



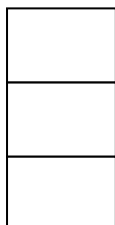
INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.14.07

**CIRUGÍA DE ALTA
COMPLEJIDAD**
Auditoría de Gestión

Período 2013

Buenos Aires, Diciembre 2016



AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso -
Ciudad Autónoma De Buenos Aires

Presidenta:

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Audidores Generales:

Cdra. Mariela Coletta

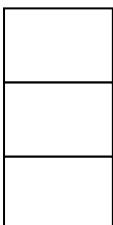
Ing. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayade

Lic. Raquel Herrero

Dra. María Victoria Marcó

Lic. Hugo Vasques



Código de Proyecto: 3.14.07

Nombre del Proyecto: Cirugía de Alta Complejidad

Objeto: Htal. Juan A. Fernandez y Htal. Cosme Argerich

Objetivo: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia, eficiencia y economía de los procedimientos quirúrgicos de alta complejidad.

Período bajo examen: Año 2013

Fecha de presentación de informe: 21/12/2015

Equipo Designado:

DIRECTOR DE PROYECTO

Dr. Gabriel Rosentein

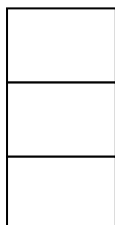
AUDITOR SUPERVISOR

Lic. Gamez, Mercedes

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 20 DE DICIEMBRE DE 2016

APROBADO POR: UNANIMIDAD

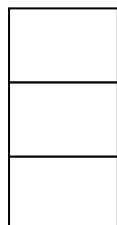
RESOLUCIÓN N°: 6/17



INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Diciembre de 2016
Código del Proyecto	3.14.07
Denominación del Proyecto	Cirugía de Alta Complejidad
Período examinado	Año 2013
Programas auditados	Sin reflejo presupuestario
Unidad Ejecutora	418 Htal. Juan A. Fernández y 412 Htal Cosme Argerich
Objetivo de la auditoría	Evaluar el cumplimiento del presupuesto físico aprobado, de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión relativos a los procedimientos quirúrgicos de alta complejidad.
Presupuesto (ejecutado, expresado en pesos)	No aplicable
Alcance	<p>El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.</p> <p>Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marco Normativo de referencia, recopilación y análisis de la normativa general y específica aplicable al objeto. 2. Entrevistas con autoridades y Jefes de División del Departamento de Cirugía. 3. Análisis de información solicitada por nota a funcionarios y responsables de áreas formales e informales que intervienen en la gestión. 4. Obtención y análisis de información referente a datos estadísticos. 5. Obtención de información acerca del presupuesto asignado al Hospital Fernández y Argerich período 2013 y 2014. 6. Análisis de la nómina del personal: cantidad, tipo de contratación, situación de revista y distribución 7. Relevamiento básico de equipamiento e insumos requeridos para Cirugías de Alta Complejidad en los Servicios de Neurocirugía y Cardiovascular. Análisis del circuito y modalidades de adquisición. <p>Dada la amplitud y complejidad del objetivo de esta auditoría de</p>

	<p>gestión, se decidió abordarla en forma circunscripta a los servicios de Neurocirugía y Cardiovascular de ambos Hospitales en atención a su caracterización relevante como Cirugía de Alta Complejidad. También se incorporó bajo el análisis aquellas áreas directamente involucradas: Terapia Intensiva (UTI), Unidad Coronaria (UCO), Quirófano y Enfermería</p> <p>Las tareas de campo se desarrollaron entre el 5 de mayo y 15 de diciembre de 2015</p>
Limitaciones al alcance	No hubo
Aclaraciones previas	<p>Definición de Cirugías de Alta Complejidad Los profesionales médicos del Departamento de Cirugía elaboraron a nuestro requerimiento algunos criterios que se deben tener en cuenta para considerar una intervención quirúrgica como de alta complejidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demanda de un tiempo prolongado para su ejecución (3 hs o +) y/o dificultades técnicas previstas por la consideración particular del caso clínico. - Riesgo vital implícito que obliga a contar con cama en UTI/UTIM/UCO para soporte del post-operatorio. - Requerimiento de alta especialización del operador - Requerimiento de insumos de alto costo. <p>Se trata de patologías de baja incidencia poblacional, de alto costo institucional y riesgo de vida alto.</p> <p>En función de estos criterios, se solicitó a los responsables de las áreas seleccionadas los listados de intervenciones quirúrgicas efectuados en 2013-2014 discriminando las Cirugías de Alta Complejidad (este dato no se encuentra separado en la estadísticas del Hospital).</p> <p>Hospital Fernandez</p> <p>1) A. División Neurocirugía El Jefe de Neurocirugía ocupa el cargo desde 2006. El servicio cuenta con Jefe de Unidad en 1 sala de internación con 12 camas; para las estadísticas se consideran 24 ya que 12 camas están descentralizadas en otros Servicios.</p> <p>Según el Jefe de Servicio, la mayor parte de las cirugías realizadas son de alta complejidad dado que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requieren un recurso humano altamente capacitado - Requieren un soporte técnico - imagenológico especial



	<p>que no se encuentra disponible ampliamente.</p> <p>Son ejemplos de este tipo de cirugías las que se realizan por patología oncológica (tumores cerebrales profundos, en la base del cráneo y corticales en zonas relevantes) y el tratamiento de patología vascular como aneurismas cerebrales y malformaciones arteriovenosas. El servicio opera a pacientes adultos, a partir de los 18 años, y recibe los que de niños fueron tratados en el Hospital de Niños y/o del Garrahan y que les son derivados en forma habitual para continuar de adultos su tratamiento.</p> <p>Actualmente, las cirugías del servicio se realizan en 2 turnos quirúrgicos por semana, eventualmente se puede utilizar un tercer turno, hasta el 2014 poseían 3 turnos por semana. La disminución en la cantidad de turnos fue por la falta de asignación de un quirófano para neurocirugía y la falta de anestesistas disponibles para cubrir los 3 turnos antes existentes. La falta de anestesistas puede deberse a la larga duración de algunas neurocirugías, incluso muchas veces, dicha duración no puede predecirse en el prequirúrgico. (Observación N° 1)</p> <p>Neurocirugía cuenta con un solo día de prioridad en UTI lo cual demora sustancialmente la resolución de dichos casos. Además, la importante cantidad de días de internación pre quirúrgica tiene como principal motivo la falta de enfermeros en terapia intensiva</p> <p>Circuito de ingreso de los pacientes al servicio</p> <p>La admisión de los pacientes puede ser por consultorios externos o a través de la guardia externa si se trata de una urgencia. Reciben pacientes derivados de otros Hospitales de la CABA y de otras provincias, gestionados a través de la jefatura de los servicios participantes y, en ocasiones, a través del Director del Hospital, obedeciendo a convenios interprovinciales.</p> <p>Si no se trata de una urgencia, el caso de cada paciente se discute en dos ateneos clínicos semanales (en uno de ellos se discute patología neoplásica e hidrocefalias y en el otro patología vascular y de columna vertebral). Dichos ateneos son abiertos para otros miembros del Hospital, son formales, ya que se elaboran actas y permiten tomar las decisiones quirúrgicas, de estudios requeridos, etc.</p> <p>De acuerdo a lo discutido en ateneo, el médico tratante, cumplidos los pasos diagnósticos necesarios, cita al paciente para asignarle el turno quirúrgico, de acuerdo a la prioridad que la gravedad del caso amerite. Según el turno asignado el paciente pasa a lista de espera. La documentación de las</p>
--	---

	<p>cirugías realizadas en el 2013-2014 está registrada en un libro foliado del Servicio (a mano por no contar con soporte informático). (Observación N° 1)</p> <p>Cirugías realizadas durante los años 2013 y año 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Año 2013: Se realizaron 318 cirugías de las cuales 155 fueron de extrema complejidad (48%), Se suspendieron 25 cirugías programadas: (Observación N° 1) -Por falta de anestesistas: 14 -Por faltas de camas en UTI: 8 -Por falta de insumos: 2 -Causa Médica: 1 - Año 2014: se realizaron 312 cirugías (47 cirugías de extrema complejidad.) Se suspendieron 18 cirugías: -Por falta de anestesistas: 4 -Por faltas de camas en UTI: 13 -Por falta de insumos: 1 <p>Lista de espera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Año 2013 se registraron 96 pacientes en lista de espera. (Observación N° 1) - Año 2014 se registraron 48 pacientes en lista de espera. <p>En el mes de junio del siguiente año suelen estar resueltas las cirugías a los pacientes de la lista de espera del año anterior. Se considera normal un 10% de pérdida de pacientes de la lista por evolución de la enfermedad del paciente o porque es tratado en otro nosocomio o porque debe resolverse como una urgencia. El área realiza un seguimiento telefónico de la lista de espera y no registra los motivos. Para aquellos casos que ingresaron al hospital se puede corroborar en las historias clínicas las razones la falta de programación de las cirugías. El jefe del Servicio menciona como tales a: transferencia a otro centro de salud; solicitud de alta; el paciente se retira; cambiaron las condiciones de la enfermedad; por deceso; se agrava y deja de ser quirúrgico o lo operan por guardia. A los pacientes que ingresan en lista de espera, se les da normas y pautas de alarma, para que se comuniquen con el servicio. Si el paciente se agrava se realiza la cirugía, ya que se toma como urgente</p> <p>En el posoperatorio, el paciente es seguido por su médico de cabecera y por el consultorio de residentes.</p> <p>Las limitantes reportadas para realizar las cirugías de alta complejidad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de disponibilidad de anestesiólogos (también influye la larga duración de algunas de las neurocirugías).
--	--

- Falta de disponibilidad de instrumentadoras: cuando las cirugías son prolongadas, requieren recambio de instrumentadoras. No siempre hay disponibilidad para efectuarlo. Hasta que llega el relevo o, ante la falta de personal para hacerlo, son los residentes de neurocirugía los que realizan la instrumentación.
- Falta de camas de UTI para la recuperación posoperatoria.
- Dificultad o tardanza en la adquisición de elementos protésicos, especialmente cuando la compra es a través del GCBA, ya que hay dificultades en los catálogos, y a través de algunas obras sociales.
- Falta de actualización del instrumental quirúrgico y aparatología, falta de disponibilidad de aparatos (porque no se han comprado o no funcionan por lo que deben alquilarse). Los médicos muchas veces aportan su propio instrumental.
- El jefe de servicio refiere que necesita 2 turnos quirúrgicos de cirugías prolongadas y 2 turnos quirúrgicos de cirugías más cortas, con días intercalados.

Procedimiento de Lista de espera 2013

A fin de analizar y calcular el tiempo de demora se solicitó el libro de lista de espera y el libro de cirugías realizadas.

Sobre ese material se elaboró una grilla con las siguientes variables:

- Nº de paciente
- Fecha de inclusión en la lista de espera
- Fecha de la cirugía
- Tiempo de demora
- Cirugía compleja y/o prolongada

A continuación se describen las conclusiones del procedimiento: En un amplio porcentaje (73%) la lista de espera fue resuelta por el Servicio:

Situación según lista de espera 2013	Cantidad
Con intervención quirúrgica	72
El paciente no respondió o no quiso operarse	6
Fallecidos	3
Resuelto en Hemodinamia, Rayos y Proca	4
Cirugías no resueltas a término	6
Resuelto en otras instituciones	5
Total	96



De los 96 pacientes en lista de espera, 72 se resolvieron en el Servicio de Neurocirugía y 24 no se resolvieron allí (3 fallecieron)

Análisis según fecha de cirugía realizada y tiempo de demora

El tiempo de espera en realizarse la cirugía de los 72 pacientes fue de:

Cantidad de pacientes	Tiempo de intervención quirúrgica
20	dentro de los 28 días (alrededor de 1 mes)
13	dentro de los 60 días (alrededor de 2 meses)
6	dentro de los 91 días (alrededor de 3 meses)
10	dentro de los 117 días (alrededor de 4 meses)
9	dentro de los 149 días (alrededor de 5 meses)
3	dentro de los 178 días (alrededor de 6 meses)
4	dentro de los 210 días (alrededor de 7 meses)
2	dentro de los 229 días (alrededor de 8 meses)
2	dentro de los 267 días (alrededor de 9 meses)
3	dentro de los 343 días (alrededor de 1 año)

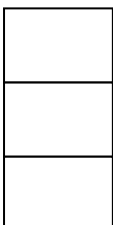
En tres meses se realizaron 39 cirugías que representa el 54% del total. **(Observación N° 1)**

- A.Unidad de Cirugía Cardiovascular

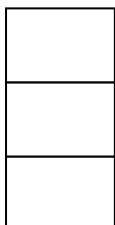
El actual Jefe de la Unidad asumió por concurso el año 2011 y se desempeñaba en ese cargo desde el 2008. Formalmente la Unidad depende del Departamento de Cirugía, aunque en realidad funcionan en forma autónoma, dadas las características de ambos servicios, se han pedido modificaciones en la estructura en más de una oportunidad.

El servicio no cuenta con sala de internación, sino que los pacientes para cirugía programada se internan en otras áreas del hospital.

La cirugía cardiovascular (CCV) que se realiza en el Hospital, se considera de la más alta complejidad (Nivel 9), junto con la Neurocirugía y los distintos trasplantes.



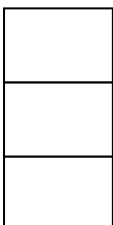
	<p>El Jefe de Unidad define que la CCV es de alta complejidad en base a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que es técnicamente dificultosa, por lo que necesita que los cirujanos que la realizan estén especialmente capacitados para realizarlas. - Es de baja incidencia y alto costo. - Alta mortalidad inherente a la patología que se está tratando, a las comorbilidades que frecuentemente tienen los pacientes e inherentes a las técnicas quirúrgicas empleadas (tienen un riesgo vital implícito). - Alto índice de morbimortalidad. - Requiere insumos, aparatología y prótesis de alto costo. - Necesita de área un cerrada como soporte para la recuperación posquirúrgica (Unidad Coronaria – UCO). - Requiere de personal de apoyo especializado (enfermería, perfusionista, anestesista, “recuperólogos”) <p>Accesibilidad de los pacientes al servicio</p> <p>La admisión de los pacientes puede ser por consultorios externos, a través de la guardia externa si se trata de una urgencia o por interconsultas de otros servicios del hospital. También reciben pacientes derivados de otros Hospitales de la CABA y de otras provincias.</p> <p>Se realiza la evaluación del paciente y se guía la programación quirúrgica de acuerdo a la urgencia del caso.</p> <p>El paciente es puesto en lista de espera y se le comunica telefónicamente cuando es su turno quirúrgico una vez completados los estudios prequirúrgicos y los pasos administrativos necesarios.</p> <p>Las listas de espera para el otorgamiento de turnos quirúrgicos tienen una demora de 3-6 meses, presentan un 12% de bajas (porque el paciente fallece durante la espera, se convierte en un paciente de urgencia o se atiende en otra institución).</p> <p>En el periodo auditado, la Unidad CardioVascular no confeccionaba registros formales de la lista de espera de pacientes sino que se organizaba informalmente. (Observación N° 2)</p> <p>A partir del año 2015, el Servicio comenzó a llevar un registro sistematizado de la lista de espera, de la siguiente manera:</p> <p>Los pacientes llegan a la 1er consulta con un diagnóstico que implica una cirugía</p> <p>Se les comunica que puede haber una demora de 2 a 4 meses</p>
--	--



	<p>Se abre una historia clínica a los pacientes que decidan operarse en el servicio y se los envía a realizarse los estudios pertinentes.</p> <p>En algunas oportunidades se requiere la realización de cirugía vascular en combinación con otras especialidades, como ginecología, urología, neurocirugía, etc. El girocama de pacientes de CCV es bajo ya que en general se retarda el alta para conservar la cama (no cuenta con camas propias de recuperación) hasta el momento de internar al paciente que sigue en la lista.</p> <p>Recurso Físico Las CCV se realizan en el Quirófano Híbrido que funciona en el área de quirófanos del sexto piso desde el 2013. La obra la hizo el Gobierno de la Ciudad y el equipamiento lo donó la Fundación del Hospital Fernández. Dicho quirófano se destaca por la alta complejidad que posee al combinar las características de un quirófano general con las de una sala de hemodinamia, permitiendo disponer y convertir ambas técnicas quirúrgicas.</p> <p>Registros Se presenta la estadística periódica al Servicio de Estadística del Hospital, pero como formalmente la Unidad CCV se encuentra dentro de la División de Cirugía no se refleja la verdadera actividad quirúrgica que llevan a cabo. Por dicho motivo, se registra una planilla propia de las cirugías realizadas, donde constan los datos del paciente, el tipo de patología que padece, la fecha quirúrgica y el tipo de cirugía realizada. Además se confecciona una planilla de atención diaria de consultorios, interconsultas y pacientes fuera de área que se vuelca en soporte tecnológico.</p> <p>Limitantes para realizar CAC Al momento de la entrevista no se estaban realizando cirugías cardíacas centrales sino sólo vasculares periféricas, debido a la falta de Técnico Perfusionista. Existe un sólo técnico nombrado en dicha especialidad, y al momento de la entrevista se encontraba de licencia por enfermedad. Se ha solicitado que se concurse un segundo cargo desde 2008. (Observación N° 2)</p> <p>Suspensiones de cirugías programadas por falta de cama en UCO</p> <p>Se realiza una CCV por semana, aunque se podrían realizar</p>
--	--



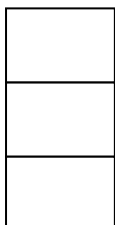
	<p>tres. Las limitantes reportadas son: (Observación N° 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suspensiones de cirugías programadas por falta de cama en UCO por ingreso de pacientes desde la guardia. Por tratarse de una guardia abierta se reciben pacientes que deben tener prioridad en el tratamiento, retrasando aquel que se encontraba programado. - Complicaciones por no poder utilizar las camas de recuperación posquirúrgica del sexto piso por falta de dotación completa de enfermeras. Es necesario agregar que la recuperación de una cirugía cardiovascular es más compleja y prolongada que para otras cirugías, por lo que requiere un monitoreo del paciente más estricto, ello determina la necesidad de un recurso humano, médico y no médico, especialmente preparado para realizarlo. - La larga duración de las cirugías cardiovasculares. Esto puede determinar que muchas veces se superen las horas de los médicos de planta (por la cirugía en sí, por presentarse urgencias y por la mayor duración de la recuperación), debiendo agregarse suplencias de guardia. - Falta de anestesistas, especialmente de guardia para realizar este tipo de cirugías. <p>Hospital Argerich</p> <p>1) División Neurocirugía</p> <p>El Jefe de División se desempeñaba como jefe de Unidad hasta mediados de junio 2014 fecha en la que se hizo cargo informalmente de la División. En enero de 2015 se formalizó su designación como Jefe de División.</p> <p>El plantel médico se compone por 6 médicos con designación de 30 horas semanales y el Jefe que cumple 40 horas semanales.</p> <p>La neurocirugía, según el criterio de la OMS, se considera de nivel 4 de complejidad, que es el más alto para definir la complejidad prestacional de un hospital junto con la cirugía cardíaca y el trasplante.</p> <p>La División Neurocirugía forma parte de la estructura hospitalaria dentro de la cual la alta complejidad se define según pautas de Alta, Muy Alta, Mediana y Baja complejidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja Complejidad: Punción lumbar, biopsias, operaciones mínimas • Mediana Complejidad: cerebral estructuras craneales (cráneo), craneoplastias, hundimientos de cráneo, derivaciones ventriculares, etc, columna (hernia de disco)
--	--



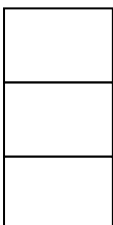
	<ul style="list-style-type: none"> • Alta Complejidad: tumores cerebrales, aneurismas, cirugía de médula, neuroendoscopia, cirugía funcional, fijaciones complejas de columna a cualquier nivel, cirugía mínimo invasiva, etc. • Muy alta complejidad: A modo de ejemplo la patología vascular, tumores de base de cráneo que deben ser resueltos en equipos conjuntos con otras especialidades, como por ejemplo los tumores. <p>Todas las cirugías en las que se abra la duramadre (lamina que recubre el cerebro y la medula espinal) aun las cirugías de mediana complejidad y más aún las de alta y muy alta, requieren en forma indispensable (por protocolos de Anestesiología) cama de Terapia Intensiva.</p> <p>Este es un gran impedimento, ya que el Hospital tiene sobredimensionada la demanda de internación en UTI, teniendo en cuenta que el hospital está orientado preferentemente a lo quirúrgico. El Jefe del Servicio informó que la demanda espontanea se ve incrementa por pacientes que vienen del extranjero y del conurbano.</p> <p>Los pacientes del interior del país en general vienen con derivación. Aunque no existe derivación formal sí se hace informalmente. El hospital no puede derivar pacientes por ser centro de referencia.</p> <p>El área no registra la lista de espera de las cirugías realizadas en el 2013-2014. (Observación N°10)</p> <p>El Jefe del Servicio informó que en el 2001 operaban 30 a 36 pacientes por mes y hoy pueden hacer 1 o 2 por semana. En el año 2013 el total de cirugías realizadas fue de 183, de las cuales 46 fueron de alta complejidad (un 25%) y en el año 2014 se realizaron 132 cirugías de las cuales 38 fueron de alta complejidad (28 %). La disminución de las cirugías de alta complejidad se debe a múltiples factores, principalmente a la falta de camas de internación UTI</p> <p><u>Internación:</u> cuenta con 24 camas exclusivas y camas prestadas. Las 24 camas las ocupan de la guardia; el problema actual es que neurocirugía tiene 11 pacientes aislados (Infectados) y la ocupación de camas es riesgosa por las posibilidades de infección dada la particularidad de estos pacientes. Los tiempos de internación prequirúrgico son prolongados, de 3 a 5 semanas y hasta meses hasta que pueda ser operado.</p> <p>Hay 2 pacientes internados desde hace un año y medio (Observación N°10)</p> <p>1 paciente traqueotomizado en espera de lugar adecuado 1 paciente con internación pre quirúrgica 1 paciente secuelado</p>
--	--



	<p>1 paciente en vías de remisión pero su familia no puede hacerse cargo 1 paciente en espera de prótesis desde hace 9 meses 1 paciente en espera de prótesis</p> <p><u>Lista de espera:</u> en los pacientes internados, se evalúa la oportunidad quirúrgica de acuerdo a la gravedad del caso, si se requiere, por una situación de emergencia (descompensación) se recurre al Departamento de Emergencias para operar por guardia.</p> <p><u>Equipamiento: (Observación N° 10)</u> El instrumental de uso para neurocirugía, se encuentra en condiciones de deterioro y faltantes, tanto el utilizado para macrocirugías como para microcirugías y patología de raquis. El microscopio quirúrgico con el que se cuenta, es muy anticuado y se encuentra en malas condiciones.</p> <p>El aspirador ultrasónico se encuentra deteriorado y no se puede utilizar. No se cuenta con marco para cirugías estereotaxicas, ni neuroendoscopio, equipamiento para neurofisiología para cirugías que conllevan seguimiento neurofisiología (cirugía medular, cirugía funcional y de base de cráneo).</p> <p><u>Insumos:</u> Los insumos de mayor demanda, son las prótesis que se utilizan para fijaciones de columna, clips para aneurismas, cemento quirúrgico para cranioplastias simples, y prótesis preformadas para grandes defectos óseos, material de hemostasia, faltante en algunas ocasiones.</p> <p>2) División Cirugía Cardiovascular (Observación N° 11)</p> <p>Por decreto N° 349/12 se aprobó la estructura del Hospital Argerich que crea la División Cirugía Cardiovascular. Con un jefe de División (actualmente de licencia médica) y tres Unidades: Cardiovascular periférica: con nombramiento formal Cardíaca y Trasplante: Sin nombramiento formal Unidad de Internación: Sin nombramiento formal</p> <p>Incucai: De acuerdo a la Ley de Trasplante de Órganos N° 24.193 existe el nombramiento de un jefe de trasplante cardíaco.</p> <p>El Decreto aprobatorio de la estructura tiene en cuenta el aspecto quirúrgico y de esa forma no permite el crecimiento de la parte clínica de la misma. El jefe del área aclara que si bien esta división es fundamentalmente quirúrgica, en Trasplante es absolutamente indispensable la conformación de un equipo de cardiólogos clínicos altamente especializados en insuficiencia</p>
--	---

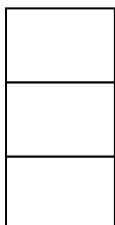


	<p>cardíaca, asistencia ventricular mecánica, manejo de la hipertensión pulmonar, selección de candidatos a trasplante, seguimiento intraoperatorio y post operatorio inmediato y a largo plazo.</p> <p>Accesibilidad de los pacientes al servicio La admisión de los pacientes puede ser por consultorios externos, a través de la guardia externa si se trata de una urgencia o por interconsultas de otros servicios del hospital. También reciben pacientes derivados de otros Hospitales de la CABA y de otras provincias. Se realiza la evaluación del paciente y se guía la programación quirúrgica de acuerdo a la urgencia del caso. El paciente es puesto en lista de espera y se le comunica telefónicamente cuando es su turno quirúrgico una vez completados los estudios pre quirúrgico y los pasos administrativos necesarios</p> <p>Lista de espera</p> <ul style="list-style-type: none"> • 120 pacientes para cirugía central cardíaca <p>Los profesionales del área informaron que en Cirugía Cardiovascular el promedio de la lista de espera es de aproximadamente un año y de internación hasta que se realiza la cirugía ronda los 27 días aproximadamente..</p> <p>Dificultades Falta de personal de enfermería en las áreas críticas UCO/UTI, esta situación hace que sea insuficiente la obtención de camas para cirugía, cabe aclarar que este Hospital es el único de la Red de Cirugía Cardiovascular, que realiza urgencias en Cirugía Cardíaca.</p> <p>Falta de Anestesiistas: se cuenta solamente con 2 anestesiistas nombrados para cirugía cardiovascular y el resto de las actividades se suplen con mandatos de la Asociación Argentina de Anestesiología, sin nombramiento. Técnicos en perfusión: hay solo 4 nombrados en el hospital que trabajan 30 hs formalmente. Falta de cardiólogos de seguimiento de internados pre y post operatorio en sala de internación de Cirugía Cardiovascular. Los servicios carecen de personal administrativo para: estadísticas del servicio, gestión y facturación de prácticas realizadas.</p>
Observaciones principales	<p>Hospital Fernández</p> <p>Observación 1) Servicio de Neurocirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución en la cantidad de turnos por falta de



	<p>asignación de quirófano especial para neurocirugía y falta de anestesistas disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta soporte informático que permita complementar en forma más accesible la documentación de las cirugías realizadas en el 2013-2014, registradas en un libro foliado del Servicio. • En 2013, se suspendieron 25 cirugías programadas (1 por causa médica): <p>-Por falta de anestesistas: 14 -Por falta de camas en UTI: 8 -Por falta de insumos: 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • En 2013 se registraron 96 pacientes en lista de espera • Lista de espera: de los 96 pacientes en lista de espera, 72 se resolvieron en el Servicio de Neurocirugía y el tiempo de espera en realizarse la cirugía fue de tres meses en el 54% del total (39 cirugías) y en el resto en más (de 4 a 12 meses) • El equipamiento de la planta quirúrgica es del año 1981. La mesa quirúrgica es antigua y no es la adecuada para la especialidad • En reiteradas oportunidades se solicitó con carácter de “urgente” diferentes materiales e insumos imprescindibles para la práctica neuroquirúrgica. (ver cuadro Pag. 17) <p>Observación N° 2) Unidad Cirugía Cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a lo expresado por el jefe de servicio, las listas de espera para el otorgamiento de turnos quirúrgicos tienen una demora de 3-6 meses y un porcentaje de bajas que no pudo ser determinado. • En el periodo auditado, la Unidad CardioVascular no confeccionaba registros formales de la lista de espera de pacientes sino que se organizaba informalmente • Instrumentadora (Técnico Perfusionista): El área cuenta con una sola especialista. Se ha solicitado que se concurse un segundo cargo desde 2008 ¹
--	---

¹ Descargo Hospital Fernandez: Ante la ausencia del especialista, se solicita la presencia de un Técnico Perfusionista de otro Hospital que integra la Red de Hospitales.



- El Jefe de Unidad Cardiovascular elevó el 25 de febrero de 2013 una nota al Jefe de Departamento de Cirugía con el requerimiento (ante la inauguración del quirófano híbrido) de comenzar a utilizar la superficie contigua a dicho quirófano, la cual debe ser refaccionada e instalar tres camas para el traslado de la recuperación actual que se realiza en UCO y aumentar la dotación de personal médico y paramédico. Al 4 de abril de 2014 el hospital contaba con un espacio físico a metros del quirófano híbrido con dos camas apto para Recuperación CV. Este espacio no funciona por falta de personal de enfermería.

Observación N° 3 UTI

- La Unidad UTI B se abrió en el 2009 y continúa funcionando con una estructura informal hasta la actualidad. (ver pag.23)
- Al área de Cuidados POP los pacientes acceden para su recuperación luego de haber sido sometidos a cirugías complicadas y de alta complejidad. Funciona de lunes a viernes de 8 a 19 hrs. No trabaja las 24 hrs por falta de recurso humano y físico
- El personal de enfermería se encuentra incompleto, esto determina por ejemplo, que actualmente no se puedan utilizar todas las camas de la UTI B (deberían funcionar 8 y se pueden utilizar 6).

Hospital Argerich

Observación N° 10) Neurocirugía

- ❖ No se encuentran registradas la lista de espera de las cirugías realizadas en el 2013-2014.
- ❖ El Jefe del Servicio informó que en el 2001 operaban 30 a 36 pacientes por mes y hoy pueden hacer 1 o 2 por semana.
- ❖ Prolongación de los tiempos de internación por diversas causas no atribuibles al servicio
- ❖ El instrumental de uso para neurocirugía, se encuentra en condiciones de deterioro y faltantes, tanto el utilizado para macrocirugías como para microcirugías y patología de raquis.

Observación N° 11) División Cirugía Cardiovascular

- Falta de nombramiento formal según la estructura aprobada
- Lista de espera: - No cuentan con registros



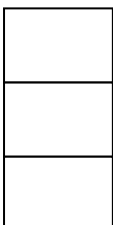
	<p>informatizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 120 pacientes para cirugía central cardíaca <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía Cardiovascular: el promedio de pacientes en lista de espera es de aproximadamente un año y de internación hasta que se realiza la cirugía ronda los 27 días aproximadamente.. <p>Observación N° 12) UTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Terapia Intensiva A: con 12 camas (de las cuales solo funcionan 8 por falta de enfermeros - Unidad de terapia Intensiva B: con 13 camas (de las cuales solo funcionan 8) - Terapia Intermedia: con 6 camas La terapia intermedia debería tener por lo menos 12 camas y facilitar la salida precoz de terapia. - En Recuperación Anestésica: Falta personal de enfermería y formalización de las guardias de 24 hs. - Falta de cama en UTI - Las licencias ordinarias del Departamento de Enfermería no se cubren y esto hace que haya sobrecarga de trabajo que se compensa con francos. (ver Notas elevadas Pág. 59)
<p>Principales recomendaciones</p>	<p>Htal. Fernandez</p> <p>1) Servicio de Neurocirugia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extremar las medidas tendientes a lograr la disminución de los pacientes en listas de espera de cirugías • Generar las condiciones necesarias que permitan al Servicio el acceso a un equipamiento quirúrgico e informático y material adecuado <p>2) Unidad Cirugía Cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extremar las medidas tendientes a lograr la disminución de los pacientes en listas de espera de cirugías • Confeccionar registros formales de la lista de espera de pacientes • Evaluar la necesidad planteada por el servicio respecto de poner en funcionamiento la sala de Recuperación CV e implementar el concurso para un segundo cargo de instrumentadora (Técnico Perfusionista) <p>3) UTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corregir las deficiencias de orden formal • Considerar la posibilidad de incorporar recursos humanos



	<p>Hospital Argerich</p> <p>10) Llevar registros adecuados de listas de espera de pacientes. Propiciar mejoras en las condiciones generales y específicas del equipamiento e instrumental utilizado.</p> <p>11) División Cirugía Cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar cumplimiento a la estructura aprobada • Extremar las medidas tendientes a lograr la disminución de los pacientes en listas de espera de cirugías <p>12) UTI Considerar la posibilidad de incorporar recursos humanos</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>Las Cirugías de alta complejidad como la neurocirugía y la cirugía cardiovascular, conforman un conjunto de patologías de baja incidencia poblacional que tienen un alto riesgo de vida. Son procedimientos que requieren de alto nivel de especialización y que demandan un elevado costo institucional, por el soporte post-operatorio que resulta indispensable disponer, como lo son UTI/UTIM/UCO y por los importantes requerimientos de insumos. En la CABA, los Hospitales Fernández y Argerich son importantes centros de atención de demandas de alta complejidad. Del trabajo realizado por la auditoría surgen aspectos particulares, vinculados a cada una de las instituciones estudiadas, aspectos comunes y similares que comparten ambas instituciones y otros aspectos más generales, relacionados con el sistema de salud de la Ciudad, que excede el marco específico institucional. Entre los aspectos particulares es preciso destacar:</p> <p>Hospital Fernández</p> <ul style="list-style-type: none"> •Prolongada lista de espera para turnos de Neurocirugía y Cirugía Cardiovascular no lleva registros formales. <p>Hospital Argerich</p> <ul style="list-style-type: none"> •Falta de personal administrativo y de equipamiento informático adecuado, razón por la cual, no se cuenta con soporte informático de pacientes intervenidos, de suspensión de cirugías y de listas de espera. •Entre los elementos comunes o similares que comparten ambas instituciones, se pueden mencionar: Falta habilitación de la totalidad de camas UTI, UCO y CRA Falta habilitación de la totalidad de los quirófanos Faltan nombramientos de enfermeros y de médicos anestesistas Falta resolver aspectos de estructura y nombramientos Falta de equipamiento e instrumental •Los aspectos generales relacionados con el sistema de la Salud



	<p>de la Ciudad Autónoma estamos en condiciones de afirmar que:</p> <ul style="list-style-type: none">- La organización del sistema de salud de la CABA evidencia una demanda insatisfecha por parte de los pacientes que requieren neurocirugías y cirugías cardiovasculares de alta complejidad.- Se pone de manifiesto que no existe un efectivo funcionamiento de la red asistencial, lo cual permitiría privilegiar las intervenciones de alta complejidad en estos Organismos canalizando las demandas de otras intervenciones hacia centros de menor complejidad”.
--	--



**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
PROYECTO N° 3.14.07
“CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD”**

DESTINATARIO

Señor
Presidente de la
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Cdor. Diego César Santilli
S / D

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135º de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de conformidad con las disposiciones de la Ley 70, artículos 131º, 132º y 136º, la AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, procedió a efectuar un examen en el ámbito de la Secretaría de Salud, con el objeto que se detalla a continuación.

I.OBJETO

Jurisdicción 40 Unidades Ejecutoras 418 Htal. Juan A. Fernandez y 412 Htal. Cosme Argerich. Programa Presupuestario 84 Atención Médica Región Sanitaria IV, 81 Atención Médica Región Sanitaria II

II.OBJETIVO

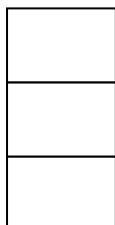
Evaluar el cumplimiento del presupuesto físico aprobado; de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión relativos a los procedimientos quirúrgicos de alta complejidad.

III.ALCANCE DEL EXAMEN

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:

1. Marco Normativo de referencia, recopilación y análisis de la normativa general y específica aplicable al objeto.
2. Entrevistas con autoridades y Jefes de División del Departamento de Cirugía.



3. Análisis de información solicitada por nota a funcionarios y responsables de áreas formales e informales que intervienen en la gestión.
4. Obtención y análisis de información referente a datos estadísticos.
5. Obtención de información acerca del presupuesto asignado al Hospital Fernández y Argerich período 2013 y 2014.
6. Análisis de la nómina del personal: cantidad, tipo de contratación, situación de revista y distribución
7. Relevamiento básico de equipamiento e insumos requeridos para Cirugías de Alta Complejidad en los Servicios de Neurocirugía y Cardiovascular. Análisis del circuito y modalidades de adquisición.

Dada la amplitud y complejidad del objetivo de esta auditoria de gestión, se decidió abordarla en forma circunscripta a los servicios de Neurocirugía y Cardiovascular de ambos Hospitales en atención a su caracterización relevante como Cirugía de Alta Complejidad. También se incorporó bajo el análisis aquellas áreas directamente involucradas: Terapia Intensiva (UTI), Unidad Coronaria (UCO), Quirófano y Enfermería

Las tareas de campo se desarrollaron entre el 5 de mayo y 15 de diciembre de 2015

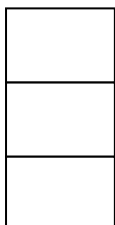
IV) CARACTERÍSTICAS GENERALES

Caracterización de Niveles de Atención

El sistema de salud esta organizado en tres niveles de complejidad:

- El primer nivel de atención está constituido por: recursos humanos y tecnológicos, la infraestructura y los programas y actividades destinados a desarrollar acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia.
- El segundo nivel de atención está constituido por: recursos humanos, tecnológicos e infraestructura para la atención médica, en régimen de hospitalización, continua o parcial, de diversos niveles de complejidad. Incluye especialidades clínicas, quirúrgicas y odontológicas.
- El tercer nivel de atención está constituido por: recursos humanos, tecnológicos e infraestructura, destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que requieran servicios de alta especialización.

A partir de las definiciones indicadas, podemos enmarcar a los Hospitales Dr. Juan A. Fernández y Cosme Argerich como instituciones de tercer nivel de atención y tercer nivel de complejidad.



Definición de Cirugías de Alta Complejidad

Los profesionales médicos del Departamento de Cirugía elaboraron a nuestro requerimiento algunos criterios que se deben tener en cuenta para considerar una intervención quirúrgica como de alta complejidad:

- Demanda de un tiempo prolongado para su ejecución (3 hs o +) y/o dificultades técnicas previstas por la consideración particular del caso clínico.
- Riesgo vital implícito que obliga a contar con cama en UTI/UTIM/UCO para soporte del post-operatorio.
- Requerimiento de alta especialización del operador
- Requerimiento de insumos de alto costo.

Se trata de patologías de baja incidencia poblacional, de alto costo institucional y riesgo de vida alto.

En función de estos criterios, se solicitó a los responsables de las áreas seleccionadas los listados de intervenciones quirúrgicas efectuados en 2013-2014 discriminando las Cirugías de Alta Complejidad (este dato no se encuentra separado en la estadísticas del Hospital).

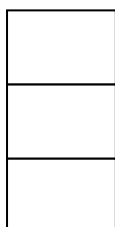
Datos generales e indicadores de gestión

Los cuadros que a continuación se muestran describen comparativamente a los Hospitales mencionados en aspectos generales de la actividad extraídos del Movimientos Hospitalario y particulares relacionados con consideraciones específicas y procedimientos de auditoria implementados.

En los capítulos siguientes se desarrollaran las áreas involucradas con mayor amplitud.

Movimiento Hospitalario - Aspectos generales

	Año 2013	Año 2014
Ingresos Depto Cirugía		
Hospital Fernández	3621	3714
Hospital Argerich	5163	5056
Div Neurocirugía		
Hospital Fernández	238	286
Hospital Argerich	308	335
Unidad UTI		
Hospital Fernández	482	518
Hospital Argerich	576	660
UCO		



Hospital Fernández	458	495
Hospital Argerich	454	389
Cirugía Cardio Vascular		
Hospital Fernández	S/D	S/D
Hospital Argerich	276	256

En el Htal Fernández la información estadística Cardiovascular no se encuentra discriminada sino que forma parte de la actividad quirúrgica de Cirugía General. Excepto en UCO, el Hospital Argerich presenta niveles de actividad superior en las áreas seleccionadas.

La UTI durante el 2013 presentó una disminución significativa respecto al 2014.

Promedio camas disponibles

Datos del Movimiento Hospitalario

	Htal Fernández	Htal Argerich	Htal Fernández	Htal Argerich
Areas seleccionadas	Año 2013	Año 2013	Año 2014	Año 2014
Dto de Cirugía	134,02	161,67	125,89	158,45
Div. Cirugía General	44,12	55	41,89	54.65
Div.. Neurocirugía	11,97	23.33	11,99	23
Cirugía Cardio Vascular*	0	16	0	16

*Htal Fernández no cuenta con camas propias para cirugía CCV

Unidad Coronaria	10,03	8	9,16	7.7
------------------	-------	---	------	-----

Dto. Urgencia	38,02	35,66	35,04	42,35
Unidad Terapia Intensiva*	29,96	15,67	27.96	20

El Movimiento Hospitalario informa el total de camas (UTI A y B y UTIM)

El Htal. Argerich presenta respecto al Hospital Fernandez, un porcentaje superior de camas disponibles, sin embargo, en UTI y UCO la disponibilidad de camas es inferior.

Camas Relevadas

El cuadro muestra los resultados del relevamiento efectuado en función del proyecto de auditoría:

	Htal Fernandez	Htal Argerich
Áreas seleccionadas	Año 2015	Año 2015
Div.. Neurocirugía	24	24
Unidad Coronaria UCO	9	6
Unidad Terapia Intensiva A y B	16	16
URA (POP)*	6	5

* Unidad Recuperación Anestesia

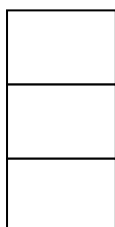
Recursos Humanos

El cuadro siguiente describe, según relevamiento 2015, el recurso humano médico de planta y específico de los servicios seleccionados:

	Htal Fernández	Htal Argerich
Áreas seleccionadas	Año 2015	Año 2015
Div.. Neurocirugía	10	7
Unidad Terapia Intensiva A y B	3	4
Trasplante cardíaco	0	8
Anestesia	13 (2 médicos para CCV)	9 de planta más 9 para trasplantes
CCV Unidad Cirugía Cardíaca	6	5
Unidad Coronaria UCO	2 médicos especialistas (el resto depende urgencia)	2 (uno de ellos del staff de guardia 24 hs de lunes a viernes)
Recuperación Anestesia	2	1
Técnico Perfusionista	1 (de Lic. por enfermedad)	4

Residentes

	Htal Fernández	Htal Argerich
Áreas seleccionadas	Año 2015	Año 2015
Div.. Neurocirugía	5	6
Unidad Terapia Intensiva	9	11
Anestesia	12	3
Div. CCV/ Unidad CCV	6	4
UCO	3	11



Aspectos Particulares

Estadísticas Cirugías Alta Complejidad programadas según quirófano

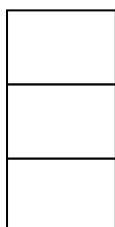
El Htal Argerich no cuenta con registros informatizados, los datos aportados surgen de la lectura de los libros de Quirófano o de lo manifestado por los Jefes de Servicio:

Servicios seleccionados	Año 2013				Año 2014		
	Htal Fernandez		Htal Argerich		Htal Fernandez	Htal Argerich	
	Servicio	Quirófano	Servicio	Quirófano	Quirófano	Servicio	Quirófano
Neurocirugía	125	108	46	109	129	38	38
Cirugía Cardio Vascular	107	83	S/D	88	81	S/D	S/D

Motivos de suspensión- Año 2013

NEUROCIRUGÍA			
CAUSAS SUSPENSION CIRUGIAS	HOSPITAL FERNANDEZ		HOSPITAL ARGERICH
	Según División	Según Quirófano	Procedimiento Quirófano *
Falta Anestésistas	14	5	37
Falta cama UTI	8	14	21
Falta insumos	2	2	0
Causa médica	1	10	1
Prolongación cirugía	0	36	
Sin datos	0	2	
Falta sangre/derivados			4
TOTAL	25	69	63

*Datos extraídos del Libro de Suspensiones



UNIDAD CARDIOVASCULAR		
CAUSAS SUSPENSION CIRUGIAS	HOSPITAL FERNANDEZ	HOSPITAL ARGERICH
	Según Unidad	Procedimiento Quirófano *
Falta Anestesiastas	3	38
Falta cama UTI	5	26
Falta insumos	1	2
Causa médica	12	3
Falta sangre/derivados	4	15
Perfusionista		1
Oxígeno		2
Respirador		1
Suspendido por Urgencia	1	2
Cama internación	2	
Prolongación de Cirugía	3	
TOTAL	31	90

*Datos extraídos del Libro de Suspensiones.

Anestesiología realizadas y suspendidas

El jefe de División Anestesiología del Htal Fernández informo lo siguiente:

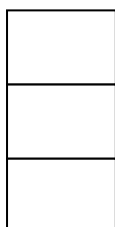
	Htal Fernández	Htal Fernández
Anestesiología	Año 2013	2014
realizadas	3284	3188
suspendidas	194	168

El Hospital Argerich no realiza registros informáticos del área de anestesiología. El Jefe del servicio vuelca en diferentes libros la actividad del área y expresó que la información sobre intervenciones suspendidas es la misma que registra el Departamento Quirófano. No cuenta con personal administrativo.

Unidad Quirófano

	Htal Fernández	Htal Argerich
	Año 2015	Año 2015
Cantidad de quirófanos	10	15
Quirófanos habilitados en uso	8 (dos en remodelación)	9
Sala de Recuperación*	1	1

*No funciona 24 horas



Asignación Quirófano/Área cerrada

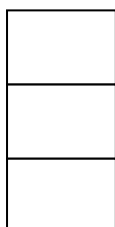
Asignación de quirófano	Servicios seleccionados	Htal Fernández	Htal Argerich
	Neurocirugía	n° 3 -Dos turnos semanales	No
	Cirugía Cardio vascular	n° 10 Híbrido	No
Asignación Prioridad área cerrada	Neurocirugía	un día por semana UTI	no en forma permanente
	Cirugía Cardio vascular	UCO	no en forma permanente

Enfermería

La normativa establece 2 enfermeras por cama al requerir las Cirugía de Alta Complejidad de servicios de áreas cerradas.

Enfermería	Htal Fernández 2013
UTI A y B 22 camas	49 enfermeros (2 para material y 2 jefas)
UCO 10 camas (9 habilitadas)	32 enfermeros (4 por turno)
URA (POP) 12 camas (7 habilitadas)	7 enfermeros

Enfermería	Htal Argerich 2013
UTI A y B 17 camas (15 habilitadas)	57 en varios turnos
UCO 6 camas habilitadas	18
URA 5 camas habilitadas	1 enfermero con doble nombramiento (modulo)



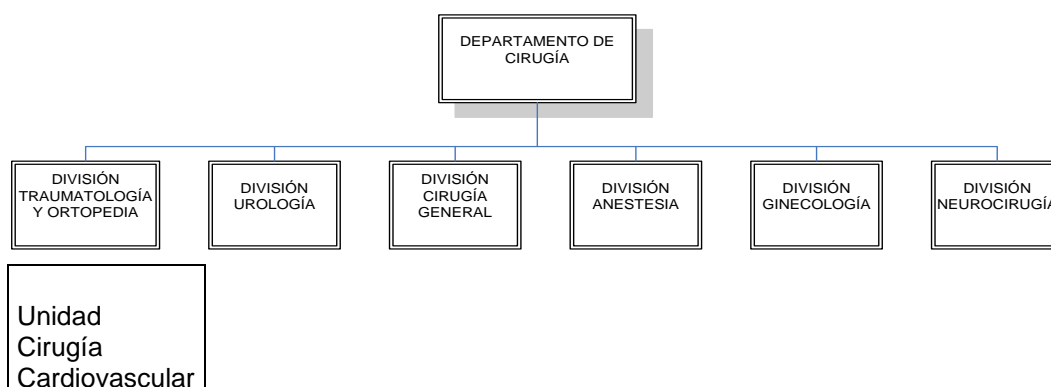
Equipamiento e instrumental

En ambos Hospitales se observó faltantes de equipamiento e instrumental en las áreas seleccionadas. Puede destacarse la coincidencia de faltantes como Ecodoppler, bombas de contrapulsación, cardiodesfibrilador, cajas quirúrgicas y sierras para esternotomía.

A) Hospital Fernandez

1) A. Estructura

El Hospital Fernández forma parte de la Región Sanitaria IV. Por decreto N° 350/12 se aprobó la estructura del Hospital Fernández con el siguiente organigrama del Departamento de Cirugía:



Del Departamento dependen 10 Unidades de Internación: 3 de Cirugía General, 1 de Ginecología, 4 de Traumatología y Ortopedia, 1 de Neurología y 1 de Urología.

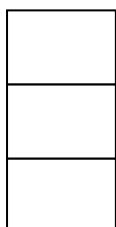
2) Descripción de las Áreas Seleccionadas

1) A. División Neurocirugía

El Jefe de Neurocirugía ocupa el cargo desde 2006. El servicio cuenta con Jefe de Unidad en 1 sala de internación con 12 camas; para las estadísticas se consideran 24 ya que 12 camas están descentralizadas en otros Servicios.

Según el Jefe de Servicio, la mayor parte de las cirugías realizadas son de alta complejidad dado que:

- Requieren un recurso humano altamente capacitado
- Requieren un soporte técnico - imagenológico especial que no se encuentra disponible ampliamente.



Son ejemplos de este tipo de cirugías las que se realizan por patología oncológica (tumores cerebrales profundos, en la base del cráneo y corticales en zonas relevantes) y el tratamiento de patología vascular como aneurismas cerebrales y malformaciones arteriovenosas. El servicio opera a pacientes adultos, a partir de los 18 años, y recibe los que de niños fueron tratados en el Hospital de Niños y/o del Garrahan y que les son derivados en forma habitual para continuar de adultos su tratamiento.

Actualmente, las cirugías del servicio se realizan en 2 turnos quirúrgicos por semana, eventualmente se puede utilizar un tercer turno, hasta el 2014 poseían 3 turnos por semana. La disminución en la cantidad de turnos fue por la falta de asignación de un quirófano para neurocirugía y la falta de anestesistas disponibles para cubrir los 3 turnos antes existentes. La falta de anestesistas puede deberse a la larga duración de algunas neurocirugías, incluso muchas veces, dicha duración no puede predecirse en el prequirúrgico. **(Observación N° 1)**

Neurocirugía cuenta con un solo día de prioridad en UTI lo cual demora sustancialmente la resolución de dichos casos. Además, la importante cantidad de días de internación pre quirúrgica tiene como principal motivo la falta de enfermeros en terapia intensiva

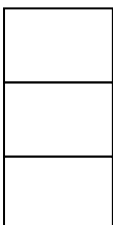
Recursos Humanos

Personal de planta

Cantidad	Cargo	Horas Semanales
1	Jefe de División	40 Hs.
1	Jefe de Unidad	40 Hs.
8	Médicos de planta	35 hs.

Residentes

Cantidad	Cargo
1	Jefe de Residentes
4	Residentes



Circuito de ingreso de los pacientes al servicio

La admisión de los pacientes puede ser por consultorios externos o a través de la guardia externa si se trata de una urgencia. Reciben pacientes derivados de otros Hospitales de la CABA y de otras provincias, gestionados a través de la jefatura de los servicios participantes y, en ocasiones, a través del Director del Hospital, obedeciendo a convenios interprovinciales.

Si no se trata de una urgencia, el caso de cada paciente se discute en dos ateneos clínicos semanales (en uno de ellos se discute patología neoplásica e hidrocefalias y en el otro patología vascular y de columna vertebral). Dichos ateneos son abiertos para otros miembros del Hospital, son formales, ya que se elaboran actas y permiten tomar las decisiones quirúrgicas, de estudios requeridos, etc.

De acuerdo a lo discutido en ateneo, el médico tratante, cumplidos los pasos diagnósticos necesarios, cita al paciente para asignarle el turno quirúrgico, de acuerdo a la prioridad que la gravedad del caso amerite. Según el turno asignado el paciente pasa a lista de espera. La documentación de las cirugías realizadas en el 2013-2014 está registrada en un libro foliado del Servicio (a mano por no contar con soporte informático). **(Observación N° 1)**

Cirugías realizadas durante los años 2013 y año 2014

- **Año 2013:** Se realizaron 318 cirugías de las cuales 155 fueron de extrema complejidad (48%),

Se suspendieron 25 cirugías programadas: **(Observación N° 1)**

- Por falta de anestesistas: 14
- Por faltas de camas en UTI: 8
- Por falta de insumos: 2
- Causa Médica: 1

- **Año 2014:** se realizaron 312 cirugías (47 cirugías de extrema complejidad.)

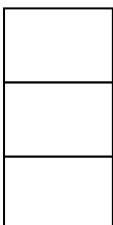
Se suspendieron 18 cirugías:

- Por falta de anestesistas: 4
- Por faltas de camas en UTI: 13
- Por falta de insumos: 1

Lista de espera:

- Año 2013 se registraron 96 pacientes en lista de espera. **(Observación N° 1)**
- Año 2014 se registraron 48 pacientes en lista de espera.

En el mes de junio del siguiente año suelen estar resueltas las cirugías a los pacientes de la lista de espera del año anterior. Se considera normal un 10% de pérdida de pacientes de la lista por evolución de la enfermedad del paciente o porque es tratado en otro nosocomio o porque debe resolverse como una urgencia. El área realiza un seguimiento telefónico de la lista de espera y no registra los motivos. Para aquellos casos que ingresaron al hospital se puede corroborar en las



historias clínicas las razones la falta de programación de las cirugías. El jefe del Servicio menciona como tales a: transferencia a otro centro de salud; solicitud de alta; el paciente se retira; cambiaron las condiciones de la enfermedad; por deceso; se agrava y deja de ser quirúrgico o lo operan por guardia. A los pacientes que ingresan en lista de espera, se les da normas y pautas de alarma, para que se comuniquen con el servicio. Si el paciente se agrava se realiza la cirugía, ya que se toma como urgente

En el posoperatorio, el paciente es seguido por su médico de cabecera y por el consultorio de residentes.

Las limitantes reportadas para realizar las cirugías de alta complejidad son:

- Falta de disponibilidad de anesthesiólogos (también influye la larga duración de algunas de las neurocirugías).
- Falta de disponibilidad de instrumentadoras: cuando las cirugías son prolongadas, requieren recambio de instrumentadoras. No siempre hay disponibilidad para efectuarlo. Hasta que llega el relevo o, ante la falta de personal para hacerlo, son los residentes de neurocirugía los que realizan la instrumentación.
- Falta de camas de UTI para la recuperación posoperatoria.
- Dificultad o tardanza en la adquisición de elementos protésicos, especialmente cuando la compra es a través del GCBA, ya que hay dificultades en los catálogos, y a través de algunas obras sociales.
- Falta de actualización del instrumental quirúrgico y aparatología, falta de disponibilidad de aparatos (porque no se han comprado o no funcionan por lo que deben alquilarse). Los médicos muchas veces aportan su propio instrumental.
- El jefe de servicio refiere que necesita 2 turnos quirúrgicos de cirugías prolongadas y 2 turnos quirúrgicos de cirugías más cortas, con días intercalados.

Procedimiento de Lista de espera 2013

A fin de analizar y calcular el tiempo de demora se solicitó el libro de lista de espera y el libro de cirugías realizadas.

Sobre ese material se elaboró una grilla con las siguientes variables:

- N° de paciente
- Fecha de inclusión en la lista de espera
- Fecha de la cirugía
- Tiempo de demora
- Cirugía compleja y/o prolongada



A continuación se describen las conclusiones del procedimiento: En un amplio porcentaje (73%) la lista de espera fue resuelta por el Servicio:

Situación según lista de espera 2013	Cantidad
Con intervención quirúrgica	72
El paciente no respondió o no quiso operarse	6
Fallecidos	3
Resuelto en Hemodinamia, Rayos y Proca	4
Cirugías no resueltas a término	6
Resuelto en otras instituciones	5
Total	96

De los 96 pacientes en lista de espera, 72 se resolvieron en el Servicio de Neurocirugía y 24 no se resolvieron allí (3 fallecieron)

Análisis según fecha de cirugía realizada y tiempo de demora

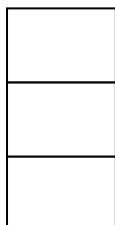
El tiempo de espera en realizarse la cirugía de los 72 pacientes fue de:

Cantidad de pacientes	Tiempo de intervención quirúrgica
20	dentro de los 28 días (alrededor de 1 mes)
13	dentro de los 60 días (alrededor de 2 meses)
6	dentro de los 91 días (alrededor de 3 meses)
10	dentro de los 117 días (alrededor de 4 meses)
9	dentro de los 149 días (alrededor de 5 meses)
3	dentro de los 178 días (alrededor de 6 meses)
4	dentro de los 210 días (alrededor de 7 meses)
2	dentro de los 229 días (alrededor de 8 meses)
2	dentro de los 267 días (alrededor de 9 meses)
3	dentro de los 343 días (alrededor de 1 año)

En tres meses se realizaron 39 cirugías que representa el 54% del total.
(Observación N° 1)

Insumos

La CABA ha catalogado todos los insumos. Los insumos que no son específicos de Neurocirugía se solicitan por catálogo. Los insumos específicos los solicita el jefe de servicio, algunos son de alto costo.



En la practica el circuito de provisión de insumos se demora, con las obras sociales y prepagas no hay problemas.

Equipamiento – aparatología (Observación N° 1)

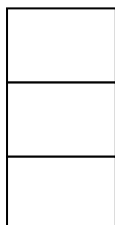
Se verificó que en reiteradas oportunidades se elevaron desde el Servicio una serie de notas solicitando insumos y equipamiento específico. El equipamiento de la planta quirúrgica es del año 1981

La mesa quirúrgica es antigua y no es la adecuada a la especialidad

El instrumental lo trae el jefe de servicio, ya que el que existe no es el adecuado para la calidad de cirugías actuales. La computadora es propiedad del jefe de servicio

El Jefe de División Neurocirugía presento durante el año 2013 al 2015 las siguientes notas solicitando insumos y equipamiento específicos: **(Observación N° 1)**

Fecha	Nota de Pedido
12/03/13	Compra o reparación, en carácter de urgencia, de la camilla utilizada para neurocirugía
07/05/13	Falta de provisión del material solicitado el 21/5/13 se reitera con carácter de urgencia la compra de: -Bipolar de Macro punta de 2mm (2 unidades) -Bipolar de Macro punta de 3mm (1 unidad) -Bipolar de Micro punta de 1mm (2 unidades) -Bipolar de Micro punta de 0,5mm (1 unidad)
25/09/13	Solicita la urgente provisión de un set de autoestáticos de Leyla-Yasargil
25/09/13	Urgente reparación de la mesa quirúrgica afectada a neurocirugía la que posee una movilidad retacional que la torna de difícil control a los efectos de la microneurocirugía
25/08/14	Solicitar la compra de los siguientes insumo imprescindibles para la práctica neuroquirúrgica: - craniótomo y drill de altas revoluciones con fresas correspondientes, para todas las cirugías craneanas -separador autoestático de yasargil leyla, completo, para todas las microcirugías -cliperas y set de clips de titanio, transitoarios y definitivos de todas las formas y tamaños. - cavitador ultrasónico, para cirugías tumorales. - doppler Mizuho para contrl vascular con sondas correspondientes, necesario para cirugías tumorales, vasculares e hipofisarias.
12/03/15	Solicitar la compra con carácter de urgencia de dos brazos retráctiles (vívoras) del separador autoestático de yasargil , imprescindibles para todas las intervenciones neuroquirúrgicas cerebrales.



2) A.Unidad de Cirugía Cardiovascular

El actual Jefe de la Unidad asumió por concurso el año 2011 y se desempeñaba en ese cargo desde el 2008. Formalmente la Unidad depende del Departamento de Cirugía, aunque en realidad funcionan en forma autónoma, dadas las características de ambos servicios, se han pedido modificaciones en la estructura en más de una oportunidad.

El servicio no cuenta con sala de internación, sino que los pacientes para cirugía programada se internan en otras áreas del hospital.

La cirugía cardiovascular (CCV) que se realiza en el Hospital, se considera de la más alta complejidad (Nivel 9), junto con la Neurocirugía y los distintos trasplantes.

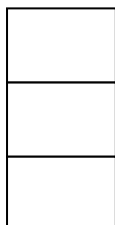
El Jefe de Unidad define que la CCV es de alta complejidad en base a los siguientes criterios:

- Que es técnicamente dificultosa, por lo que necesita que los cirujanos que la realizan estén especialmente capacitados para realizarlas.
- Es de baja incidencia y alto costo.
- Alta mortalidad inherente a la patología que se está tratando, a las comorbilidades que frecuentemente tienen los pacientes e inherentes a las técnicas quirúrgicas empleadas (tienen un riesgo vital implícito).
- Alto índice de morbimortalidad.
- Requiere insumos, aparatología y prótesis de alto costo.
- Necesita de área un cerrada como soporte para la recuperación posquirúrgica (Unidad Coronaria – UCO).
- Requiere de personal de apoyo especializado (enfermería, perfusionista, anestesista, “recuperólogos”)

Recursos Humanos

Personal de planta

Cantidad	Cargo	Horas semanales
1	Jefe de Unidad	40 Hs.
1	Jefe de Sección	40 Hs.
4	Medico de planta	35 Hs.
1	Suplente de Guardia	24 Hs.
1	Psicólogo	35 Hs.



Residentes

Cantidad	Cargo	Horas semanales
1	Jefe de Residentes	9 Hs.
4	Residentes	9 Hs.

Cuenta con un concurrente con pedido de nombramiento de médico de planta

Accesibilidad de los pacientes al servicio

La admisión de los pacientes puede ser por consultorios externos, a través de la guardia externa si se trata de una urgencia o por interconsultas de otros servicios del hospital. También reciben pacientes derivados de otros Hospitales de la CABA y de otras provincias.

Se realiza la evaluación del paciente y se guía la programación quirúrgica de acuerdo a la urgencia del caso.

El paciente es puesto en lista de espera y se le comunica telefónicamente cuando es su turno quirúrgico una vez completados los estudios prequirúrgicos y los pasos administrativos necesarios.

Las listas de espera para el otorgamiento de turnos quirúrgicos tienen una demora de 3-6 meses, presentan un 12% de bajas (porque el paciente fallece durante la espera, se convierte en un paciente de urgencia o se atiende en otra institución).

En el periodo auditado, la Unidad CardioVascular no confeccionaba registros formales de la lista de espera de pacientes sino que se organizaba informalmente. **(Observación N° 2)**

A partir del año 2015, el Servicio comenzó a llevar un registro sistematizado de la lista de espera, de la siguiente manera:

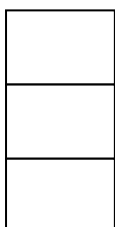
Los pacientes llegan a la 1er consulta con un diagnóstico que implica una cirugía

Se les comunica que puede haber una demora de 2 a 4 meses

Se abre una historia clínica a los pacientes que decidan operarse en el servicio y se los envía a realizarse los estudios pertinentes.

En algunas oportunidades se requiere la realización de cirugía vascular en combinación con otras especialidades, como ginecología, urología, neurocirugía, etc.

El girocama de pacientes de CCV es bajo ya que en general se retarda el alta para conservar la cama (no cuenta con camas propias de recuperación) hasta el momento de internar al paciente que sigue en la lista.



Recurso Físico

Las CCV se realizan en el Quirófano Híbrido que funciona en el área de quirófanos del sexto piso desde el 2013. La obra la hizo el Gobierno de la Ciudad y el equipamiento lo donó la Fundación del Hospital Fernández.

Dicho quirófano se destaca por la alta complejidad que posee al combinar las características de un quirófano general con las de una sala de hemodinamia, permitiendo disponer y convertir ambas técnicas quirúrgicas.

Registros

Se presenta la estadística periódica al Servicio de Estadística del Hospital, pero como formalmente la Unidad CCV se encuentra dentro de la División de Cirugía no se refleja la verdadera actividad quirúrgica que llevan a cabo.

Por dicho motivo, se registra una planilla propia de las cirugías realizadas, donde constan los datos del paciente, el tipo de patología que padece, la fecha quirúrgica y el tipo de cirugía realizada.

Además se confecciona una planilla de atención diaria de consultorios, interconsultas y pacientes fuera de área que se vuelca en soporte tecnológico.

Limitantes para realizar CAC

Al momento de la entrevista no se estaban realizando cirugías cardíacas centrales sino sólo vasculares periféricas, debido a la falta de Técnico Perfusionista. Existe un sólo técnico nombrado en dicha especialidad, y al momento de la entrevista se encontraba de licencia por enfermedad. Se ha solicitado que se concurse un segundo cargo desde 2008. **(Observación N° 2)**

Suspensiones de cirugías programadas por falta de cama en UCO

Se realiza una CCV por semana, aunque se podrían realizar tres. Las limitantes reportadas son: **(Observación N° 2)**

- Suspensiones de cirugías programadas por falta de cama en UCO por ingreso de pacientes desde la guardia. Por tratarse de una guardia abierta se reciben pacientes que deben tener prioridad en el tratamiento, retrasando aquel que se encontraba programado.
- Complicaciones por no poder utilizar las camas de recuperación posquirúrgica del sexto piso por falta de dotación completa de enfermeras. Es necesario agregar que la recuperación de una cirugía cardiovascular es más compleja y prolongada que para otras cirugías, por lo que requiere un monitoreo del paciente más estricto, ello determina la necesidad de un recurso humano, médico y no médico, especialmente preparado para realizarlo.
- La larga duración de las cirugías cardiovasculares. Esto puede determinar que muchas veces se superen las horas de los médicos de planta (por la



cirugía en sí, por presentarse urgencias y por la mayor duración de la recuperación), debiendo agregarse suplencias de guardia.

- Falta de anestesistas, especialmente de guardia para realizar este tipo de cirugías.

No se refieren retrasos por falta de aparatología o insumos para realizar las cirugías.

Notas elevadas por el Jefe del área

El Jefe de Unidad Cardiovascular elevó el 25 de febrero de 2013 una nota al Jefe de Departamento de Cirugía con el siguiente requerimiento ante la inauguración del quirófano híbrido:

- Comenzar a utilizar la superficie contigua a dicho quirófano la cual debe ser refaccionada e instalar tres camas para el traslado de la recuperación actual que se realiza en UCO.
- Aumentar la dotación de personal médico y paramédico

Al 4 de abril de 2014 el hospital contaba con un espacio físico a metros del quirófano híbrido con dos camas apto para Recuperación CV. Este espacio no funciona por falta de personal de enfermería. **(Observación N° 2)**

Con fecha 12 de septiembre de 2014, desde Subdirección se eleva una nota al Director de Región Sanitaria 4 con la solicitud del Jefe de Cirugía Cardiovascular de instalar la recuperación cardiovascular en el área generada a tal efecto para lo cual es necesario aumentar en número de 13 los cargos de enfermería y en 7 cargos de profesionales de planta médicos recuperólogos.

3) A. Unidad de Terapia Intensiva (UTI) (Observación N° 3)

El Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva asumió por concurso desde el año 2015 y formalmente depende del Departamento de Urgencias. Bajo su cargo se encuentran nombrados 1 jefe de Unidad de Terapia Intermedia, 1 Jefe de Unidad de Terapia Intensiva, 2 médicos de planta y 21 médicos de guardia

Define a la UTI como nivel más alto de complejidad (Nivel 9A), dado que tiene neurocirugía de guardia permanente y porque es capaz de suplir todas las funciones orgánicas de un paciente crítico.

El servicio cuenta con 2 subunidades formales y 2 informales. Las dos primeras son las UTI A, que cuenta con 8 camas y la segunda es la terapia intermedia (UTIN) con 12 camas. Las Unidades que aún no se encuentran formalizadas son las de UTI B, con 8 camas y el área posquirúrgica (Cuidado POP) en el 6° piso, anexa a los quirófanos con 6 camas. Entre las unidades formales y las informales totalizan 34 camas.

La Unidad UTI B se abrió en el 2009, ante la epidemia de gripe N1H1 y continúa funcionando con una estructura informal hasta la actualidad. **(Observación N° 3)**

38



Se ha solicitado en varias oportunidades la incorporación de esta unidad a la estructura existente, ya que no permite que se formalicen los puestos de los médicos que trabajan en ella. Cuenta con 8 camas y la dotación médica la compone un médico coordinador con nombramiento de guardia con prolongación horaria “ad honorem” y 7 suplentes de guardias.

Forma parte del sistema de Residencias y Concurrencias del GCBA para la formación de médicos especialistas en Terapia Intensiva, con una dotación de 9 residentes y 8 concurrentes.

El personal de enfermería se encuentra completo por medio de contratos de excepción al momento de la emergencia sanitaria que motivo su creación. Existe la posibilidad de ampliar el número de camas UTI B a 12, pero por la falta de personal no se puede realizar.

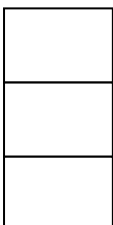
El área de Cuidados POP se aprobó en el año 2003 ante la necesidad de compensar la falta de camas en UTI y UTIN para la realización de cirugías de alta complejidad. La misma cuenta con 6 camas y funciona en el área de quirófanos del sexto piso. Permite la recuperación de pacientes operados en forma programada o de urgencia. Dado que los pacientes POP no requerirían una internación más prolongada que 24-48 hrs, la ventaja de utilizar el área como fue concebida, sería ampliar la disponibilidad de camas en UTI/UTIN para otro tipo de pacientes, especialmente los pacientes críticos que se encuentran en la guardia.

Funciona de lunes a viernes de 8 a 19 hrs. No trabaja las 24 hrs por falta de recurso humano y físico. **(Observación N° 3)** Luego de ese lapso, el paciente puede ser internado en sala clínica si se ha recuperado satisfactoriamente o en UTI/UTIN si su recuperación no ha sido completa, en este último caso, de no contar con cama en esos sectores debe pasar a la guardia.

Accesibilidad de los pacientes al servicio La admisión de los pacientes se realiza principalmente a través de la guardia externa (40%), también pacientes posquirúrgicos, o que, estando internados en otras áreas del hospital, presentan complicaciones críticas que requieren este tipo de tratamientos.

Registros El registro de los pacientes internados en estas áreas críticas, se realiza a través de una base de datos informatizada, con un programa denominado SATICU. En esta se consignan los datos filiatorios del paciente, la patología que padece, los procedimientos médicos a los que ha sido sometido, tanto dentro de la UTI como fuera de esta (colocación de accesos vasculares centrales, fistulas para diálisis, traqueostomía, gastrostomía, etc) y su evolución (pase a otra área del hospital, óbito, alta, etc).

El Jefe de Unidad refirió que, de acuerdo al área programática del Htal Fernández (400.000 habitantes fijos) y la capacidad del Htal de 450 camas de internación y 400-500 cirugías mensuales, el número total de camas de UTI es insuficiente de acuerdo a estándares internacionales. Las camas de UTI se calculan entre el 6 y 12% de las camas de internación de la institución



Se debería contar con 26-52 camas de UTI con asistencia mecánica de ventilación; el Htal cuenta formalmente con 8 camas en esas condiciones y 6 más si contamos las camas informales de la UTI B, disponibles actualmente. Esto determina una sobreutilización del recurso, especialmente en meses de invierno, por aumento de patología respiratoria que determina un aumento estacional de utilización de servicios críticos. Para la UTI B la dotación médica se compone de la siguiente manera: la coordinación es realizada por un médico de guardia con prolongación horaria “ad honorem” y el seguimiento diario por profesionales de UTI A o UTIM. Las guardias son cubiertas por 7 suplentes, con guardias fuera de dotación

Por Resolución N° 1308 del 24 de agosto de 1980 se aprobó en carácter de experimental la distribución por día de la semana de los médicos de Terapia Intensiva. Recurso Humano. Desde el año 1987 se ha instaurado un Plan Piloto en cual los médicos hacen guardias nocturnas de 12 horas, una de ellas pasivas y se reparten las restantes en turnos de 6 horas en la semana. El objetivo de dicho plan es preservar al personal médico, reduciendo el estrés y contar con médicos de planta tanto en el turno mañana como en el vespertino. **(Observación N° 3)**

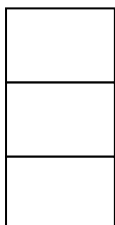
La falta de formalización del área POP y de la UTI B determina que la dotación de médicos nombrados no se encuentre completa (solo se encuentran cubiertas la UTI A y la UTIM) por lo que el resto se cubre con médicos de guardia.

Refirió que la falta de concursos y nombramientos determina que muchos profesionales dejen el servicio. En cuanto al personal de enfermería, también se encuentra incompleto, esto genera por ejemplo, que actualmente no se puedan utilizar todas las camas de la UTI B (deberían funcionar 8 y sólo se pueden utilizar 6). En áreas críticas el número de médicos y enfermeros se encuentra definido por distintos métodos, en general, en relación al número total de camas. Según la resolución ministerial N°748/2014, el recurso humano debe ser de 1 médico especialista cada 7 camas o fracción y 1 enfermero cada 2 camas o fracción)

El Jefe de Unidad informa que el recurso tecnológico (considerando aparatología e insumos) es adecuado para el manejo de los pacientes críticos que se internan en las distintas áreas de UTI.

Limitaciones para cirugías programadas de alta complejidad:

La falta de camas y de personal para su adecuado manejo determina que no se “reserven” camas de UTI para cirugías programadas de alta complejidad. El manejo en estos casos se hace a través del área de Cuidados POP. Diariamente el Coordinador de dicha área, releva la cantidad de camas disponibles en UTI y las cirugías programadas para ese día. De acuerdo a las características de los pacientes y de la cirugía a realizar (o sea su posibilidad de recuperación), y las camas disponibles en distintas áreas del hospital, se confirman o reprograman las cirugías.



Expedientes y Notas (Observación N° 3)

Por expediente 1882359/11 se solicitó la creación de 7 vacantes de médico Especialista en Terapia Intensiva de guardia

Por expediente 1637900/12 la adecuación de los planteles del Departamento de Urgencia donde se incluyó el personal para la UTI B.

Por notas del 1/8/13 y del 12/12/12 elevada por el jefe del área, reitera: “resulta imprescindible normalizar la situación de estos 7 profesionales que trabajan con el mismo régimen que los titulares e interinos pero como usted no desconoce, perciben un haber muy inferior, además de mantenerse en una condición laboral precaria. Esta situación condiciona el hecho de que muchos médicos abandonen el trabajo y sea muy difícil su reemplazo para mantener en funcionamiento las 3 unidades”.

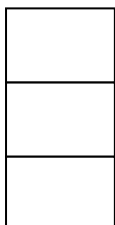
4) A. División de Anestesiología

La Jefa de División de Anestesiología asumió por concurso desde el año 2011. Formalmente depende del Departamento de Cirugía, por carecer éste de Jefe nombrado depende directamente de la Subdirección del Hospital. El tipo de anestesia para cirugías de alta complejidad, se caracteriza por:

- La técnica anestésica es una combinación de anestesia general y bloqueos nerviosos, centrales y/o periféricos para manejo del dolor intra y postoperatorio
- Monotorización de las variables clínicas del paciente en tiempo real mediante canalización invasiva de arterias y venas centrales
- La severa patología de base del paciente que motiva este tipo de cirugía
- El manejo clínico en tiempo real de las comorbilidades que generalmente presentan los pacientes que se someten a este tipo de cirugías.
- La duración del procedimiento anestesiológico que, en general es prolongado o muy prolongado.

Accesibilidad de los pacientes al servicio

Los pacientes a los que se les está programando una cirugía, ya sea de baja o alta complejidad, son derivados por los distintos equipos quirúrgicos para completar los estudios prequirúrgicos con una evaluación anestesiológica. La misma se lleva a cabo en consultorios externos, a cargo de médicos anestesiólogos y los residentes del Servicio. Evalúan si el paciente se encuentra apto para la cirugía o se requieren estudios adicionales. A pesar de estar implementada la evaluación con suficiente antelación, por diversas razones esgrimidas por los Servicios Quirúrgicos hay casos en los que se debe evaluar el paciente el mismo día de la cirugía, lo que motiva, en algunos casos, la suspensión y postergación de la misma. Los pacientes internados, ya sea esperando turno programado de cirugía o por alguna condición clínica no quirúrgica, pueden complicar su estado y requerir cirugía urgente lo que obliga a suspender cirugías programadas y deben ser evaluados durante la



preparación quirúrgica en la sala de URA (Unidad de Recuperación Anestesiológica)

Esto motiva no pocos inconvenientes al tener que balancear los riesgos de realizar una anestesia de un paciente que requería evaluaciones más exhaustivas contra los riesgos de no realizar la cirugía, situación habitual y legalmente contemplada en pacientes intervenidos en el Departamento de Urgencia, pero inadmisibles en el ámbito de cirugías programadas.

Los pacientes que así lo requieran acceden a tratamientos para el dolor agudo o crónico a cargo de un médico anestesiólogo especializado en tratamiento del dolor, realizando en la sala de URA tratamientos invasivos. La grave carencia que refiere el área es la de no poseer consultorio fijo para ver a esos pacientes lo cual obliga a atender en áreas de tránsito público.

Recurso Humano (Observación N° 4) La división cuenta con 10 médicos anestesistas de planta, todos tienen nombramiento para cumplir 30 horas semanales y la Jefa de la División cumple 40 hs semanales, lo que determina su permanencia hasta las 13:30 o 15:30 hrs según el caso y solo 2 profesionales con horario hasta las 19 hs.. Se encuentra un concurso vacante, hay cuatro médicos de licencia por enfermedad y otro cumpliendo tareas pasivas. Según informa la responsable del área desde el año 2011 se ha mantenido estable el número de médicos pero a lo largo de los años se han perdido puestos. Hay que tener en cuenta que en el año 1995 el plantel de médicos anestesiólogos era de 30. Además del plantel de 10 médicos anestesistas dos más fueron nombrados por concurso para realizar cirugía cardiovascular. Ellos dependen formalmente de la División, pero informalmente dependen del Servicio de Cirugía Cardiovascular. Estas cirugías implican alta complejidad y duración prolongada por lo que su disponibilidad es exclusiva para la atención de estos pacientes.

Los médicos anestesistas de guardia dependen del Servicio de Urgencias y habitualmente hay conflicto de competencia en casos de cirugías puntuales. Por ejemplo, el Servicio de Urología no cuenta con médico urólogo de guardia; si ingresa por guardia un paciente que requiere intervención urológica de urgencia debe esperar a la mañana siguiente.

Registros: Se completa un formulario de evaluación anestesiológico por cada paciente y se completa en el quirófano una ficha con la técnica anestesiológica que se realiza y la evolución clínica del paciente en el período intraoperatorio y luego enfermería en otra ficha evoluciona en URA.

Llevar registros diarios con datos del paciente, tipo de cirugía realizada, tipo de anestesia y su duración. En forma mensual se realizan las estadísticas mensuales de la información mencionada consignando cantidad de cirugías que debieron suspenderse y motivos.



Limitantes para realizar CAC

El Jefe de Quirófanos recibe diariamente los pedidos de cada especialidad quirúrgica y de acuerdo a diversos parámetros (quirófanos, instrumentadoras, médicos anesthesiólogos disponibles, solicitud de Rx, etc) realiza la programación quirúrgica para el día siguiente, la envía al Jefe de Anestesiología para asignación de profesionales.

Uno de los problemas con los que se encuentra la Jefatura es la programación de cirugías muy prolongadas (hasta 12 hs) incluso 2 o 3 quirófanos en un mismo día o muchas cirugías por quirófanos, situaciones que superan ampliamente el horario del recurso humano.

Otras limitantes extra-anestesiológicas para no cumplir la lista programada son:

- Falta de cama UTI o UCO si el paciente requiere cuidados intensivos postoperatorios inmediatos.
- Falta de componentes sanguíneos
- Particularmente en cirugías traumatológicas, que no llegue a tiempo el material protésico de las ortopedias que lo proveen o llegue en condiciones de esterilidad adecuadas.

Necesidades del servicio:

Elevar la cantidad de recurso humano:

- Médicos anesthesiólogos hasta la cantidad histórica necesaria (30 como mínimo)
- Técnicos en anestias: 14 técnicos entre turno mañana y tarde
- En cuanto al recurso material, se encuentra cubierto lo mínimo indispensable para realizar anestias hasta mediana complejidad. Falta equipamiento para procedimientos más complejos, como fibroscopía óptica para acceder a vías aéreas difíciles y aparatología de monitorización específica como medición del gasto cardíaco o medidores de profundidad anestésica, lo que en cirugías complejas optimiza el manejo terapéutico del paciente en el intraquirúrgico, condicionando favorablemente la evolución postquirúrgica. **(Observación N°4)**

El Servicio cuenta con un ecógrafo portátil, insumo imprescindible de múltiples aplicaciones en anestesiología, donado por Fundación Schachter.

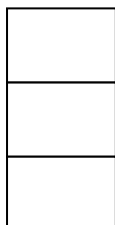
Las mesas de anestesia en uso tienen una antigüedad de 26 años y han dejado de fabricarse, lo que dificulta la obtención de repuestos. **(Observación N°4)**



La información estadísticas aportada por el área (tomando la totalidad de las cirugías) es:

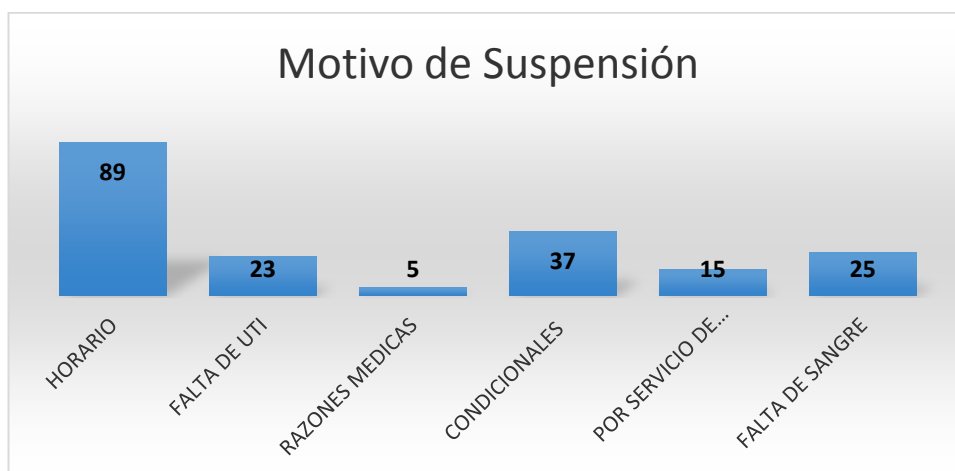
Año 2013	anestesiadas realizadas	Suspendidas
ene-13	298	18
febrero	198	11
marzo	235	22
abril	270	18
mayo	323	20
junio	323	20
julio	330	30
agosto	300	12
septiembre	301	9
octubre	330	16
noviembre	330	10
diciembre	281	10
TOTAL	3284	194

Año 2014	anestesiadas realizadas	Suspendidas
enero	320	11
febrero	277	10
abril	273	31



mayo	274	23
junio	259	22
julio	310	20
agosto	265	9
septiembre	310	16
octubre	332	11
noviembre	279	8
diciembre	289	7
TOTAL	3188	168

El Gráfico siguiente muestra los motivos de Suspensión informados por el área

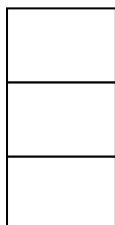


Condicional: Si no se hace la primera cirugía programada se continúa con las condicionales para aprovechar el quirófano.

5) A. Unidad Coronaria - UCO

La Unidad depende del Departamento de Cardiología. Su responsable asumió por concurso el año 2005

El servicio cuenta con 10 camas de internación, aunque una de ellas debe utilizarse como “depósito” por las características físicas de la Unidad. **(Observación N° 5)**



Esta Unidad es un apoyo fundamental para el desarrollo normal de la cirugía cardiovascular (CCV) que se realiza en el Hospital y cuenta con el nivel de complejidad correspondiente para cumplir esta función.

Se atienden alrededor de 500 pacientes/ año: alrededor del 25% por infarto agudo de miocardio (IAM), el 30% por insuficiencia cardíaca y 20% por angina inestable, casi todos estos pacientes se tratan por Hemodinamia, la minoría ingresan en el posoperatorio de CCV o por otras patologías.

Accesibilidad de los pacientes al servicio

La admisión de los pacientes puede ser por consultorios externos, a través de la guardia externa si se trata de una urgencia y los pacientes postquirúrgicos de CCV, Hemodinamia y Electrofisiología que requieran cuidados críticos.

Recurso Humano

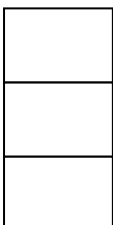
En UCO cuentan con 2 médicos especialistas en cardiología de planta, dependientes de Cardiología, otro de guardia (7/semana) dependientes del Dto de Urgencia que junto con otros dos cardiólogos de guardia permanecen en la guardia externa. Hay dos cargos de cardiólogo de guardia que están vacantes y uno de ellos lleva una demora de un año. **(Observación N°5)**

Recurso Físico

La UCO presenta, dificultades estructurales, el espacio se redujo a partir de la creación de la zona de Hemodinamia en 2005 . Esto determina que no cumpla con reglamentaciones propias de un área de cuidado crítico (son las mismas que para UTI) como la doble circulación, contar con acceso restringido (se encuentra rodeada por los consultorios externos de cardiología), algunos pasillos se encuentran bloqueados por depósitos de máquinas y aparatos sin uso, no cuentan con suficiente espacio para oficinas para la jefatura y para enfermería. **(Observación N°5)**

Recurso tecnológico

Cuentan con 10 monitores multiparamétricos y 3 respiradores para la complejidad de los pacientes habituales. Como único medio de apoyo circulatorio mecánico tienen el balón de contrapulsación pero con una consola antigua que ocupa mucho espacio. **(Observación N°5)**



Registros

Se presenta la estadística periódica al servicio de Estadística del Hospital y cuentan con estadísticas propias

Limitantes para realizar CAC

Una de las dificultades que se presenta es que los pacientes estables no pueden pasar a cardiología ya que solo cuenta con 6 camas que resultan insuficientes

6) A. Unidad Quirófano

Su responsable se encuentra a cargo desde julio de 2007 y su nombramiento es de Médico traumatólogo de planta

Horarios de atención del Servicio

Para el responsable del área lo que determina la alta complejidad en el servicio es la prolongación de las cirugías, el tipo de patologías y la complejidad de la aparatología

Los quirófanos no tienen una ocupación del 100% las 24 hs.

El horario en que se comienza la preparación y adecuación de los quirófanos es a las 6 de la mañana

La distribución de las Neurocirugías, de las cirugías cardiovasculares y las cirugías de guardia es la siguiente:

N°2. Guardia y urgencia. Depende de la guardia no del Depto de Cirugía

N° 3. Neurocirugía: días martes, miércoles y viernes

N°10. Cardiovascular (Híbrido): miércoles cirugía cardiovascular, jueves Vascular periférica y martes estudios cardiológicos.

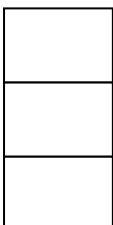
Accesibilidad de los pacientes

Los pacientes acceden al quirófanos según los listados presentados por los distintos jefes de área, o de la guardia por urgencias o del sistema PROCA que programa con una semana de anticipación todas las cirugías de baja complejidad y riesgo, son ambulatorias o de internación breve.

Insumos

Para el abastecimiento del quirófano se necesitan los insumos de orden general, cuya compra la realiza el hospital, y los específicos de uso quirúrgico cuya compra se hace por pedido directo.

Quirófano incluye los pedidos de compras en licitaciones, maneja un stock básico de insumos cuyo cálculo estimativo surge del uso de los mismos en su movimiento mensual.



A medida que disminuye la cantidad de los mismos, o en el caso de que algún servicio requiera un elemento en particular, se solicita a través de nota de pedido firmada por el jefe. Esa nota se eleva a la Comisión de Necesidades que se reúne los días martes, conformada por la jefa de Farmacia, la jefa de Clínica Médica, el jefe de Diagnóstico por Imágenes, el jefe de Auditoría Médica y la Subdirección administrativa.

Esta comisión determina la urgencia y viabilidad de la compra y, aprobada la misma, se la remite a la ARD (Dirección Administrativa), quien lo gira a Compras del hospital.

Por falta de espacio físico en Farmacia, cada proveedor entrega el pedido en cada servicio.

La jefa de sección de quirófano, archiva los recibos además de llevar registro de stock propio.

Registros

Lista de cirugías diarias (informatizado)

Estadísticas diarias propias del servicio (informatizado)

Listado de cirugías realizadas y de suspensiones: se eleva a División Estadísticas una vez por mes (informatizado)

Libros diarios de quirófanos.

Equipamiento - aparatología

Para Neurocirugía se alquila una torre laparoscopia tridimensional.

Todo el equipamiento que se alquila se realiza a través del sistema de compras del hospital

Existe otra torre laparoscopica donada por la fundación del hospital

Las mesas de anestesia tienen mantenimiento efectivo

Espacio Físico

El área cuenta con 10 quirófanos en el 6to piso del hospital.

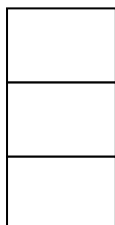
Cabe mencionar que, aproximadamente desde el año 2002 y hasta mayo del 2007 funcionaban solo 6 quirófanos y se fueron habilitando el resto a medida que se terminaron las remodelaciones y llegó equipamiento nuevo y faltante (mesas de operaciones y de anestesia).

El quirófano 10 (híbrido), se acondicionó con Sistema de Presión Negativa para la realización de broncoscopia en forma aislada,

El sector cuenta, además, con una sala de recuperación anestésica que incluye el espacio del original quirófano 10.

Los quirófanos 7 y 9 se están remodelando

El quirófano 2 pertenece exclusivamente a la Guardia, en el caso de mayor necesidad se dispone también el quirófano 1. Es un quirófano que solo se usa para la guardia y no se puede usar aunque este vacío

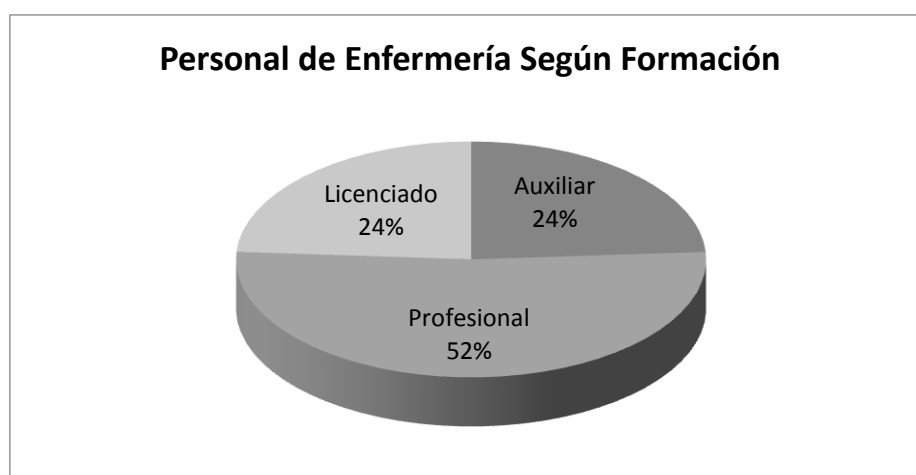


7) A. Sub Gerencia de Enfermería

El Sub Gerente de Enfermería fue nombrado en septiembre de 2013 de acuerdo a la Resolución N° 260 que modifica la estructura. Se aprobó la nueva estructura de enfermería, con presupuesto 2014 sólo para los cargos de conducción de Departamento, División y Sección.

El Departamento de Enfermería cuenta con una dotación de 540 agente:

Nivel de Formación	Hospital Fernández
Auxiliar	130 (24%)
Profesional	280 (52%)
Licenciado	130 (24%)

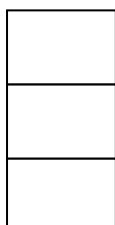


Elaboración propia con los datos entregados por el Jefe del Departamento

Para el año 2013, la distribución de personal y cantidad total es la siguiente:

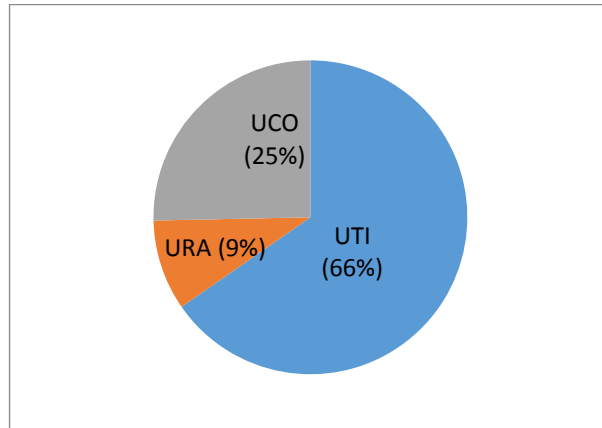
Servicio	Licenciados	Enfermeros	Auxiliares	Total	Camas
UTI A y B	16	30	3	49	22
URA (POP)	4	2	1	7	7 reales (12 en organigrama)
Unidad Coronaria	4	12	3	19	9 reales (10 en organigrama)

Según la Resolución 194/95, las cirugías consideradas dentro del marco de la Alta Complejidad, están contempladas en el Nivel III (alto riesgo). Para dicho nivel, la razón enfermero-cama establecida es de 1/0,66, lo cual en números enteros define una relación de 2 enfermeros por cama. Siguiendo este cálculo, y tomando en cuenta el número de camas reales, la cantidad de enfermeros para cada área debería ser de 44 enfermeros para UTI, 14 enfermeros para URA (POP) y 18 enfermeros para UCO. Los datos obtenidos dan cuenta de que para el año



2013 solamente el área de recuperación anestésica (URA/POP) no lograba cubrir las necesidades requeridas en la mencionada resolución. **(Observación N° 6)**

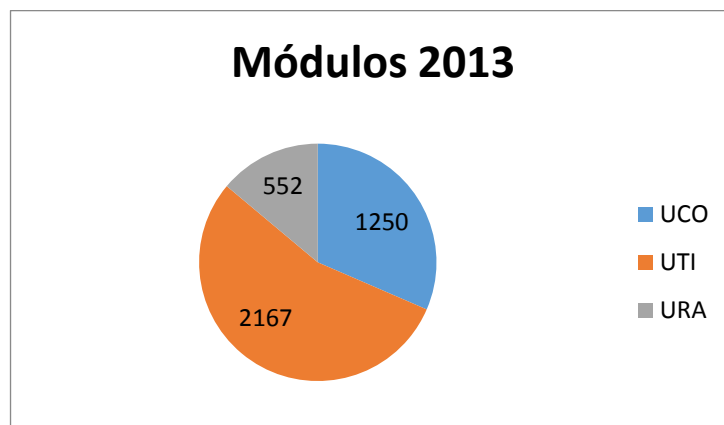
Distribución de personal según área (año 2013)



Modulos 2013

Asimismo la distribución de Módulos en dicho año en las áreas de Unidad Coronaria (UCO), Terapia Intensiva (UTI) y Unidad de Recuperación Anestésica (URA o POP) fue la siguiente:

Servicio	Años
UCO	1250
UTI	2167
URA	552



Se observa que la mayor cantidad de módulos fueron utilizados en el área UTI, seguida por el área de Unidad Coronaria (UCO) y finalmente el área de recuperación anestésica (URA).

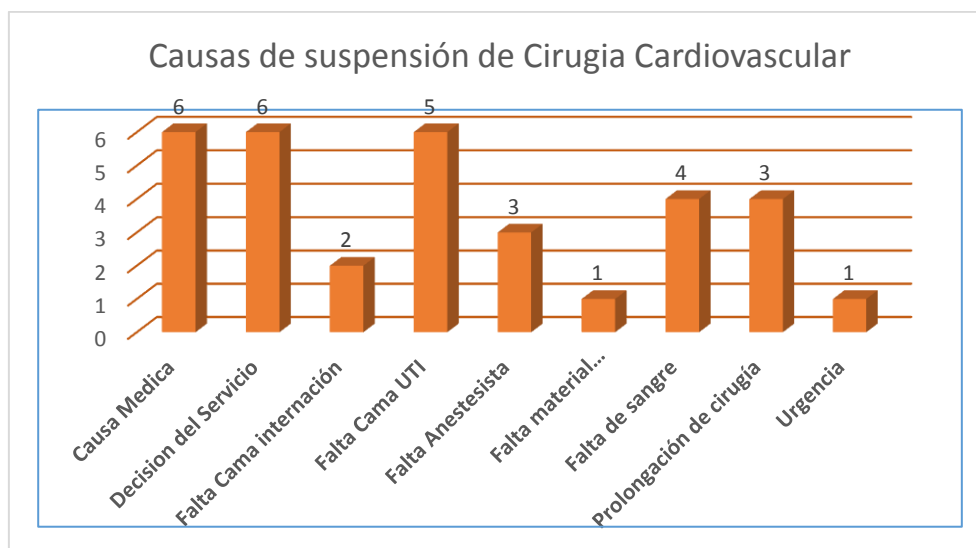
8) A. Análisis de Bases de Datos

Se analizaron las bases de quirófanos de Cirugía Cardiovascular y de Neurocirugía a fin de obtener datos globales y específicos de las Cirugías de Alta Complejidad efectuadas durante el 2013. Asimismo, se compararon los datos mencionados con las Bases de Datos de los servicios involucrados.

Cirugía Cardiovascular (**Observación N° 7**)

La totalidad de registros de la base suma 277 de los cuales 116 corresponden a Cirugías de Alta Complejidad y atañen a 83 pacientes.

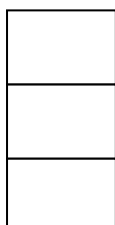
De este total de pacientes, hubo 31 casos con suspensión de cirugía que corresponde a 24 pacientes:



Cabe aclarar que por paciente pudo haber más de motivo de suspensión.

A fin de analizar a estos 24 pacientes y su situación posterior, se registraron los motivos de suspensión y, si hubo fecha de intervención, el cálculo de días desde la fecha de internación a la de cirugía:

Paciente	Fecha 2013	Causa de suspensión	Fecha intervención	de	Días internación desde a
1	5.9	causa medica	6.9		2
2	21.8	falta cama internación			
	22.8	prolongación cirugía anterior			
3	4.12	prolongación cirugía anterior			
	5.12	prolongación cirugía anterior			
4	15.3	falta anestesiista	22.3		8

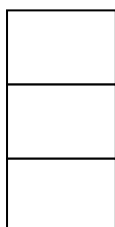


5	13.2	falta sangre		
	14.2	falta sangre	19.2	6
6	11.7	S/D		
7	30.5	decisión del servicio		
	11.6	falta sangre	27.6	17
8	4.9	causa medica		
	2.1	decisión del servicio		
9	31.1	falta cama UTI	1.11	2
10	17.1	falta anestesista		
11	29.1	causa medica	5.2	8
12	4.4	falta anestesista		
13	28.11	causa medica		
14	31.7	causa medica		
15	10.1	decisión del servicio		
	24.1	falta cama internación	31.1	8
16	11.9	causa medica		
	12.9	falta material osteosíntesis	13.9	2
17	5.12	prolongación cirugía anterior	12.12	8
18	10.1	decisión del servicio	11.1	2
19	31.7	falta cama UTI	1.8	2
20	19.6	falta cama UTI		
	27.6	falta cama UTI	16.7	28
21	24.1	falta sangre		
	14.3	falta cama UTI		
22	13.11	urgencia	20.11	8
23	25.4	decisión del servicio		
24	9.8	decisión del servicio		

Suspensión por causa médica se relaciona directamente con el problema de salud del paciente, en tanto, suspensión por decisión del servicio responde a diversas causas internas.

El promedio desde la fecha de internación a intervención quirúrgica fue de 7.7 días. Hubo 11 casos que no consta fecha de intervención posterior a la suspensión de la cirugía y en 5 de ellos (2,3,10,12,21) se mencionan causas ajenas a criterio médico y no se reprogramaron.

Del análisis de la Base de Datos que lleva la Unidad Cardiovascular, se verificó que en 3 casos (3,12 y 21) se efectuó la intervención quirúrgica en las fechas que indica el siguiente cuadro:

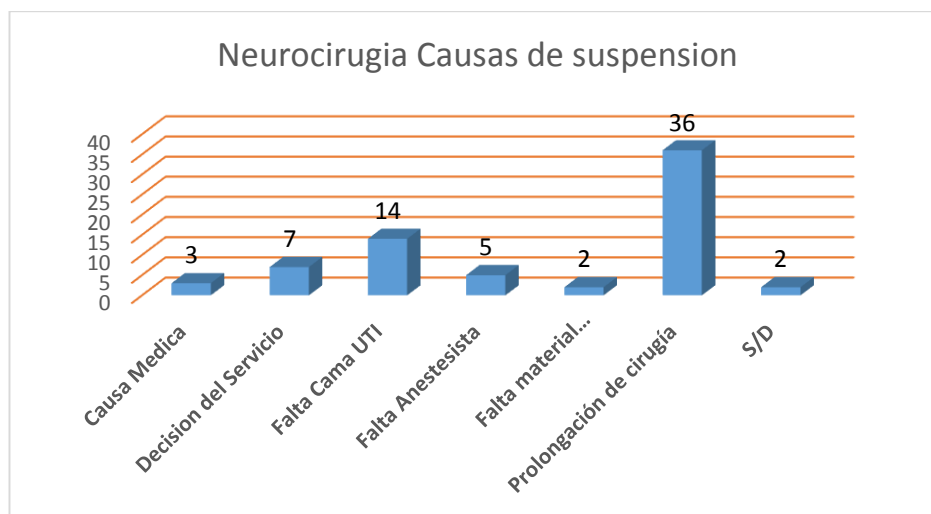


Numero de paciente	Fecha de intervención	Fecha de intervención	Cantidad de días transcurridos
3	04/12/13	07/05/14	154
12	04/04/13	05/04/13	1
21	24/01/13	21/03/13	56

Asimismo, el paciente n° 6 que figuraba Sin Datos en la Base de Quirófanos consta con fecha de intervención realizada el 11/7/2013 en Base de Datos de la Unidad Cardiovascular.

Neurocirugía (Observación N° 7)

La totalidad de registros de la base suma 332 de los cuales 181 corresponden a Cirugías de Alta Complejidad y atañen a 108 pacientes. De este total de pacientes hubo 69 suspensiones cirugía que corresponden a un total de 48 pacientes.



Cabe aclarar que por paciente pudo haber más de motivo de suspensión.

A fin de analizar a estos 48 pacientes y su situación posterior, se registraron los motivos de suspensión y, si hubo fecha de intervención, el cálculo de días desde la fecha de internación a la de cirugía:

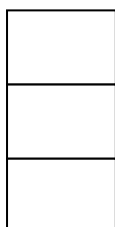


Paciente	Fecha 2013	Causa de suspensión	Fecha de intervención quirúrgica	Días desde internación a intervención
1	16.1	prolongación cirugía anterior	18.1	3
2	25.9	decisión servicio		
3	20.9	causa médica		
4	2.9	falta cama UTI	18.9	17
5	27.11	prolongación cirugía anterior		
6	18.2	decisión servicio	6.3	17
7	31.7	prolongación cirugía anterior	2.8	3
8	18.12	prolongación cirugía anterior		
9	27.5	prolongación cirugía anterior		
10	18.1	decisión servicio		
11	16.1	prolongación cirugía anterior	23.1	8
12	30.1	decisión servicio		
	4.11	falta cama UTI		
	6.11	falta cama UTI		
13	13.11	prolongación cirugía anterior	20.11	8
14	18.3	falta cama UTI	20.3	3
15	8.7	prolongación cirugía anterior	3.6	27
16	20.5	prolongación cirugía anterior		
	29.5	prolongación cirugía anterior		
	3.6	causa médica	5.6	17
17	20.11	prolongación cirugía anterior		
18	6.2	prolongación cirugía anterior		
	13.2	decisión servicio	18.2	13
19	12.8	falta anestésista	23.8	12
20	1.2	decisión servicio		
	13.2	decisión servicio	8.3	
21	14.6	prolongación cirugía anterior	17.6	4
22	30.1	prolongación cirugía anterior		
23	2.1	falta cama UTI	9.1	8
24	10.6	falta anestésista	12.6	3
25	6.11	prolongación cirugía anterior	8.11	3
26	6.3	suspensión condicional		
	20.3	prolongación cirugía anterior	27.2	No coinciden fechas
27	19.6	prolongación cirugía anterior	24.6	6
28	29.7	falta cama UTI	31.7	3
29	11.11	falta anestésista	13.11	3

30	28.1	falta cama UTI	13.11	17
31	22.4	prolongación cirugía anterior		
32	28.1	causa médica		
	30.1	prolongación cirugía anterior		
33	16.9	falta cama UTI	23.9	8
34	16.9	prolongación cirugía anterior		
	23.9	prolongación cirugía anterior	16.1	31
35	29.4	prolongación cirugía anterior	3.5	7
36	6.9	prolongación cirugía anterior		
	9.6	prolongación cirugía anterior		
37	21.1	falta anestesista		
38	23.1	prolongación cirugía anterior		
	28.1	falta cama UTI	30.1	8
39	2.1	error administrativo		
	22.4	prolongación cirugía anterior		
40	4.9	prolongación cirugía anterior	9.9	6
41	8.5	falta material osteosíntesis	15.5	8
42	7.8	S/D		
	14.8	suspensión condicional		
	21.8	falta material osteosíntesis	26.8	20
43	6.5	falta cama UTI		
	13.5	falta cama UTI		
	15.5	prolongación cirugía anterior	20.5	15
44	15.6	prolongación cirugía anterior		
45	17.7	prolongación cirugía anterior	22.7	6
46	24.7	prolongación cirugía anterior	26.7	3
47	2.9	falta cama UTI	4.9	3
48	3.7	falta cama UTI		
	10.7	falta cama UTI	17.7	15

El promedio desde la fecha de internación a intervención quirúrgica fue de 9.25 días. En 15 oportunidades se suspendió la cirugía sin que conste posterior programación y en 11 de ellos se mencionan causas ajenas a criterio médico y no se reprogramaron de acuerdo al registro del Libro de Quirófanos (Paciente 5,8,9,12,17,22,31,36,37,39,44).

Según información aportada por el Jefe de Neurocirugía a partir de la lectura del libro de cirugías del servicio (no cuenta con registros informáticos) del total de estos 15 pacientes, 9 fueron operados, 2 corresponden a intervención del Servicio



de Ortopedia y Traumatología, 1 paciente falleció, 1 paciente se agravo su estado de salud y 2 no están registrados en Neurocirugía.

De acuerdo a este registro, fueron suspendidas 25 cirugías: 14 por falta de anestesista, 8 por falta de cama en UTI, 2 por falta de insumos y 1 por causa médica

9) A. Análisis información estadística (Observación N° 8)

A continuación se describirán 3 fuentes de información estadística (entrevista y base de datos de responsables de la Unidad Cardiovascular y de la División Neurocirugía y Base de Datos de la Unidad de Quirófanos) sobre cirugías efectuadas durante 2013 y 2014:

1) **Unidad de Quirófanos** aportó los siguientes datos estadísticos:

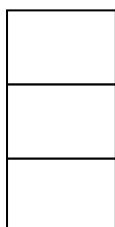
Cardiovascular Año 2013

CARDIOVASCULAR	INTERNADO	AMBULATORIO	TOTAL
ENERO	8	1	9
FEBRERO	9	5	14
MARZO	10	1	11
ABRIL	13	3	16
MAYO	13	3	16
JUNIO	14	0	14
JULIO	11	3	14
AGOSTO	10	2	12
SEPTIEMBRE	10	4	14
OCTUBRE	15	5	20
NOVIEMBRE	10	1	11
DICIEMBRE	8	3	11
	131	31	162

El total de cirugías de Alta Complejidad Cardiovascular asciende a 80

Neurocirugía 2013

NEUROCIRUGIA	INTERNADO	AMBULATORIO	TOTAL
ENERO	7	1	8
FEBRERO	7	1	8
MARZO	13	1	14
ABRIL	16	0	16
MAYO	15	1	16
JUNIO	12	0	12
JULIO	14	0	14
AGOSTO	11	0	11



SEPTIEMBRE	14	0	14
OCTUBRE	10	1	11
NOVIEMBRE	11	0	11
DICIEMBRE	12	0	12
	142	5	147

El total de cirugías de Alta Complejidad de Neurocirugía asciende a 102

Cardiovascular Año 2014

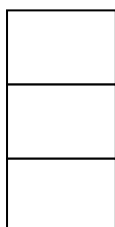
CARDIOVASCULAR	INTERNADO	AMBULATORIO	TOTAL
ENERO	5	8	13
FEBRERO	6	3	9
MARZO	12	2	14
ABRIL	10	9	19
MAYO	10	7	17
JUNIO	9	9	18
JULIO	19	7	26
AGOSTO	8	10	18
SEPTIEMBRE	11	9	20
OCTUBRE	13	4	17
NOVIEMBRE	12	5	17
DICIEMBRE	8	10	18
	123	83	206

El total de cirugías de Alta Complejidad Cardiovascular asciende a 56

Neurocirugía 2014

NEUROCIROGIA	INTERNADO	AMBULATORIO	TOTAL
ENERO	13	1	14
FEBRERO	11	0	11
MARZO	13	0	13
ABRIL	15	0	15
MAYO	12	0	12
JUNIO	13	0	13
JULIO	13	1	14
AGOSTO	13	0	13
SEPTIEMBRE	15	0	15
OCTUBRE	14	0	14
NOVIEMBRE	10	0	10
DICIEMBRE	10	0	10
	152	2	154

El total de cirugías de Alta Complejidad de Neurocirugía asciende a 90



2) La base de Datos de la Unidad Cardiovascular registró la siguiente información:

Año 2013: 107 intervenciones de Alta Complejidad:
37 pacientes con Obra Social
70 sin cobertura

Año 2014: 81 intervenciones de Alta Complejidad
23 con Obra Social
58 sin cobertura

Neurocirugía: (Observación N° 8)

No cuenta con una base de datos informatizada ni personal administrativo, por lo tanto, los registros los llevan en forma manual en un libro preparado para tal fin.

De la lectura del libro se desprenden los siguientes datos:

Año 2013: Del total de 327 cirugías 125 fueron de cirugías de alta complejidad

Año 2014: Del total de 316 cirugías 129 fueron de cirugía de alta complejidad

La información estadística no coincide y una de las razones expresadas por los jefes de área es que en general el servicio pasa más cirugías de las que posiblemente va a realizar, dado que si hay algún inconveniente con la cirugía anterior, se realiza otra y no se pierde el turno de quirófano.

10) A. Procedimiento sobre información estadística

El Sector de Estadísticas elabora Informes Estadísticos de Hospitalización que se elevan al Ministerio de Salud.

Datos de población

Al momento del relevamiento en el sector contaban con Informes de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2014 correspondientes al Depto Quirúrgico - División Neurocirugía.

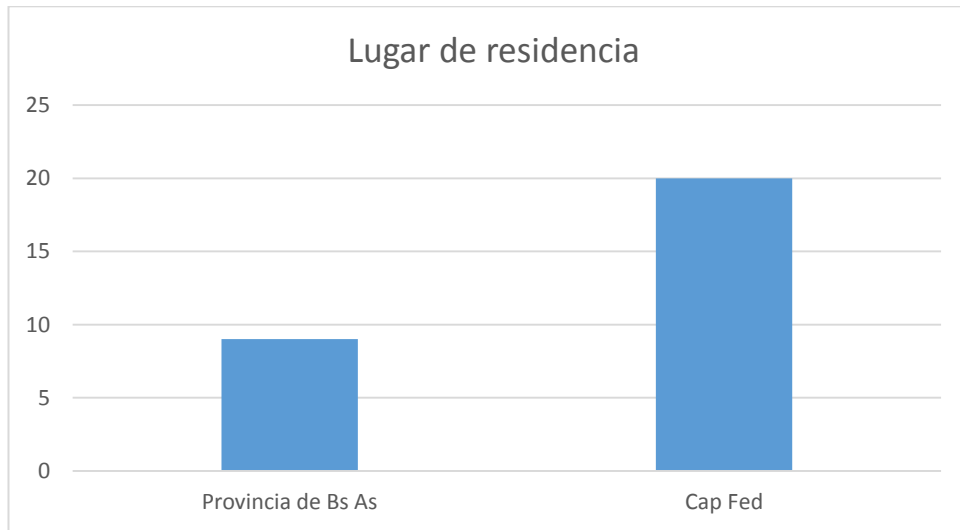
Del total se escogieron aquellos pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente y que fueron dados de alta en los meses de referencia.

Meses	*Pacientes
octubre	11
noviembre	11
diciembre	11
Total	33

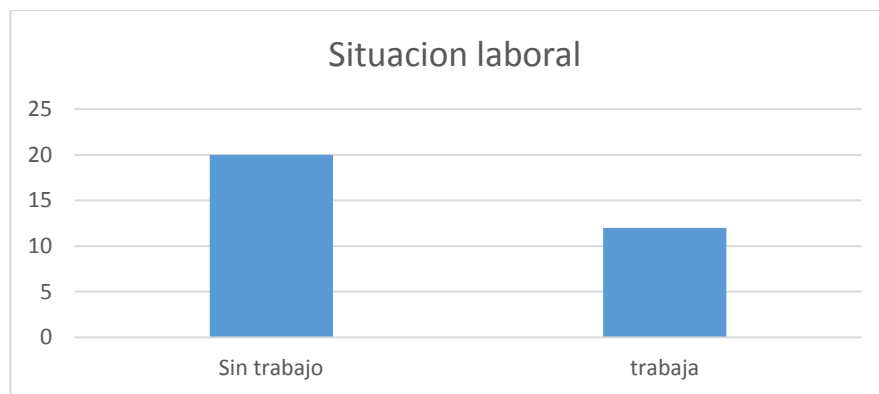
*Pacientes intervenidos quirúrgicamente

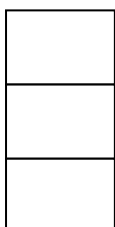
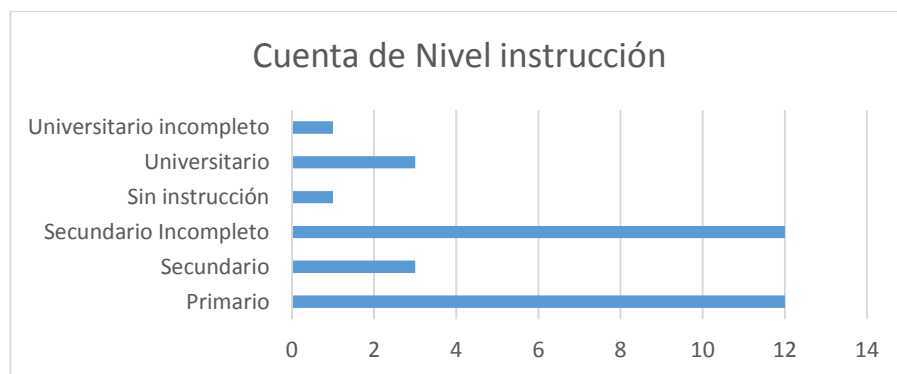
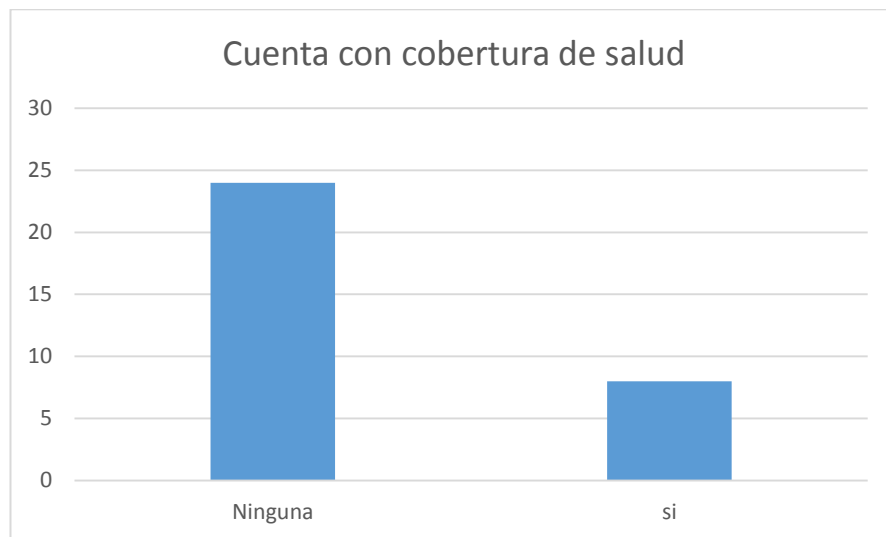
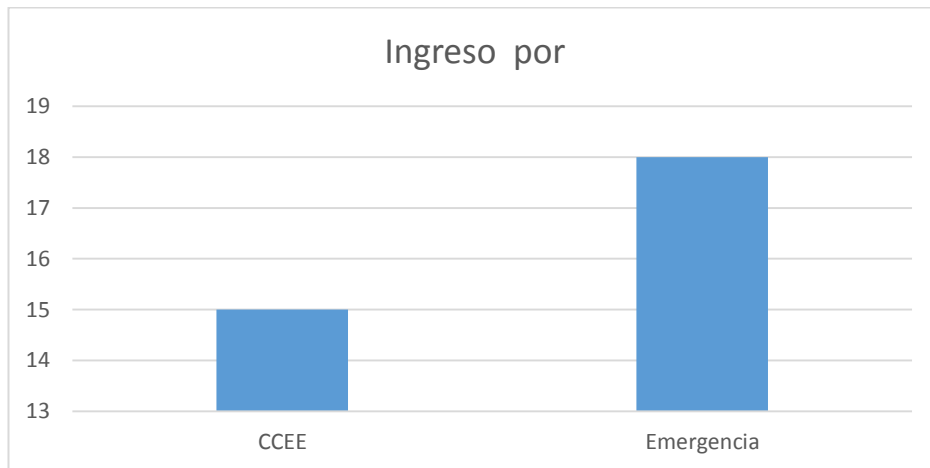
Del total de 33 intervenciones quirúrgicas 16 fueron conceptualizadas como de Alta Complejidad según el Depto Quirúrgico.

Datos generales de los 33 pacientes:



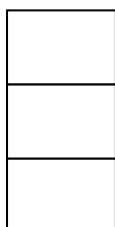
Dos pacientes provienen del interior del País (San Luis- Sta. Cruz)





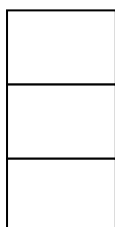
El cuadro siguiente describe la situación de estos 33 pacientes desde la fecha de ingreso hasta la fecha de egreso. El promedio estada fue de 28 de días.

Fecha ingreso	Fecha Egreso	Días estada
09/08/14	06/10/14	58
22/09/14	06/10/14	14
25/08/14	06/10/14	43
29/09/14	09/10/14	10
06/10/14	10/10/14	4
26/09/14	15/10/14	19
06/10/14	16/10/14	10
26/09/14	20/10/14	25
18/09/14	22/10/14	44
17/10/14	27/10/14	11
20/10/14	27/10/14	7
20/10/14	03/11/14	15
16/10/14	03/11/14	19
26/08/14	04/11/14	69
21/08/14	06/11/14	76
14/08/14	10/11/14	77
03/11/14	10/11/14	7
25/10/14	12/11/14	18
13/09/14	14/11/14	67
17/11/14	22/11/14	5
28/10/14	25/11/14	28
11/11/14	30/11/14	29
20/11/14	01/12/14	12
13/11/14	01/12/14	18
12/11/14	03/12/14	21
26/11/14	03/12/14	7
27/10/14	04/12/14	64
26/10/14	05/12/14	40
01/12/14	14/12/14	13
16/12/14	23/12/14	7
02/12/14	24/12/14	22
12/11/14	29/12/14	47
11/12/14	30/12/14	19



En el cuadro siguiente se describen los casos de 16 pacientes (resaltados) con intervención de Alta Complejidad según el Depto Quirúrgico y el cálculo en días desde el ingreso hasta la fecha de operación. En promedio la cantidad transcurrido fue de 17.9 días.

Fecha ingreso	Fecha operación Alta Complejidad	Cantidad de Días
09/08/14	12/09/14	35
22/09/14	25/09/14	4
25/08/14	27/08/14	
29/09/14	03/10/14	
06/10/14	07/10/14	
26/09/14	26/09/14	1
06/10/14	06/10/14	
26/09/14	10/10/14	
18/09/14	18/09/14	
17/10/14	17/10/14	1
20/10/14	21/10/14	
20/10/14	28/10/14	9
16/10/14	28/10/14	13
26/08/14	10/09/14	16
21/08/14	29/10/14	70
14/08/14	29/09/14	
03/11/14	04/11/14	2
25/10/14	25/10/14	
13/09/14	22/10/14	40
17/11/14	12/11/14	
28/10/14	05/11/14	9
11/11/14	18/11/14	
20/11/14	25/11/14	
13/11/14	13/11/14	
12/11/14	19/11/14	8
26/11/14	26/11/14	
27/10/14	27/11/14	32
26/10/14	26/10/14	
01/12/14	12/12/14	
16/12/14	16/12/14	
02/12/14	11/12/14	10
12/11/14	17/12/14	36
11/12/14	11/12/14	1



En el cuadro siguiente se describen algunos aspectos de los 16 pacientes de alta complejidad intervenidos:

Lugar de residencia			Situación laboral			Ingreso por:	
	Prov. de Bs. As.	S/D	Trabaja	No trabaja	S/D	CCEE	Emergencia
14	1	1	11	4	1	9	7

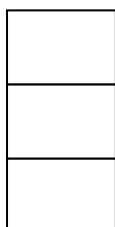
Es de destacar que del total de 16 pacientes, 7 ingresaron por Emergencia confirmando lo expresado en varios puntos de este informe en el sentido de la influencia que tienen las intervenciones de urgencia sobre las programadas.

Registro Diario de camas

El Sector de Estadísticas desde el año 2015 lleva un registro diario de camas. En el formulario se contabiliza Dotación, Disponibilidad, Camas Bloqueadas y Motivo. Los fines de semana y feriados no se cumplimentan y el día hábil siguiente se incorpora.

El cuadro siguiente describe que durante el mes de marzo, del total de camas de 359, en promedio, se disponía de 336.

Fecha	Dotación Total de Camas	Camas Disp.
02/03/15	359	318
03/03/15	359	319
04/03/15	359	328
05/03/15	359	328
06/03/15	359	318
10/03/15	359	339
11/03/15	359	341
12/03/15	359	341
13/03/15	359	341
17/03/15	359	343
18/03/15	359	345
19/03/15	359	334
20/03/15	359	347
25/03/15	359	345
26/03/15	359	342
27/03/15	359	343
30/03/15	359	344



En función del proyecto de auditoría, se seleccionaron tres áreas:

Dotación total de camas:

U. Coronaria	10
Neurocirugía	12
T. Intensiva	16

Durante el período de análisis, UTI contó con 12 camas disponibles motivado por reformas y UCO con 9 por depósito de enfermería.

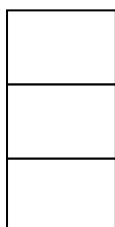
Neurocirugía funcionó con la totalidad de su dotación.

11) A. Relevamiento y análisis del equipamiento e instrumental específico correspondientes a las cirugías de Alta Complejidad seleccionadas

Servicio de Neurocirugía (Observación N° 9)

A fin de dar cuenta de la existencia y adecuación del equipamiento e instrumental necesarios para la realización de cirugías de alta complejidad en el área de neurocirugía, se procedió primero a identificar la aparatología necesaria, según surge de la información brindada por el jefe del área. Los equipos e instrumentales identificados son los siguientes:

INSTRUMENTAL	EQUIPAMIENTO
AUTOESTATICO LEYLA YASARGIL (2)	MESA RADIOLUCIDA MULTIARTICULADA
SET MICRODISectores ROTHON	LAMPARAS CIALITICAS
SET MICROTIJERAS NEUROQUIRURGICAS (fuera de uso)	CABEZAL DE HEAD FIX
SET GUBIAS RECTAS (incompleto/deteriorado)	CAVITADOR ULTRASONICO
SET GUBIAS KERRISON (incompleto/deteriorado)	MICROMOTOR CRANEOTOMO Y
SET GUBIAS DOBLE ARTICULACIÓN (incompleto/deteriorado)	DOPPLER INTRAOPERATORIO
SET PORTACLIPS SUGITA Y/O YASARGIL (incompleto/deteriorado)	BIPOLAR INTRAOPERATORIO



GUBIA TSE (incompleto/deteriorado)	MICROSCOPIO OPERATORIO
CAJA CRANEO I FULL	SISTEMA VIDEO
CAJA CRANEO 2 FULL (incompleto/deteriorado)	SOPORTE PELVISTATO SILICONADO
CAJA COLUMNA GENERAL (incompleto/deteriorado)	ROLLOS SILICONAS
CAJA COLUMNA CERVICAL (incompleto/deteriorado)	
CAJA COLUMNA DORSO LUMBAR (incompleto/deteriorado)	
ENDOSCOPIO 14 CM ,4 MM, 0ª	
ENDOSCOPIO 14 CM ,4 MM,30ª	
SET DISECTORES PENFIELD (incompleto/deteriorado)	
DISECTORES OLIVECRONA (incompleto/deteriorado)	
MARCO ESTEREOTAXICO	

Disponibilidad: En el caso del instrumental específico el Jefe del Servicio informó que dispone de 13 sobre un total de 18 elementos mencionados.

Los 5 faltantes son: AUTOESTATICO LEYLA YASARGIL (2), SET MICRODISECTORES ROTHON, ENDOSCOPIO 14 CM 4 MM 0ª, ENDOSCOPIO 14 CM 4 MM 30ª, MARCO ESTEREOTAXICO.

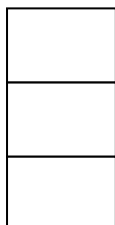
Observaciones sobre instrumental

Antigüedad: Según el Jefe del Servicio del total de 18 instrumentales 9 cuentan con 30 o más años de antigüedad.

Formas de reemplazo: Según el jefe del servicio, los instrumentos que no están disponibles e incluso algunos que están disponibles pero deteriorados, son aportados por los profesionales e improvisados con materiales diversos como en el caso del SET DISECTORES PENFIELD. Se señaló esta situación en 7 de los 18 casos.

Equipamiento

En el caso del equipamiento específico el Jefe del Servicio informó que cuenta con 7 sobre un total de 11.



Los 4 faltantes son: CAVITADOR ULTRASONICO, MICROMOTOR Y CRANEOTOMO, DOPPLER INTRAOPERATORIO, ROLLOS SILICONAS. Los primeros tres son alquilados cada vez que se requiere su uso.

Debe señalarse además que la totalidad del equipamiento necesario no cuenta con mantenimiento preventivo y/o correctivo.

Observaciones sobre equipamiento

Antigüedad: De los 7 equipos que el hospital tiene disponible, el Jefe del Servicio informó que 5 tienen 30 años o más de antigüedad. El MICROSCOPIO OPERATORIO tiene 14 años de antigüedad. Este último se ha comprado de forma incompleta y no posee visor lateral, lo cual dificulta el proceso quirúrgico.

Formas de reemplazo: Como se afirmó previamente, la forma de reemplazo de la mayoría de equipos faltantes es mediante alquiler. En el caso de los ROLLOS SILICONAS se improvisa comprando almohadas que no son de material siliconado.

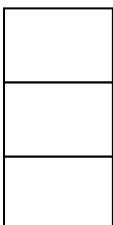
Deterioro: El Jefe del Servicio informó que se observa deterioro en 4 de los 7 equipos disponibles. Dos de ellos (MESA RADIOLUCIDA MULTIARTICULADA y LAMPARAS CIALITICAS) acusan deterioro al límite y es necesaria su urgente reparación o cambio. El CABEZAL DE HEAD FIX a pesar de ser más reciente, ha comenzado a deteriorarse, y en cuanto al BIPOLAR INTRAOPERATORIO es necesario reponer cables y pinzas.

Equipamiento incompleto: El SISTEMA VIDEO no posee pantalla plana y en el caso del SOPORTE PELVISTATO SILICONADO, los pasantes aportan grabadores MP4 para la función video-operatoria.

Cirugía Cardiovascular (Observación N° 9)

A fin de dar cuenta de la existencia y adecuación del equipamiento e instrumental necesarios para la realización de cirugías de alta complejidad en el área de cirugía cardiovascular, se procedió primero a identificar la aparatología necesaria, según surge de la información brindada por el jefe del área. Los equipos e instrumentales identificados son los siguientes:

INSTRUMENTAL	EQUIPAMIENTO
INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA CARDIACA	Monitor de 5 canales para traslado portátil
INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA CARDIACA MICROCIROGIA	Colchón térmico lavable
Pinzas de BAKEY (falta)	Monitor de volumen minuto y saturación venosa central continua
INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA VASCULAR PERIFER.	Tromboelastograma (5 minutos el resultado)
INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA DE ACCESO VEN.	Marcapasos portátil

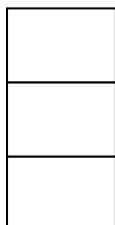


TIJERAS DE DISECCION DIF.LARGO (falta)	Eco DOPPLER con transductor de periférico y cardiovascular y Ecotransesofagico + sonda
PORTA AGUJA	Calentador de soluciones y hemoderivados
CLAMPS VASCULARES PEQUEÑAS PARA HACER ACC.PERIFERICO (falta)	Balón de contra pulsación
PORTA AGUJAS VASCULARES PARA 5/0-6/0 (falta)	Bomba de difusión de doble canal
PASADOR DE PROTESIS (falta)	Aspirador eléctrico con capacidad de 10 litros
CARDIO DESFRIBILADOR	Cardiodesfibrilador
TWISTER (falta)	Electro coagulador monopolar y bipolar
SEPARADOR ESTERNAL DIFERENTES MEDIDAS (falta)	Hemoglucoest Presurizador automático
ALICATE (falta)	Bomba de inyección electrónica de contraste
PASADOR SENN (falta)	Tubo de oxigeno portátil ultraliviano
SEPARADOR MAMARIA AUTOESTATICO	
SEPARADOR PARA VALVULA MITRAL AUTOESTATICO	
SIERRA ESTERNAL ELECTRICA O A BATERIA	

Disponibilidad: Como primeras observaciones, se constata que en ningún caso el hospital cubre el equipamiento e instrumental necesario para trabajar en condiciones óptimas. Por el lado del instrumental, se verifica que existe un faltante del 50% del seleccionado en la muestra (9 faltantes sobre 18). El equipamiento faltante es el siguiente: Pinzas de BAKEY, TIJERAS DE DISECCION DIF.LARGO, CLAMPS VASCULARES PEQUEÑAS PARA HACER ACC.PERIFERICO, PORTA AGUJAS VASCULARES PARA 5/0-6/0, PASADOR DE PROTESIS, TWISTER, SEPARADOR ESTERNAL DIFERENTES MEDIDAS, ALICATE y PASADOR SENN.

Equipamiento

El jefe del Servicio informó que existe un faltante del 75% en relación al 100% de la muestra seleccionada (12 sobre 16). Los equipos faltantes son los siguientes: Colchón térmico lavable, Monitor de volumen minuto y saturación venosa central



continua, Tromboelastograma (5 minutos el resultado), Marcapasos portátil, Eco DOPPLER con transductor de periférico y cardiovascular y Ecotransesofagico + sonda, Calentador de soluciones y hemoderivados, Balón de contra pulsación, Cardiodesfibrilador, Hemoglucotest, Presurizador automático, Bomba de inyección electrónica de contraste y Tubo de oxígeno portátil ultraliviano.

Observaciones sobre equipamiento

Antigüedad: De los 4 equipos existentes de la muestra seleccionada, solo el Aspirador eléctrico con capacidad de 10 litros supera los 5 años de antigüedad (8 años). El Monitor de 5 canales para traslado portátil y el Electro coagulador monopolar y bipolar tienen 4 años y la Bomba de difusión de doble canal tiene 5 años de antigüedad.

Formas de reemplazo: El 25% de los instrumentos que no están disponibles se improvisan con otros instrumentos que no se adecuan a las necesidades de las intervenciones quirúrgicas. Por otro lado en el 17% de los casos (dos casos reales: Marcapasos portátil y Cardiodesfibrilador) se reemplazan con material de Unidad Coronaria. Finalmente el Balón de contrapulsación es alquilado.

Instrumental

Antigüedad: El jefe del Servicio informó que de la totalidad del instrumental disponible el 67% (6 instrumentales sobre 9 disponibles) tiene entre 8 y 10 años de antigüedad. Solo uno de ellos posee 5 años de antigüedad (CARDIO DESFIBRILADOR) mientras que 3 de ellos (33%) son de antigüedad variable, dada su continua reposición (SEPARADOR MAMARIA AUTOESTATICO, SEPARADOR PARA VALVULA MITRAL AUTOESTATICO)

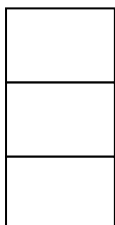
Formas de reemplazo: Según el jefe del servicio, de los 9 instrumentos que no están disponibles en 4 de los casos se improvisa con otros instrumentos que no se adecuan a las necesidades de las intervenciones quirúrgicas. (por ejemplo el Porta Aguja, que siendo necesarios 4 de ellos solo existe uno y está roto)

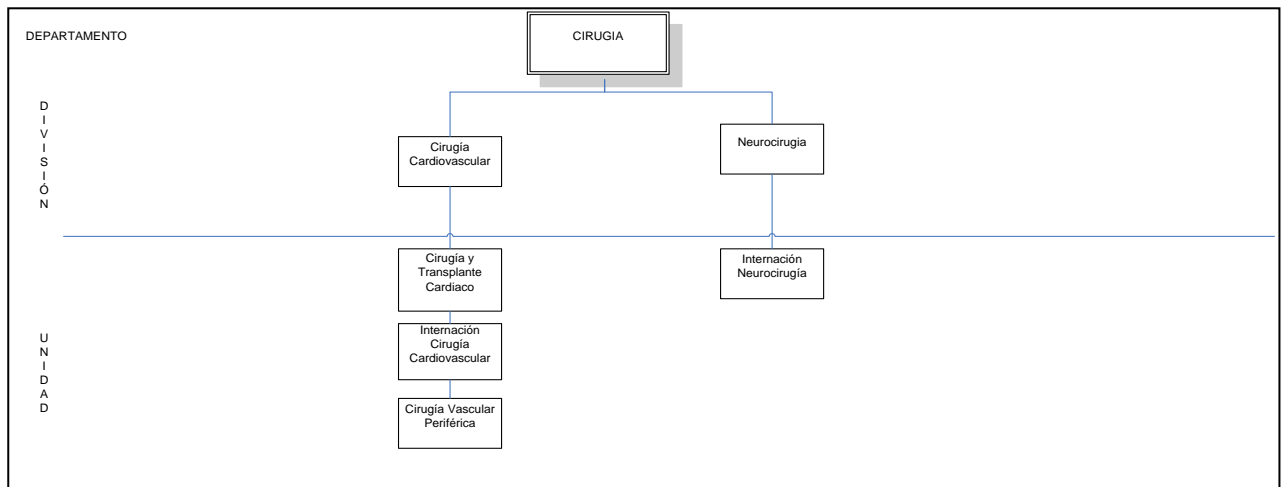
B) Hospital Argerich

1) B. Estructura

El Hospital Argerich forma parte de la Región Sanitaria IV. Por decreto N° 349/12 se aprobó la estructura del Hospital Argerich dependiendo del Departamento Cirugía 8 Divisiones: Neurocirugía, Ginecología, Cirugía General, Cirugía Cardiovascular, Traumatología y Ortopedia, Urología, Trasplante Reno-Pancreático y Anestesia. Este Hospital es el único de la Red de Cirugía Cardiovascular, que realiza urgencias en Cirugía Cardíaca.

A continuación, se muestra el organigrama de las áreas seleccionadas para este proyecto de auditoría:





2) Descripción de las Áreas Seleccionadas

1) B. División Neurocirugía

El Jefe de División se desempeñaba como jefe de Unidad hasta mediados de junio 2014 fecha en la que se hizo cargo informalmente de la División. En enero de 2015 se formalizó su designación como Jefe de División.

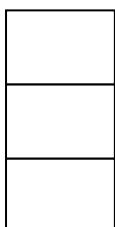
El plantel médico se compone por 6 médicos con designación de 30 horas semanales y el Jefe que cumple 40 horas semanales.

La neurocirugía, según el criterio de la OMS, se considera de nivel 4 de complejidad, que es el más alto para definir la complejidad prestacional de un hospital junto con la cirugía cardíaca y el trasplante.

La División Neurocirugía forma parte de la estructura hospitalaria dentro de la cual la alta complejidad se define según pautas de Alta, Muy Alta, Mediana y Baja complejidad:

- Baja Complejidad: Punción lumbar, biopsias, operaciones mínimas
- Mediana Complejidad: cerebral estructuras craneales (cráneo), craneoplastias, hundimientos de cráneo, derivaciones ventriculares, etc, columna (hernia de disco)
- Alta Complejidad: tumores cerebrales, aneurismas, cirugía de médula, neuroendoscopia, cirugía funcional, fijaciones complejas de columna a cualquier nivel, cirugía mínimo invasiva, etc.
- Muy alta complejidad: A modo de ejemplo la patología vascular, tumores de base de cráneo que deben ser resueltos en equipos conjuntos con otras especialidades, como por ejemplo los tumores.

Todas las cirugías en las que se abra la duramadre (lamina que recubre el cerebro y la medula espinal) aun las cirugías de mediana complejidad y más aún las de alta y muy alta, requieren en forma indispensable (por protocolos de Anestesiología) cama de Terapia Intensiva.



Este es un gran impedimento, ya que el Hospital tiene sobredimensionada la demanda de internación en UTI, teniendo en cuenta que el hospital está orientado preferentemente a lo quirúrgico. El Jefe del Servicio informó que la demanda espontánea se ve incrementa por pacientes que vienen del extranjero y del conurbano.

Los pacientes del interior del país en general vienen con derivación. Aunque no existe derivación formal sí se hace informalmente. El hospital no puede derivar pacientes por ser centro de referencia.

El área no registra la lista de espera de las cirugías realizadas en el 2013-2014. **(Observación N°10)**

El Jefe del Servicio informó que en el 2001 operaban 30 a 36 pacientes por mes y hoy pueden hacer 1 o 2 por semana.

En el año 2013 el total de cirugías realizadas fue de 183, de las cuales 46 fueron de alta complejidad (un 25%) y en el año 2014 se realizaron 132 cirugías de las cuales 38 fueron de alta complejidad (28 %). La disminución de las cirugías de alta complejidad se debe a múltiples factores, principalmente a la falta de camas de internación UTI

Internación: cuenta con 24 camas exclusivas y camas prestadas. Las 24 camas las ocupan de la guardia; el problema actual es que neurocirugía tiene 11 pacientes aislados (Infectados) y la ocupación de camas es riesgosa por las posibilidades de infección dada la particularidad de estos pacientes. Los tiempos de internación prequirúrgico son prolongados, de 3 a 5 semanas y hasta meses hasta que pueda ser operado.

Hay 2 pacientes internados desde hace un año y medio **(Observación N°10)**

1 paciente traqueotomizado en espera de lugar adecuado

1 paciente con internación pre quirúrgica

1 paciente secuelado

1 paciente en vías de remisión pero su familia no puede hacerse cargo

1 paciente en espera de prótesis desde hace 9 meses

1 paciente en espera de prótesis

Lista de espera: en los pacientes internados, se evalúa la oportunidad quirúrgica de acuerdo a la gravedad del caso, si se requiere, por una situación de emergencia (descompensación) se recurre al Departamento de Emergencias para operar por guardia.

Equipamiento: **(Observación N° 10)** El instrumental de uso para neurocirugía, se encuentra en condiciones de deterioro y faltantes, tanto el utilizado para macrocirugías como para microcirugías y patología de raquis.

El microscopio quirúrgico con el que se cuenta, es muy anticuado y se encuentra en malas condiciones.

El aspirador ultrasónico se encuentra deteriorado y no se puede utilizar.



No se cuenta con marco para cirugías estereotaxicas, ni neuroendoscopio, equipamiento para neurofisiología para cirugías que conllevan seguimiento neurofisiología (cirugía medular, cirugía funcional y de base de cráneo).

Insumos: Los insumos de mayor demanda, son las prótesis que se utilizan para fijaciones de columna, clips para aneurismas, cemento quirúrgico para cranioplastias simples, y prótesis preformadas para grandes defectos óseos, material de hemostasia, faltante en algunas ocasiones

2) B. División Cirugía Cardiovascular (Observación N° 11)

Por decreto N° 349/12 se aprobó la estructura del Hospital Argerich que crea la División Cirugía Cardiovascular. Con un jefe de División (actualmente de licencia médica) y tres Unidades:

Cardiovascular periférica: con nombramiento formal

Cardíaca y Trasplante: Sin nombramiento formal

Unidad de Internación: Sin nombramiento formal

Incucai: De acuerdo a la Ley de Trasplante de Órganos N° 24.193 existe el nombramiento de un jefe de trasplante cardíaco.

El Decreto aprobatorio de la estructura tiene en cuenta el aspecto quirúrgico y de esa forma no permite el crecimiento de la parte clínica de la misma. El jefe del área aclara que si bien esta división es fundamentalmente quirúrgica, en Trasplante es absolutamente indispensable la conformación de un equipo de cardiólogos clínicos altamente especializados en insuficiencia cardíaca, asistencia ventricular mecánica, manejo de la hipertensión pulmonar, selección de candidatos a trasplante, seguimiento intraoperatorio y post operatorio inmediato y a largo plazo.

Recursos humanos

Unidad Vasculat periférica

- A cargo como Jefe de Unidad desde 2010. 40 Horas semanales.
- 2 Médicos de 40 hs. Semanales
- 6 Médicos de 30 hs. Semanales.

Unidad cirugía cardíaca

- Jefe de Unidad desde 1994. 40 hs. Semanales
- 4 Médicos cirujanos de 40 hs. Semanales

Unidad de trasplante cardíaco

- 2 Médicos de 40 hs. Semanales
- 6 Médicos de 30 hs. Semanales



Accesibilidad de los pacientes al servicio

La admisión de los pacientes puede ser por consultorios externos, a través de la guardia externa si se trata de una urgencia o por interconsultas de otros servicios del hospital. También reciben pacientes derivados de otros Hospitales de la CABA y de otras provincias.

Se realiza la evaluación del paciente y se guía la programación quirúrgica de acuerdo a la urgencia del caso.

El paciente es puesto en lista de espera y se le comunica telefónicamente cuando es su turno quirúrgico una vez completados los estudios pre quirúrgico y los pasos administrativos necesarios.

Lista de espera

- 120 pacientes para cirugía central cardíaca

Los profesionales del área informaron que en Cirugía Cardio Vascolar el promedio de la lista de espera es de aproximadamente un año y de internación hasta que se realiza la cirugía ronda los 27 días aproximadamente..

Dificultades

Falta de personal de enfermería en las áreas críticas UCO/UTI, esta situación hace que sea insuficiente la obtención de camas para cirugía, cabe aclarar que este Hospital es el único de la Red de Cirugía Cardiovascular, que realiza urgencias en Cirugía Cardíaca.

Falta de Anestesiastas: se cuenta solamente con 2 anestesiastas nombrados para cirugía cardiovascular y el resto de las actividades se suplen con mandatos de la Asociación Argentina de Anestesiología, sin nombramiento.

Técnicos en perfusión: hay solo 4 nombrados en el hospital que trabajan 30 hs formalmente. Falta de cardiólogos de seguimiento de internados pre y post operatorio en sala de internación de Cirugía Cardiovascular.

Los servicios carecen de personal administrativo para: estadísticas del servicio, gestión y facturación de prácticas realizadas.

Insumos-Medicamentos

De las entrevistas mantenidas surgió que existe faltante crónico de insumos básicos en quirófano (suturas, clips, tubos de TCA etc.) .Afirman faltantes de reposición de cánulas, balones de contra-pulsación, material protésico y sierra corta yeso, entre otros materiales. Expresan que las cánulas se usan hasta el límite de su capacidad.

No cuentan con registros informatizados



3) B. División de Terapia (Observación N° 12)

La División depende del Departamento Urgencias y su Jefa asumió por Concurso Interno en noviembre de 2010.

Está ubicada en el 2° piso y comprende los siguientes sectores:

2 Unidades A y B y 1 Terapia intermedia. Por fuera de la estructura: Recuperación Postquirúrgica y Patología del sueño.

- Unidad de Terapia Intensiva A: Cuentan con 12 camas (de las cuales solo funcionan 8 por falta de enfermeros) y 2 médicos de guardia .Esta Unidad fue refaccionada
- Unidad de terapia Intensiva B: Cuentan con 13 camas (de las cuales solo funcionan 8) debería contar con 2 médicos de guardia por día: 1 está incluido en la estructura y el 2 es cubierto con suplencias. Tiene que ser refaccionada.
- Terapia Intermedia: Tiene 6 camas y un 1 médico de guardia por día. La UTIN cuenta con camas habilitadas para Cuidados Intermedios .Los pacientes permanecen en UTI hasta que estén estabilizados para el traslado a Sala de Internación, el giro cama es muy lento por ser críticos crónicos dependientes de mucha rehabilitación respiratoria y la sala es muy insegura para estos pacientes. La terapia intermedia debería tener por lo menos 12 camas y facilitar la salida precoz de terapia o la sala postoperatoria de aquellos postquirúrgicos que requieren monitoreo. Requiere una nueva sala.
- Recuperación Anestésica: con 5 camas funciona de lunes a viernes con prolongaciones horarias 3 días el resto con guardias especiales. Sería deseable que funcionara de lunes a viernes las 24hs con lo cual disminuiría la suspensión de cirugía por falta de camas. Se necesitaría más personal de enfermería y 5 guardias de 24hs.

Personal médico: 1 jefe de división, 1 jefe de unidad A, jefe de unidad B y 1 jefe de Intermedia. 1 coordinadora en recuperación postquirúrgica con 40hs semanales y coordinador en patología del sueño y respiratorio con 40hs semanales. 15 médicos tienen prolongaciones horarias para cubrir planta y recuperación.

Recursos humanos

Cargo	Cantidad de horas semanales
Jefe de División	40
3 Jefe de Unidad	40
10 Médicos	40
6 Médicos	30



1 Medico	20
----------	----

Dotación de Enfermería

Terapia Intermedia:

2 enfermeros: turno de 00 a 06hs
 1 jefa de enfermería
 4 enfermeros: 06 a 12 hs
 3 enfermeros: 12 a 18 hs
 3 enfermeros: 18 a 24 hs
 2 enfermeros: 00 a 12 hs Sábado domingos y feriados
 2 enfermeros: 12 a 00hs Sábado domingos y feriados

Terapia Intensiva A:

4 enfermeros: Turno de 00 a 06hs
 1 jefa de enfermería
 4 enfermeros: 06 a 12 hs
 4 enfermeros: 12 a 18 hs
 4 enfermeros: 18 a 24 hs
 5 enfermeros: 00 a 12 hs Sábado domingos y feriados
 3 enfermeros: 12 a 00 hs Sábado domingos y feriados

Terapia Intensiva B:

5 enfermeros: Turno de 00 a 06hs
 1 jefa de enfermería
 8 enfermeros: 06 a 12 hs (2 en trámite jubilatorio)
 5 enfermeros: 12 a 18 hs
 6 enfermeros: 18 a 24 hs
 5 enfermeros: 00 a 12 hs (1 en trámite jubilatorio) Sábado domingos y feriados
 4 enfermeros: 12 a 00 hs (1 con licencia prolongada) Sábado domingos y feriados

Notas elevadas por la División de Terapia Intensiva:

En el año 2013: la responsable del área expresa que reitera por tercera vez la resolución del grave problema de la falta de personal de enfermería quienes ante feriados prolongados se ausentan en su totalidad sin previo aviso dejando a pacientes sin atención de enfermería y solicita se elabore una estrategia para mantener cubiertas las guardias de enfermería.

En mayo de 2015 eleva otra nota de similares características de la anterior y solicita la remoción de todo el personal del turno de 12 a 24 de fines de semana y feriados atento que esta problemática se repite y nunca fue sancionada.

3) B. División de Anestesiología (Observación N° 13)

El Jefe de División está a cargo desde el año 2013, por jubilación de su antecesor, sin nombramiento efectivo. Hasta el año 2014 contaban con 9 anestelistas de planta (2 con 40 horas semanales y el resto con 30 horas) y en diciembre del

mencionado año se incorporaron otros 9 para las operaciones de trasplante, dos de ellos destinado a cirugía cardiovascular. Estos últimos son nombrados con un día de planta y el resto con guardias pasivas. Previamente este tipo de intervenciones se realizaban con el personal disponible. Además, se desempeñan 3 residentes por año y sin jefe de residencia.

El Servicio no cuenta con secretario/a, impresora y el servicio de red es pagado por el propio personal. Para las intervenciones quirúrgicas menciona que la mayor dificultad es por las mesas de anestesia; en total son 16 quirófanos y cuenta con 10 mesas y dos en reparación. En 2013 el servicio contaba con 5 mesas con 17 años de antigüedad. Menciona como principal causa de suspensión de cirugías a la falta de camas de terapia. Si bien las camas de recuperación anestésica están a cargo del personal de UTI, las mismas no sirven para suplir camas de terapia. Otras causas de suspensión son: insumos, estado del paciente, suspensión por parte del servicio, incompatibilidad del tiempo de cirugía y horario del personal, falta de anestesista, hemodinamia (falta de sangre).

Por último, el servicio cuenta con un esquema de prioridad de intervenciones, en base a días de semana. En lo que respecta a cirugía cardiovascular y neurocirugía, se toman como prioridad los días lunes y jueves.

4) B. Unidad Coronaria – UCO

El Jefe de Unidad ocupa el cargo por concurso desde el año 1993. Formalmente la Unidad depende de División Cardiología (Departamento de Medicina).

La unidad cuenta con 8 camas de internación, de las cuales sólo están habilitadas 6 por falta de personal de enfermería. **(Observación N° 14)**

En la Unidad Coronaria del hospital Argerich se internan pacientes cardiológicos y de hemodinamia (con patologías como: revascularización miocárdica, infarto agudo de miocardio, marcapasos, etc).

Los pacientes que deben ser sometidos a cirugías cardiovasculares, después de la misma se los interna en Terapia Intensiva del hospital que recientemente fue remodelada. La estructura actual de UCO no permite internar a dichos a pacientes. La jefa de la Unidad presentó el 7 de diciembre de 2011 una nota solicitando se considere el traslado de la Unidad Coronaria hacia un área física distinta de la actual. Fundamenta el pedido la imposibilidad de cumplir con todos los requisitos necesarios para un funcionamiento óptimo (insuficiente espacio físico para enfermería, distancia entre camas, espacio para aparatos, paneles de oxígeno, espacio para médicos, etc).

Asimismo, la Jefa de Unidad presentó con fecha 15 de julio de 2015 una Nota en la que comunica que mientras se mantenga la situación actual de escasez de enfermería y dada la complejidad que presentan los pacientes operados, no será posible realizar recuperación de pacientes sometidos a cirugía cardíaca hasta tanto dicha situación se revierta.



El porcentaje de mortalidad (2014) de UCO fue 11 % sobre un total de 389 pacientes ingresados.

Las infecciones intrahospitalarias son una de las principales causas de muerte en el hospital.

Si la estructura de UCO (infraestructura, equipamiento, recursos humanos) fuera la adecuada, sería conveniente que los pacientes quirúrgicos cardiovasculares vayan a UCO. Lo más apropiado sería que haya una sala específica de recuperación, con médicos recuperólogos. **(Observación N° 14)**

Accesibilidad de los pacientes al servicio

La mayoría de los pacientes ingresan desde la guardia externa y el resto de las salas de internación del hospital o derivados de otros hospitales.

Recurso Humano

1 médica de planta de 30 hs semanales de lunes a viernes.

1 médico del staff de guardia 24 hs de lunes a viernes.

11 residentes, incluyendo el jefe de residentes, de lunes a domingo.

Enfermeros nombrados:

Días de semana:

1 enfermero de 0hs a 6hs

4 enfermeros de 6 hs a 12 hs

3 enfermeros de 12 hs a 18 hs

3 enfermeros de 18 hs a 24 hs

Fines de semana:

2 enfermeros de 0 hs a 12 hs

2 enfermeros de 12hs a 24 hs

Nótese que según las normas aceptadas debiera haber un enfermero cada 2 camas.

Si bien estos son los nombramientos, dadas las licencias, vacaciones, etc, generalmente concurre muchos menos personal.

Recurso Físico (infraestructura, espacio físico, equipamiento)

El equipamiento es obsoleto, por ejemplo se cuenta con un solo electrocardiógrafo de 6 canales ya sometido a innumerables reparaciones. Por otro lado, el



mantenimiento y reparación de los equipos, demora mucho tiempo, provocando problemas concomitantes.

Registros

El servicio completa una ficha de cada paciente en la computadora, (no es del hospital sino de los médicos) donde se ingresan los datos de los mismos.

5) B. Unidad Coordinación Quirúrgica (Observación N° 15)

El Jefe de Unidad asumió por concurso el año 2007. La Unidad depende directamente del Departamento Cirugía.

De la Unidad dependen los 73 Instrumentadores. Están divididos en 3 turnos, con flexibilidad horaria personal: 32 en turno mañana , 14 en turno tarde y 8 de turno noche , más 19 en Guardia de 24hs.

La Unidad no cuenta con Enfermeros.

La función de la Unidad Coordinación Quirúrgica es administrar los quirófanos.

Todas las mañanas se reúne con jefe de Instrumentadores y de anestesia y radiólogo a fin de coordinar la actividad quirúrgica del día posterior con los listados de pedidos de cirugía de los Servicios.

Los pedidos de Farmacia los realiza el Farmacéutico de la Planta Quirúrgica, o su Coordinadora, de acuerdo al stock y las faltas en general. Lo efectúan varias veces a la semana, algunos pedidos los realiza la Jefa de Instrumentadores y /o el Jefe de la Unidad Quirúrgica, quién los rubrica y reclama las faltas.

No cuenta con secretaria administrativa, una instrumentadora realiza las actividades administrativas que se requieran. **(Observación N° 16)**

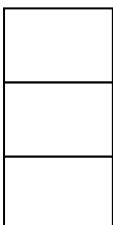
Las intervenciones quirúrgicas se registran en libros por especialidad (no están divididas por complejidad) y sin registros informáticos. Las estadísticas se hacen mes a mes.

Se evalúa con cada servicio los pacientes internados, la oportunidad quirúrgica de acuerdo a la gravedad del caso, si se requiere, por una situación de emergencia (descompensación) se recurre al Departamento de Emergencias para operar por guardia.

El listado se confecciona de acuerdo a:

- Prioridad indicada por el Jefe de Servicio.
- Disponibilidad de Anestesiólogos.
- Disponibilidad de Quirófanos.
- Disponibilidad de camas de UTI.

La modalidad que utilizan para aumentar el número de intervenciones quirúrgicas es agregar pacientes en forma condicional de modo tal que si se suspende la cirugía programada se pueda incorporar otras. De esta forma, los anestesiólogos designados para trasplantes pueden destinarse a otras cirugías en atención de las



limitaciones para realizar cirugías de alta complejidad: falta cama de terapia intensiva, falta de sangre y derivados, etc.

En el mes de septiembre se requirieron más de 100 camas de terapia para operaciones programadas y solo se realizan 1 o 2 por día, por falta de cama UTI.

Se habilitan camas supernumerarias (no cumplen con la relación cantidad de enfermeros según camas en UTI) para que se opere un paciente extra, esto requiere que una enfermera atienda una cama de más. **(Observación N° 15)**

Cuenta con una sala de recuperación con un coordinador médico, un médico y un enfermero.

Hay días de preferencia por servicio:

Martes y jueves: Neurocirugía

Miércoles jueves y viernes: Cirugía cardiovascular central y periférica

Planta Quirúrgica

La Unidad Quirúrgica está ubicada en el 6to piso, es de uso exclusivo, salvo el sector de Esterilización.

Cuentan con un total de 16 quirófanos: (9 habilitados):

- Tres para trasplante (Renal, Hepático, Cardíaco o cirugía CCC)
- Uno Cirugía ambulatoria (2 mesas con anestesia local)
- Uno para urgencia

El resto para todos los servicios quirúrgicos.

El número de mesas de Anestesia limita al igual que el número de anesthesiólogos la capacidad quirúrgica de esta planta. Asimismo, un quirófano no esta habilitado por falta de lámpara scialítica (se rompió hace 3 años y aún no fue repuesta)

Con respecto al instrumental quirúrgico, el 90% del mismo corresponde al ex Hospital Rawson. El mismo es obsoleto y de material cromado (no de acero quirúrgico, como es recomendado en la actualidad).

La instalación de las scialíticas no las realiza Sehos, dependen de la empresa designada por el Ministerio de Salud.

6) B. Sub Gerencia de Enfermería

Dotación de personal en las áreas de UTI, URA y UCO (2013)

De acuerdo a la información ofrecida por la subgerencia de enfermería, el servicio cuenta para cada servicio con la siguiente dotación:

UTI A: Posee 7 camas habilitadas, que ascienden a 9 por demanda de pacientes. Cuenta con 9 licenciados, 22 enfermeros y 2 auxiliares

- 0 a 6 hs: 4 (falta: 2)
- 6 a 12 hs: 6 (falta: 2)
- 12 a 18 hs: 5 (Falta: 1)
- 18 a 00 hs: 4 (falta: 2)
- Fin de semana: 0 a 12 hs: 4 (falta: 2)



- Fin de semana 12 a 0 hs: 2 (falta: 4)

UTI B: Igual situación UTI A. 8 camas para transplante. Cuenta con 4 licenciados, 18 enfermeros y 6 auxiliares.

- 0 a 6 hs: 5 (falta: 1)
- 6 a 12 hs: 8 (adecuado)
- 12 a 18 hs: 6 (adecuado)
- 18 a 0 hs: 6 (adecuado)
- Fin de semana 0 a 12 hs: 5 (falta: 1)
- Fin de semana 12 a 0 hs: 2 (falta: 4)

UCO: Dispone de 6 camas habilitadas. Cuenta con 4 licenciados, 14 enfermeros y 6 auxiliares.

- 0 a 6 hs: 1 (falta: 2)
- 6 a 12 hs: 4 (adecuado)
- 12 a 18 hs: 3 (falta: 1)
- 18 a 0 hs: 6 (adecuado)
- Fin de semana 0 a 12 hs: 2 (falta: 1)
- Fin de semana 12 a 0 hs: 2 (falta: 1)

URA: Posee 5 camas

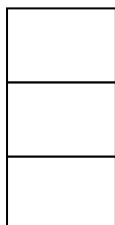
- Un enfermero con doble nombramiento cubierto totalmente por módulo.

Resumen

Servicio	Licenciados	Enfermeros	Auxiliares	Total	Camas
UTI A y B	13	40	8	61	17 reales (15 habilitadas en organigrama)
URA	-	1	-	1	5
UCO	4	14	6	24	6

Según la Resolución 194/95, las cirugías consideradas dentro del marco de la Alta Complejidad, están contempladas dentro del Nivel III (alto riesgo). Para dicho nivel, la razón enfermero-cama establecida es de 1/0,66, lo cual en números enteros define una relación de 2 enfermeros por cama. Esto daría un total de 34 enfermeros para UTI (18 en UTI A y 16 en UTI B), 10 en URA y 12 en UCO.

El área no lleva registros informatizados de los Módulos de Enfermería
(Observación N° 16)



7) B. Análisis de Libros de Quirófanos

Análisis de los libros de Quirófano

En el área de Quirófanos no se efectúan bases informatizadas de datos y se llevan varios libros de registro, durante el año 2013 se completaron los siguientes:

- 2 Libros de cirugía cardiovascular central
- 1 Libro de neurocirugía
- 3 libros de urgencia
- 1 libro de suspensión de cirugías

1) Libros de Cirugía Cardiovascular central

En los libros se registran todas las intervenciones aun las que ingresan por urgencia. En total consta la intervención quirúrgica de 96 pacientes de los cuales 88 fueron de Alta Complejidad. Respecto de esos 88 casos, el promedio de edad fue de 51 años (14 sin datos) y de ese total hubo 5 decesos. En 35 casos requirieron de insumos y 32 ingresaron por urgencia (1 sin datos).

2) Libro de neurocirugía

En el libro de Neurocirugía se registran solo las intervenciones programadas. Durante el 2013 se realizaron en total 123 cirugías de las cuales 109 fueron de Alta Complejidad. Respecto de esos 109 casos, el promedio de edad fue de 44 años (4 casos sin datos) de ese total no hubo ningún deceso, y 26 casos requirieron insumos (2 sin datos).

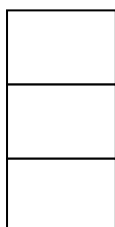
Cantidad de horas utilizadas en Cirugías de Alta Complejidad

Teniendo en cuenta que el factor tiempo es utilizado como uno de los criterios para establecer las cirugías de alta complejidad, se contabilizó de los registros antes mencionados el tiempo total de horas insumidas y el promedio:

Total pacientes	88 CCV	109 Neurocirugía
Total Horas	354	311
Promedio	4	2.8

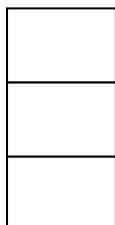
3) Libro de Urgencia

De los tres libros que se completaron durante el 2013 el número 1 que corresponde al período desde el 27/12/12 al 1/4/13. De los meses de enero, febrero y marzo se seleccionaron las intervenciones de Neurocirugía y Cirugía Vasculat Central. El cuadro siguiente muestra los resultados totales:



Paciente	Fecha enero	Edad	Intervención	Horario ingreso	Horario egreso	Pase a	insumos
1	02/01/13	67	craneotomía	7.15	19.00	shook room	no
2	18/01/13	22	aneurisma arterial temporal	18.30	19.00	control ambulatorio	no
3	25/01/13	62	hidrocefalia-ventriculo ceptomia	17.00	19.00	S/D	no
4	26/01/13	41	ACV isquemia-edema cerebral	21.25	S/D	UTI	si
5	27/01/13	91	aneurisma abdominal	16.20	21.05	UTI	si
6	29/01/13	20	hipertensión endocraniana-ampliación crancectomia	15.30	18.00	UTI	no
7	31/01/13	83	AAA reemplazo aortico	13.00	16.00	S/D	si
8	30/01/13	62	ACV hemorrágico	17.00	18.00	UTI	no
9	30/01/13	20	hipertensión intracraneana-colocación sensor PIC	21.10	22.30	UTI	no
10	10/02/13	17	HAF Neurologia	12.15	14.00	shock room,	si
11	20/02/13	75	Postoperatorio by pass	12.45	13.30	S/D	si
12	13/03/13	67	hundimiento de craneo-crovictori descompresivo	19.20	21.30	sala general	no
13	22/03/13	60	Isquemia crítica-tumor	21.45	S/D	UCO	si

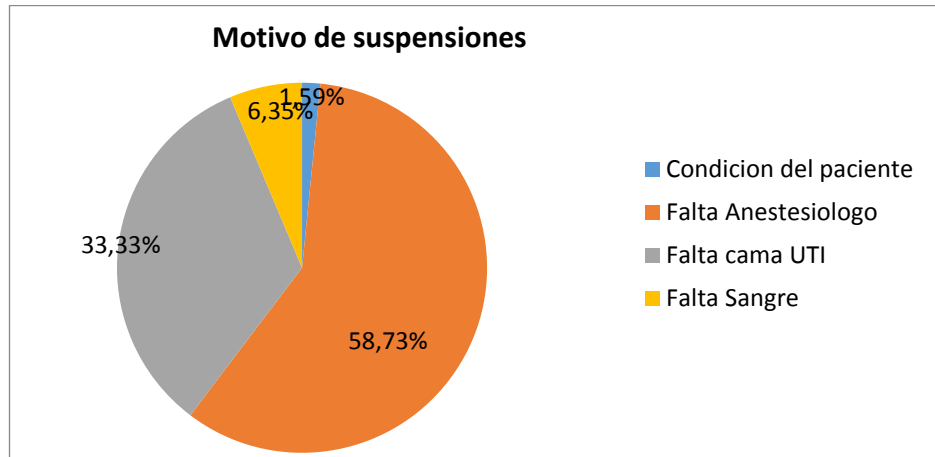
Del total de 13 pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresaron por la guardia en los meses de enero a marzo de 2013, 6 requirieron internación en UTI/UCO. La necesidad de cama en UTI/UCO es otro de los criterios utilizados para definir las cirugías de alta complejidad. De acuerdo a los registros analizados, se derivó a estos dispositivos un alto porcentaje de pacientes. **(Observación N° 15)**



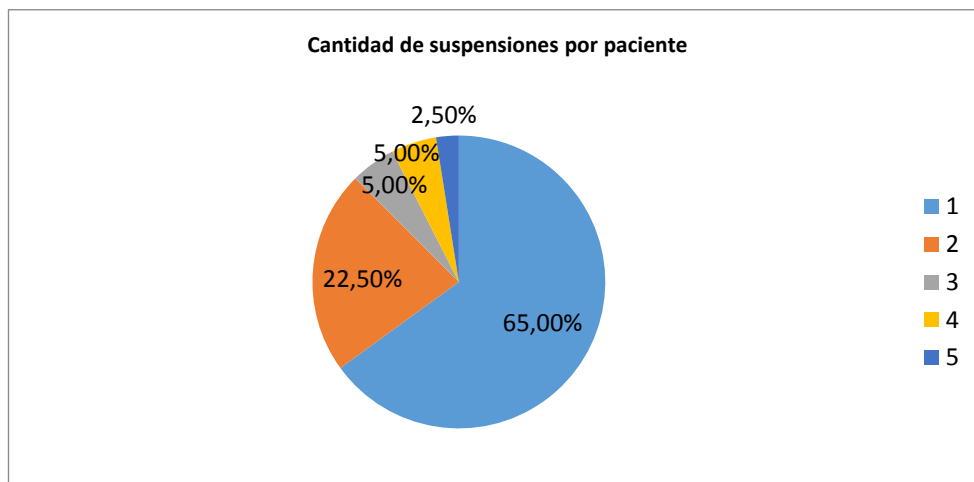
4) Libro de suspensión de cirugías

Neurocirugía

El libro de suspensiones registro que durante el 2013 a 40 pacientes se suspendió la intervención quirúrgica en 63 oportunidades. **(Observación N° 15)**

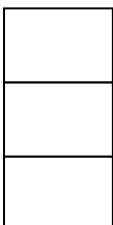


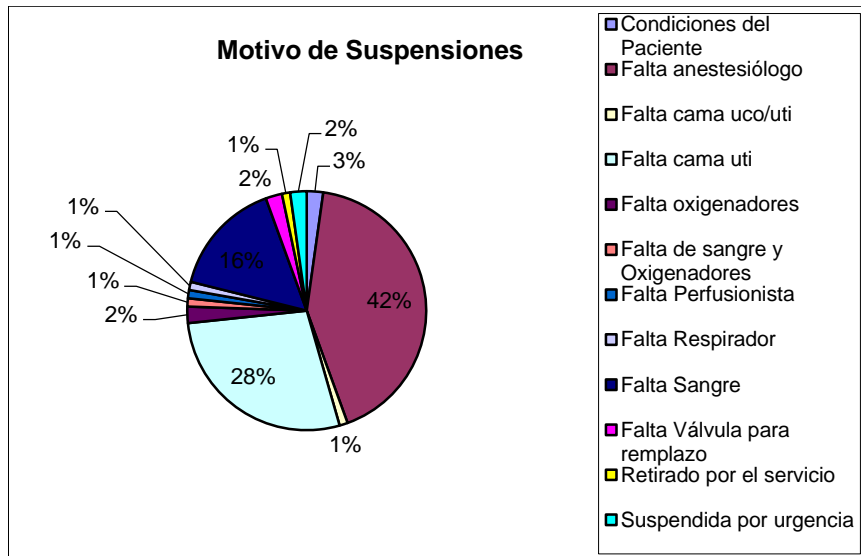
El grafico siguiente expresa que en un 65% fue suspendido una vez y en 22.50% dos veces.



Cardiovascular

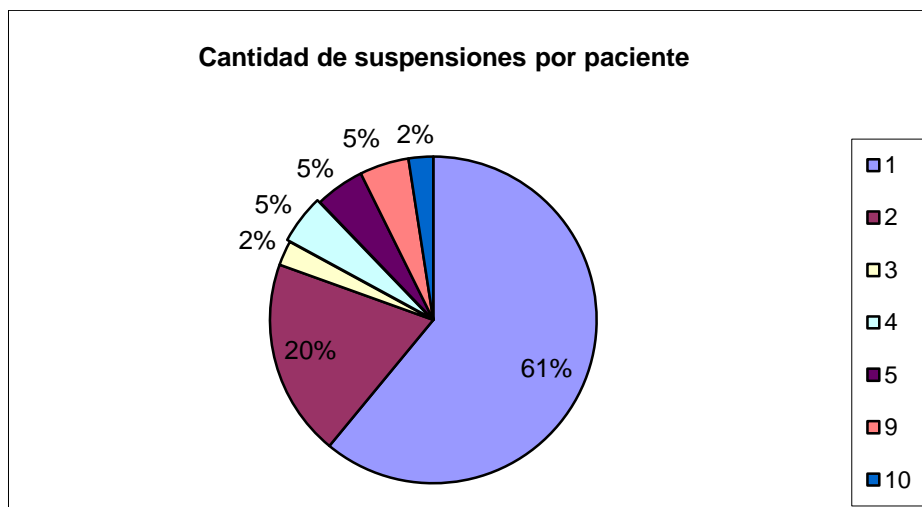
El libro de suspensiones registro que durante el 2013 a 41 pacientes se suspendió la intervención quirúrgica en 90 oportunidades. **(Observación N° 15)**



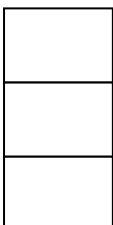


Los motivos más relevantes fueron la falta de anestesiólogo y de cama en UTI

El gráfico siguiente expresa que en un 61% fue suspendido una vez y en 20% dos veces.



De las entrevistas mantenidas en las áreas analizadas se menciona como una dificultad importante el ingreso a quirófanos de pacientes con patología de urgencia que afecta directamente la concreción de las cirugías programadas. Como confirmación de lo mencionado se verificó que uno de los motivos más reiterado de suspensión de cirugías en ambas especialidades quirúrgicas de alta complejidad es la falta de cama UTI



8) B. Relevamiento y análisis del equipamiento e instrumental específico correspondientes a las cirugías de Alta Complejidad seleccionadas (Observación N° 17)

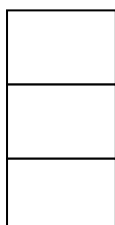
Cirugía Cardiovascular: A fin de dar cuenta de la existencia y adecuación del equipamiento e instrumental necesarios para la realización de cirugías de alta complejidad en el área de cirugía cardiovascular, se solicitó a la jefatura del área de Cirugía Cardiovascular en el marco de la entrevista de auditoría, que proporcionase un listado de los equipos e insumos que considerasen necesarios para el proceso de cirugía de alta complejidad. Dicha jefatura proveyó en dicho listado los insumos y equipos que consideran en situación crítica:

Instrumental

Insumo/instrumental	Situación
Cajas de material quirúrgico	Caducidad (antigüedad de 25 años)
Sierra para estereotomía	Falta
Suturas	Provisión incompleta/ Caducidad
Clips	Provisión incompleta/ Caducidad
Tubos de TCA	Provisión incompleta/ Caducidad
Cánulas	Provisión incompleta/ Caducidad
Balones de contrapulsacion	Provisión incompleta/ Caducidad
Material protésico	Provisión incompleta/ Caducidad
Biotomos p/biopsia de ventrículo derecho	Provisión incompleta/ Caducidad
Material p/tratamientos endovasculares (introsuctores, cateteres, balones, cateteres balón, etc)	Provisión incompleta/ Caducidad

Equipamiento

Equipamiento	Situación
Tubos de helio p/balón de contrapulsacion aórtico	Provisión incompleta/ Caducidad
Bombas de infusión continua	Provisión incompleta/ Caducidad
Equipo de ecodoppler cardíaco y periférico c/sonda transesofágica	Falta
equipo dosificador de oxido nitrico	Provisión incompleta/ Caducidad
Sistema de Asistencia (Uni o Bi) ventricular extracorpórea	Falta
Shock post cardiectomia (Levitronix, Centrimag, Heartware, etc)	Falta
Equipo de determinación de equilibrio ácido base y coagulación	Falta
Equipo exclusivo de Rayos X (Arco en C)	Provisión incompleta/ Caducidad



Quirófano híbrido	Falta
Equipo de cardiodesfibrilador	Falta

Se verifica que el 80% del instrumental se encuentran en el ítems Provisión incompleta/ Caducidad mientras que el 20% restante se divide en partes iguales entre la Falta total (Sierra para esternotomía) y la caducidad (Cajas quirúrgicas). Por el lado del equipamiento, se observa un 40% en situación de falta / caducidad y un 60% de falta absoluta. Si se comparan los datos con lo obtenido en el Hospital Fernandez se observan en ambos hospitales indicadores altos de faltantes de equipamiento e instrumental. Puede destacarse la coincidencia de faltantes como Ecodoppler, balón de contrapulsación, cardiodesfibrilador y cajas quirúrgicas y sierras para esternotomía.

Equipamiento e instrumental de Neurocirugía (Observación N° 17)

Se solicitó a la jefatura del área en el marco de la entrevista de auditoría, que proporcionase un listado de los equipos e insumos que considerasen necesarios para el proceso de cirugía de alta complejidad. Dicha jefatura proveyó en dicho listado los insumos y equipos que consideran en situación crítica:

Equipamiento:

- Microscopio
- Drill Dível
- Aspirador ultrasónico
- Neuroendoscopio
- Neuronavegador

Instrumental:

- Instrumental para microcirugía
- Instrumental para macrocirugía
- Instrumental columna

Observaciones

Del equipamiento relevado se observa que no existe mantenimiento preventivo en ninguno de los casos. Respecto a la antigüedad, la misma en el caso del equipamiento se mantiene dentro del rango de los 10 y los 30 años, mientras que el instrumental en su totalidad supera los 20 años de antigüedad.

Observaciones

Hospital Fernández

Observación N° 1) Servicio de Neurocirugía

- Disminución en la cantidad de turnos por falta de asignación de quirófano especial para neurocirugía y falta de anestesistas disponibles.

- Falta soporte informático que permita complementar en forma más accesible la documentación de las cirugías realizadas en el 2013-2014, registradas en un libro foliado del Servicio.
- En 2013, se suspendieron 25 cirugías programadas (1 por causa médica):
 - Por falta de anestesistas: 14
 - Por falta de camas en UTI: 8
 - Por falta de insumos: 2
- En 2013 se registraron 96 pacientes en lista de espera
- Lista de espera: de los 96 pacientes en lista de espera, 72 se resolvieron en el Servicio de Neurocirugía y el tiempo de espera en realizarse la cirugía fue de tres meses en el 54% del total (39 cirugías) y en el resto en más (de 4 a 12 meses)
- El equipamiento de la planta quirúrgica es del año 1981. La mesa quirúrgica es antigua y no es la adecuada para la especialidad
- En reiteradas oportunidades se solicitó con carácter de “urgente” diferentes materiales e insumos imprescindibles para la práctica neuroquirúrgica. (ver cuadro Pag. 17)

Observación N° 2) Unidad Cirugía Cardiovascular

- De acuerdo a lo expresado por el jefe de servicio, las listas de espera para el otorgamiento de turnos quirúrgicos tienen una demora de 3-6 meses y un porcentaje de bajas que no pudo ser determinado.
- En el periodo auditado, la Unidad CardioVascular no confeccionaba registros formales de la lista de espera de pacientes sino que se organizaba informalmente
- Instrumentadora (Técnico Perfusionista): El área cuenta con una sola especialista. Se ha solicitado que se concurse un segundo cargo desde 2008²
- El Jefe de Unidad Cardiovascular elevó el 25 de febrero de 2013 una nota al Jefe de Departamento de Cirugía con el requerimiento (ante la inauguración del quirófano híbrido) de comenzar a utilizar la superficie contigua a dicho quirófano, la cual debe ser refaccionada e instalar tres camas para el traslado de la recuperación actual que se realiza en UCO y aumentar la dotación de personal médico y paramédico. Al 4 de abril de 2014 el hospital contaba con un espacio físico a metros del quirófano híbrido con dos camas apto para Recuperación CV. Este espacio no funciona por falta de personal de enfermería.

² Descargo Hospital Fernandez: Ante la ausencia del especialista, se solicita la presencia de un Técnico Perfusionista de otro Hospital que integra la Red de Hospitales.



Observación N° 3) UTI

- La Unidad UTI B se abrió en el 2009 y continúa funcionando con una estructura informal hasta la actualidad. (ver pag.23)
- Al área de Cuidados POP los pacientes acceden para su recuperación luego de haber sido sometidos a cirugías complicadas y de alta complejidad. Funciona de lunes a viernes de 8 a 19 hrs. No trabaja las 24 hrs por falta de recurso humano y físico
- El personal de enfermería se encuentra incompleto, esto determina por ejemplo, que actualmente no se puedan utilizar todas las camas de la UTI B (deberían funcionar 8 y se pueden utilizar 6).
- Expedientes y Notas:
Por expediente 1882359/11 se solicitó la creación de 7 vacantes de médico Especialista en Terapia Intensiva de guardia ³
Por expediente 1637900/12 la adecuación de los planteles del Departamento de Urgencia donde se incluyó el personal para la UTI B.

Por notas del 1/8/13 y del 12/12/12 elevada por el jefe del área, reitera: “resulta imprescindible normalizar la situación de estos 7 profesionales que trabajan con el mismo régimen que los titulares e interinos pero como usted no desconoce, perciben un haber muy inferior, además de mantenerse en una condición laboral precaria. Esta situación condiciona el hecho de que muchos médicos abandonen el trabajo y sea muy difícil su reemplazo para mantener en funcionamiento las 3 unidades”.

- Falta implementar el Plan Piloto en la UTI B.

Observación N° 4) Anestesiología

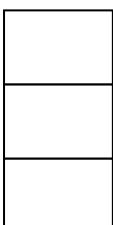
- Faltan horas de anestesiología. Durante el 2013, se suspendieron 89 cirugías del total de 194 por ese motivo.
- Falta equipamiento para procedimientos más complejos, como fibroscopía óptica para acceder a vías aéreas difíciles y aparatología de monitorización específica como medición del gasto cardíaco o medidores de profundidad anestésica, lo que en cirugías complejas optimiza el manejo terapéutico del paciente en el intraquirúrgico, condicionando favorablemente la evolución postquirúrgica.
- Las mesas de anestesia en uso tienen una antigüedad de 26 años y han dejado de fabricarse, lo que dificulta la obtención de repuestos.⁴

Observación N° 5) Unidad Coronaria UCO

- El servicio cuenta con 10 camas de internación, aunque una de ellas debe utilizarse como “depósito” por las características físicas de la Unidad

³ Descargo Hospital Fernandez: En 2015 fueron designados 7 profesionales de planta interinos especialistas en terapia Intensiva.

⁴ Descargo Hospital Fernandez: En 2014 se refaccionaron 3 quirófanos y en 2015 dos. Los 5 cuentan con mesas de anestesia nuevas.



- Hay dos cargos de cardiólogo de guardia que están vacantes y uno de ellos lleva una demora de un año para efectivizar su nombramiento.
- Presenta dificultades estructurales a partir de la creación de la zona de Hemodinamia que requirió que la UCO se redujera en tamaño. Esto determina que no cumpla con reglamentaciones propias de un área de cuidado crítico, incluyendo una doble circulación, acceso restringido y libre circulación (Resolución N° 748/2014 Ministerio de Salud CABA Resolución N° 375/2002 Ministerio de Salud Nación)

Observación N° 6) Departamento de Enfermería

Los datos obtenidos dan cuenta de que para el año 2013 solamente el área de recuperación anestésica (URA/POP) no lograba cubrir las necesidades requeridas de acuerdo a Resolución 194/95. (Pag. N° 32)

Observación N° 7) Análisis de Bases de Datos

Cardiovascular

- En Htal Fernandez en total fueron 83 pacientes con 31 suspensiones que corresponden a 26 pacientes. Los motivos más relevantes fueron Falta cama UTI (5 casos) y Falta de sangre (4 casos)
- Hubo 11 casos que no consta fecha de intervención posterior a la suspensión de la cirugía y en 2 de ellos (2 y 10,) se mencionan causas ajenas a criterio médico y no se reprogramaron. Asimismo, en un paciente transcurrieron 154 días y en otro 56 hasta la fecha de intervención.

Neurocirugía

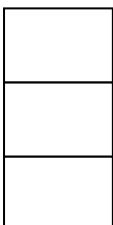
- Base Quirófano: De este total de 108 pacientes hubo 69 suspensiones cirugía que corresponden a un total de 48 pacientes. Los motivos más relevantes fueron Falta cama UTI (14 casos) y prolongación de cirugía (36) según el responsable del área este último concepto responde a falta de anestesista. El promedio desde la fecha de internación a intervención quirúrgica fue de 9.25 días.
- Según datos del servicio, fueron suspendidas 25 cirugías: 14 por falta de anestesista, 8 por falta de cama en UTI, 2 por falta de insumos y 1 por causa médica

Observación N° 8)

Modalidades de registro

La falta de una modalidad de registro confiable e integrado dificulta el acceso a información relevante y específica de las cirugías de alta complejidad. No coinciden ni cantidad ni motivos de suspensión según las fuentes de información seleccionada.⁵

⁵ Descargo Htal. Fernandez: La diferencia en el número de cirugías suspendidas entre la base quirófano y los datos del servicio se relaciona con la sobreasignación de turnos de quirófano,



Observación N° 9) Instrumental y Equipamiento Neurocirugía⁶

Instrumental: El Jefe del Servicio informo que:

- Falta el siguiente instrumental específico: AUTOESTATICO LEYLA YASARGIL (2), SET MICRODISECTORES ROTHON, ENDOSCOPIO 14 CM ,4 MM, 0ª, ENDOSCOPIO 14 CM ,4 MM, 30ª, MARCO ESTEREOTAXICO –
- Del total de 18 instrumentales 9 cuentan con 30 o más años de antigüedad.
- Existen instrumentos no disponibles aportados por los profesionales o improvisados con materiales diversos (SET DISECTORES PENFIELD) Se señaló esta situación en 7 de los 18 casos.

Equipamiento: El Jefe del Servicio informo que:

- Del total de 11 equipamiento se constató un faltante de 4: CAVITADOR ULTRASONICO, MICROMOTOR Y CRANEOTOMO, DOPPLER INTRAOPERATORIO, ROLLOS SILICONAS. Los primeros tres son alquilados cada vez que se requiere su uso.
- El equipamiento específico no posee mantenimiento preventivo.
- De los 7 equipos que el hospital tiene disponible se observó que 5 tienen 30 años o mas de antigüedad
- EL MICROSCOPIO OPERATORIO se ha comprado en forma incompleta y no posee visor lateral, lo cual dificulta el proceso quirúrgico.

Cardiovascular

Instrumental: El Jefe del Servicio informo que:

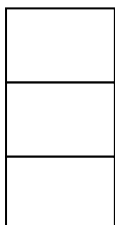
- existe un faltante del 50% de lo seleccionado en la muestra (9 faltantes sobre 18).
- de los 9 instrumentos que no están disponibles en 4 de los casos se improvisa con otros que no se adecuan a las necesidades de las intervenciones quirúrgicas (por ejemplo el Porta Aguja, que siendo necesarios 4 de ellos solo existe uno y está roto)

Equipamiento: El Jefe del Servicio informo que:

- existe un faltante del 75% en relación al 100% de la muestra seleccionada (12 sobre 16).

tratando de evitar la pérdida de turnos por posibles suspensiones. De esa manera es que en base quirófano hay 36 suspensiones de Neurocirugías por prolongación de cirugía, suspensiones que para el servicio no son tales. las suspensiones pueden ocurrir por varias causas: estado clínico del paciente, falta sangre, falta cama de UTI, etc.

⁶ Descargo Hospital Fernandez: El Htal cuenta con un autoestático Leyla Yasargil compartido entre urgencia y Neurocirugía, además informa que la planta quirúrgica cuenta con microsectores, endoscopio y marco esterotáxico. El auditado informa que cuenta con set de disectores Penfield y rollos de siliconas en existencia.



- Formas de reemplazo: El 25% de los instrumentos que no están disponibles se improvisan con otros instrumentos que no se adecuan a las necesidades de las intervenciones quirúrgicas.

Hospital Argerich

Observación N° 10) Neurocirugía

- ❖ No se encuentran registradas la lista de espera de las cirugías realizadas en el 2013-2014.
- ❖ El Jefe del Servicio informó que en el 2001 operaban 30 a 36 pacientes por mes y hoy pueden hacer 1 o 2 por semana.
- ❖ Prolongación de los tiempos de internación por diversas causas no atribuibles al servicio
- ❖ El instrumental de uso para neurocirugía, se encuentra en condiciones de deterioro y faltantes, tanto el utilizado para macrocirugías como para microcirugías y patología de raquis.

Observación N° 11) División Cirugía Cardiovascular

- Falta de nombramiento formal según la estructura aprobada
- Lista de espera: - No cuentan con registros informatizados:
 - 120 pacientes para cirugía central cardíaca
- Cirugía Cardiovascular: el promedio de pacientes en lista de espera es de aproximadamente un año y de internación hasta que se realiza la cirugía ronda los 27 días aproximadamente..

Observación N° 12) UTI

- Unidad de Terapia Intensiva A: con 12 camas (de las cuales solo funcionan 8 por falta de enfermeros
- Unidad de terapia Intensiva B: con 13 camas (de las cuales solo funcionan 8)
- Terapia Intermedia: con 6 camas La terapia intermedia debería tener por lo menos 12 camas y facilitar la salida precoz de terapia.
- En Recuperación Anestésica: Falta personal de enfermería y formalización de las guardias de 24 hs.
- Falta de cama en UTI
- Las licencias ordinarias del Departamento de Enfermería no se cubren y esto hace que haya sobrecarga de trabajo que se compensa con francos. (ver Notas elevadas pago. 59)



Observación N° 13) División Anestesiología

- El Jefe de División está a cargo del servicio desde el año 2013 sin nombramiento efectivo⁷

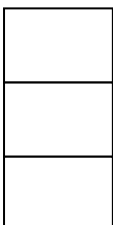
Observación N° 14) UCO

- No están habilitadas dos camas de internación por falta de personal de enfermería.
- La UCO no dispone de un área de recuperación cardiovascular

Observación N° 15) Unidad Coordinación Quirúrgica

- Las intervenciones quirúrgicas se registran en libros por especialidad (no están divididas por complejidad) y sin soporte informático.
- No cuentan con secretaria administrativa (una profesional instrumentista cumple con dicha función).
- Por falta de cama en UTI se habilitan camas supernumerarias (no cumplen con la relación cantidad de enfermeros según camas en UTI) para que se opere un paciente extra, esto requiere que una enfermera atienda una cama más.
- Cuentan con un total de 16 quirófanos de los cuales funcionan 13. Un quirófano no funciona desde hace 3 años por falta de luz scialítica.
- El número de mesas de anestesia y de profesionales anestesiólogos limita la capacidad quirúrgica.
- Instrumental quirúrgico: el 90% del mismo corresponde al ex Hospital Rawson. El mismo es obsoleto y de material cromado (no de acero quirúrgico, como es recomendado en la actualidad).
- Se analizó el libro 1° de Urgencias de la Unidad Coordinación Quirófanos: Del total de 13 pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresaron por la guardia en los meses de enero a marzo de 2013, 6 requirieron internación en UTI/UCO. La necesidad de cama en UTI/UCO es otro de los criterios utilizados para definir las cirugías de alta complejidad. Estos resultados, permiten visualizar las dificultades de obtención de camas cerradas que tienen los Servicios para realizar cirugías programadas de alta complejidad.
- Neurocirugía: Del libro de suspensiones se verificó que durante el 2013 a 40 pacientes se suspendió la intervención quirúrgica en 63 oportunidades. Los motivos más relevantes fueron la falta de anestesiólogo (58.73 %) y de cama en UTI (33.33%). Asimismo, el 65% fue suspendido una vez y en 22.50% dos veces.
- Cardiovascular: Del libro de suspensiones se verificó que a 41 pacientes se suspendió la intervención quirúrgica en 90 oportunidades. Los motivos más relevantes fueron la falta de anestesiólogo (42%) y de cama en UTI (28%) Asimismo, en un 61% fue suspendido una vez y en 20% dos veces.

⁷ Descargo Hospital Argerich: El servicio se encuentra con el jefe a cargo debido a que en dos oportunidades no se presentó al llamado a concurso y debió ser considerado desierto. En la fecha se encuentra en proceso un nuevo llamado a concurso siendo el periodo de inscripción desde el 27/6 al 1/7.



Observación N° 16) Enfermería

- Por falta de personal de enfermería no se encuentran habilitadas la totalidad de las camas y se suspenden cirugías.
- El área no lleva registros informatizados de los Módulos de Enfermería

Observación N° 17) Equipamiento e instrumental

Htal. Argerich:

- en Cirugía Cardiovascular del total de 10 instrumentales 1 falta (Sierra para esternotomía) y 9 se encuentran en provisión incompleta y deteriorada. Por el lado del total de 10 equipamientos 6 faltan y 4 se encuentran en provisión incompleta y deteriorada.
- En Neurocirugía el equipamiento se mantiene dentro del rango de los 10 y los 30 años, mientras que el instrumental en su totalidad supera los 20 años de antigüedad.

Recomendaciones

Htal. Fernandez

1) Servicio de Neurocirugía:

- Extremar las medidas tendientes a lograr la disminución de los pacientes en listas de espera de cirugías
- Generar las condiciones necesarias que permitan al Servicio el acceso a un equipamiento quirúrgico e informático y material adecuado

2) Unidad Cirugía Cardiovascular

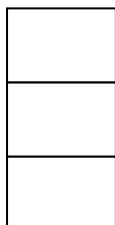
- Extremar las medidas tendientes a lograr la disminución de los pacientes en listas de espera de cirugías
- Confeccionar registros formales de la lista de espera de pacientes
- Evaluar la necesidad planteada por el servicio respecto de poner en funcionamiento la sala de Recuperación CV e implementar el concurso para un segundo cargo de instrumentadora (Técnico Perfusionista)

3) UTI

- Corregir las deficiencias de orden formal
- Considerar la posibilidad de incorporar recursos humanos

4) Anestesiología

- Aumentar las horas de profesionales atento que en casi un 50% se suspendieron cirugías por falta de anestesistas.
- Dotar al área del equipamiento necesario.



5) Unidad Coronaria UCO

Tender a mejorar las condiciones de espacio físico

6) Departamento de Enfermería

Considerar la posibilidad de incorporar recursos humanos

7) y 8) Análisis de Bases de Datos

- Extremar las medidas tendientes a lograr disminuir las suspensiones de cirugías.
- Llevar registros adecuados a fin de contar con información confiable y específica de las prestaciones quirúrgicas.

9) Instrumental y Equipamiento

Propiciar mejoras en las condiciones generales y específicas del equipamiento e instrumental utilizado por las áreas auditadas.

Hospital Argerich

10) Neurocirugía

Llevar registros adecuados de listas de espera de pacientes. Propiciar mejoras en las condiciones generales y específicas del equipamiento e instrumental utilizado.

11) División Cirugía Cardiovascular

- Dar cumplimiento a la estructura aprobada
- Extremar las medidas tendientes a lograr la disminución de los pacientes en listas de espera de cirugías

12) UTI y 14) UCO

Considerar la posibilidad de incorporar recursos humanos

13) División Anestesiología

Arbitrar los medios necesarios a fin de lograr el nombramiento efectivo del Jefe de División

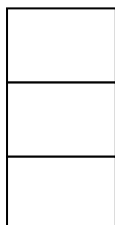
15) Unidad Coordinación Quirúrgica

Generar las condiciones necesarias que permitan a la Unidad el acceso a un equipamiento quirúrgico e informático y material adecuado

Aumentar las horas de profesionales anestesistas atento que en Neurocirugía (casi un 59%) y en Cardiovascular (42%) se suspendieron cirugías por ese motivo.

16) Enfermería

- Considerar la posibilidad de incorporar recursos humanos
- Registrar en forma adecuada los Módulos de Enfermería



17) Equipamiento e instrumental

Propiciar mejoras en las condiciones generales y específicas del equipamiento e instrumental utilizado por las áreas auditadas.

Conclusión

Las Cirugías de alta complejidad como la neurocirugía y la cirugía cardiovascular, conforman un conjunto de patologías de baja incidencia poblacional que tienen un alto riesgo de vida. Son procedimientos que requieren de alto nivel de especialización y que demandan un elevado costo institucional, por el soporte post-operatorio que resulta indispensable disponer, como lo son UTI/UTIM/UCO y por los importantes requerimientos de insumos. En la CABA, los Hospitales Fernández y Argerich son importantes centros de atención de demandas de alta complejidad. Del trabajo realizado por la auditoría surgen aspectos particulares, vinculados a cada una de las instituciones estudiadas, aspectos comunes y similares que comparten ambas instituciones y otros aspectos más generales, relacionados con el sistema de salud de la Ciudad, que excede el marco específico institucional. Entre los aspectos particulares es preciso destacar:

Hospital Fernández

- Prolongada lista de espera para turnos de Neurocirugía y Cirugía Cardiovascular no lleva registros formales.

Hospital Argerich

- Falta de personal administrativo y de equipamiento informático adecuado, razón por la cual, no se cuenta con soporte informático de pacientes intervenidos, de suspensión de cirugías y de listas de espera.

- Entre los elementos comunes o similares que comparten ambas instituciones, se pueden mencionar:

Falta habilitación de la totalidad de camas UTI, UCO y CRA

Falta habilitación de la totalidad de los quirófanos

Faltan nombramientos de enfermeros y de médicos anestesiastas

Falta resolver aspectos de estructura y nombramientos

Falta de equipamiento e instrumental

- Los aspectos generales relacionados con el sistema de la Salud de la Ciudad Autónoma estamos en condiciones de afirmar que:

- La organización del sistema de salud de la CABA evidencia una demanda insatisfecha por parte de los pacientes que requieren neurocirugías y cirugías cardiovasculares de alta complejidad.

- Se pone de manifiesto que no existe un efectivo funcionamiento de la red asistencial, lo cual permitiría privilegiar las intervenciones de alta complejidad en estos Organismos canalizando las demandas de otras intervenciones hacia centros de menor complejidad”.

