

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Marcelo Acerenza

ANÁLISIS DE LA FALTA DE CAMAS DE TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA “PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN” DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

2010

Citar como: Acerenza, M. (2010). Análisis de la falta de camas de terapia intensiva en el Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice

Introducción	2
Marco conceptual	3
Problema	5
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Indicadores de proceso y Gráficos	12
Conclusión General	16
Conclusiones Específicas	17
FODA	21
Glosario	23
Bibliografía	24

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Análisis de la falta de camas de terapia intensiva en el Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

1. Introducción

El recurso cama de terapia intensiva pediátrica es escaso en todo el país; si bien hay que reconocer que se han abierto unidades de terapia pediátrica en hospitales generales, sanatorios y clínicas privadas.

Esta escasez se torna en insuficiencia en los meses de invierno por el aumento de demanda por patología respiratoria, provocando un colapso en el sistema, sobre todo en los hospitales pediátricos que de por sí tienen un alto grado de ocupación de camas críticas.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta en el sector público con 13 hospitales generales con internación pediátrica (sólo el Hospital Durand posee terapia pediátrica), y 2 hospitales pediátricos de gestión municipal exclusiva (Gutiérrez y Elizalde). Las camas totales pediátricas/neonatales son de 950. Las plazas de internación en UTI ascienden a 42 entre el Hospital Gutiérrez (26) y Elizalde (16).

El Hospital Garrahan cuenta con 56 plazas de UTI y aproximadamente 600 camas de internación. La totalidad de camas de internación disponibles en el sistema público incluyendo al Hospital Garrahan suman 1400 camas pediátrica/neonatales y casi 100 plazas de UTI.

Por otro lado, cuando uno se refiere al recurso cama de UTI pediátrica, no se hace sólo referencia al recurso físico-tecnológico (cama, monitor, respirador, etc.), sino que el recurso humano es también un condicionante fundamental.

Es crítica la disponibilidad de enfermería competente para UTI pediátrica y también de recurso médico capacitado. Las áreas de medicina crítica, terapia y neonatología, cada vez

cuentan con menos recursos humanos. No se pueden abrir más camas, o se deben cerrar por falta de personal idóneo.

Por todo lo expuesto es fundamental tratar de organizar en forma racional la internación en UTI pediátrica según niveles de complejidad

2. Marco Conceptual

La Argentina cuenta con 336 hospitales públicos de alta complejidad con una capacidad de 7049 camas de Terapia Intensiva para adultos y 1482 camas de Terapia Intensiva Pediátrica (Superintendencia de Servicios de Salud abril 2011, Ministerio de Salud de la Nación).

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta en el sector público con alrededor de 100 camas de Terapia Intensiva Pediátrica.

Como se observa la oferta total de camas de cuidados intensivos pediátricos en el sector público es limitada. Esto se debe, entre otras cosas, a que para que funcione una Terapia Pediátrica se debe cumplir con una serie de requisitos normatizados en la resolución de 2001 del MSN (Norma de Organización y Funcionamiento de las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica en los Establecimientos Asistenciales).

Se define como Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) a la unidad de internación de pacientes pediátricos comprendidos entre el mes de vida y hasta los 14 años que se encuentren en estado crítico actual o inminente, con posibilidades de recuperación parcial o total, que requieran para su supervivencia de servicios integrales de atención médica y de enfermería en forma permanente y constante. Además de equipos e instrumental que aseguren el adecuado control del tratamiento del paciente.

Las UCIP se clasifican en UCIP de nivel I (o de alto riesgo) y UCIP nivel II (de mediano riesgo). Con respecto a la categorización de las UCIP estas deben estar relacionadas a la categorización del establecimiento, complejidad y a la característica asistencial de los establecimientos donde se diseñen. Los establecimientos con internación de alto riesgo, especializados, deberán contar en todos los casos con una UCIP nivel I (Hospitales Pediátricos, de Niños o Maternoinfantiles).

Las UCIP nivel I sólo podrán funcionar en los establecimientos de internación que garanticen los siguientes requisitos:

1. Especialidades y Servicios de apoyo de consulta: Deberán brindarse en forma permanente (las 24 hs) los servicios de:
 - Cirugía y Anestesiología (preferentemente pediátricas)
 - Neurocirugía Pediátrica
 - Hemoterapia y Banco de sangre
 - Radiología central y equipamiento portátil en la UCIP
 - TAC disponible en la institución.
 - Laboratorio
 - Endoscopia digestiva y respiratoria (guardia pasiva 24 hs)
 - Capacidad de interconsulta de otras especialidades pediátricas.
2. Planta Física: Deberá estar en una zona de circulación restringida y deberá contar con una superficie adecuada para el tratamiento del enfermo y el equipamiento específico. El número de camas de una UCIP no debe ser menor de 4 y no debe superar el 10% de las camas de la institución. En casos específicos, de acuerdo a la complejidad de la institución, no deberá superar el 20%.
3. Áreas de apoyo: Deberá contar con áreas para enfermería, depósitos de equipos, de ropa y de material. Áreas para medicamentos y material descartable, para el tratamiento del material sucio, oficinas administrativas y áreas de estar médicos.
4. Área de internación: El área de la habitación o cubículo donde se halla la cama del paciente debe tener una superficie no menor a 7 metros cuadrados. La unidad deberá contar con un área de lavado de manos, paredes pintadas con pintura lavable, no rugosas, con pisos antideslizantes y zócalos sanitarios. Deberá contar con poliductos para gases (oxígeno, gas comprimido, aspiración central). Iluminación adecuada y aire convenientemente climatizado.
5. Equipamiento, instrumental e insumos de uso exclusivo para la UCIP
6. Recurso Humano: Los médicos a cargo deberán ser especialistas en Terapia Intensiva Pediátrica. Tanto el equipo de enfermería como de kinesiología deberán contar con experiencia en el manejo de pacientes críticos. Deberá haber personal capacitado durante las 24 horas.

Del equilibrio entre la complejidad del establecimiento y el recurso humano se definen no sólo el número sino también la calidad de las camas de UCIP. Las camas de Terapia

Intensiva del Hospital Garrahan, que es el motivo de este análisis, corresponden a camas de UCIP nivel I (de alto riesgo). Estas son escasas dentro de la totalidad de las camas de UCIP, donde la mayoría son de nivel II (de mediano riesgo). Esto hace que sean tan demandadas. El porcentaje de camas de UCIP dentro del Hospital Garrahan constituyen entre el 10 y el 12 % de las camas totales del establecimiento.

3. Problema

El hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" fue inaugurado en agosto de 1987 con dos salas de Cuidados intermedios y moderados (CIM) y una sala de terapia intensiva con 16 camas. El hospital fue creciendo progresivamente llegando en la actualidad a su máximo desarrollo físico con 610 camas, de las cuales aproximadamente 55 son de terapia intensiva, distribuidas en tres sectores UCI 44 y UCI 45 de internación polivalente y UCI 35 de recuperación de cirugía cardiovascular. En los años 2008 y 2009 el porcentaje de ocupación fue de 88% y 90% respectivamente. En 2008, ingresaron a las UCI 44 y 45 1172 pacientes, sólo 97 (8,2%) fueron pacientes ingresados en forma directa por aceptación de derivaciones. En 2009 se mantuvo casi el mismo porcentaje 1142 ingresos con 112 ingresados directamente por derivaciones (9,8%). Esto nos muestra que menos del 10% de los pacientes ingresados lo hacen en forma directa a la terapia. Por lo tanto la terapia funciona como sostén de los pacientes propios del hospital. Se suma además que el porcentaje de ocupación del 90% hace que sea muy difícil la programación sobre todo de camas de recuperación postquirúrgica debiéndose suspender muchas veces cirugías. Esto se agrava en los meses de invierno con el aumento de la patología respiratoria, donde la ocupación es mayor del 100%, debiéndose derivar pacientes a la unidad de quemados y recuperación cardiovascular. Otro problema importante es la presencia de pacientes crónicos con internaciones prolongadas, por lo general dependientes de asistencia respiratoria mecánica, por periodos constituyen entre el 20 y 30% de los internados. Lo mencionado anteriormente más el tipo de patología que se maneja en el hospital (hemato-oncológico, transplantes, cirugía de alta complejidad, etc.) hace que el

promedio de permanencia sea superior a 10 días, lo que significa un giro cama de aproximadamente de 3 mensual.

Todo lo expresado demuestra que el recurso cama de terapia intensiva es muy valioso por lo finito. En lo que se refiere al recurso humano, médicos y enfermeras tienen una situación parecida. Es personal con alta competencia, mucha antigüedad y poca rotación. Esto provoca fenómenos de Burn-out.

El recurso tecnológico no es problema porque la terapia se ha re-equipado de acuerdo a las necesidades asistenciales.

3.1 Objetivos

- Analizar la falta de camas de terapia intensiva en el Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Análisis los proceso de gestión de camas de Terapia Intensiva en el Hospital Garrahan

4. El proceso de gestión de camas en UCI del hospital Garrahan

Proceso; es un conjunto de tareas, actividades, decisiones y procedimientos

Ordenados en una secuencia, con un fin, que tiene un principio y un final, una misión, un responsable, expectativas de calidad, indicadores, tiempos, insumos, inputs y outputs.

- ⇒ El proceso de gestión de camas en UCI del hospital Garrahan para los egresos comienza con el pedido a la central de camas del CIM por parte de la secretaria del servicio o por el supervisor de enfermería. Esto ocurre entre la 8 y 12 hs. de cada día.
- ⇒ A su vez, por la mañana se recibe de quirófano el pedido de camas para los pacientes con patología quirúrgica que necesitan recuperación en UCI; condición muchas veces necesaria para que comience la cirugía.

- ⇒ Aquí se presenta el primer problema importante, si no está liberada la cama, no se puede realizar la cirugía. Para no suspenderla, se presume que los pacientes en condiciones de egresar de la UCI lo harán en algún momento antes de que termine la misma, entonces se la autoriza. Ha pasado que el paciente debe permanecer en recuperación anestésica hasta que sea liberada la cama.
- ⇒ Los egresos de la UCI, si bien tienen prioridad y se le asignan camas lo más rápido posible, dependen de la liberación de de camas en los CIM.
- ⇒ La central de camas de CIM todas las mañanas a primera hora consulta con cada CIM los egresos programados de ese día. Por lo general cada CIM notifica los egresos una vez terminado el pase de sala, o sea alrededor del mediodía.
- ⇒ Depende de cada familia el tiempo que tardan en liberar la cama. Hay padres que se retrasan en buscar a la madre y el hijo, derivaciones en ambulancia que sufren demoras, etc. Todo esto hace que la cama de CIM quede libre alrededor de las 15 o 16 hs., ésta es la hora en que se realizan los pases de UCI al CIM.
- ⇒ Como el nivel de ocupación de todo el hospital es mayor al 90%, uno puede asegurar sin equivocarse que nunca hay camas libres. Es más, por lo general aún en épocas no invernales en la sala de procedimientos de cama CIM, hay entre 2 y 3 pacientes internados.
- ⇒ A su vez la central de camas recibe el pedido de derivaciones de pacientes, y debe dentro de las posibilidades darles ubicación dentro del hospital.
- ⇒ Hay que recordar que el hospital Garrahan tiene internación para cuidados progresivos, esto facilita en algo porque el paciente puede ir a cualquier sala del hospital de acuerdo a sus necesidades.
- ⇒ Algunos conceptos para mencionar: en UCI no se pueden reservar camas. La mayoría de los ingresos son de pacientes del hospital (pases del CIM) y por lo general se cambia un paciente por otro. Esto a veces hace que los pases se realicen en horarios no aconsejables, en especial para el egreso de pacientes de UCI, esto es en horas de la noche, sin personal de planta, etc.

- ⇒ Algunos sectores de UCI, por ejemplo cirugía cardiovascular, da las altas directamente de la terapia. Se aseguran así que se pueda planificar y cumplir el orden quirúrgico. Esto es imposible en las unidades polivalentes que manejan todas las emergencias del hospital.
- ⇒ Este proceso se repite día tras día, con períodos de internación que superan el 100% de la capacidad, con una gran labor de la central de camas que termina de alguna manera ubicando los pacientes.

5. Análisis del impacto que provoca la internación de pacientes crónicos en el área de Terapia Intensiva y su repercusión en la oferta de camas.

Como se mencionó antes, la presencia de pacientes con patologías crónicas (fundamentalmente que requieren asistencia respiratoria mecánica) por momentos es de aproximadamente el 20% de los pacientes internados.

La presencia de pacientes crónicos con estancias prolongadas (hubo casos de 10 años), es un problema difícil desde todo punto de vista. Primero para el paciente que se encuentra en un lugar para agudos, sin la infraestructura de rehabilitación que necesita el paciente crónico. Para la familia que tampoco se encuentra en un lugar acorde para compartir, con posibilidad de tener visitas en todos los horarios, con el resto de la familia (hermanos, abuelos, tíos, etc.) y para el equipo asistencial preparado para el tratamiento de pacientes agudos.

La presencia de pacientes crónicos impacta directamente retardando el giro de cama, aumentando los días estada y el promedio días estada entre otros indicadores. Esto, sin lugar a dudas, afecta la producción del Servicio de Terapia Intensiva limitando en forma fija el número de disponibilidad de camas.

6. Análisis de la capacitación de la salas de cuidados intermedios y moderados (CIM) para la atención de pacientes de mayor complejidad.

La ocupación de todo el hospital como se dijo es cercana al 90 %.

En la actualidad, un grupo de los pacientes internados en el Servicio de Terapia Intensiva ven retrasado su pase a los CIM. Esto se debe en gran medida a la falta de capacitación del recurso humano de dicho sector en el manejo de pacientes con requerimientos no críticos pero especiales (destete de drogas sedantes, asistencia ventilatoria no invasiva, procedimientos especiales de enfermería).

Esto provoca, por un lado, que el paciente al retrasar su pase al CIM no tenga por ejemplo internación conjunta con sus padres con el impacto emocional que esto significa. Además, puede aumentar la morbilidad al estar en un área crítica (infecciones intrahospitalarias).

Para el servicio, esto retarda el giro/cama impidiendo el ingreso de nuevos pacientes en estado crítico sobre todo de derivaciones de afuera del hospital.

Otro punto a analizar, es lo que ocurre sobre todo en los meses de invierno cuando la ocupación de la Terapia Intensiva es del 100% con la gran parte de los pacientes en ARM. Muchos pacientes internados en el CIM ven retrasado por este motivo su ingreso a terapia intensiva aumentando su morbilidad. Esta situación se ve agravada por la falta de capacitación del CIM en el manejo de estos pacientes en particular.

7. Análisis de los ingresos de pacientes del interior del país y de países limítrofes a la Terapia Intensiva del Hospital Garrahan

El Hospital Garrahan es un importante centro de derivación de pacientes provenientes tanto del interior del país como de países limítrofes.

De los pacientes derivados de las provincias del interior de país, un porcentaje podría recibir atención en su provincia evitando un traslado innecesario con el riesgo que esto genera para el paciente, el impacto familiar y el impacto económico de la derivación. Es necesario destacar que muchas de estas derivaciones responden más que nada a una ansiedad o presión familiar que a una indicación médica real.

En el caso de los pacientes de países limítrofes, en general, llegan al Hospital sin derivación en forma espontánea. Esto lleva al Hospital a recibir patología compleja (trasplantes, cirugía cardiovascular, oncológicos) sin la previsión necesaria y en particular al Servicio de Terapia Intensiva a recibir un paciente sin cama asignada.

8. Análisis de la internación de pacientes con cobertura social en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Garrahan

Hay un número de pacientes que tienen cobertura médica, sobre todo obras sociales. En general se trata de pacientes con patologías complejas (oncológicas, trasplantes, enfermedades metabólicas, etc.). El porcentaje de estos pacientes en la Terapia Intensiva oscila entre el 15 y el 20%.

Muchos de estos pacientes son atendidos por falta de complejidad de sus obras sociales y otros porque la familia elige ser atendida en el Hospital. Muchas veces los padres no quieren ser derivados, o desconocen si tienen una cobertura en su obra social que pueda tratar la patología.

9. Análisis de la Referencia y Contra-referencia en toda la Red Pediátrica, inclusive otros hospitales de la CABA

En la Ciudad de Buenos Aires se desarrolló el programa de gestión, organización y regulación de internaciones pediátricas (GORIP) según niveles de complejidad, entre la Dirección General de Hospitales, el SAME y el Departamento de Urgencias del Hospital Gutiérrez. El objetivo de dicho programa fue categorizar el estado clínico del paciente, organizando las internaciones según complejidad, agilizando el funcionamiento de la red

pediátrica de derivación en forma coordinada con el SAME y adecuando la capacidad de internación de los hospitales a las necesidades emergentes.

Es importante mencionar que el Hospital Garrahan no está incluido en este programa. Si bien es el hospital más grande y con mayor cantidad de plazas de UTI, no funciona en red con los demás hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

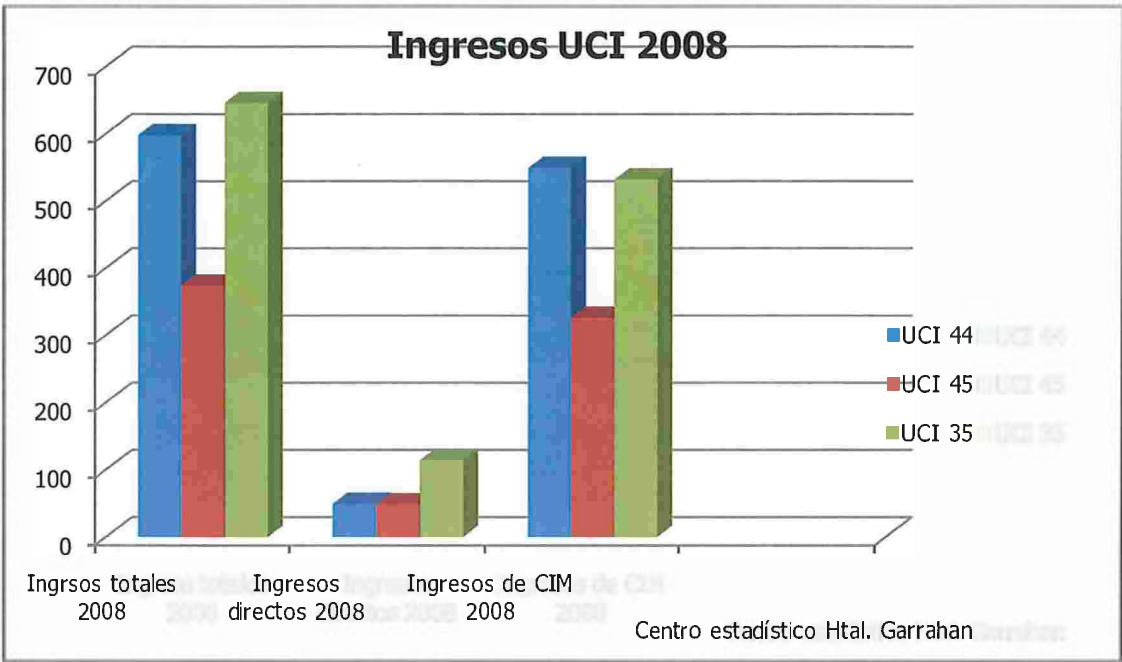
Esto genera que el Hospital no pueda derivar pacientes de menor complejidad a los demás hospitales de la Ciudad de Buenos Aires debiendo recibir, a su vez, a la patología compleja de dichos hospitales cuando se agotaron sus camas de Terapia Intensiva.

10. Indicadores de proceso

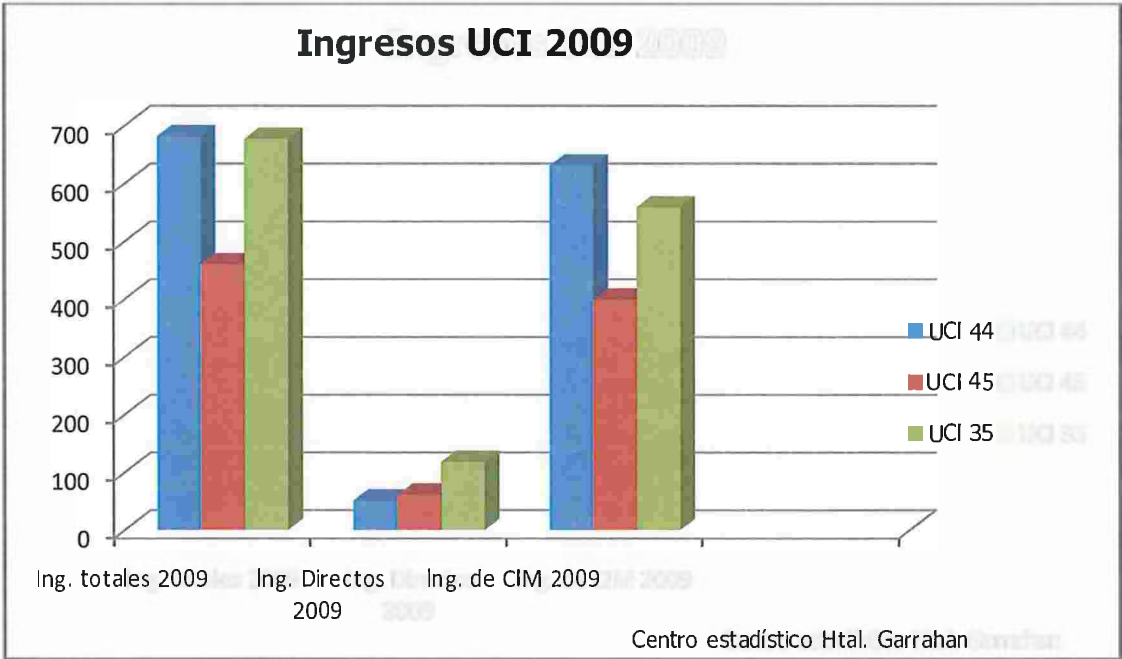
Para medir la mejora en la gestión de camas de UCI los indicadores de proceso a utilizar son:

- Ingresos totales
- Ingresos por unidad
- Giro de cama
- Promedio de permanencia
- Promedio diario de egresos
- Porcentaje de ocupación
- Ingresos directos
- Número de re-internaciones

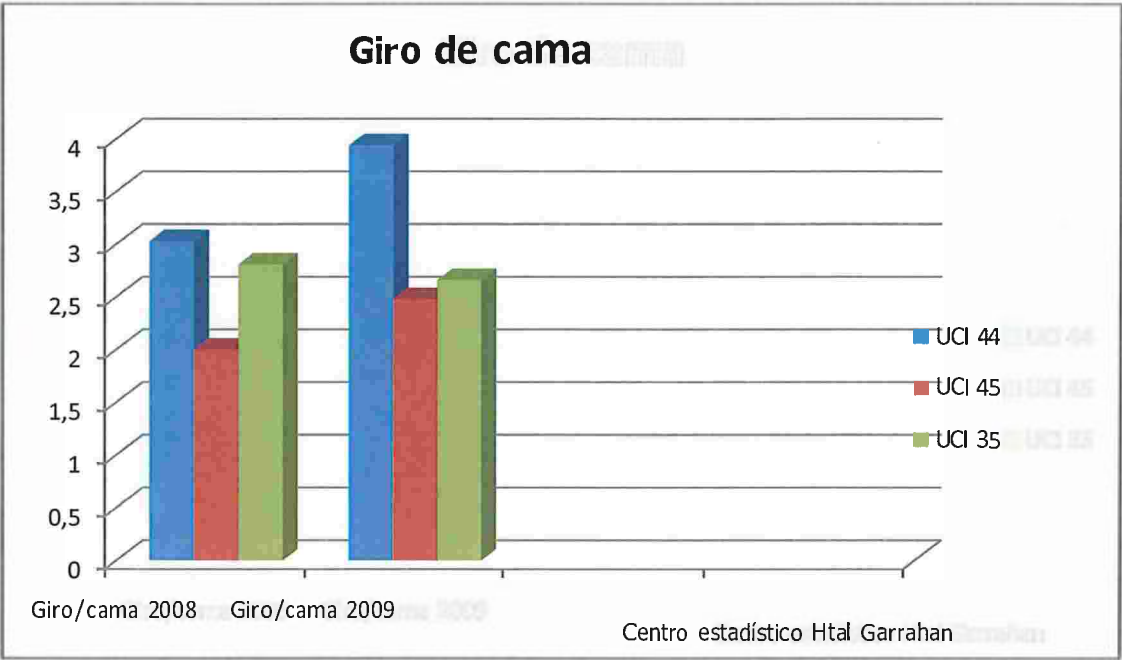
Para el análisis del trabajo se tomó la estadística del movimiento de internación en UCI en los años 2008 y 2009



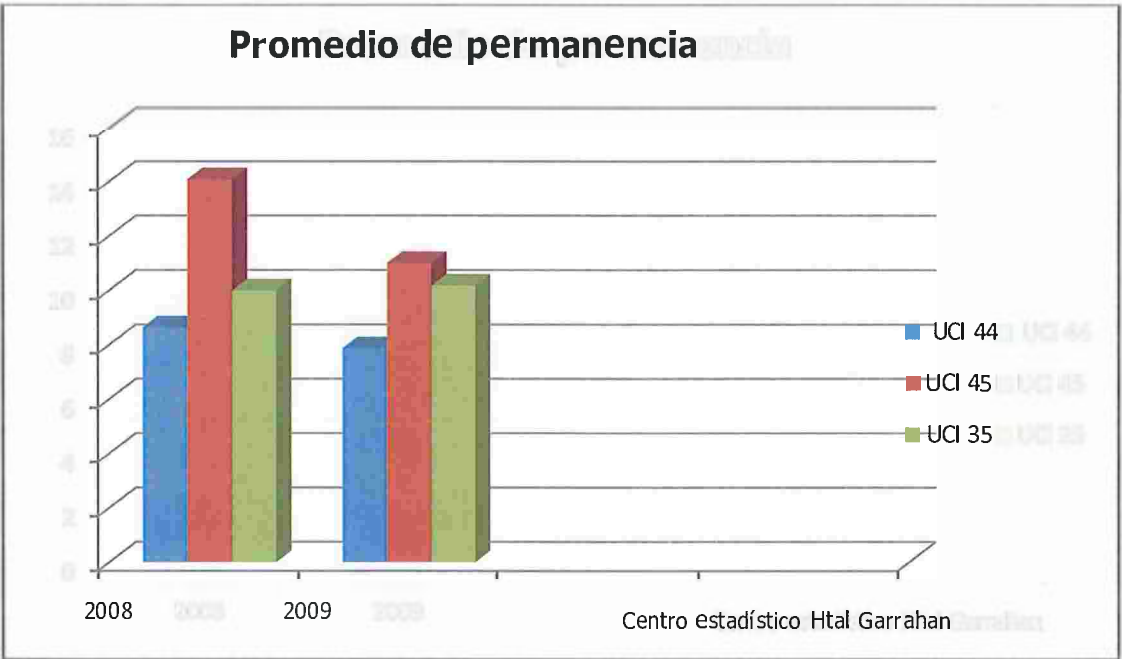
En el 2008 ingresaron 1172 pacientes, sólo 97 (8,2%) ingresaron en forma directa por aceptación de derivaciones.



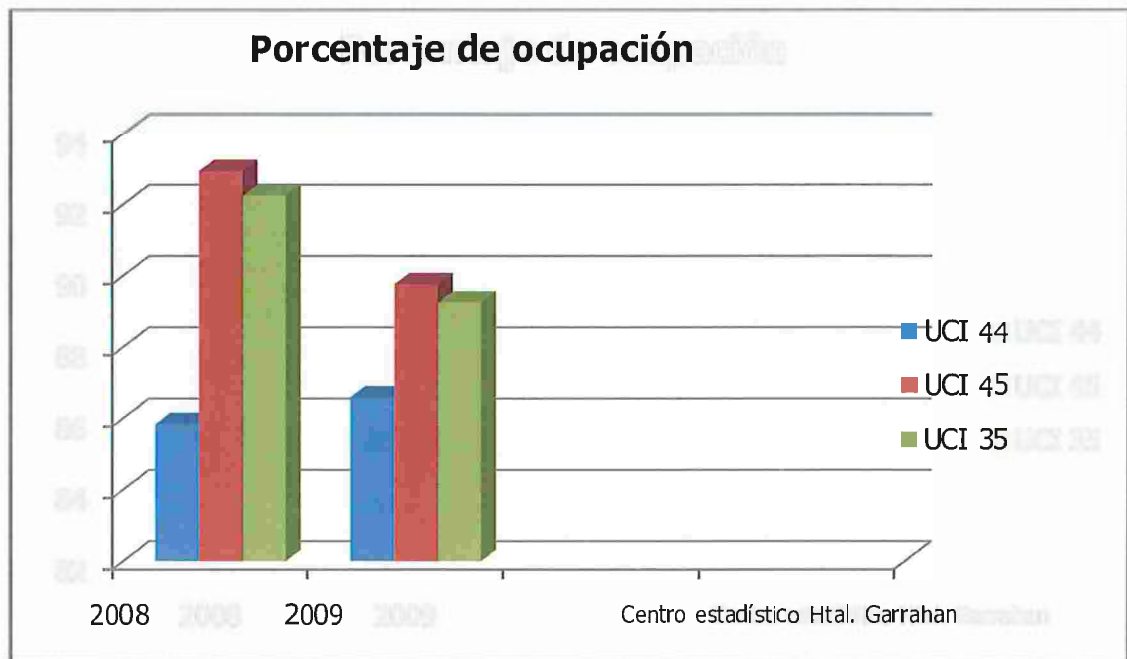
En el 2009 ingresaron 1142 pacientes, sólo 112 (9,8%) ingresaron en forma directa por aceptación de derivaciones. Es decir, menos del 10% de los pacientes que ingresaron en el 2008 y 2009 fueron extrahospitalarios.



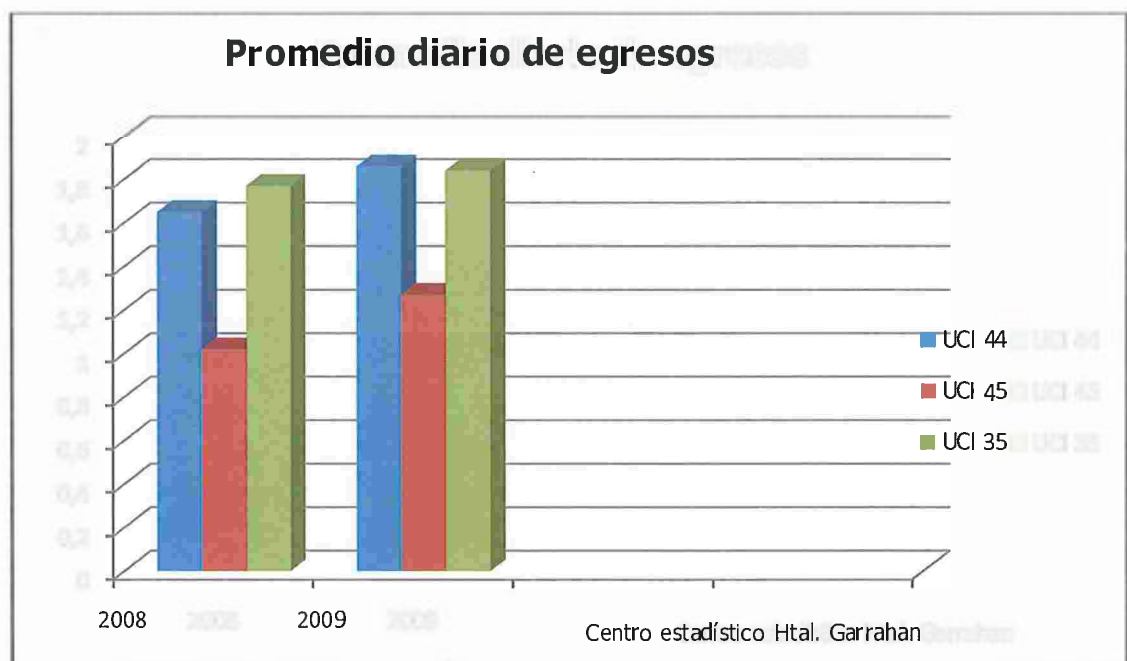
El giro/cama promedio de las terapias es de 3. Es mayor en UCI 44 por tener patología quirúrgica programada (neurocirugía) y menor en UCI 45 por ser la terapia polivalente.



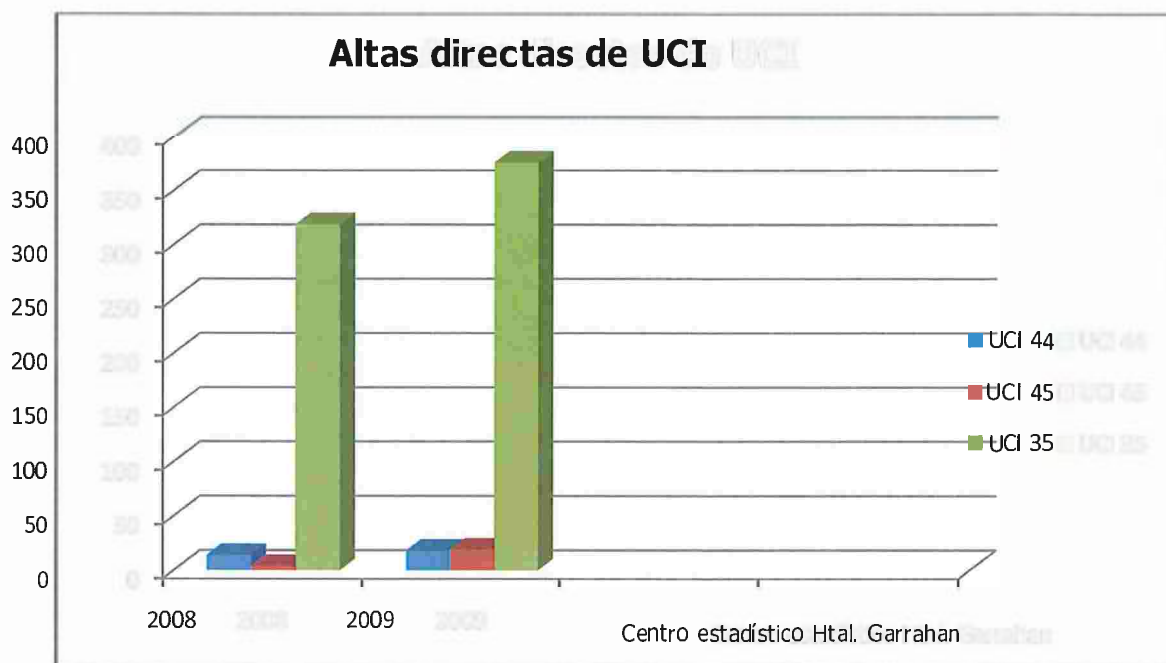
El promedio de permanencia tanto en el 2008 como en el 2009 fue mayor de 10 días. El mayor nivel de permanencia lo tiene UCI 45 por la ser la unidad polivalente con menos internación quirúrgica programada.



Tanto en el 2008 como en el 2009 el porcentaje de ocupación fue mayor del 90% en promedio. En los meses de invierno supera el 100% debiéndose derivar pacientes a la unidad de quemados. El porcentaje de ocupación superior al 85% dificulta la internación programada.



El promedio tanto en el 2008 como en el 2009 es de 2 egresos diarios. Siendo menor en UCI 45 por ser la unidad polivalente con menos internación programada.



Los egresos directos de UCI 44 y UCI 45 son muy pocos. En general se trata de derivaciones hacia otras instituciones y en menor cantidad altas domiciliarias. Los altos egresos de UCI 35 se deben a que es la unidad de recuperación cardiovascular y los pacientes en su mayoría egresan desde esa unidad.

De los indicadores presentados se concluye.

1. Los ingresos directos a UCI para las áreas polivalentes son menores al 10%, lo que significa que la mayoría de los pacientes son propios del hospital. Por lo tanto la terapia funciona como sostén de la patología crítica del propio hospital.
2. El giro/cama menor de 3 y el tiempo de permanencia mayor de 10 días tiene que ver con la complejidad de la patología de los pacientes internados.
3. El nivel de ocupación anual promedio es superior al 90 %.
4. El promedio de egresos diarios es menor a 2.

11. Conclusiones

Del análisis se desprende:

- La relación camas totales/camas UCI se mantiene en lo establecido al momento de la creación del Hospital, 10% de las cama generales.
- Después de 23 años lo que cambió es la patología que fue haciéndose más compleja.
- Se realizan trasplantes renales, cardíacos, hepáticos, pulmonares, médula ósea y próximamente intestinal, más toda la patología onco-hematológica y patología general compleja. Esto hace que ésta relación de 10% sea insuficiente.
- La solución a mediano plazo sería crear nuevas unidades de terapia intensiva para aumentar la oferta de camas.

Para mejorar el proceso de gestión de camas, el responsable del proceso debe ser un médico de planta por sector. Este será el encargado de transmitir a la supervisión de enfermería y a la secretaria del servicio la nómina de egresos de UCI para que puedan solicitar los pases a la central de camas de CIM. Función del médico de planta será también otorgar las camas solicitadas por quirófano. El horario en que se realizará ésta tarea será entre las 8 y 10 hs. Por la tarde entre las 14 y 15 hs. Se informará a la central de camas de CIM los probables egresos del otro día y los pacientes potencialmente cambiables por si hubiera alguna emergencia.

Modelo sugerido de proceso de alta en UCI

Nombre

Alta del paciente internado en UCI

Objetivo

Que el paciente se retire con las indicaciones médicas, de enfermería, resumen de historia clínica, epicrisis, para asegurar continuidad en la atención, requerimiento de medicación y nuevos controles.

Actores

- Médico tratante
- Enfermería
- Personal administrativo (secretaria de UCI)
- Personal de traslado
- Médico de planta y jefe de servicio

Actividades del proceso

1. Se debe comunicar el alta al familiar del al paciente
 2. Debe indicarse en la historia clínica.
 3. Tener resumen de historia clínica de UCI.
 4. Debe escribirse una epicrisis.
 5. Entregar estudios realizados (RX, TAC, RMN, laboratorio, etc.)
 6. Indicaciones médicas.
 7. Indicaciones de enfermería.
 8. Se acuerda el traslado a CIM.
-
- La creación de un área de pacientes con patología prolongada, por un lado liberaría camas para internación y por otro lado cubriría una falencia en la asistencia pediátrica sobre todo pública, ya que no existen lugares de rehabilitación para estos pacientes. Los hay en el sector privado, son pocos centros que obviamente están ocupados por aquellos pacientes que tienen alguna cobertura médica.

- La creación de un área de cuidados prolongados presupone la formación de una asistencia enfocada a la necesidad de estos pacientes (rehabilitatoria, humanizada y con el objetivo de llegar a la asistencia domiciliaria), con menor presencia médica y más asistencia kinésica, de fisioterapeutas, estimuladores y fuerte presencia familiar.
- Es necesario, sobre todo en épocas de invierno con alta incidencia de patología respiratoria, flexibilizar un número de camas de cada CIM para internar pacientes más complejos con modalidades de asistencia respiratoria no invasiva, supervisado por equipos de UCI (enfermería, médicos). Esto contribuiría a disminuir la morbilidad, ya que el paciente podría comenzar a tratarse antes de ingresar a UCI.
- Permitiría también pasar pacientes de UCI que necesiten todavía cuidados de enfermería especiales (destete de drogas sedantes, etc.)
- La formación de grupos de enfermeras, por lo menos una por turno en cada CIM, que tengan habilidades especiales en el manejo de pacientes de terapia intermedia sería ventajoso. Hay pacientes de UCI que potencialmente podrían pasar al CIM, pero que no lo hacen porque necesitan algún cuidado de enfermería diferencial. Estos pacientes podrían hacerlo bajo el cuidado de éstas enfermeras que actuarían como enlace.
- En Europa, y en algunas instituciones privadas de nuestro país (Sanatorio Sagrado Corazón de CABA), las enfermeras acompañan a los pacientes que egresan de terapia y pasan al piso durante la primeras 24 hs. Se asegura así que no haya problemas en la continuidad de la atención.
- Así como existe en el Hospital Garrahan una patrulla oncológica formada por técnicos y enfermeras que se encargan de suministrar la medicación y de la habilitación de catéteres implantables en los diferentes sectores del hospital a pacientes con tratamientos oncológicos, sería importante la formación y designación de éste tipo de enfermeras que asegurarían la continuidad del tratamiento, y que además en el caso que un paciente deba pasar en forma imprevista (por ejemplo a la noche por alguna emergencia) aseguraría que no vea resentido su tratamiento.

- Como se dijo anteriormente muchos de los pacientes que llegan a la Terapia del hospital podrían ser tratados en sus provincias. El Hospital podría prestar apoyo a través de la interconsulta telefónica, videoconferencias para optimizar la atención del paciente en su lugar de internación.
- Es necesario continuar y profundizar los cursos que ya se realizan con patrocinio del Ministerio de Salud de la Nación en determinadas provincias.
- Se envían delegaciones formadas por médicos y enfermeras de terapia, durante 3 días, que tratan temas que sean de interés de los servicios de terapia pediátrica de los hospitales provinciales.
- La presencia de rotaciones y formación de becarios del interior; el dictado de cursos; los ateneos a distancia; la comunicación permanente con hospitales provinciales, harían que de a poco, patologías que antes se derivaban ahora se traten en las provincias. Los pacientes serían derivados en mejores condiciones y además podrían reenviarse a las provincias para terminar su tratamiento.
- En el caso de los pacientes que llegan de forma espontánea provenientes de países limítrofes el tema es mucho más complejo. Queda a voluntad de cada embajada el apoyo y contención que le den a sus conciudadanos.

Para pacientes con obra social se debería enfocar el esfuerzo en un tratamiento mixto. Algunos estudios, procedimientos e internaciones podrían ser realizados por la obra social y otras prácticas por el hospital.

Sería útil a estos procesos la inclusión del Hospital Garrahan en el Programa de Gestión, Organización y Regulación de internaciones pediátricas (GORIP) según niveles de complejidad de la Ciudad de Buenos Aires.

De manera sintética se presenta a continuación una Matriz FODA de las conclusiones y sugerencias.

Conclusiones	F	O	D	A
Optimizar el proceso de gestión de camas	Recurso humano altamente capacitado y especializado (médico-enfermería)	Aumentar el giro/cama y la oferta de camas de Terapia.	Falta de un proceso sistemático de ingreso/egreso de pacientes	Falta de camas en el CIM por excesiva demanda de camas en el hospital
Reestructurar la atención del paciente crónico en TIP para disminuir su repercusión en la oferta de camas.	Recurso humano, equipo multidisciplinario (medico_ enfermera _kinesiólogo- salud mental- servicio social)	Creación de área para pacientes crónicos. Inexistente en el sector público	-Ocupación de camas por períodos prolongados. Lugar inadecuado para pacientes crónicos	Falta de presupuesto y falta de espacio físico
Mejorar la capacitación de los CIM en la atención de pacientes de mayor complejidad.	Enfermería capacitada y especializada	Capacitación de enfermería. Creación de enfermera de enlace.	Falta de entrenamiento de enfermería en el manejo de pacientes que requieran habilidades especiales.	Falta de presupuesto para los programas de entrenamiento, falta de nombramientos de enfermería.
Optimizar las derivaciones de pacientes críticos del interior del país a la TIP de Garrahan.	Cursos de capacitación en las terapias de hospitales del interior del país. Videoconferencias, interconsultas, rotaciones de médicos y de enfermeras del	Aumentar la oferta de camas de terapia intensiva en el interior del país. Aumentar la disponibilidad de camas en	Falta de estímulo para de los docentes para la realización de los cursos formativos en el interior del país.	Falta de presupuesto para la realización de los cursos de capacitación.

Conclusiones	F	O	D	A
Mejorar la administración de recursos en la atención de pacientes con cobertura social en la TIP del Garrahan	interior al Garrahan Terapia Intensiva de alta complejidad	TIP Garrahan -Aumento de disponibilidad de cama -Disminución de costos -Realización de ttos mixtos.	- Falta de información sobre la cobertura de los pacientes - Complejidad de la patología que haga que el paciente sea intrasladable (trasplantes)	-Negativa de los padres para el traslado -Negativa de la obra social, por no contar con complejidad adecuada.

Glosario

ARM: Asistencia Respiratoria Mecánica

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CIM: Cuidados Intermedios y Moderados

FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

GORIP: Gestión, Organización y Regulación de Internaciones Pediátricas

MSN: Ministerio de Salud de la Nación

RX: Radiografía

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

TAC: Tomografía axial computada

TIP: Terapia Intensiva Pediátrica

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

Bibliografía

- _ Movimiento sector internación según nivel de atención. Centro estadístico Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Año 2008
- _ Movimiento sector internación según nivel de atención. Centro estadístico Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Año 2009
- _ Programa GORIP. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2007-2008
- _ Díaz, CA. Gestión y Procesos. Cátedra de gestión estratégica. Universidad Isalud. 2004
- _ Díaz, C A. Gestión de Servicios Asistenciales. ¿Cómo convertir un jefe en un gerente? Buenos Aires. Ediciones Isalud. 2009
- _ Estadística Central de camas CIM. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Años 2008-2009
- _ Estadísticas UCI. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Años 2008-2009
- Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 1331 Normas de organización y funcionamiento de las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica en los establecimientos asistenciales, año 2011
- _ Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, Censo Hospitales públicos de Alta Complejidad, Abril 2011.