan, para los pacientes de bajos recursos
- Falta de devolución del nebulizador aspirador a la Fundación por falta de obtención del equipo a través de las entidades gubernamentales correspondientes al domicilio del menor o bien por negligencia familiar, lo cual termina impidiendo el retorno del mismo para uso de los nuevos pacientes que ingresan.



Análisis de los procesos involucrados como causas del problema:

Gestionar por procesos significa identificar los principales procesos que se realizan, analizarlos participativamente, formalizarlos metódicamente, gestionarlos y consensuar su mejora continua.

La gestión por procesos tiene como objetivo general, mejorar la calidad de los resultados, intentando reducir la variabilidad y disminuir así las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones y al consumo inapropiado de los recursos.

En nuestro caso los dos procesos que se ven involucrados son los siguientes:

I. PROCESO DE ENTRENAMIENTO Y EGRESO DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS:

Dentro de este proceso se definen dos etapas:

ETAPA 1: Capacitación para el entrenamiento de todo el personal de enfermería del CIM 62 que está a cargo de pacientes traqueostomizados:

Lo primero que deberá hacerse, a fin de llevar a cabo la capacitación de todo el grupo, será capacitar a los responsables del sector (líderes de equipo, en este caso el Jefe de enfermeros) en estrategias de liderazgo, comunicación efectiva, trabajo en equipo y resolución de conflictos.

Luego, el Coordinador Docente de enfermería realizará, junto con la Directora de enfermería y los Supervisores de turno, un **programa de capacitación** de los enfermeros del plantel del CIM 62, mediante cuatro actividades:

- 1) Detección de las necesidades de capacitación del personal de enfermería que están a cargo de los niños traqueostomizados
- 2) Evaluación de las posibilidades de capacitación en cursos y talleres y o por contratación de docentes y capacitadores
- 3) Realización de las capacitaciones
- 4) Registro de las capacitaciones realizadas y evaluación de los resultados

ETAPA 2: Capacitación de los cuidadores del paciente traqueostomizado a cargo de todos el plantel de enfermería del CIM 62:

A cargo del Jefe de enfermería de la sala, quien responsabilizará a su vez, a un enfermero encargado de supervisar la capacitación y entrenamiento de todos los cuidadores.

El principal objetivo de esta instrucción, será lograr la capacitación de los cuidadores del niño. A quienes se los animará a que pasen el mayor tiempo posible junto al menor y se los estimulará a la participación activa y supervisada de los cuidados en la unidad del paciente, para poder superar el miedo y adquirir la confianza necesaria.

Inicialmente deberán aprender actividades de la vida diaria: alimentación, baño, vestimenta, juego, valorar síntomas clínicos respiratorios, como taquipnea, retracción



torácica, estridor o sibilancias audibles, cambios en la coloración de la piel (cianosis bucal), cambios en las características de las secreciones de la cánula (cantidad, color, viscosidad).

Luego se continuará con el entrenamiento en las técnicas específicas: cambio de la cánula, cuidados del ostoma, técnicas de aspiración, reconocimiento de signos de alerta, identificación y resolución inmediata de las situaciones de emergencia (obstrucción, decanulación accidental), manejo y limpieza de los elementos (aspirador de secreciones sondas y lavado de la cánula), técnicas de alimentación, de transporte (debe realizarse con el set de TQT y aspirador manual), entorno doméstico (evitar el polvo, pelos de mascota, humo de cigarrillo).

Se les entregará además, a los cuidadores, un manual con información sobre el manejo de TQT.

Los padres deberán conocer también, las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica. El curso de RCP para padres se realiza durante la internación; los requisitos fundamentales son: la lectura del manual, ser puntual y realizar el curso sin los hijos.

Antes del alta hospitalaria ambos padres y/o cuidadores deben haber aprobado el curso de RCP, estar capacitados en el cambio de la cánula y contar con el equipo e insumos necesarios para el cuidado en el hogar.

ACTIVIDADES INVOLUCRADAS EN ESTE PROCESO:

AL INGRESAR AL CIM 62:

1. Registro del paciente que ingresa, tomando nota del motivo de la traqueostomía, situación clínica del menor, nivel de información y entrenamiento de la familia
2. Examen físico del niño, registrando signos vitales y estado de la traqueostomía.
3. Entrega a la familia del manual de entrenamiento de traqueostomía para padres y cuidadores
4. Colocar todos los materiales necesarios para el manejo de la traqueostomía incluyendo una cánula de repuesto y un tubo endotraqueal al alcance del paciente y su familia.
5. Entregar la planilla de registro del entrenamiento
6. Entregar por intermedio de la Fundación Garrahan el aspirador manual
7. Realizar la solicitud del curso de RCP para padres y cuidadores
8. Entrega por parte del médico a cargo y del personal de salud de endoscopia del pedido de materiales necesarios para realizar el manejo domiciliario de la traqueostomía (a ser entregados a la entidad que corresponda: Obra social. Empresa de medicina prepaga, Ministerio de Desarrollo Social, Municipio o la Entidad que le corresponda según el domicilio del paciente en el caso de familias de bajos recursos.

DESDE EL PRIMER DIA Y DURANTE LOS DIAS SUBSIGUIENTES



9. Entrenamiento de los cambios de cánula de los padres y cuidadores a cargo del personal de Endoscopía durante los primeros 4 o 5 días de ingreso al CIM. Supervisando además el estado de la traqueostomía
10. Registro en la planilla del estado del entrenamiento de los cuidadores: definido por grados de avance con tres colores: rojo (no entrenado) amarillo (dudas) verde (entrenado para realizar los cambios en la sala)
11. A partir de la orden del personal de enfermería del área de endoscopía, los padres y cuidadores estarán en condiciones de realizar los cambios de cánula en la sala en forma independiente, pero siempre supervisados por los enfermeros del sector y la kinesióloga de la sala (generalmente completan en sala 4 o 5 cambios).
12. El último cambio previo al alta se realizará en endoscopía a fin de que dicho servicio defina el alta de entrenamiento de los padres y/o cuidadores

Los cambios se realizan a razón de uno por día a fin de que las familias completen el entrenamiento en el hospital. Aunque el requerimiento habitual posteriormente será de uno por semana. Salvo excepciones (como obstrucción de la cánula)

Para que el egreso hospitalario del menor se concrete. La familia debe contar con los materiales solicitados, con el alta médica y el alta de entrenamiento de su traqueostomía.

Existe déficit en las siguientes actividades de este procedimiento:

- ✓ **Déficit** en el entrenamiento diario de los cuidadores para el recambio de cánulas (días perdidos en los cuales no se realiza entrenamiento): Puntos 9,10 y 11
- ✓ El personal de enfermería de los fines de semana y feriados (franqueros) **no realiza** entrenamiento de traqueostomizados
- ✓ El equipo de endoscopía tanto médico como de enfermería no trabaja los fines de semana ni feriados

II. PROCESO DE "SOLICITUD Y DISPOSICIÓN DE INSUMOS Y EQUIPAMIENTO PARA EL MANEJO DOMICILIARIO DE LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA":

Procedimiento: Compra de insumos y equipamiento para el manejo domiciliario de niños con TQT.

ACTIVIDADES COMPRENDIDAS DENTRO DICHO PROCEDIMIENTO:

1. Solicitud de materiales para el manejo domiciliario de traqueostomizados (incluye nebulizador-aspirador de uso hospitalario y materiales descartables): Se le entrega el pedido a la familia idealmente en el postquirúrgico inmediato.
2. La Asistente Social de la sala realiza una encuesta social y orienta a la familia sobre el camino que deben seguir para adquirir los materiales solicitados,



- indicándoles los trámites que deberán realizar en las entidades que correspondan según su área de residencia.
3. En los casos de familias de bajos recursos, mientras los padres inician los trámites correspondientes se solicita la autorización de la Dirección del Hospital para la compra del nebulizador-aspirador por parte de la Fundación Garrahan
 4. El personal administrativo de la Fundación Garrahan recibe el requerimiento de compra del nebulizador-aspirador de uso hospitalario para traqueostomizados firmado por el Coordinador o el Jefe de Clínica de la Sala y autorizado por la Dirección del Hospital.
 5. Se envía la solicitud de compra a los proveedores de las empresas de nebulizadores - aspiradores que cumplan con las características que estos pacientes requieren.
 6. El jefe responsable de compras, de la Fundación Garrahan, sobre la base del informe de la preadjudicación y el análisis de precios, adjudica la provisión del insumo al proveedor que realice la mejor oferta.
 7. Se controla y recibe el material bajo remito por triplicado. Material que contiene los datos necesarios para identificar, la orden de compra, las condiciones pactadas y las características del elemento entregado.
 8. Se registra en el sistema informático el material ingresado y aprobado.
 9. Se cancela y se archiva la orden de compra
 10. Se informa a la sala y a los padres la llegada del nebulizador-aspirador
 11. Se solicita la presencia del familiar a cargo del paciente, con documento y datos filiatorios, quien recibe el nebulizador-aspirador en comodato hasta la obtención del propio.
 12. El familiar responsable se compromete a devolver el nebulizador-aspirador a la Fundación Garrahan, cuando la entidad correspondiente le entregue su propio equipo o el menor deje de requerirlo.

Es indispensable para concretar el egreso del menor la adquisición del nebulizador-aspirador de uso hospitalario para traqueostomizados, ya que el resto de los materiales descartables son retirados por estas familias, desde las áreas de farmacia y esterilización, hasta tanto obtengan estos recursos de las entidades correspondientes a su área de residencia.

Actividades deficitarias comprendidas dentro de este procedimiento:

- ✓ Demora en el **inicio de trámites** por parte de los pacientes de bajos recursos y sin cobertura social, a la entidad correspondiente para la obtención de materiales (Desarrollo Social. Municipalidad, Nación) y posteriormente tiempo muy prolongado hasta obtener los insumos (Puntos 1 - 2 y 3).
- ✓ Déficit y largas demoras en el proceso de **adquisición** de los elementos solicitados a las familias para el manejo domiciliario de la traqueostomía (puntos 1 y 2).
- ✓ Demora en la adquisición y posterior falta de devolución del nebulizador aspirador a la Fundación del Hospital Garrahan.



Análisis de los actores involucrados: Los grupos involucrados son:

1. **Usuarios o beneficiarios** (niños traqueostomizados y sus familias), cuyo principal interés es maximizar la accesibilidad a la mayor cantidad de prestaciones de la mejor calidad. Si deben pagar por los servicios, además, quieren y pueden pagar poco. Son la verdadera razón de ser del sistema y, por ende, debemos procurar su satisfacción como verdaderos clientes.
2. **Proveedores** directos de las prestaciones, cuyo principal interés es maximizar su utilidad privada, aunque también procuran la utilidad social propia de la función que desarrollan:
 - Fundación del Hospital Garrahan.
 - Equipo de salud responsable de la atención y entrenamiento de estos pacientes
3. **Financiadores** (tercer pagador), cuyo principal interés reside en maximizar la eficiencia, esto es, con el menor gasto obtener la mayor cantidad de prestaciones:
 - Entidades involucradas en la provisión de insumos (Ministerio de Salud, Desarrollo Social, asociaciones sin fines de lucro como las "damas paraguayas")
 - Seguros públicos, seguros sociales y seguros privados (prepagos)
4. **Industria de la salud**: organización privada, proveedora de los nebulizadores aspiradores, cuyo principal interés puede ser favorecer el consumo del producto.
5. **Formadores de recursos humanos (RRHH)**: Escuelas, Institutos y Universidades de enfermería, quienes contribuyen a la capacitación de los enfermeros que están a cargo de la atención de los pacientes traqueostomizados.



Objetivos

- **OBJETIVO GENERAL:** Disminución del promedio de permanencia de los pacientes internados para entrenamiento de traqueostomía de 50 a 15 días totales.

Indicador: Estancia media de niños traqueostomizados

Línea de base: 50 días de estancia media total

Línea de comparación: 15 días de estancia media

Meta: Reducir en un año en un 70% la estancia media de los niños traqueostomizados internados en el CIM 62 luego de su intervención.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 1: Lograr que el 100% del personal de enfermería del CIM 62 incluya el entrenamiento de traqueostomizados en su tarea diaria

Indicador: Tasa de enfermeros capacitados en el entrenamiento de traqueostomizados en el CIM 62.

$$\frac{\text{Nº de enfermeros capacitados en entrenam TQT}}{\text{Total de enfermeros del plantel del CIM 62}} \times 100$$

Línea de base: Capacitación del 60% del personal de enfermería de los días hábiles y del 20% de los franqueros (80% del total)

Meta: Lograr que el 100% del personal de enfermería del CIM 62 se capaciten en el manejo de los niños traqueostomizados, incluyendo franqueros (trabajadores de fines de semana y feriados)

OBJETIVO ESPECÍFICO N°2: Incrementar en un 27% la oferta de horas anuales al manejo del entrenamiento de los niños traqueostomizados (de 295 aumentarían a 365 hs anuales)

Indicador: Horas anuales de enfermería destinadas al entrenamiento de los cuidadores de los niños traqueostomizados.

$$\frac{\text{Horas anuales de enfermería dedicadas al entrenam de TQT}}{\text{Total de horas asistenciales anuales de enfermero/pac}} \times 100$$

Línea de base: El entrenamiento solo lo hacen los días hábiles por lo tanto se cubren 292 hs anuales destinadas a entrenamiento.



Meta: Lograr que el 100% del personal de enfermería del CIM 62 incluya el entrenamiento de traqueostomizados en su tarea diaria (1 hora diaria por paciente o 365 horas anuales)

OBJETIVO ESPECÍFICO N°3: Lograr en un período de un año y en el 100% de los casos, la entrega inmediata del nebulizador – aspirador, al momento del alta clínica y de entrenamiento.

Indicador: Tiempo desde el alta médica hasta la entrega del nebulizador aspirador a través de la Fundación del Hospital Garrahan.

Línea de base: 20-25 días

Meta: Entrega inmediata al otorgarse el alta médica, del nebulizador aspirador en carácter de préstamo.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°4: Aumentar en un 80%, la devolución del nebulizador-aspirador para TQT por medio de la creación de una Oficina de Comodato, poniéndolo de esta manera a disposición inmediata de nuevas familias.

Indicadores:

Tasa de nebulizadores devueltos a la Fundación Garrahan

$$\frac{\text{Nº de nebulizadores aspiradores devueltos a la Fundación Garrahan}}{\text{Nº de nebulizadores aspiradores otorgados en carácter de préstamo a la Fundación Garrahan}} \times 100$$

Línea de base: No se devuelve ningún nebulizador-aspirador otorgado

Meta: Devolución del 80% de los aspiradores otorgados en carácter de préstamo



Análisis de situación y diagnóstico estratégico (Matriz Foda):

Previo a intentar resaltar los puntos específicos de este proyecto de intervención, elaboraré una **matriz FODA**.

Elegí esta herramienta para armar un cuadro de la situación actual del área CIM 62, que permita tener un diagnóstico estratégico de los diferentes objetivos específicos, a fin de tomar decisiones acordes y enmarcadas en las políticas formuladas en la visión y en la misión del hospital.

Sabemos que tanto las fortalezas como las debilidades son internas del CIM, por lo que es factible actuar directamente sobre ellas. En cambio, las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil poder modificarlas.

MATRIZ FODA:

<u>FORTALEZAS</u>	<u>DEBILIDADES</u>
- Hospital de referencia para resolución de patologías complejas con capacidad económica para lograrlo. - Equipo multidisciplinario involucrado en la atención de estos pacientes - Años de experiencia en el manejo de estos niños - Sala de internación especializada en entrenamiento de TQT - Registro adecuado de pacientes TQTs - Implementación de un manual de manejo de TQT para cuidadores. - Implementación de una planilla donde se vuelcan los avances del entrenamiento. - Estrecha relación y colaboración de la Fundación Garrahan con el CIM 62	- Proceso de internación y entrenamiento de TQTs no bien definido ni consensuado. - Aumento de la demanda asistencial de los fines de sem - Mayor % de ausentismo en enfermería durante los fines de sem y feriados - Falta de predisposición del personal franquero de enfermería para capacitarse - Fallas en la dinámica del proceso de solicitud y entrega de materiales para TQT - Demora en la adquisición del nebulizador aspirador por parte de la Fundación - Falta de devolución de los aspiradores a la Fundación
<u>OPORTUNIDADES</u>	<u>AMENAZAS</u>
- Necesidad del Hospital de aumentar el n° de camas disponibles - Posibilidad de obtener el aspirador por intermedio de la Fundación Garrahan - Jerarquización de la sala y del Hptal como equipo referente en el manejo de TQT - Nueva capacidad incorporada al equipo para	- Recepción de pacientes con patología muy compleja - Negativa por presiones sindicales y políticas - Desinterés de las autoridades del Hptal en implementar una oficina de comodato



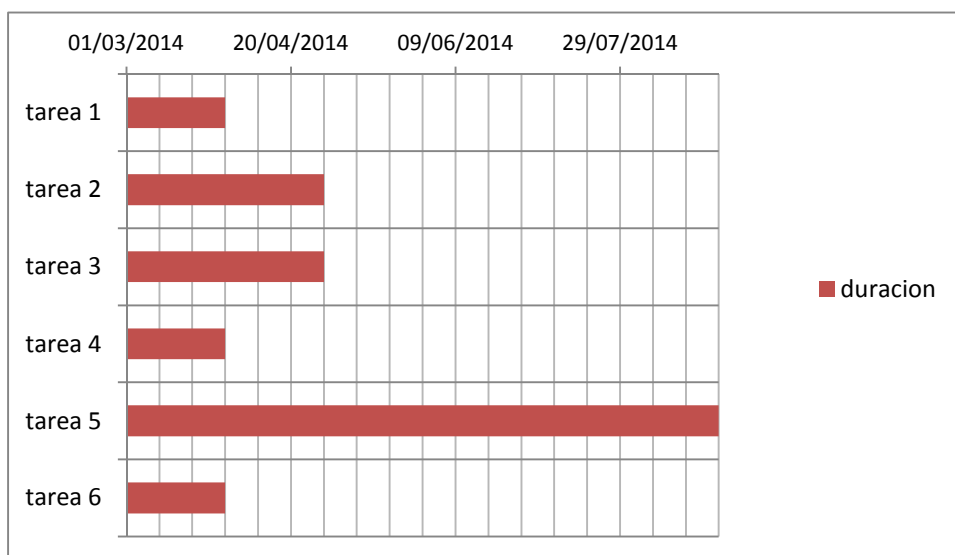
manejo extrahospitalario de la patología - Programa de calidad que apoya la mejora de este proceso - Pacientes que realizan quejas por prolongación de la internación de sus hijos generando costo de oportunidad (tiempo - molestias y riesgos; pérdida de trabajo, hijos a cuidado de otros adultos que no son sus padres)	
---	--

Actividades y cronograma

TABLAS DE ACTIVIDADES DE CADA OBJETIVO ESPECÍFICO

Objetivo específico N° 1: Lograr que el 100% del personal de enfermería del CIM 62 incluya el entrenamiento de traqueostomizados en su tarea diaria

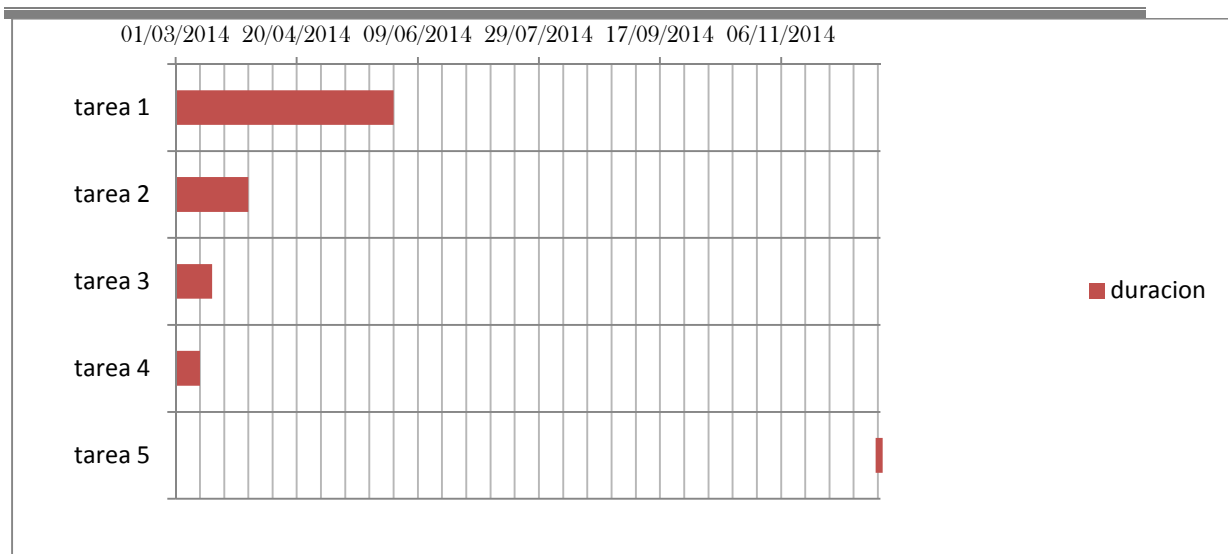
Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Detectar necesidades de capacitación de los enfermeros a cargo traqueostomizados	Supervisor del área de Enfermería y Jefe de enfermería del CIM 62	1 mes
2	Establecimiento de las competencias que requiere el perfil del RRHH a capacitar	Coordinador docente del área de enfermería.	2 meses
3	Definición de un programa educativo: objetivos, contenidos, metodología de capacitación, lugar, horario, duración.	Coordinador docente del área de enfermería	2 meses
4	Designación de los capacitores, dentro del área de docencia, terapia, enfermería del CIM 62 y/o Endoscopia	Endoscopistas, enfermeros y terapeutas capacitados en manejo de TQT	1 mes
5	Realización de las capacitaciones	Capacitores designados	6 meses
6	Registro de las capacitaciones realizadas y evaluación de los resultados	Coordinador docente del área de enfermería	1 mes





Objetivo específico N°2: Incrementar en un 27% la oferta de horas anuales al manejo del entrenamiento de los niños traqueostomizados (de 295 aumentarían a 365 hs anuales)

	Actividad	Responsable	Meta
1	Sensibilizar a los decisores sobre la importancia de la implementación del mejoramiento del proceso por medio de reuniones ad oc con presentación del proyecto	Conducción ejecutiva y conducción intermedia	3 meses
2	Valoración y definición de las cuestiones presupuestarias	Director y Gerente administrativos	Imputación preventiva: 1 mes
3	Definición de las competencias, conocimientos, habilidades y actitudes que llevarán a cabo los enfermeros que realizarán 1 hora por turno el entrenamiento de los cuidadores	Jefe de enfermeros y Supervisor de enfermería de cada turno	Perfil definido: 15 días
4	Coaching y monitoreo de las tareas especificadas en la guía de proceso de entrenamiento ya detallada anteriormente	Enfermero encargado	Desde el primer día de la internación hasta el egreso del niño (10-15 días)
5	Evaluación de desempeño que incluya de cada enfermero del plantel en cuanto a la tarea encomendada	Jefe de enfermería y Supervisores de turno y área	Al finalizar el año

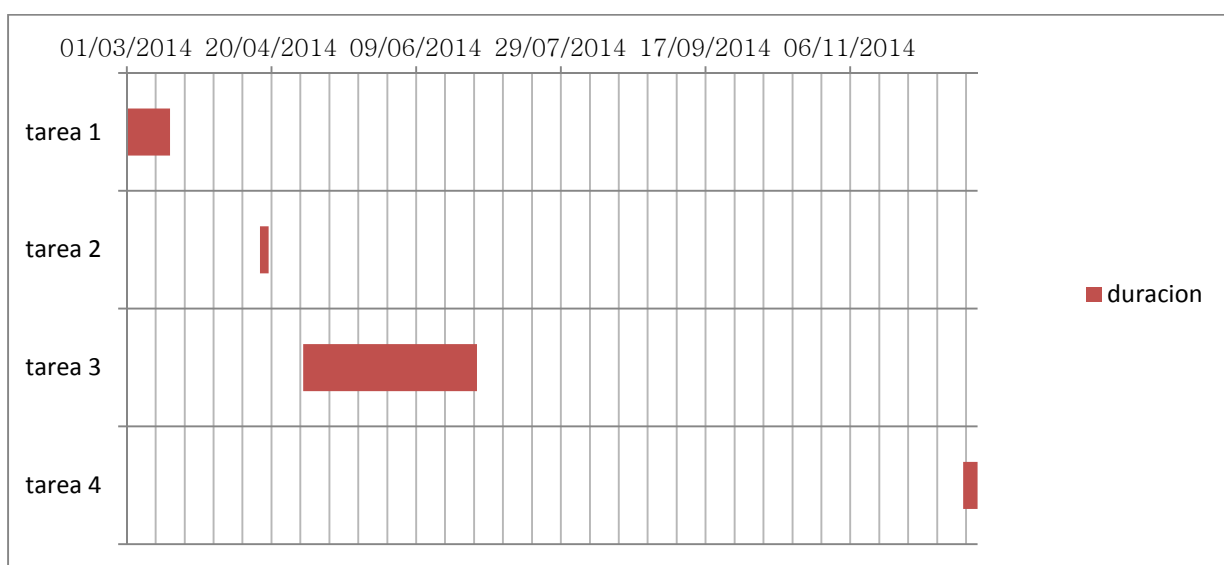


Objetivo específico N°3: Disminuir en un año, en un 80%, el tiempo de adquisición de los materiales de traqueostomía necesarios para el manejo domiciliario de estos niños; logrando que sea inmediata al momento del alta clínica y de entrenamiento.

	Actividad	Responsable	Meta
1	Convocatoria de todos los actores involucrados en la compra del nebulizador-aspirador para TQT	Directivos y personal administrativo de la Fundación Garrahan	Convocar a los actores a reuniones: 15 días
2	Elaboración de un manual de procedimiento de la compra del insumo	Gerente administrativo de la Fundación Garrahan	Elaboración del manual: al mes de la finalización de las reuniones
3	Implementación de una propuesta de proceso de compra del insumo (obtención de 10 aparatos siempre disponibles en el depósito)	Coordinador médico del CIM 62 y Gerente de compras de la Fundación Garrahan	Nuevo proceso implementado: del 2do al 4to mes



4	Monitoreo, evaluación y posibles correcciones del nuevo proceso de compra del insumo	Gerente administrativo de la Fundación Garrahan	Manual definitivo: Al terminar el año
---	--	---	---------------------------------------

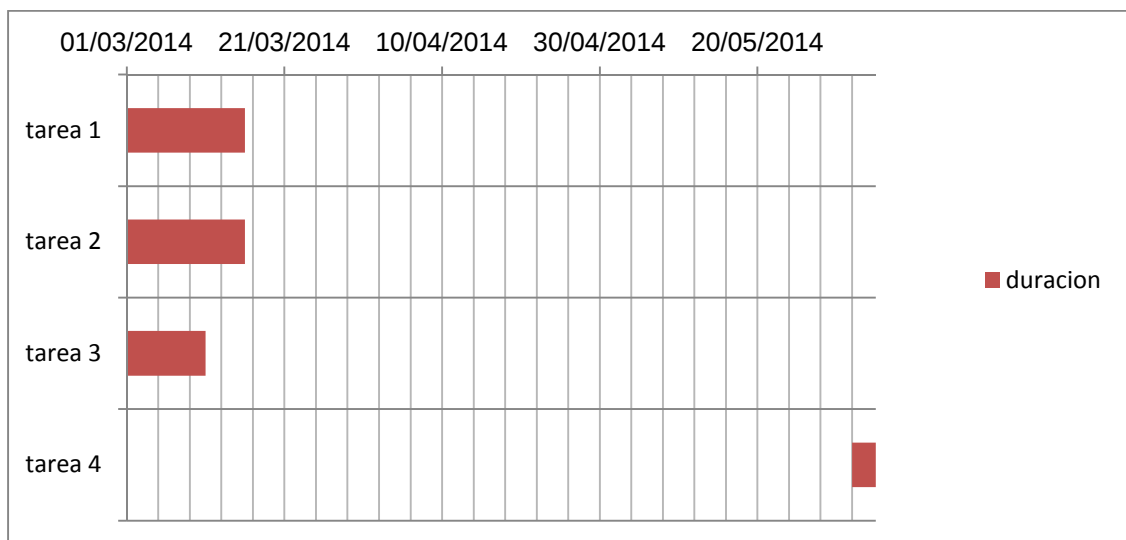


Objetivo específico N°4: Aumentar en un 80%, la devolución del nebulizador-aspirador para TQT por medio de la creación de una Oficina de Comodato, poniéndolo de esta manera a disposición inmediata de nuevas familias.

	Actividad	Responsable	Meta
1	La Fundación Garrahan formulará un contrato de comodato o préstamo del insumo nebulizador-aspirador para TQT	Directivos y personal administrativo de la Fundación Garrahan	Convocar a los actores a reuniones: 15 días
2	Se entregará al paciente, el contrato para su firma, luego de registrar domicilio, documentos y datos filiatorios, con el compromiso de cumplir con los requisitos del mismo.	Gerente administrativo de la Fundación Garrahan	Al momento del alta (10 a 15 días de su ingreso al CIM)



3	En forma inmediata se le entregará al responsable, y en forma totalmente gratuita, el nebulizador-aspirador para TQT a fin de que haga uso de él y con cargo de restituirlo en condiciones después de adquirir el propio a través de la entidad correspondiente.	Personal administrativo de la Fundación Garrahan	10 días
4	Monitoreo, evaluación y seguimiento de la restitución y/o renovación del pedido del insumo, ante la imposibilidad de adquirirlo por otros medios	Personal administrativo de la Fundación Garrahan	Cada 3 meses





Dirección del proyecto y mecanismo de evaluación:

La dirección de este proyecto corresponde a la Coordinación médica y a la Jefatura de enfermería del CIM 62, con la participación activa de la Dirección de Enfermería y sus sectores a cargo, de todo el Servicio de Endoscopia y del Departamento de Docencia del Hptal Garrahan.

El mismo debe ser evaluado cada 6 meses, por medio de la evolución de los indicadores propuestos para cada objetivo y del grado de alcance de las metas establecidas.

MECANISMO DEL PROCESO DE EVALUACION

Evaluación continua del proceso de capacitación: Fortalecer la comunicación ascendente y horizontal entre el personal médico y de enfermería, tanto del sector de internación (CIM 62), como del Servicio de Endoscopia.

Para la evaluación se utilizarán las siguientes herramientas:

- **Indicador de impacto** ó Propósito del proyecto (Disminución del promedio de permanencia de los pacientes internados para entrenamiento de TQT de 50 a 15 días totales en una sala del hospital Juan P. Garrahan)
- **Objetivos específicos** ya detallados en el ítem objetivos
- **Y las metas definidas** en el ítem actividades y cronograma

Se podrá establecer para efectivizar este monitoreo un cronograma de actividades que refleje los avances y requerimientos de reintervenciones a fin de lograr los mejores resultados.

Nº	Actividad	Responsable	Meta
1	Reuniones periódicas entre los sectores que asisten traqueostomizados (CIM 62, Terapia, Neonatología, Endoscopia respiratoria y docencia) para comunicar novedades de los distintos procesos y resultados. Y donde se planteen las inquietudes y o sugerencias de los integrantes	Representantes responsables de cada sector	Reuniones quincenales
2	Presentación a las autoridades del hospital de los resultados obtenidos por medio de la ejecución de informes que reflejen los avances obtenidos	Equipo de Gestión	100% de los informes de las reuniones de sector registradas y evaluadas.



Conclusiones finales

La TQT sigue siendo un procedimiento indicado cada vez con mayor frecuencia en niños que padecen enfermedades complejas, y que conlleva una elevada morbilidad, con riesgo de muerte debido, sobre todo a las complicaciones tardías como ser la obstrucción de la cánula.

Estos niños en su proceso de atención en internación, requieren la participación de un equipo multidisciplinario constituido por: pediatras, endoscopistas, kinesiólogos y asistentes sociales. Aunque en la sala, dependen sobre todo del personal de enfermería, por lo tanto es importante que los cuidados que estos les brinden estén basados en principios científicos, técnicos y en procedimientos adecuados para garantizar la pronta recuperación de su salud.

Su promedio de internación es uno de los más prolongados del Hospital (50 días). El indicador "Promedio de días de Estancia hospitalaria" es un indicador de **eficiencia** de la prestación de servicios. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutoria cuando los días de estancia son innecesariamente prolongados, como en nuestro caso. Por tal razón la disminución a 15 días el promedio de la estancia media de estos pacientes cumplirá con la razón fundamental de la existencia del Hospital, que es la eficiencia en la atención del paciente complejo, con una adecuada administración del recurso cama disponible.

El egreso hospitalario del niño con TQT supone un gran desafío tanto para la Institución como para los padres y exige una cuidadosa planificación. El programa de entrenamiento de padres y cuidadores constituirá un proceso que se iniciará previo a la realización de la TQT, continuará en la terapia intensiva y se consolidará en la sala de internación, donde mediante una capacitación intensiva se logrará que los cuidadores obtengan la instrucción adecuada para el manejo seguro e independiente en el domicilio, evitando riesgos, y recuperando además rápidamente, la dinámica familiar y laboral habitual.

Para lograr este objetivo, será fundamental establecer una relación profesional, entre paciente y cuidadores, de confianza y empatía. El conocimiento de los riesgos y la acción oportuna ante las complicaciones (obstrucción, decanulación accidental) que se presenten facilitará anticiparse y resolver las mismas con mayor eficiencia.

A fin de concretar el egreso del menor, la Fundación Garrahan otorgará en carácter de préstamo, o comodato el equipamiento necesario para su manejo domiciliario, es decir el nebulizador-aspirador de uso hospitalario para traqueostomizados. El resto de los insumos y materiales descartables serán retirados por estas familias, desde las áreas de farmacia y esterilización, hasta tanto obtengan estos recursos de las entidades correspondientes a su área de residencia. Momento en el cual a través de una Oficina de Comodato, se les exigirá la devolución del equipo.

En conclusión, a través de la mejora en el proceso de capacitación de enfermería para lograr un entrenamiento adecuado los cuidadores y con la ayuda de la Fundación y del Hospital para la rápida adquisición de los elementos necesarios para el manejo domiciliario de estos niños, se logrará agilizar francamente su egreso (promedio: 10 días de entrenamiento y 15 días totales de internación luego de la intervención quirúrgica) comparando los prolongados períodos de internación que requieren actualmente estos pacientes (estancia media: 50 días), evitando comorbilidades como las infecciones intrahospitalarias y logrando el beneficio invaluable de la obtención de



más camas disponibles en un Hospital de Alta Complejidad donde este recurso resulta insuficiente.



Bibliografía

1. **Alborda Victoria.** Cuidados en recién nacidos con traqueostomía
2. <http://www.neumologia-pediatrica.cl/pdf/20083Suplemento/CuidadosNiños.pdf>
3. **Botto H,** Nieto M, Zanetta A, Rodríguez H. Manejo domiciliario del niño traqueotomizado. En: Arch Argent Pediatric 2008; 106(4): 351-360.
4. **Carrasco Rigoberto F,** Galo Vargas MV, Escobedo Sanchez MS, Flores Hernandez SF, Estenosis subglótica adquirida en pediatría. Cinco años de experiencia en el Servicio de Broncoscopia INER. En Neumología y Cirugía de Tórax 2009;1. Artículo Original. Disponible en: www.medigraphic.com.
5. Community childrens nursing tracheostomy care procedure for a child with an established tracheostomy in the community medigraphic.com setting. November 2009. Disponible en: www.solihull.nhs.uk/getmedia/729b133en6-ef68-43b2.
6. **Emran M,** Gerber M, Aresman R. Manejo Quirúrgico de la vía aérea. En: Goldsmith J, Karotkin E. Ventilación Asistida Neonatal Vol. II. Bogotá. Distribuna 2005; Capítulo 22. Págs.557-577.
7. **Fernández A,** García A, Menchaca A, Alberti M, García D. Utilidad de la traqueostomía en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Experiencia de tres años. En: Arch Pediatric Urug 2002;73(3):137-139.
8. **El Kik S. y colab** Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan": Personal médico y de enfermería del CIM 62, Servicio de Endoscopia Respiratoria, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicio de Kinesiología, Servicio Social. Traqueostomía: Información para padres, familiares y pacientes. Págs. 1-23.
9. **Pades A,** Tomás A, Paciente traqueotomizado. En Revista ROL de enfermería 1997;231:17-27.
10. **Pardo G,** Pando Pinto JM, Mogollón T, Trinidad Ruiz G, Marcos García M, Gonzalez Palomino A, Traqueotomía pediátrica. En: Acta Otorrinolaringol Esp 2005; 56: 317-321.
11. **Pérez Ruiz E,** Pérez Frías FJ, P. Aguilera C, Cuidados del niño con traqueostomía en: An Pediatr (Barc). 2010; 72 (Espec Cong 1):41-49. Disponible en: www.elsevier.es/anpediatr.
12. **Prado F,** Salinas P, Zenteno D, Vera R, Suranyi C. Recomendaciones prácticas para el cuidado hospitalario del niño/adolescente con necesidades especiales y dependencias tecnológicas respiratorias. Disponible en: <http://www.neumologia-pediatrica.cl>.
13. **Tiscornia C. Botto H, Rodriguez H.** Patología quirúrgica de la vía aérea. En: Martínez Ferro M, Cannizaro C, Rodríguez S, Rabasa C. Neonatología quirúrgica. Buenos Aires: Grupo Guía 2004. Capítulo 27. Págs. 267-283.
14. **Yates J.** Camas hospitalarias. Problema clínico y de gestión. Barcelona: Doyma, 1990: 18-9.
15. **García Servén JR.** Indicadores de gestión para establecimientos de atención médica. Caracas: Disinlimed, 1992: 116-9.
16. **Roemer MI.** Disponibilidad de camas y utilización de los hospitales: un experimento natural. In: Organización Panamericana de la Salud.



-
- Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología. (Publicación Científica 534) 1992: 231-9.
17. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual Rev Vubana Salud Pública 2004; 30 (1)
 18. Revista Científica Electrónica Ciencias Gerenciales / Scientific e-journal of Management Science

Anexos

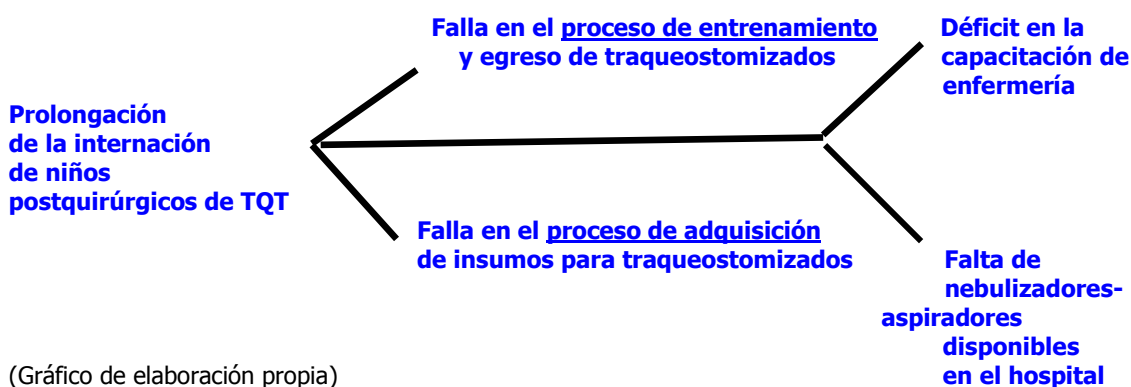
Anexo 1: Definiciones:

- **Traqueostomía (TQT):** La TQT es un procedimiento quirúrgico realizado en la región anterior del cuello (entre el segundo o tercer anillo traqueal) que tiene como fin mantener la permeabilidad de la vía aérea, mediante la colocación de una cánula traqueal y que permite la comunicación directa de la tráquea y vías respiratorias bajas con el exterior, para proveer ventilación mecánica prolongada o superar una obstrucción aguda de la vía aérea superior.
- **Estenosis subglótica:** estrechamiento parcial o total de la subglotis la cual está localizada a nivel del cartílago cricoides, pudiendo ser congénita o adquirida.
- **Apnea obstructiva:** paro respiratorio por obstrucción de la vía aérea alta
- **Complicaciones de la traqueostomía**

PRECOCES	TARDIAS
• Hemorragia • Decanulación accidental • Enfisema subcutáneo • Neumomediastino • Neumotórax • Fístula traqueo-esofágica • Lesión del nervio laríngeo recurrente	• Granuloma traqueal • Traqueítis • Decanulación accidental • Obstrucción/desplazamiento de la cánula • Traqueomalacia supraostoma de crecimiento lento • Erosión de la pared traqueal/fístula traqueoesofágica tardía • Estenosis traqueal • Estenosis subglótica • Fístula traqueocutánea persistente

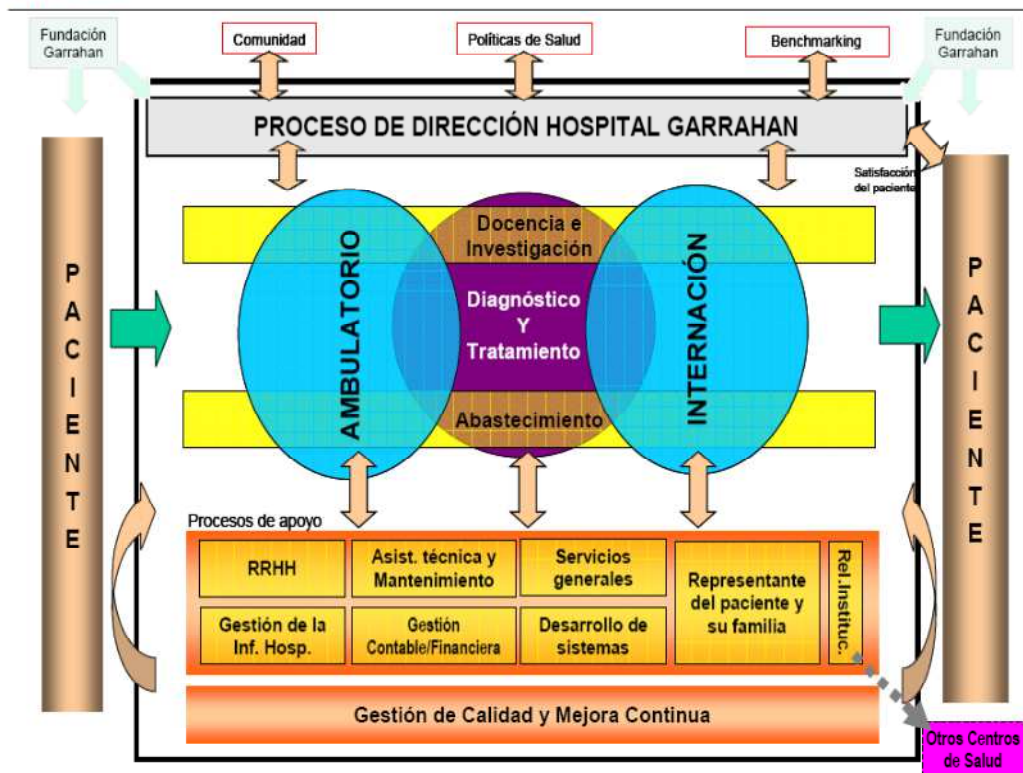
- Cuadro 1: Complicaciones de una traqueostomía Fuente: Paz F. et al. Cuidados de niños con traqueostomía. Neumonología Pediátrica. Disponible en <http://www.neumologia.pediatria.cl/pdf/20083Suplemento/CuidadosNiños.PDF>

Anexo 2: Análisis de las causas del problema (matriz en espina de pescado)





Anexo 3.- “Mapa de los macro procesos del Hospital Garrahan”

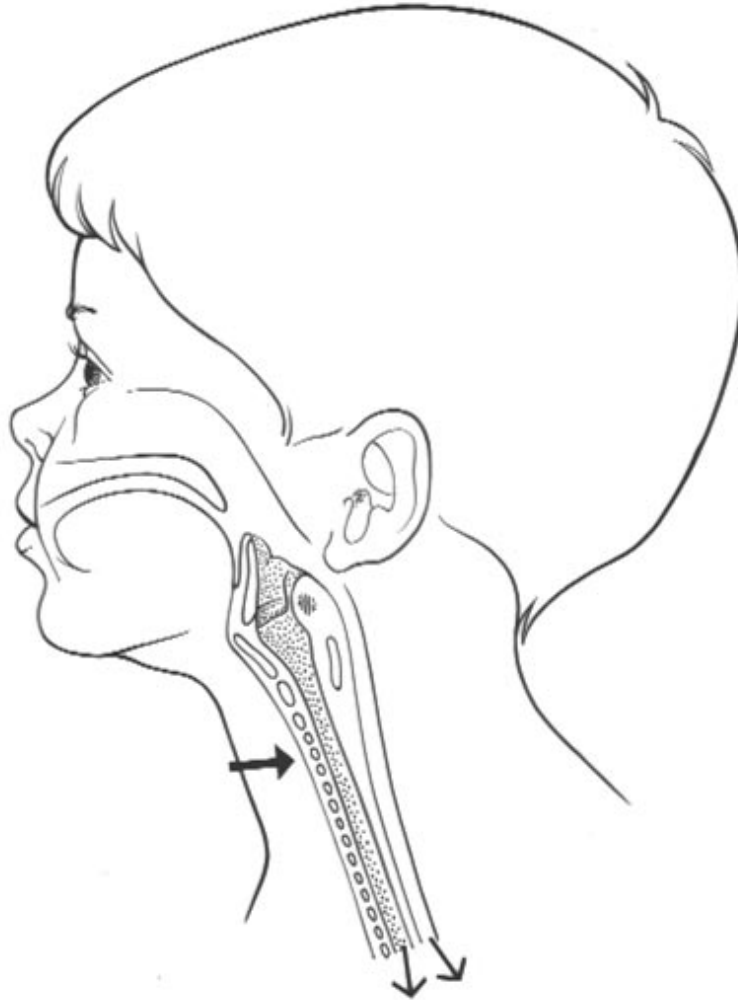
Versión: 10
Fecha: 01-04-2009

Anexo 4: PORCENTAJE DE EGRESOS SEGÚN COBERTURA SOCIAL – AÑO 2012

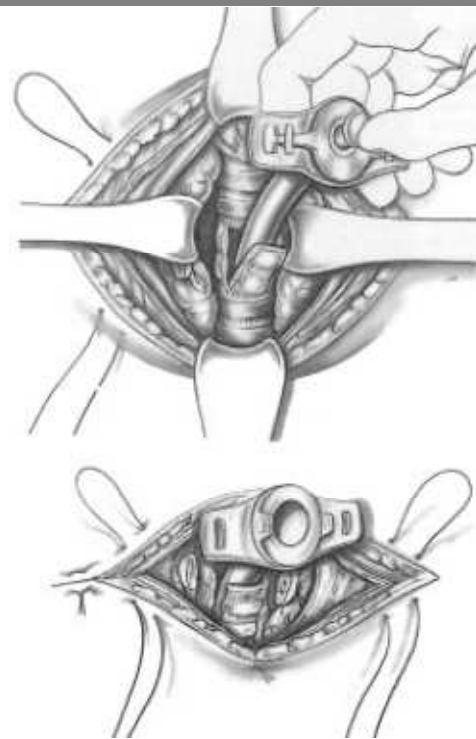
Con cobertura social	42.76 %
Sin cobertura social	57.24 %

Anexo 5: INDICES DE CRECIMIENTO (1999/ 2012)

	NÚMERO	% CRECIMIENTO 2011-2012
CONSULTAS EXTERNAS	3.664.186	+ 14.07 %
CONSULTAS EMERGENCIA	830.179	+ 14.36
EGRESOS DE INTERNACIÓN	258.041	+ 46.86
CIRUGÍAS	123.025	+ 13.04



Dibujo 1: Reparo anatómico para la realización de una traqueotomía en niños

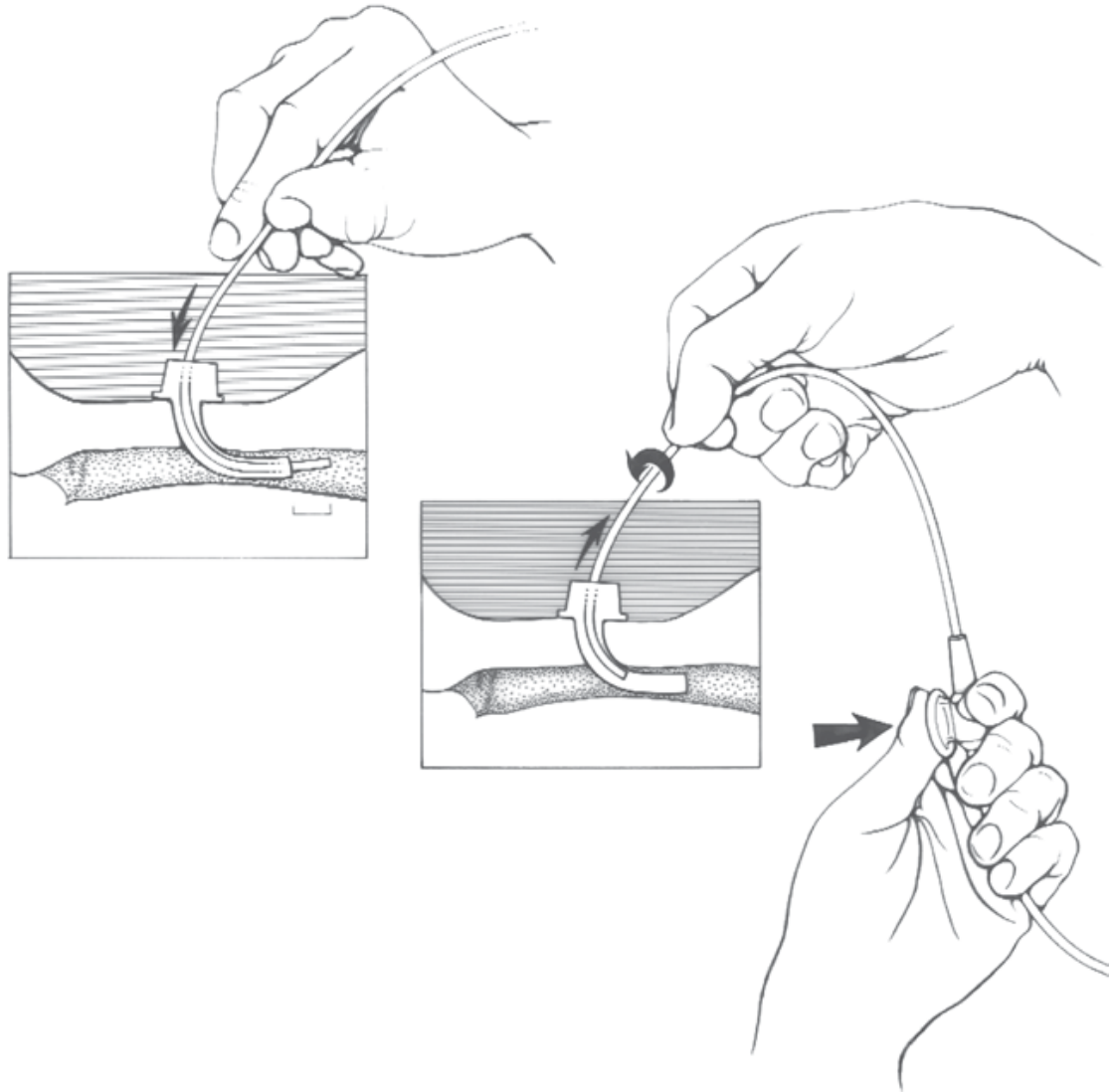


Dibujo 2: Traqueostomía

- **Cánulas de traqueostomía:** dispositivos tubulares huecos formando una curvatura en la porción distal y que permite la apertura del ostoma. Están construidas de material sintético biocompatible (Cloruro de Vinilo o PVC, Silicona o Poliuretano) para minimizar el trauma sobre la mucosa traqueal.



Dibujo 3: ejemplos de cánulas de traqueostomía pediátricas



Dibujo 4: Forma incorrecta (izq) y Forma incorrecta de realizar la aspiración de secreciones (der)