

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Bs. As., octubre de 2008
Código del Proyecto	3.07.04
Denominación del Proyecto	Cirugía Cardiovascular Adultos
Período examinado	Año 2006
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia de las prácticas de Cirugía Cardiovascular Adultos (CCVA) en hospitales de la Ciudad
Alcance	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 Nº 325. El examen se realizó mediante los datos obtenidos a través de: • Revisión de la Normas de funcionamiento existentes. • Entrevistas con los responsables de las áreas de CCV en los efectores seleccionados de la muestra. • Relevamiento: ▪ Centro Quirúrgico: ▪ Recursos Materiales: ▪ Recursos Humanos: ▪ Registros: ▪ Listas de espera. ▪ Análisis estadístico. Construcción de indicadores cuantitativos y cualitativos de la gestión por procesos ▪ Estructura ▪ Proceso ▪ Resultados ▪ Calidad • Análisis de la actividad de los servicios en términos de efectividad. Articulación de los Servicios intra e interhospitales (Red).
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se desarrollaron entre el 12 de abril y el 15 de noviembre de 2007
Limitaciones al alcance	La falta de un adecuado registro de la información, dificultó el acceso a la documentación necesaria para el control de la gestión, en diferentes aspectos: • Falta de homogeneidad en la información recabada sobre los pacientes, sus diagnósticos y su clasificación nosográfica, • Falta de registros unificados de pacientes en espera de cirugía. Excepto en el Hospital Argerich, los efectores no informaron detalladamente respecto de la cobertura, obra social de los pacientes y la facturación de las prácticas realizadas
Aclaraciones	No hay presupuesto de "Cirugía Cardiovascular de Adultos" y no existen

Previas

metas físicas ni financieras específicas fijadas, como tampoco se segregan los créditos correspondientes a la misma. Asimismo no existe una planificación formal anual de las actividades, que son de carácter repetitivas en cuanto a su estructura, procedimientos y periodicidad.

Se seleccionó una muestra de cinco Hospitales Generales de Agudos, donde se realizan Cirugías Cardiovasculares Central y Vascular periférica y son:

- Hospital General de Agudos, Dr. Cosme Argerich
- Hospital General de Agudos, Dr. Carlos Durand
- Hospital General de Agudos, Dr. Juan A. Fernández
- Hospital General de Agudos, Donación F. Santojanni
- Hospital General de Agudos, Bernardino Rivadavia

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la Ciudad de Buenos Aires con valores que superan el 25% del total anual de muertes para el año 2005.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

a) Epidemiología

Las enfermedades cardiovasculares son las responsables de un tercio de las muertes que se producen en el mundo, concretamente fallecen al año 17 millones de personas por este motivo. En Argentina, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbimortalidad en la población adulta.

La elevada prevalencia de factores de riesgo (hipertensión arterial, tabaquismo, colesterol elevado y sobrepeso-obesidad) revisten suma importancia en la persistencia de las elevadas tasas de mortalidad.

b) Prevención de las enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades no transmisibles (ENT) entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares, constituyen un problema que requiere estrategias complejas para su control y reducción, pero aún así, son prevenibles.

La prevención es la herramienta más eficaz y económica para conservar la salud y evitar la aparición de enfermedades.

EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

a) Prevalencia de la enfermedad

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la Ciudad de Buenos Aires con valores que superan el 25% del total anual de muertes para el año 2005. Según la misma fuente, en el año 2006 se mantiene la misma tasa de mortalidad por esta causa que en el año anterior.

El 48,51% de las enfermedades cardiovasculares se atienden entre los cinco efectores que cuentan con Servicio de Cirugía Cardiovascular.

b) Mortalidad por causa y por comuna. Regiones Sanitarias

El artículo 28 de la Ley Básica de Salud considera la delimitación geográfico poblacional, basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación. En tal sentido la Resolución N° 31 - MSGC/08 establece la creación de las

Regiones Sanitarias I, II, III y IV, apuntando a la descentralización de la gestión y en concordancia con la Ley N° 1.777 que establece para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires una división política y administrativa en quince (15) Comunas; “tendiendo a una mejor programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias que posibilite articular los tres subsectores, fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes locales de salud”

c) Distribución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares por Comuna:

Si se analiza la distribución de la tasa de mortalidad por causas de enfermedades cardiovasculares, la mayor corresponde a la Comuna 9 que tiene como Hospital de referencia el Santojanni. Le siguen las comunas 10, 11, y 12 con los Hospitales Vélez Sarsfield, Zubizarreta y Pirovano, que no cuentan con cirugía cardiovascular central. El Hospital Fernández de la comuna 14 registra la cifra más baja contando con cirugía cardiovascular. Las comunas 1 y 5 no tienen hospital de referencia y ostentan cifras superiores a la media de la ciudad.

PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Cirugía Cardiovascular

La Resolución N° 1883/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, define como Servicio de Cirugía Cardiovascular de una unidad de atención de la salud, aquel destinado a resolver acciones de promoción, prevención, control, diagnóstico y/o tratamiento, procedimientos quirúrgicos, ablaciones, trasplantes, implantes, explantes, recuperación y reinserción social de pacientes con patología cardiovascular.

Los servicios de Cirugía Cardiovascular que efectúan trasplantes de órganos en lo relativo a estos procedimientos deberán cumplimentar las normativas del INCUCAI y/o sucedáneos provinciales.

Cirugía de implante de marcapasos:

Es la opción de tratamiento para las personas con un ritmo cardíaco lento (bradicardia). Tras la implantación del marcapasos es conveniente tener monitorizado 24 horas al paciente.

El implante de marcapasos puede hacerse en un quirófano de Cirugía Cardíaca, o en una sala de Hemodinámica, aceptando que debe ser considerada como intervención programada, antes que una técnica urgente (salvo excepciones).

Biopsia Endomiocárdica:

En los pacientes con trasplante cardíaco la biopsia endomiocárdica es el patrón de oro para el diagnóstico de rechazo agudo. Los hallazgos microscópicos de la biopsia implican respuestas terapéuticas inmediatas.

La toma de la biopsia endomiocárdica es un procedimiento clínicamente seguro, con una mínima tasa de complicaciones.

ASPECTOS GENERALES

La creación y organización de las áreas de Cirugía Cardiovascular en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires no responde a una planificación basada en criterios epidemiológicos y de geo-referencia. Esto condiciona la eficacia y eficiencia del sistema, con desajustes en la asignación y distribución en los recursos

Recursos Físicos:

Las características de la cirugía cardiovascular y el requerimiento de equipos e instrumental específico reconocen limitaciones que el relevamiento pone de manifiesto en los efectores considerados, fundamentalmente: falta de quirófanos propios, insuficiente cantidad de camas de recuperación y de bombas de circulación extracorpórea y balón de contra pulsación.

ASPECTOS PARTICULARES

a) Hospital Argerich:

Reciben pacientes derivados de todos los hospitales, inclusive de los otros 3 que estarían en condiciones de realizar cirugías centrales (Santojanni, Durand y Fernández), también del interior y el exterior. La demanda que ingresa por urgencia se superpone con la programada, debiendo postergarse estas últimas por la falta de camas de recuperación. Las existentes son compartidas con Unidad Coronaria (UCO).

Es importante el déficit en enfermería, dado el mayor grado de dependencia de los pacientes, cada paciente requiere un enfermero permanente y por momentos, otro simultáneo para colaborar en la instrumentación de los soportes tecnológicos y monitoreo específicos. Actualmente tienen un enfermero cada 3 ó 4 camas.

Recursos Humanos:

La falta de designación del personal de Perfusión y Asistencia Circulatoria es un factor de suma importancia para el desarrollo de la actividad.

Tienen 20 camas para internación de cuidados críticos que resultan insuficientes para cubrir la demanda.

El servicio cuenta con un equipo de cinco anestesiólogos asignados.

El Hospital Argerich cuenta con servicio de hemodinamia las 24 horas.

Transplante cardíaco: no tiene estructura formal dentro del Hospital y los profesionales perciben sus haberes como suplencias de guardias. Cuentan con cuatro camas de pre transplante y cuatro camas de Módulo de transplante.

b) Hospital Durand

En el hospital se realizan cirugías vasculares periféricas y centrales. Cuenta con servicio de hemodinamia las 24 hs.

Las cirugías centrales que se realizan son siempre programadas, ya que no hay personal suficiente para atender urgencias. Las mismas se derivan a los hospitales Argerich y Santojanni. Desde septiembre de 2006 se realizan entre tres y cuatro cirugías programadas por semana. Reciben derivaciones de otros hospitales.

El personal del servicio es insuficiente para que los dos quirófanos funcionen simultáneamente.

La planta física del servicio esta conformada por dos quirófanos específicos y un tercero compartido. La sala de Recuperación Cardiovascular cuenta con cinco camas, de las cuales están disponibles cuatro, sólo dos cuentan con equipamiento para monitoreo, las otras dos funcionan como camas de sala común de internación. Por otro lado, el hospital cuenta con bomba de circulación extracorpórea, pero no cuenta con instrumental adecuado, ya que el disponible es obsoleto o compartido con otros servicios.

No se registran los pacientes en lista de espera.

Cirugía vascular Periférica:

El arco en C¹ con el que cuenta el Hospital es antiguo y no es específico para cirugía cardiovascular. No graba imágenes o secuencias y es compartido con cirugía general y traumatología (esto último implica que las cirugías que requieren radioscopia sólo pueden realizarse una vez por semana).

La demora actual para cirugía periférica varía entre uno y dos meses. Las causas de la espera son múltiples.

La falta de ecodopler en el servicio desde hace más de un año, obstaculiza el desarrollo de las actividades.

El Servicio no cuenta con personal administrativo.

Como en el resto de los Servicios, el perfusionista del área no posee designación formal.

c) Hospital Fernández

La Unidad de Cirugía Cardiovascular de Adultos (CCVA) fue conformada en mayo de 2005, en una etapa posterior a la instalación del servicio de hemodinamia, con frecuentes suspensiones en sus prestaciones que adjudican a la irregular situación contractual en que se hallan los profesionales (cirujanos ayudantes, anestesiólogos y los técnicos en perfusión). Cuenta con un cirujano designado, que se desempeña como Jefe de Unidad y tres cirujanos ayudantes (dos con nombramientos en trámite). Están designadas dos instrumentadoras quirúrgicas. Se está concursando una vacante para técnico en perfusión.

La Unidad cuenta con un quirófano propio disponible en el horario de planta, los fines de semana y en horario nocturno se operan urgencias por quirófanos de guardia. No cuentan con sala de recuperación, se proporcionan dos camas de unidad coronaria para ser utilizadas con ese fin. Se efectúan una cirugía cardiovascular central a la semana (en horario matutino), una periférica también con frecuencia semanal y por la tarde se realizan operaciones menores (sistema PROCA²)

Equipamiento:

La Unidad cuenta con una bomba de circulación extracorpórea que ha sido cedida por el Hospital Argerich y que pertenece al mismo. La consola de balón de contra pulsación aórtica se encuentra en comodato. No cuentan con intercambiador de calor, cuya licitación se encuentra en curso. Existe una sola caja completa de instrumental delicado para cirugía coronaria.

Circuito de admisión: Cuando un paciente está en condiciones de ser operado se lo interna en Unidad Coronaria según la disponibilidad de camas. Una vez realizada la operación, se lo interna en dicha unidad por un plazo aproximado de dos días. La Unidad de CCVA del Hospital Fernández recibe derivaciones de pacientes de los hospitales Vélez Sarsfield, Rivadavia, Ramos Mejía y Pirovano.

Recursos Humanos:

El servicio cuenta con un cirujano cardiovascular de planta como jefe de equipo. Los tres ayudantes restantes están nombrados como suplentes de guardia al igual que los anestesiólogos. El técnico en perfusión no está designado hasta el momento, pese a haber accedido al cargo por concurso.

¹ Equipo portátil de radiología de alta definición

² Programa de Cirugía Ambulatoria

Cuentan con dos instrumentadoras de planta afectadas part-time. Respecto al pre-quirúrgico y la recuperación post cirugía están afectados dos médicos cardiólogos. Ambos tienen nombramientos de guardia en unidad coronaria, no dependen del servicio. El personal de enfermería es rotativo y depende de unidad coronaria.

d) Hospital Santojanni

El servicio actualmente funciona como “grupo de trabajo” no contando con una estructura formal.

Existen siete nombramientos de personal médico para el área de Recuperación Cardiovascular pero no se encuentra habilitada debido a la falta de nombramiento de personal de enfermería. La recuperación de pacientes se realiza en Unidad Coronaria, con la consecuente limitación de camas para este sector.

El instrumental quirúrgico fue aportado por los profesionales del equipo, no forma parte del patrimonio del Hospital. Esto se suma a las limitaciones anteriores y dado la necesaria esterilización del material, solo permitiría una cirugía diaria.

El quirófano que utiliza el Servicio está compartido con Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, entre otros.

No hay asignado al área instrumentadoras.

El plantel de enfermería depende de Cirugía General y es quién asigna el personal de acuerdo a las necesidades y disponibilidad.

La esterilización del material se realiza fuera del Hospital y puede extenderse hasta diez días, debido a que se realiza un pedido de esterilización conjunto con otros servicios.

e) Hospital Rivadavia:

En la actualidad no se efectúan cirugías cardíacas por falta de equipamiento. Desde hace más de 10 años no cuentan con bomba de circulación extracorpórea y debido a errores ocurridos durante el desarrollo de obras de construcción, se perdió la red eléctrica que suministraba energía en 380w, necesaria para el funcionamiento de tecnología específica como un angiógrafo que le fuera cedido por el hospital Argerich.

El Servicio cuenta con el personal necesario para operar el angiógrafo que también beneficiaría a otros servicios (Neurología, Neurocirugía). En consecuencia, los pacientes que requieren esta tecnología deben ser derivados a otros hospitales.

No tienen quirófano propio, los quirófanos centrales están muy deteriorados y la dinámica operativa es difícil dada la gran demanda.

Existe un proyecto de construcción de un espacio cuya licitación ya se encuentra en etapa de preadjudicación.

Además de falta de recursos materiales y tecnológicos, el servicio ve disminuida la producción de intervenciones debido a la falta de anestesistas. Cuentan con dos hemodinamistas que realizan guardias en el servicio de terapia intensiva hasta tanto se cuente con los recursos tecnológicos para realizar su tarea específica.

La producción actual de aproximadamente dos cirugías a la semana.

Listas de espera:

Entre los factores que condicionan la magnitud de la lista de espera relacionados con la oferta se encuentran: las horas médicas de las especialidades requeridas, personal de apoyo, tecnología necesaria,

disponibilidad de quirófanos y de camas (criterios de eficiencia en la gestión recomiendan que, en lo posible debe reservarse un porcentaje calculado de camas, para los diferentes niveles de cuidados por los que deberán transitar los pacientes ya operados en su evolución, lo que no se corresponde con la realidad relevada).

Como consecuencia de la falta de una red de cardiocirugía, no existe una base de datos con los pacientes en espera y cada efector elabora un registro propio con los pacientes que requieren cirugía consignando datos heterogéneos y la estimación del turno en que se efectuará la práctica sin tener en cuenta la disponibilidad del sistema.

Las listas de espera no se actualizan ni se realiza un seguimiento de los pacientes inscriptos.

Consultas Externas.

AÑO 2006		Consultas Externas Cirugías Cardiovascular Central			
	1ra. vez	Inter consultas	Ulterior	Total	Total
Argerich	398	245	1849	2492	64%
Durand	146	8	543	697	18%
Santojanni	340	0	370	710	18%
TOTAL CONSULTAS EXTERNAS				3899	

AÑO 2006		Consultas Externas Cirugías Vascular Periférica			Total
	1ra. vez	Inter consultas	Ulterior	Total	
Argerich	244	0	2566	2810	27%
Durand	1630	162	1551	3343	33%
Santojanni	673	0	380	1053	10%
Fernández	835	566	676	2077	20%
Rivadavia	272	133	533	938	9%

TOTAL CONSULTAS EXTERNAS 10221

Cirugías realizadas:

Aporte de cirugías efectuadas por Hospital:

	2006	2007
Argerich	30,00%	17,30%
Durand	50,50%	34,60%
Fernández	45,00%	6,50%
Santojanni	15,00%	41,60%

Observaciones

Generales:

1. Insuficientes acciones de articulación con efectores de atención primaria para la promoción y prevención de la salud
2. La falta de homogeneidad en los registros de los distintos efectores impide determinar con precisión:

- la población atendida y cumplimiento de metas.
- diagnósticos y su clasificación nosográfica
- cantidad de pacientes y tiempos de espera
- motivo y cantidad de suspensión de cirugías

Toda esta información resulta indispensable para confeccionar indicadores de gestión comparativos.

3. Falta de planificación que condiciona la adecuación de la infraestructura a la disponibilidad de profesionales y de estos a la demanda, incrementando la lista de espera.

4. Falta de articulación entre los efectores (red):

- Inexistencia de una red que facilite la reasignación de recursos subutilizados
- Inexistencia de una base de datos unificada con los pacientes en espera para recibir atención o derivación.

5. Irregularidad contractual:

- Los técnicos perfusionistas no están considerados en la estructura formal del Ministerio. Los agentes cobran sus salarios por sistema de guardias técnicas.
- Profesionales con remuneraciones como suplencias de guardia.

6. Falta personal enfermería.

7. Falta personal administrativo

Hospital Argerich

8. Es insuficiente el número de camas de recuperación, indispensable para cada paciente intervenido quirúrgicamente. La demanda de cirugías de urgencia es alta y la falta de camas, obliga a suspender las programadas lo que incrementa la lista de espera.

9. La falta de disponibilidad de camas de recuperación se evidencia en la necesidad de compartirlas con Unidad Coronaria.

10. Los pacientes que van a ser intervenidos deben internarse para asegurar la cama sin fecha cierta para la cirugía. Son insuficientes las camas de internación en cuidados críticos.

Hospital Rivadavia

11. Por deficiencias en la planta física, no se efectúan en el hospital cirugías cardiovasculares centrales.

12. Los quirófanos no son propios, se comparten con otras especialidades, resultando insuficientes para el total de la demanda quirúrgica.

13. Falta equipamiento para cirugía cardiovascular central (bomba de circulación extracorpórea)

14. Cuenta con instrumental específico para el área (angiógrafo) y con técnicos capacitados para operarlo, pero se encuentra sin aplicación debido a que la red eléctrica no suministra el voltaje de energía requerido.

15. No cuentan con anestesistas designados para el área.

Hospital Durand

16. El instrumental del área es insuficiente, obsoleto o compartido lo que

	condiciona la realización de cirugías. 17. Las camas de recuperación no son propias, lo que provoca que las cirugías se realicen cuando se encuentran disponibles las de la UTI. Hospital Fernández 18. Los cirujanos ayudantes cobran servicios por suplencia de guardia 19. Existe una sola bomba de circulación extracorpórea que ha sido cedida por el Hospital Argerich 20. El instrumental específico no es propio 21. Las interrupciones en el funcionamiento del Servicio causan períodos de baja productividad. Hospital Santojanni 22. No cuentan con personal de enfermería para poner en actividad el área de recuperación, pese a que cuenta con médicos designados 23. La recuperación de pacientes se realiza en Unidad Coronaria, con la consecuente limitación de camas para ambos servicios. 24. Cuentan con un solo equipo de instrumental quirúrgico propiedad de los profesionales integrantes del grupo de trabajo, lo que supedita las cirugías a su disponibilidad (esterilización). El Ministerio de Salud no ha provisto de elementos ad hoc. 25. El único quirófano disponible se comparte con otros servicios (Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, entre otros). 26. No hay instrumentadoras asignadas al área. La esterilización del material se realiza fuera del Hospital y puede extenderse hasta diez días, debido a que se realiza un pedido de esterilización conjunto con otros servicios.
Recomendaciones	Al Ministerio de Salud: 1. Poner en funcionamiento la Red de Cirugía Cardiovascular de Adultos, con el objetivo de articular recursos de los distintos efectores y coadyuvar a la eficiencia y eficacia de la utilización de los mismos. Confeccionar criterios que unifiquen las necesidades que registren las demandas de las comunas (Observaciones 1, 2 y 3) 2. Profundizar las acciones de articulación con los efectores de atención primaria para la promoción y prevención de la salud, de manera de reducir la demanda de cirugía cardiovascular (Observación 4) 3. Resolver la situación laboral de los distintos profesionales que intervienen en los Servicios (Observaciones 5 y 18) 4. Designar profesionales médicos, instrumentadoras, personal de enfermería y administrativos (Observaciones 6, 7, 15, 18, 22 y 26) 5. Que a través de la Red de Cirugía Cardiovascular, evaluar la complejidad de los servicios existentes, los recursos disponibles y realice las acciones tendientes a completar los equipos humanos y físicos necesarios para satisfacer la demanda de CCV de la Ciudad. (Observaciones 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 23 y 25) 6. Dotar a los Servicios de elementos técnicos necesarios para las prácticas que realizan (Observaciones 20, 24 y 27) Al Hospital Fernández: 7. Garantizar el funcionamiento continuado del Servicio (Observación 21)

Conclusión

La persistencia e incremento de listas de espera que revelan una respuesta parcial e ineficaz a la demanda de la población, requieren decisiones destinadas a desarrollar las potencialidades emergentes de la capacidad profesional y técnica con que cuenta el Sistema.

Las altas tasas de morbilidad por afecciones no transmisibles y prevenibles, pone de relieve la importancia de fortalecer estrategias de prevención y promoción para disminuir la demanda en el segundo y tercer nivel, de mayor costo y repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

En el mismo sentido, la formalización de una red de cirugía, organizada en función de los niveles de complejidad y tecnología que permita derivaciones ágiles e intercambio de recursos profesionales, contribuiría al decrecimiento de la demanda insatisfecha y paliar una realidad en la que las comunas más afectadas no cuentan con servicios de CCV en sus áreas programáticas.