

Especialización en Administración Hospitalaria

Trabajo Final de Especialización

Autora: Mariel Sánchez

MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES QUE EGRESAN DE UNA UNIDAD DE INTERNACIÓN DEL HOSPITAL GARRAHAN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

2012

Citar como: Sánchez, M. (2012). Mejora de la calidad de atención de los pacientes que egresan de una unidad de internación del hospital Garrahan con enfermedades crónicas. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice de contenidos

1- Resumen Ejecutivo.....	3
2- Introducción	5
3-Marco Conceptual	8
4- Problema.....	11
5- Objetivos.....	17
6-Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA	18
7- Definición de Actividades y Cronograma	19
8- Conclusiones.....	22
9-Bibliografía	23
10- Anexos	24

1- Resumen Ejecutivo

1-1 Resultados esperados

Este proyecto apunta a contribuir a una mejora de calidad de atención y seguimiento de los pacientes que egresan de una unidad de internación, que presentan patologías crónicas y requieren abordaje multidisciplinario.

Teniendo en cuenta que un 57% de los egresos del CIM presentan patologías crónicas, se puede inferir que es alto el porcentaje de pacientes para la población objetivo. Estos niños muchas veces se deben internar para su evaluación por múltiples especialistas, esto trae como consecuencia mayor riesgo de infecciones intrahospitalarias debido al mayor índice de estancia de estos niños, reingresos frecuentes, ausentismo escolar, ausentismo laboral de sus padres y/o cuidadores.

El objetivo del proyecto es, mejorar el proceso de egreso de los pacientes para lograr a través de la intervención, la continuidad de atención que provocará una mejora de la calidad de vida de estos niños.

Tendrá un impacto en la salud de estos niños, mejorando su calidad de vida a través de una disminución de la tasa de infecciones intrahospitalarias y los días de estancia media que tienen estos niños y concentrando los turnos en un consultorio interdisciplinario.

Así se logrará aumentar el porcentaje de familias satisfechas.

Al finalizar el proyecto, 100% de los pacientes que egresen con patología crónica serán controlados por el médico de cabecera del área de internación, luego será derivado al consultorio interdisciplinario que corresponda para continuar el seguimiento en dicho consultorio.

El interactuar de los médicos de cabecera de las dos áreas (ambulatoria e internación) será enriquecedor para el conocimiento de la evolución del paciente en todos sus aspectos, pudiendo brindar así una atención eficaz.

1-2 Beneficiarios

Los beneficiarios en primer lugar son los pacientes que presentan patología crónica, abordaje multidisciplinario y tienen derecho a recibir buena calidad de atención.

El personal médico de ambulatorio y el de internación se enriquecerán al intercambiar conocimientos y aunar esfuerzos para la mejora continua de calidad en la atención de dichos pacientes. También será enriquecedor profundizar los conocimientos científicos en una patología, así como las nuevas alternativas terapéuticas junto con todas las especialidades intervinientes.

Finalmente el Hospital se beneficiará porque continuará su crecimiento, pudiendo brindar una mejora continua en la gestión por procesos y considerando los valores de solidaridad, equidad y ética.

1-3 Necesidades de financiamiento

No se requieren contar con financiamiento. Las horas médicas dedicadas a la consulta ambulatoria se redistribuirán entre los médicos las distintas áreas.

Requerimiento de nuevos formularios para los registros de los egresos

Ya está informatizada la epicrisis, solo hay que implementar medidas para el registro completo.

1-4 Conclusiones generales

Es un proyecto de intervención para mejorar el proceso de egreso de los pacientes que presentan patologías crónicas y requieren abordaje interdisciplinario, y así mejorar la calidad de atención de dichos pacientes.

El 100% de los pacientes se beneficiará y tendrá su médico de cabecera que será quien coordine las pautas de seguimiento.

La calidad de vida de los niños que puede expresarse con la disminución significativa de los reingresos durante el año; trayendo como consecuencia disminución del ausentismos escolar, incorporando al paciente a sus actividades escolares y sociales preservando así los aspectos psicosociales.

El proyecto contribuye con la visión del Hospital de atender a pacientes pediátricos con patologías complejas, en base a cuidados progresivos y actividad interdisciplinaria, propendiendo a la mejora de su calidad de vida.

Contribuirá mejorando la gestión por procesos y objetivos y así brindar una atención con uso eficiente de sus recursos, disminuyendo los riesgos del paciente, logrando un alto grado de satisfacción con un impacto positivo para la salud.

1-5 Palabras claves

Calidad, enfermedades crónicas en pediatría, eficacia, eficiencia.

2- Introducción

2-1 Características de la organización que presenta el proyecto

El Hospital de Pediatría (SAMIC) "Prof. Dr. Juan. P. Garrahan" fue inaugurado el 25 de Agosto de 1987. Es un Hospital Público de alta complejidad destinado a la atención de recién nacidos, niños y adolescentes (entre 0 y 15 años). Esta organizado como institución descentralizada y de autogestión. La atención es gratuita para los pacientes y el Hospital recibe su presupuesto de fondos públicos del Gobierno Nacional y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y factura prestaciones a Obras Sociales y Servicios Privados.

La organización es matricial, el sistema de atención es en base a los cuidados progresivos, contando con 510 camas totales de las que 137 pertenecen a cuidados intensivos y trasplantes. Asimismo se cuenta con un importante Hospital de Día y con consultorios de distintos niveles de complejidad.

El modelo de atención esta centrado en el paciente, la internación se realiza en unidades polivalentes y la asistencia y gestión de las mismas son operadas por médicos clínicos que coordinan la atención de los pacientes, actuando como nexo con los especialistas logrando brindar una atención integral a los niños y sus familias, abarcando la totalidad de los aspectos bio-psico-social y la afección que los aqueja.

Desde su inicio hasta la actualidad el Hospital ha ido creciendo participando en la jerarquización del Hospital Público, con un horizonte a la mejora continua. En cuanto a logros obtenidos se pueden citar: Historia clínica única para cada paciente con camino a la Historia informatizada,, unidades de internación Coordinadas por Clínicos, Hospital de día con diversas modalidades, Tratamiento Ambulatorio de infecciones severas, Ventilación mecánica asistida no invasiva fuera del área de terapia intensiva, Oficina de Comunicación a distancia, Coordinación de Gestión de calidad, Coordinación de Salud Ambiental , Oficina de Representante del paciente, Trasplantología en un Hospital Público, Banco de células progenitoras y hematopoyéticas de sangre de cordón, Banco de tumores entre otros.

El compromiso de la Institución con los usuarios y la comunidad y la necesidad de adecuarse al constante desarrollo técnico científico, puso a la mejora continua como un horizonte móvil, generando nuevos desafíos. Para poder enfrentarlos eficientemente surgieron hechos relevantes: se creó a Dirección de Atención al paciente para facilitar la gestión desde la visión paciente, se conformo operativamente en Proyecto de Referencia y Contra referencia, se adquirieron nuevos equipos en el área de Imágenes, se comenzó a formar carreras para los diferentes grupos de trabajadores

Visión

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 desarrollo tecnológico y nivel científico-técnico de todo el personal.

Mantener la satisfacción del usuario y del personal respetando la multiculturalidad

Mejorar continuamente la gestión por procesos y objetivos

Preservar el medio ambiente

Misión

Asistir a todo los niños de 0 a 16 años que requieran atención médica, siendo centro de referencia para la alta complejidad pediátrica de todo el país.

Tener una organización asistencial basada en los cuidados progresivos con jerarquización de la actividad interdisciplinaria, realizando un abordaje integrados de los pacientes por medio de la coordinación de clínicos pediatras, que permita considerar a cada niño desde sus múltiples perspectivas, sin dejar de considerar el cuidado de sus aspectos sanos.

Alentar, jerarquizar, promover y sostener las actividades de docencia e investigación, así como el desarrollo de avances científicos en las distintas formas de diagnóstico, tratamiento y modelo de gestión.

Sostener una conducta ética y preservar el medio ambiente, la seguridad y la salud ocupacional velando continuamente por el desarrollo de la sociedad en la que se encuentra inmerso el Hospital.

Siendo una institución pública descentralizada, financiada por el Gobierno Nacional y por el Gobierno de CABA y con la facturación emanada de la Seguridad Social, cumplimos con las políticas de las jurisdicciones mencionadas

Valores: Solidaridad, equidad, ética, efectividad.

2-2 Justificación del proyecto

Es necesario implementar cambios para la mejora de la calidad de atención, a la vez que ocurren cambios epidemiológicos de las enfermedades.

El aumento de las enfermedades crónicas en la infancia se plantea un nuevo desafío para la atención y por ende la calidad de esa atención.

Los requerimientos para el seguimiento son) cada vez mayores, por la participación de múltiples especialistas, así como por las necesidades de medicamentos y otras alternativas especiales (oxígeno, alimentación enteral continua entre otros)

Nuestro hospital ha tenido desde su creación un alto índice de crecimiento, tanto en el área ambulatoria, como el área de internación.

Los pacientes con enfermedades crónicas tienen **necesidad** de consultas interdisciplinarias, seguimiento coordinado un medico clínico que logre integrar todos los aspectos en el largo proceso de las patologías crónicas.

Estos pacientes tienen derecho a recibir una atención adecuada a sus necesidades, y las organizaciones tienen que responder a estos cambios.

Al satisfacer esta necesidad de salud cumplimos con nuestra **misión** que es prestar asistencia a los pacientes de edad pediátrica (0 a 16 años) que presentan patologías complejas, mediante una asistencia interdisciplinaria coordinada por médicos pediatra que permite considerar a cada niño desde sus múltiples perspectivas, sin dejar de considerar los aspectos sanos.

Es necesario implementar medidas en el marco de la mejora continua, que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de estos niños.

Es fundamental entender que los pacientes con patologías crónicas tienen otras necesidades de atención para mejorar la calidad de vida. Todos los pacientes con enfermedades tienen **derecho** al acceso a una buena calidad de atención

Para responder a esta necesidad de necesario mejorar los procesos.

Este proyecto tiene como objetivo mejorar el proceso de egreso luego de la implementación de los cambios se logrará una mejora de la atención del seguimiento de los pacientes con patología crónica,

En el Macro proceso de internación se produjo un aumento considerable de egresos, y paralelamente un aumento en el porcentaje de pacientes que presentan patologías crónicas y requieren abordaje interdisciplinario; considerando que estos niños tienen derecho a acceder a la continuidad de la atención, y siguiendo la misión de la Institución de mejora continua de los procesos, se propone mejorar el proceso de egreso del paciente.

Luego del análisis de este proceso se implementaran medidas de mejora de la calidad de atención, logrando una disminución de los días de estancia media, aumento de las familias satisfechas y menor cantidad de múltiples citas por distintas especialidades.

Una vez que se hayan implementados estos cambios se logrará una mejora de la atención del seguimiento de los pacientes con patología crónica, contribuyendo a la misión hospitalaria de jerarquizar la actividad interdisciplinaria, realizando un abordaje integrador de los pacientes por medio de la coordinación de clínicos pediatras, que permita considerar a cada niño desde múltiples perspectivas, sin dejar de considerar el cuidado de los aspectos sanos.

3-Marco Conceptual

La adaptación del sistema sanitario, de forma que cubra las necesidades de los niños y de sus padres, exige la disposición de datos estadísticos exactos para la toma de decisiones a la hora de definir prioridades, para diseñar y distribuir equilibradamente los servicios y gastos en salud.

Esta evaluación debe adecuarse a cada centro de salud, institución u hospital, público o privado, para optimizar los recursos y brindar una atención integral para el niño y su familia. Debe incorporarse el concepto de calidad, entendiendo que la calidad en la atención de la salud debe tener dos variables a considerar: la comparación con un estándar y la conformidad del usuario.

Teniendo en cuenta estos conceptos, se puede decir que en el campo de la Salud calidad "es la medida en que la atención prestada es capaz de llevar al máximo e estado de bienestar de paciente, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios que comporta el proceso asistencial" según el Dr. A. Donabedian, como refiere el artículo de "La Calidad en el Sector Salud" (Isalud, Marzo 2011)

El principal objetivo institucional para la calidad y seguridad de servicios al paciente es asegurar que la atención médica brindada sea segura, altamente efectiva, centrada en el paciente, apropiada, eficiente y equitativa.

La organización institucional puede influir positiva o negativamente tanto en la internación como en el seguimiento ambulatorio del niño, por lo tanto se deben aunar esfuerzos para defender los Derechos del Niño y brindar una buena calidad de atención.

En las últimas décadas, la comunidad científica ha reconocido que se han producido importantes cambios en la epidemiología de las enfermedades crónicas de la infancia y adolescencia. La mejoría en las condiciones de vida de las personas, los avances científicos y la organización de la atención de salud, han permitido disminuir la mortalidad infantil, y por lo tanto prolongar la vida.

El término "niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud" (NANEAS) fue definido por primera vez el año 1998, en Estados Unidos de Norteamérica, como "todos aquellos que tienen o están en riesgo de presentar una enfermedad crónica de tipo físico, del desarrollo, conductual o emocional, y que además requieren mayor utilización de servicios en salud", como refiere McPherson M, y colaboradores. "A new definition of children with special health care needs".

Se define enfermedad crónica como aquella que requiere al menos 3 meses de tratamiento médico continuo, cambios en el estilo de vida como no asistir al colegio, no poder continuar con sus actividades diarias y una adaptación continua de acuerdo al curso impredecible y cambiante de la enfermedad. Las enfermedades crónicas no resuelven espontáneamente, no tienen cura, pero si un manejo médico que puede disminuir las complicaciones, el número de hospitalizaciones y la discapacidad permanente o total. Se caracterizan típicamente por un curso variable de periodos asintomáticos y periodos de crisis.

El aumento en el número de niños con enfermedades crónicas se debe a los avances médicos en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento. Actualmente más del 90% de los niños con enfermedades crónicas sobreviven hasta la vida adulta.

Hoy día no alcanza con el descenso de la morbilidad infantil debemos atender como viven los pacientes y se presta atención a las condiciones en que se encuentra internado el niño y como percibe su calidad de vida y eso va unido a calidad de atención en niños. Ya no alcanza con mantener a los paciente vivos, vamos un paso más allá y medimos en qué condiciones viven los pacientes, lo importante de este concepto que se incorpora la percepción del propio paciente sobre como su enfermedad repercute en su vida. Gortmaker y cols. han estimado para Estados Unidos de Norteamérica una prevalencia de 18% de enfermedades crónicas, en individuos de 0 a 20 años. Esta estimación nace de la relación entre la incidencia conocida de algunas enfermedades y la sobrevida promedio en 1980.

Abordando la calidad desde la variable de conformidad del usuario, existen trabajos sobre calidad en los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas. Estos incorporan el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y sus dificultades para medirla en la edad pediátrica, ya que en estos niños están las percepciones de sus cuidadores también (2). La mayoría de los autores coinciden en que CVRS es un concepto subjetivo y multidimensional, por lo tanto, consideran que la salud no implica sólo la ausencia de enfermedad, sino que también se asocia a otros factores. El concepto de calidad de vida se basa en una sensación de bienestar que integra las percepciones subjetivas y personales del "sentirse bien".

El origen de este concepto se debe remontar al año 1948 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Sin embargo, pacientes con las mismas condiciones en cuanto al diagnóstico y momento evolutivo, pueden tener percepciones distintas de su estado de salud. A raíz de esto, desde la década de 1980, se presenta la necesidad de definir y estudiar la CVRS. La definición más útil es la que Shumaker y Naughton propusieron, unificando las previamente existentes, y que conceptualizó la CVRS como: «...la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizarlas actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar" (1). La dificultad para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños se debe a que sólo existen instrumentos específicos para algunas enfermedades y a que los instrumentos de medida empleados en adultos no son apropiados para los niños. El concepto de salud para los niños difiere de los adultos y factores como empleo o actividad sexual no son aplicables a la población pediátrica. Los métodos de medida más eficaces en niños mayores son los cuestionarios auto aplicados, mientras que las entrevistas son más apropiadas para niños pequeños cuya capacidad de concentración es limitada.

Desde la perspectiva de las organizaciones (4) el objetivo de la calidad en la atención es mejorar la calidad de vida de la población a través de mejorar su salud y aumentar su satisfacción por los servicios que para ello recibe. Para ello debemos gerenciar los servicios y el producto que se obtenga de ese gerenciamiento, será una buena acción de Gestión.

Las tendencias actuales marcan un cambio en el modelo de atención para los niños con enfermedades crónicas, fundado en el reconocimiento de las necesidades especiales de atención que la afección de su salud genera.

A escala mundial se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años, tasa que disminuyó en un 35% entre 1990 y 2010.

Los pacientes con enfermedades crónicas constituyeron un grupo muy prevalente entre los hospitalizados en salas de Pediatría. En nuestro Hospital la población de pacientes con patologías crónicas, tienen patologías complejas y requieren para su seguimiento tres o más profesionales de la salud para su atención. Este grupo de niños son vulnerables y demandantes desde el punto de vista médico, con mayor riesgo de ingreso a unidades de cuidados intensivos y hospitalización prolongada.

Todos los profesionales de la salud debemos participar para elaborar un modelo de seguimiento que brinde una atención accesible, continua y coordinada, que logre cubrir la demanda de todos los niños que presenten patologías crónicas, teniendo en cuenta los valores de solidaridad y equidad, la atención debe centrarse en el niño y su entorno, sobre la base de los recursos de la comunidad a que pertenece y favoreciendo las prácticas según sus necesidades y cultura.

Para poder abordar el problema de salud en cuanto al seguimiento de los pacientes con patologías crónicas, creo necesario pautar las estrategias de abordaje.

En primer lugar se debe conocer la cantidad de pacientes que la Institución tiene para luego poder estimar los recursos que se necesitarán.

Luego se debe definir como se realizará el seguimiento de los niños afectados, para luego poder crear equipos multidisciplinarios abocados a tal fin.

En nuestro Hospital dado las características de su complejidad, es alto el número de pacientes con patologías crónicas, un 57% os egresos del CIM 42.

Es fundamental participación del pediatra internista quien formará parte en la mejora del proceso de egreso del paciente del CIM, en realizar el control inicial post egreso y ser el nexo con los pediatras de ambulatorio.

Según distinta bibliografía consultada y acuerdo con la política hospitalaria el médico internista es el eje alrededor del cual se mueve todo el equipo de salud, asesor, consultante, integrador de otros especialistas, quien dirige y centraliza la información, brindando un cuidado integral considerando cada niño desde múltiples perspectivas, sin dejar de considerar el cuidado de sus aspectos sanos, manteniendo la satisfacción de los usuarios respetando su multiculturalidad.

Con el avance de la medicina fue necesario incorporar subespecialidades en medicina interna, así el médico internista fue adquiriendo habilidades para el manejo de los pacientes con patologías complejas y poder coordinar el proceso de atención con eficiencia, considerando la calidad de atención desde distintas perspectivas. Así el médico internista en nuestro hospital fue adquiriendo manejo de distintas patologías, al tener internación preferencial por ejemplo neuroquirúrgico, trasplantes (hepático, renal, cardíaco, pulmonar y de médula ósea), oncológicos etc. Esta acción se realiza en las instituciones de alta complejidad, donde es necesario el trabajo en equipo de médicos internistas que son generadores de la interdisciplinar. .

4- Problema

Baja calidad técnica en el proceso de egreso del paciente
Déficit de la calidad de vida de los pacientes por reiteradas citas o internaciones prolongadas.

4-1 Análisis del Problema

El Hospital cuenta, en la actualidad, con 510 camas de internación y la posibilidad de incrementarlas en épocas de alta demanda epidémica.

El número de egresos anuales aumentó desde que el hospital comenzó a funcionar hasta la actualidad en forma progresiva, es así que en 1988 había 7.332 egresos/anuales y en el 2010 un total de egresos de 21.003/anuales de las unidades de internación, no se cuentan aquí los egresos de hospital de día. Puede observarse en la tabla N° 1 el incremento anual de los egresos.

Este aumento considerable de los egresos anuales, genera algunas consecuencias que se deben abordar para mejorar la calidad de atención, por ejemplo: mayor número de pacientes con patologías crónicas; así como el incremento de las necesidades de insumos para uso domiciliario entre otras.

En nuestro hospital el médico pediatra es el clínico capacitado para el tratamiento integral de pacientes con diferente criticidad y complejidad en el ámbito de internación y es quien durante la internación prepara al niño y su familia para el egreso y los controles que requiere según sus necesidades.

Como consecuencia de estos cambios, siendo Jefe de Clínica de una unidad de internación creo necesario implementar medidas para la mejora de calidad en el proceso egreso y la disminución de la estancia media de los pacientes, evitando el mayor riesgo de infecciones intra hospitalarias.

El CIM cuenta con 34 camas donde se internan pacientes con la modalidad de cuidados progresivo. Tiene una capacidad para el ingreso de 34 pacientes totales. La internación por cuidados progresivos implica una atención que convierte al paciente en el centro evitando su fragmentación en diferentes especialidades.

Esta área participa en el macro proceso de internación de hospital, se inicia con el ingreso del paciente al CIM, incluye todas las acciones cumplidas para arribar al diagnóstico, administrar tratamientos necesarios, brindando al mismo tiempo cuidados relacionados con el alojamiento, a contención familiar, recreación, medidas de prevención, educación para la salud y rehabilitación. El macro proceso de internación finaliza con el egreso del paciente, programando su seguimiento.

Este macro proceso de gestión clínica comprende 3 procesos:

- 1- Proceso interdisciplinario de Gestión clínica.
- 2- Proceso de enfermería.
- 3- Proceso de gestión de información

1-Proceso interdisciplinario de gestión clínica tiene 3 procesos:

- a) Proceso de gestión diagnóstica: coordinado por clínicos, con la participación de las especialidades y servicios de apoyo. Utiliza guías de diagnóstico elaboradas en el Hospital.
- b) Tratamiento: Basado en el uso de las Guías de tratamiento y manual Farmacoterapéutico elaborado por el Hospital. Utiliza una hoja de indicaciones informatizada, con triple control, médico, farmacéutico y de enfermería.
- c) **Egreso:** es un proceso que involucra múltiples acciones. Desde la indicación médica al egreso, considera el estado del paciente y la adecuación del lugar de recepción (su domicilio, otra institución, etc.), elementos necesarios para el egreso (oxígeno, medicación, diálisis, asistencia respiratoria no invasiva, etc.). Se ocupa de la organización de turnos para el control.

En primer lugar la indicación médica de egreso a veces se posterga por interconsultas pendientes, o por falta de insumos necesarios para su egreso, eso trae como consecuencia el mayor riesgo de infecciones intra hospitalarias.

Los pacientes cuando egresan solicitan turno para el seguimiento ambulatorio, este procedimiento se realiza en la centra de turnos y se asignan a los profesionales que tengan disponibilidad, que en muchas veces es un profesional clínico que no conoce a paciente, otros solo tienen asignado turnos para las especialidades.

No esta aún normatizado que los médicos internistas, en las hora que tienen de consultorio, asistan a los pacientes que egresaron de su área, y esto es una deficiencia porque es el médico que más conoce todo el proceso de salud-enfermedad del niño.

Así la baja calidad de seguimiento de los pacientes que egresan del CIM con patología crónica traería como consecuencia re internaciones más frecuentes, mayor ausentismo escolar de los pacientes y también mayor ausentismo laboral de sus cuidadores y también insatisfacción de los usuarios. Para poder medir estas variables es necesario utilizar indicadores.

Línea de base

Se analizaron durante 3 meses (agosto, setiembre y octubre del 2012) los egresos del CIM diferenciando los pacientes sin enfermedad de base de los que tenían enfermedad de base con requerimientos de controles al egreso por más de 2 especialidades. También se registro por donde eran citados los pacientes. Se obtuvieron los siguientes resultados.

Egresos mensuales en el mes de octubre 99 pacientes

Pacientes sin enfermedad de base: 17 pacientes (17% del total de pacientes que egresaron en el mes de de octubre del 2012)

Pacientes con enfermedad de base: 81 pacientes (83% del total de pacientes que egresaron en el mes de octubre del 2012)

Los pacientes que egresaron del CIM durante el mes de octubre del 2012, portadores de enfermedades crónicas se distribuyen según la especialidad principal como se puede observar en el gráfico nº2

Así se puede observar que un 83% de los pacientes que egresan del CIM, presentan patología crónica y requieren un seguimiento con abordaje integral e interdisciplinario.

El 26% que corresponde a los pacientes con patología Oncológica son asistidos por Hospital de día donde reciben este seguimiento interdisciplinario, logrando el seguimiento integral durante todo el proceso de su enfermedad desde el inicio hasta su curación.

Queda entonces un 57% de los pacientes que egresan, que no tiene el abordaje integral porque se los atiende en forma fragmentada por distintas especialidades, quizá en este grupo de pacientes no todos requieran atención en un consultorio multidisciplinario; otros vuelvan a su lugar de origen, si residen en el interior, con una contra referencia; esto disminuiría la cifra de 57%.

Para lograr la equidad y mejorar la calidad de atención de estos niños, es importante detectar las causas que provocan esta baja calidad de atención de los pacientes que egresan con patologías crónicas para proponer mejoras en el proceso.

Para poder medir y luego evaluar se requiere contar con indicadores que en forma directa o indirecta midan la calidad de atención que se brinda a este grupo de pacientes, así como la eficiencia de la prestación.

Podemos medir con indicadores que reflejen la calidad de atención de estos pacientes:

- % de familias insatisfechas
- tasa de infección intra hospitalaria de esta población de estos pacientes.
- promedio de días de estancia en exceso en relación a la necesidad cumplimentar las consultas que pueden hacerse en ambulatorio.

El impacto de la mejora se reflejaría con una franca disminución de las re internaciones de estos pacientes, debido a un adecuado seguimiento ambulatorio con abordaje integral, coordinado por un pediatra clínico que tenga interacción con el pediatra internista.

Es fundamental que todos los profesionales de la salud acordemos trabajar en grupos de trabajo interdisciplinarios para brindar una mejor calidad de atención, preservando los aspectos sanos de los niños y cuidando los aspectos enfermos reduciendo la internación.

4-2 Análisis de las causas del problema

La baja calidad atención respecto al seguimiento de los pacientes que egresan del CIM y padecen enfermedades crónicas, se puede inferir en la observación de los datos relevados durante los meses de agosto-octubre de los egresos, allí se observó que los pacientes fueron citados varias veces con distintos especialistas y no por el clínico. Esta situación amerita una reflexión, ya que en nuestro Hospital el pediatra clínico cumple un rol integrador, y coordina todas las actividades necesarias para la asistencia del niño y su entorno, actuando como interlocutor con las especialidades.

De los egresos realizados en el mes de octubre del 2012 se observó que el 57% del total de los egresos tuvo enfermedades crónicas con requerimiento de seguimiento multidisciplinario en el Hospital. Con excepción de los pacientes oncológicos (26%) que se citaron por Hospital de día Oncológico, todos los pacientes fueron citados por las distintas especialidades y por clínica. Puede suceder que no este registrado por donde son citados, pero un número considerable no fue citado por clínica

Cabe explicar como funciona y por quién son atendidos los consultorios externos de nuestro Hospital.

El área de consultorios externos programada cuenta con médicos de planta que están en el área ambulatoria, médicos de planta del área de CIM y médicos residentes. Los médicos de planta del área ambulatoria cumplen 8 horas diarias de lunes a viernes en el área de consultorios y los médicos del CIM atienden en consultorio una vez por semana 4 horas. Cada CIM tiene actualmente 3 médicos asistentes y cubren 12 horas semanales de consultorio por cada CIM; con un total de 9 CIM el área cubre 108 horas semanales en el consultorio programado. El índice de crecimiento en el área de internación fue de 37,64% como puede observarse en la tabla 3, desde 1999 al 2010.

Esta área programada está actualmente en reestructuración debido a la demanda en aumento, desde 1999 al 2010 tuvo un incremento del 9,77% (tabla 2 de consultas externas). Aquí se atienden los paciente derivados de otros sectores del hospital que requieren seguimiento y se fueron creando, por la demanda, consultorios de clínicas interdisciplinarias como Cínicas de espina bífida, de megacolon, de enfermedades neuromusculares; también consultorios de seguimiento de residentes, de adolescencia, de salud ambiental, de neonatología, de ginecología y de celiaquía.

Con esta situación planteada, se puede decir que los pacientes que egresan del CIM no son citados en forma correcta, cabe continuar con el análisis de las causas que motivan esta realidad insatisfecha.

Si los pacientes que presentan patologías crónicas, tienen en un año muchas internaciones para evaluación por las distintas disciplinas, se podría inferir que el seguimiento de este grupo de usuarios es de baja calidad de atención dada por un seguimiento con déficit.

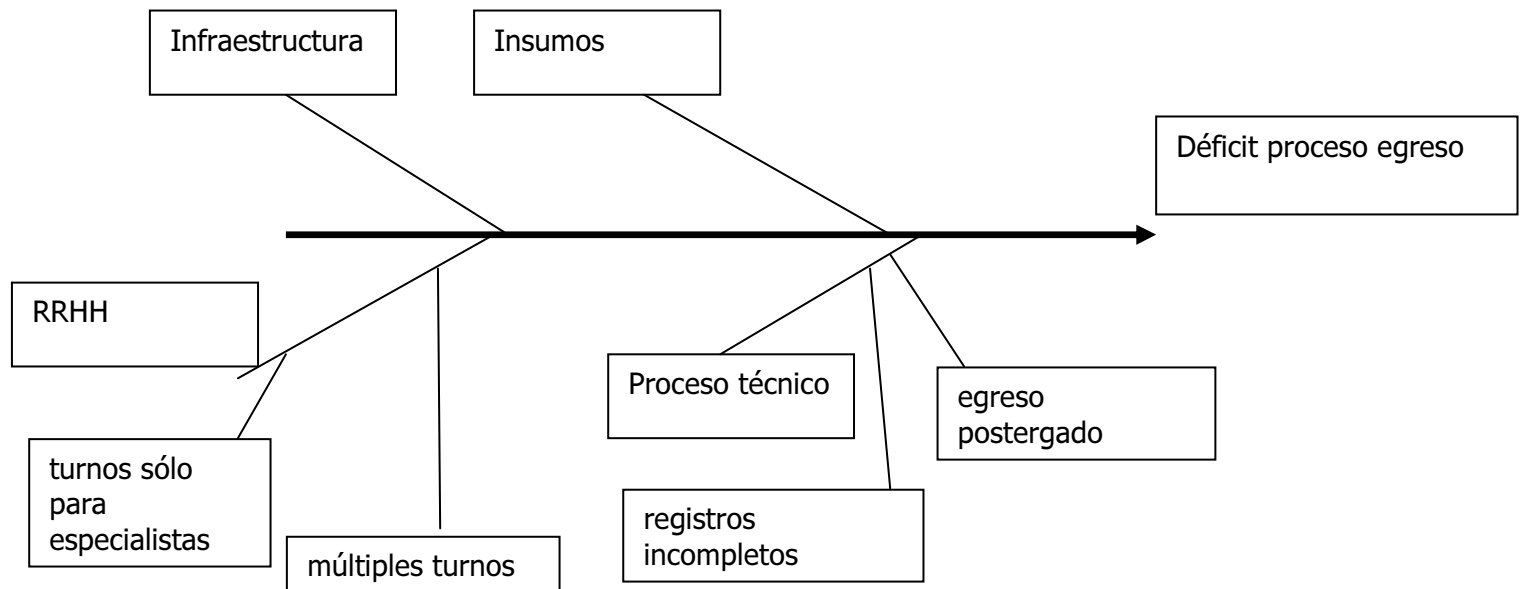
Las causas que originan este déficit pueden ser múltiples, podría comenzar diciendo, que no se evacuaron satisfactoriamente las necesidades requeridas del paciente, porque hubo un alto índice de ausentismo; falta de control por alguna especialidad; difícil contacto con los servicios de apoyo; dificultad en acceder a la obtención de medicación de uso prolongado, así como los insumos requeridos.

Los niños con patología crónica requieren la interacción de grupos interdisciplinarios para su seguimiento. Si los niños con sus familias deben concurrir en múltiples oportunidades, a diferentes turnos con varios especialistas y además entrevista o turnos con los grupos de apoyo (Servicio social, Kinesiología, laboratorio, imágenes, etc.) puede ocurrir que no concurren a todos los turnos, por dificultades económicas o laborales; generando una baja calidad de atención en el seguimiento y originando así un seguimiento de las enfermedades crónicas ineficaz.

Al analizar las causas debemos considerar los recursos humanos, la infraestructura, los insumos y los procesos.

En el árbol de problemas de los Anexos se observan las causas y sus consecuencias.

Espina de Pescado de Kaoru Ishikawa



4-3 Análisis de los involucrados

Grupos	Intereses	Problemas percibidos	Recursos y mandatos
Población en riesgo	Mejorar la calidad de vida Disminuir las internaciones	Ausentismo escolar Menor actividad lúdica	No financieros
Médicos tratantes	Seguimiento interdisciplinario	Internaciones prolongadas por patologías complejas y crónicas. Asignaciones de turnos mal distribuidas	No financiero, son los que asisten en forma directa
Médicos coordinadores de áreas	Mejora continua de los procesos involucrados	Baja calidad de atención	Información, análisis, elaboración de propuestas de mejora. Difusión y capacitación para el personal

Niveles de conducción del Hospital	Mejora continua Institucional Cumplir con la visión y misión hospitalaria Fortalecer los valores de solidaridad, equidad y ética	Porcentaje elevado de ocupación de cas con patologías crónicas.	Tiene la capacidad de modificar la infraestructura, los RRHH, y promover la capacitación del personal para tal fin. Recursos financieros y humanos.
------------------------------------	--	---	---

5- Objetivos

5.1 Objetivo General

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con patologías crónicas a través de una mejora en el seguimiento organizado a su egreso.

5.2 Objetivos Específicos

- Mejorar el proceso egreso.

6-Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA

Fortalezas	Debilidades
- Organización Hospitalaria matricial, según tipos de cuidados progresivos y con una cultura interdisciplinaria. - Implementación de sistemas de Gestión de la Calidad. - Compromiso institucional de continuar brindando servicios para la resolución de problemas de la salud infantil, particularmente los más complejos, bajo el principio de equidad. - Mejora de las interacciones Institucionales a través de la Oficina de Contra referencia. - Infraestructura adecuada; de modalidad modular y flexible del edificio. - Existencia en el Área de consultorios programados de Consultorio interdisciplinarios. - RRHH capacitados para la atención interdisciplinaria - Horario prolongado de atención en los consultorios externos	- Demanda excesiva de pacientes en el área de consultorios externos programados. - Agenda de médicos internistas ocupadas con pacientes de demanda espontánea. - Pocos consultorios multidisciplinarios - Registros incompletos en la historia clínica, en la epicrisis especialmente, donde se debe registrar el seguimiento del paciente. - Interacción entre profesionales del área de internación con el área ambulatoria, deficiente para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
- Ser una Institución Pública descentralizada, financiada por el Gobierno Nacional, el Gobierno de la CABA y de la facturación a la Seguridad Social. - Mejora de las interacciones Institucionales a través de la Oficina de Comunicación a distancia, a través del Programa de Referencia y Contra referencia. - Apoyo de las Instituciones Públicas y Privadas en el crecimiento del Hospital	Falta de seguimiento de pacientes crónicos en Instituciones Públicas de otras provincias del país.

7- Definición de Actividades y Cronograma

7-1 Actividades

Para realizar un plan operativo de actividades de mejora del proceso de egreso de los pacientes del CIM, es necesario cumplir determinadas etapas:

Método para la mejora del proceso de egreso

- a) Definición del proceso: El proceso comienza con la decisión médica de egreso hospitalario, y culmina cuando este realiza el trámite en admisión. Incluye una serie de procedimientos para la decisión de egreso:
 - i. evaluación del estado del paciente y la adecuación del lugar de recepción.
 - ii. Asegurar la provisión de medicamentos e insumos requeridos para su domicilio.
 - iii. organización de los turnos para el seguimiento.

En el proceso actual la asignación de los turnos es la que tiene mayor déficit.

- b) Medición y análisis del proceso actual. Se observó que un 57 % de los egresos presentan patologías crónicas y de estos la mayoría no tienen control con el médico internista.
- c) Identificación de las oportunidades de mejora. Creo que la mejora se puede lograr asignando turnos a los pacientes que egresan con el médico internista, y este luego lo derive al lugar ambulatorio más adecuado para su seguimiento
- d) Normalización y estabilización del proceso. Documentar las mejoras.
- e) Plan para la revisión y mejora continua. Diseñar medidas de seguimiento, analizar los resultados y tomar decisiones para mejorar los resultados

Para la mejora del proceso egreso propongo

- Registrar los egresos con patología crónica en una planilla diseñada para tal fin.
- Organizar los turnos para que los pacientes se controlen al egreso con los médicos de CIM
- Realizar análisis luego días de estancia media de los pacientes con enfermedades crónicas y % de infecciones intrahospitalarias de estos pacientes y % de satisfacción de las familias.

Aumentar en un 100% los registros de la patología crónica que egresan del CIM

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	META
1	Convocar a los médicos del CIM para la modificación del	Coordinador y jefe de clínica del CIM	Actores convocados a talleres en 1 mes

	proceso egreso		
2	Análisis de los turnos asignados de los médicos de internación	Médicos que asisten consultorios	Conocer el porcentaje de pacientes que asisten derivados de áreas ambulatorias en 1 mes
3	Realización de talleres para el análisis del proceso y elaboración de planilla de registro al egreso	Coordinador y jefe de clínica del CIM	Panilla para registros elaborada en 1 mes
4	Implementación de la planilla de egreso	Médicos asistentes del CIM	Existencia de registros en una nueva planilla en 3 meses
5	Monitoreo y evaluación para posibles correcciones del proceso	Coordinador y jefe de clínica del CIM	Registros completos en 6 meses

Organización de turnos al egreso.

Disminuir en un 80% los ingresos para evaluación de los pacientes con patología crónica.

Nº	Actividad	Responsables	Meta
1	Elaboración de una planilla de egreso de pacientes con patología crónica	Coordinador y jefe de clínica del CIM	Planilla confeccionada en 1mes
2	Convocatoria a todos los médicos del CIM para informar sobre los nuevos registros	Coordinador , jefe de clínica del CIM y médicos asistentes	Planilla completa de los pacientes a su egreso en 2 meses
3	Análisis de los pacientes que egresaron con patología crónica	Coordinador y jefe de clínica de CIM	Conocer la cantidad de pacientes que tiene re internaciones en 3 meses
4	Análisis de la cantidad de turnos	Coordinador y jefe de clínica del CIM	Conocer la cantidad de pacientes que

	asignados al egreso		deben concurrir varias veces a la consulta ambulatoria
5	Elaboración de propuestas de mejora mediante la creación de consultorios multidisciplinarios	Coordinador y jefes de clínica de internación y ambulatorio	Disminuir el número de consultas por cada paciente a los 3 meses de funcionamiento del consultorio
6	Evaluación de los reingresos de los pacientes	Coordinadores y Jefes de clínica de CIM	Evitar la internación para valoración multidisciplinaria

7-2 Cronograma

Actividades	1mes	2 mes	3 mes	4 mes	5 mes
Análisis del proceso actual	XXXX				
Elaboración de planilla para el registro		xxxxxxx			
Mejora de a asignación de turnos		xxxx	xxxx	xxxxx	xxxxxxx
Evaluación %infecciones IH % satisfacción				Xxxxxx xxxxxxxxx	

8- Conclusiones

Debido a los avances científicos en el campo de la Medicina para la detección temprana de las enfermedades, así como en el diagnóstico y tratamiento, se ha producido un cambio epidemiológico de las enfermedades.

Con estos cambios en la edad pediátrica se produce una disminución de la mortalidad, se prolonga la vida en enfermedades antes mortales; y aparecen las enfermedades crónicas.

Se estima 5-8% de los niños menores de 15 años presenta un desorden crónico de mayor o menor grado.

Actualmente más del 90% de los niños con enfermedades crónicas sobreviven hasta la vida adulta.

Las organizaciones proveedoras de servicios salud, deben adecuarse a estos cambios.

Esta adaptación es dinámica y debe considerarse la calidad para lograr brindar un servicio eficaz.

Se debe concientizar que la población tiene derecho a recibir una atención de buena calidad.

Debemos gerenciar los servicios para lograr en la población una buena calidad de vida.

La gestión sanitaria por procesos es una buena alternativa por que tienen en cuenta la calidad en sus cuatro dimensiones: satisfacción de usuario, la técnica, la eficiencia y la seguridad.

Utilizando estas herramientas de gestión el proyecto tiene como meta mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de una disminución de la estancia media, menor exposición al riesgo e infecciones nosocomiales y un seguimiento ambulatorio integral.

9-Bibliografía

- 1) Calidad de vida relacionada con salud: conocer e implementar en la toma de decisiones en pruebas en pediatría. E.U. Pamela Salinas, E.U. Angélica Farías, E.U. Ximena González, E.U. Claudia. *An Pediatr Barc*, 60(6), 507-13.
- 2) Pane S., Solans M., Gaité L., Serra-Sutton V., Estrada D. & Rajmil L. Instrumentos de calidad de vida relacionada con salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas 2006.
- 3) Aporte de la metodología cualitativa en la validación de un instrumento de medición de calidad de vida relacionada con salud en niños portadores de una enfermedad crónica. María Isabel Toledo Gutiérrez, Ana María Alarcón Muñoz, Luis Bustos Medina, Felipe Heusser Risopatrón, Eduardo Hebel Weiss, Pedro Lorca Osorio, María Elisa Castillo Niño & Francisco Garay Greve
- 4) Otero, R. Oferta, demanda y calidad de atención médica. Revista ITAES, 2007, vol.8 N°4, pp.8-13
- 5) S. Spadafora; R.A. Otero. "La calidad en el sector salud" Isalud, Marzo 2011
- 6) Dr. Carlos A. Díaz, "Gestión Sanitaria por procesos" ISalud 2011.

10- Anexos

ÁRBOL DE PROBLEMAS (Fuente: elaboración propia)

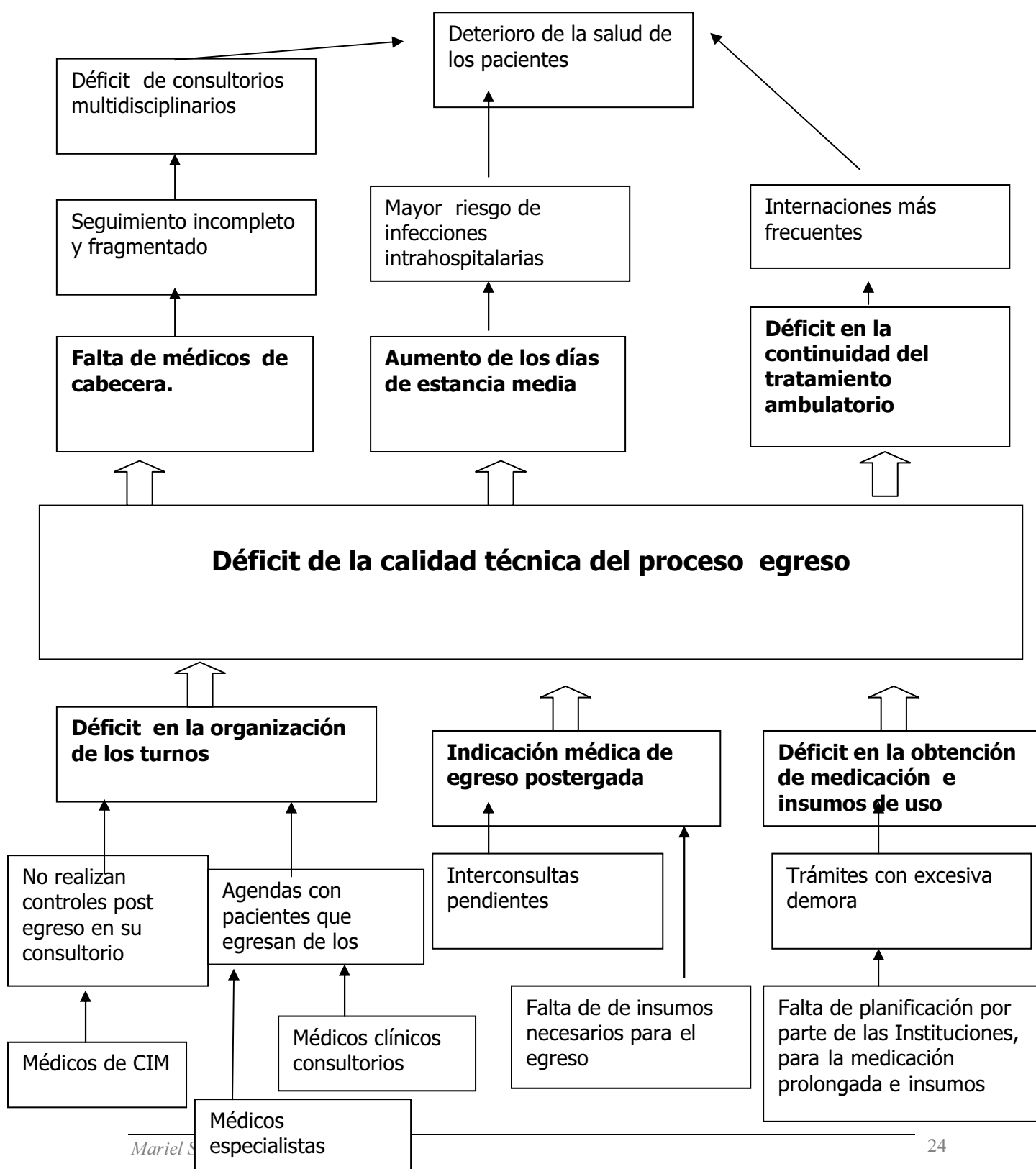


Tabla Nº 1: Egresos, promedio de permanencia, promedio de ocupación y tasa de mortalidad. H. Garrahan. 1988-2010.

Movimiento de internación				
Años	Número de Egresos	Promedio de Permanencia	Promedio de Ocupación	Tasa de Mortalidad
1988	7.332	11,07 días	81,62 %	3,85 %
1989	8.751	11,40 días	86,33 %	4,20 %
1990	8.738	11,80 días	87,90 %	4,40 %
1991	9.423	11,40 días	91,90 %	3,80 %
1992	12.960	8,90 días	94,30 %	2,70 %
1993	14.976	8,50 días	97,50 %	2,40 %
1994	16.265	8,00 días	94,10 %	2,20 %
1995	15.219	8,70 días	93,50 %	2,60 %
1996	15.126	8,90 días	92,00 %	2,70 %
1997	15.771	8,49 días	92,84 %	2,52 %
1998	15.459	8,34 días	90,70 %	2,40 %
1999	15.259	8,35 días	90,11 %	2,06 %
2000	15.652	8,40 días	90,92 %	2,07 %
2001	16.037	8,27 días	90,67 %	1,83 %
2002	16.947	7,91 días	90,95 %	1,80 %
2003	18.551	7,59 días	92,94 %	1,75 %
2004	17.776	7,58 días	90,34 %	1,81 %
2005	16.952	7,48 días	87,98 %	1,28 %
2006	18.234	7,42 días	88,13 %	1,38 %
2007	18.427	7,64 días	88,42 %	1,64 %
2008	19.375	7,53 días	89,39%	1,51%
2009	19.648	7,42 días	89,51%	1,35%
2010	21.003	7,20 días	91,22%	1,27%

Fuente: Elaboración de Registros médicos – Oficina de Estadística Año 2010 del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

TABLA Nª 2 índice de crecimiento de las consultas externas

Año	Nº de consulta	% de crecimiento
1999	261.684	-
2000	260.282	-0.54
2001	254.961	-2.04
2002	256.424	0.57
2003	262.536	2.38
2004	255.150	-2.81
2005	232.171	-9.01
2006	247.211	6.48
2007	237.936	-3.75
2008	262.851	10.47
2009	251.767	-4.22
2010	287.245	14.09
1999-2010	3.070.218	9.77

Fuente: Elaboración de Registros médicos – Oficina de Estadística Año2010 del Hospital de Pediatría S.A.M.IC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”

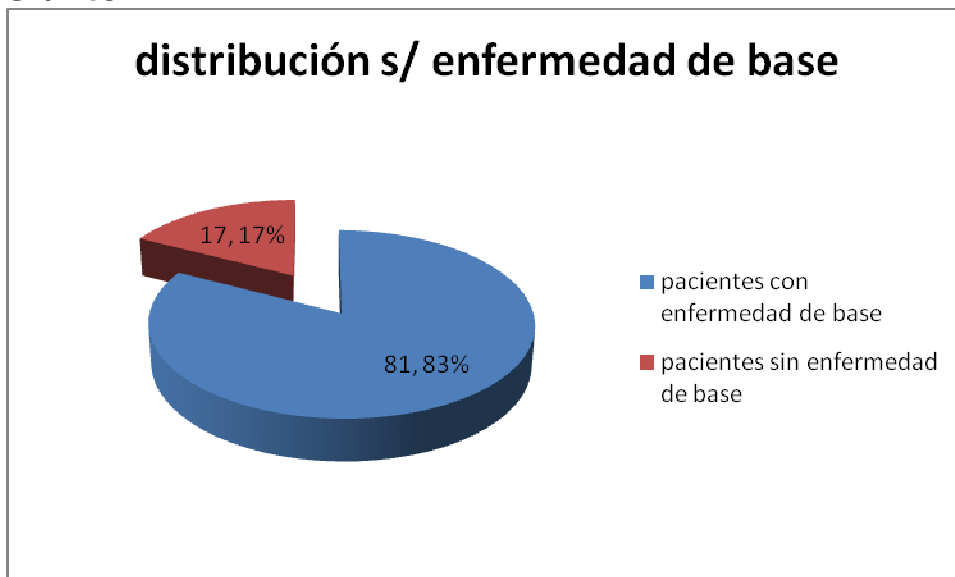
TABLA Nª3 Índices de crecimiento de la internación

Años	Nº de egresos	% de crecimiento
1999	15.259	-
2000	15652	2.56
2001	16.037	2.46
2002	16.913	5.46
2003	18.551	9.68
2004	17.776	-4.18
2005	16.952	-4.64
2006	18.234	7.56
2007	18.427	1.06
2008	19.375	5.14
2009	19.648	1.41
2010	21.003	6.90
1999-2010	213.837	37.64

Fuente: Elaboración de Registros médicos – Oficina de Estadística Año2010 del Hospital de Pediatría S.A.M.IC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”

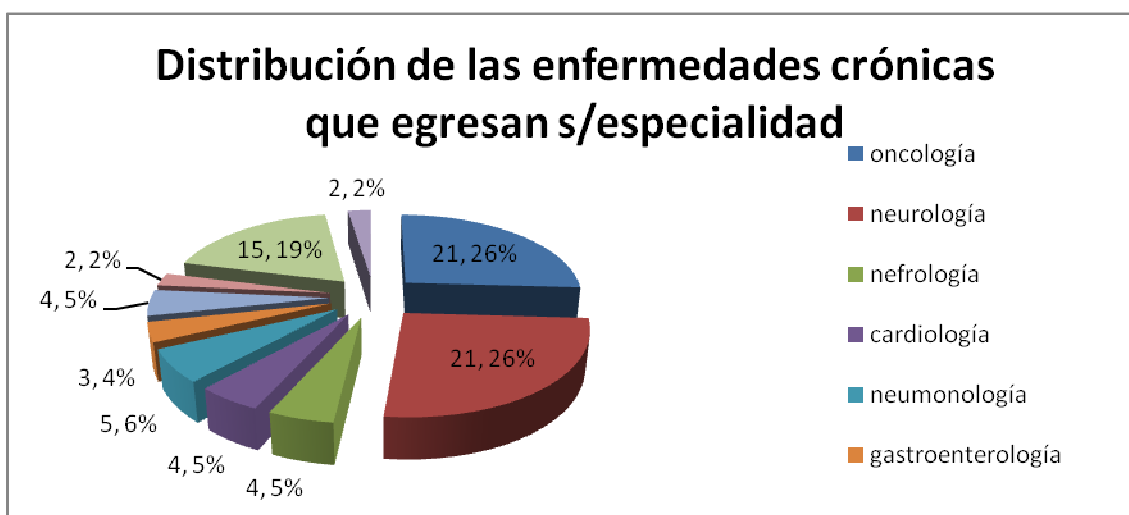
Gráficos

Gráfico N°1



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados de los egresos del CIM 42 en Octubre del 2012.

Gráfico N° 2



Fuente: Elaboración propia en base a los datos recabados de los egresos del CIM 42 en Octubre del 2012.