

BIGH

BOLETIN DE INDICADORES PARA
LA GESTIÓN HOSPITALARIA

1º SEMESTRE 2018

Índice

- EDITORIAL..... 1
- COLABORADORES Y OBJETIVOS..... 2
- ANTECEDENTES GENERALES..... 3
- PRODUCCION HOSPITALARIA..... 4
- EPIDEMIOLOGIA HOSPITALARIA..... 8
- CONSULTAS ATENCIÓN ABIERTA..... 17
- TELEMEDICINA..... 18
- ACTIVIDAD QUIRÚRGICA..... 19
- ACTIVIDAD OBSTÉTRICA..... 21
- UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA..... 24
- UNIDAD DE RECUPERACIÓN ANESTÉSICA..... 25
- DOTACIÓN DE PABELLONES..... 27
- COMPROMISO DE GESTIÓN N°5..... 29
- COMPROMISO DE GESTIÓN N°2..... 30
- ÍNDICE FUNCIONAL Y OUTLIERS..... 31
- LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA..... 35
- COMENTARIO FINAL..... 38

EDITORIAL

Este 3º número del Boletín Informativo de Gestión Hospitalaria (**BIG-H**) representa un esfuerzo colaborativo importante de todos los equipos clínicos administrativos y en particular del departamento (hoy unidad) de estadística hospitalaria.

El quehacer hospitalario está inmerso en una multiplicidad de problemas en diferentes esferas que necesitan una mirada y un **análisis más allá de la contingencia** para poder definir con autonomía los derroteros de esta organización. No es un ejercicio simple, porque implica **conocimiento y reflexión** para reconocer lo importante entre lo cada vez más urgente, aquello que da la estructura de sentido a los procesos hospitalarios.

Hace un mes el ministro de salud, en su visita a nuestro centro, hizo referencia a la importancia de los COMGES en patologías crónicas como indicador del impacto de la atención primaria en la salud de la población, al incremento de las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis, la deuda hospitalaria. Nada nuevo ¿no?, en palabras de Foucault “**estamos consagrados históricamente a la historia, a la construcción paciente de discursos sobre discursos**”, pero atención, aprendamos a entender y oír lo que no está dicho y parece obvio: **Gestión de Red**. Nosotros somos la guinda de la torta, y por cierto una de las más costosas.

Las tareas pendientes son múltiples, **¿quienes son los mandatados para gestionarlas y controlarlas? ¿Quiénes para ejecutarlas?**. Nos movemos en esa dualidad, es hora de definir y de asumir, cada esfera de poder con sus indicadores de gestión y resultado, tareas operativas y tareas gerenciales estratégicas, integrar la red como organización mejorando su composición y sus flujos.

Aquí vamos....

Unidad de Estadística Hospitalaria

Colaboradores

Departamento de Estadísticas Hospitalaria

José Javier Caro Miranda M.Sc.

Andrea Tapia Gutierrez U. Estadística

Víctor Hernández Contreras U. Estadística

Constanza Borquez Contreras Epidemiología

Maria Paz Blanco Herrera. Epidemiología

Natividad Sepúlveda Aguilera U. GRD

Sandra Carrasco Pozo U. GRD

César Haro Loaiza U. GRD

Vianca Garrido Giusti U. Historia Cl

Objetivos generales:

1. Contribuir en la toma de decisiones y mejorar la gestión en áreas clínicas del Hospital Puerto Montt, conducentes a satisfacer las necesidades de las personas en situación de enfermedad, con el fin de promover la recuperación y rehabilitación de su salud, a través de la presentación de resultados de la producción hospitalaria y vigilancia epidemiológica del 1º semestre de los años 2016-2018.
2. Contribuir en la mantención de la salud de la población asignada

Objetivos específicos:

1. Conocer comportamiento de indicadores de producción hospitalaria (perfil de egresos, consulta de especialidades, consulta de atención de urgencia, actividad quirúrgica y obstétrica)
2. Conocer resultados de la vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias graves, enfermedades de notificación obligatoria, sífilis y VIH.

ANTECEDENTES GENERALES

El Hospital Puerto Montt es parte de la gran red nacional, como también de la Macro Región Sur que se extiende desde Araucanía Sur a Magallanes y de la red local correspondiente al Servicio de Salud del Reloncaví (**SSDR**) cuya jurisdicción corresponde a las provincias de Llanquihue y Palena, con un **84% de población beneficiaria** del sistema público de salud. **El SSDR cuenta con 696 camas** para hospitalización en el sector público.

Dotación de camas

Por resolución exenta N° 4739 del SSDR del 21/12/2017 la dotación es de **528** camas distribuidas en **unidades funcionales**. Actualmente **97.2% de las camas totales, 81,8% de las camas de cuidados intensivos y 75% de las camas de cuidados intermedios están en uso**. El año 2017 solo el 36% de las camas UCI estaba en funcionamiento.

Tabla n° 1. Dotación de camas año 2018

UNIDAD FUNCIONAL	Camas Resol. 4739	N° DE CAMAS EN TRABAJO 2017	N° DE CAMAS EN TRABAJO 2018
AREA PENSIONADO	15	15	15
ÁREA MÉDICA ADULTOS CUIDADOS BÁSICOS	37	37	37
ÁREA MÉDICA ADULTOS CUIDADOS MEDIOS	98	98	98
ÁREA MÉDICA QUIRÚRGICA ADULTOS CUIDADOS BÁSICOS	39	39	39
ÁREA MÉDICA QUIRÚRGICA ADULTOS CUIDADOS MEDIOS	96	96	96
ÁREA CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	22	8	18
ÁREA CUIDADOS INTERMEDIO ADULTOS MEDICA		9	9
ÁREA CUIDADOS INTERMEDIO ADULTOS QUIRÚRGICA	44	9	9
ÁREA CUIDADOS INTERMEDIO ADULTOS NEUROQUIRÚRGICA		9	9
ÁREA CUIDADOS INTERMEDIO ADULTOS CARDIOLOGÍA		9	6
ÁREA MÉDICA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA CUIDADOS MEDIOS	55	55	55
ÁREA CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	6	6	6
ÁREA CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS	6	6	6
ÁREA NEONATOLOGÍA CUIDADOS BÁSICOS	8	8	8
ÁREA NEONATOLOGÍA CUIDADOS INTENSIVOS	10	10	10
ÁREA NEONATOLOGÍA CUIDADOS INTERMEDIOS	16	16	16
ÁREA OBSTETRICIA	46	46	46
ÁREA PENSIONADO	24	15	15
ÁREA PSIQUIATRÍA CORTA ESTADÍA ADULTO	24	24	24
ÁREA PSIQUIATRÍA CORTA ESTADÍA INFANTO ADOLESCENTE	6	6	6
TOTAL CAMAS	528	506	513

Fuente: Oficina de Estadística 201

PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

Indicadores de hospitalización (Egresos Hospitalarios)

Según Decreto Nº 1671/2010, los egresos hospitalarios se obtienen del **Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (IEEH)**. De las estadísticas de éstos se obtiene información sobre causas de hospitalización y variables asociadas. Todo esto es recolectado, analizado y presentado por la unidad de **Estadísticas Hospitalarias**.

Tabla nº 2 . Comparación egresos 1º semestre 2016-2017-2018. HPM

Año	Egresos	Fallecidos	PMGRD	I.O (%)	E.M	I.R	Letalidad (%)	I.S.
2016	11.235	274	---	86.7	6.83	3.84	2.44	1.04
2017	11.104	266	0.9077	87.1	6.83	3.68	2.40	1.07
2018	11.300	284	0.9090	88.8	7.04	3.65	2.52	0.94

Fuente: Oficina de Estadística 2018

Sinopsis: La tendencia en los primeros seis meses del 2018 es al aumento del número de egresos en un 2 % respecto al 2017, con mayor peso medio GRD, un índice ocupacional de 89%, con una estadía siete días promedio, con 37 pacientes que rotan en 10 camas, y la ocupación de una cama cada 22 horas (tabla nº2)

DEFINICIONES

- ✓ **Peso Relativo:** indicador del consumo esperado de un egreso hospitalario (o un conjunto de ellos) respecto al consumo esperado de un episodio basal como referencia. El Peso Relativo de un episodio agrupado en un Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) representa una medida del costo de dicho episodio respecto al episodio promedio. Por ejemplo, si un episodio agrupado en la clase "Parto vaginal sin diagnóstico complicado" tiene un peso relativo de 0,563 significa que su costo esperado es un 56,3% del costo esperado para el episodio promedio. Estos pesos son calculados anualmente para cada revisión de los GRD.

$$PESO\ GRD\ (PMGRD) = \frac{\text{Gasto promedio de los pacientes incluidos en ese GRD}}{\text{Gasto promedio de todos los pacientes hospitalizados}}$$
- ✓ **Intervalo de Sustitución (IS):** Tiempo promedio que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro.
- ✓ **Índice Ocupacional (IO):** Es el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un periodo, expresado en porcentaje.
- ✓ **Índice de Rotación o Giro de Cama (IR):** Mide el número de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en un período de tiempo determinado.
- ✓ **Tasa de Letalidad o Tasa de Mortalidad:** Relación entre el número de defunciones ocurridas durante un periodo en un establecimiento y el número de egresos del mismo periodo.
- ✓ **Promedio Días de Estad (PDE):** Número promedio de días de hospitalización por cada paciente en un periodo de tiempo dado. Mide cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso.

Tabla nº 3 . Comparación egresos hospitalarios según severidad 1º semestre 2016 – 2018

Severidad	Egresos			Peso Medio GRD			Estancia Media			Exitus		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Menor	5709	5492	5853	0.5661	0.6043	0.5894	4.57	4.81	4.39	13	26	22
Moderada	4157	4035	3999	0.9476	0.9166	0.9405	6.97	7.08	7.04	50	77	78
Mayor	1370	1576	1463	2.0743	1.9429	2.1028	17.22	16.02	17.30	211	162	184
Suma Total	11236	11103	11315	0.8911	0.9078	0.9092	7.00	7.23	6.99	274	265	284

Fuente Unidad Estadística HPM – Unidad GRD

En el 1º semestre del año 2018 los **egresos con criterios de severidad mayor** correspondieron al **12.9% del total de egresos**. Desde el año 2016 este nº de egresos aumentó un **7% (OR=1.07; 95%IC=0.99-1.15)**. Esta categoría de paciente egresado tiene peso medio GRD 3.5 veces mas elevado que los que lo hacen con severidad menor y 2.2 veces mas que los con severidad moderada. La estancia media es de 17 dias y dan cuenta del **64,8% de los fallecimientos in-door**. (tabla nº 3)

En el 2º trimestre del año 2018 el nº de egresos con severidad mayor aumentó 30.9% respecto al 1º trimestre (OR=1.31, 95% IC 1.18-1.47, p=0.000) pero con una disminución de 0.034 unidades del peso medio GRD.

Tabla nº 4. Comparación egresos hospitalarios por Servicio Clínico años 2016 y 2017 .

Servicio de Egreso	Egresos 1º semestre			Peso Medio GRD 1º semestre			Estancia Media 1º semestre			Fallecidos 1º semestre					
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016		2017		2018	
	Nº	Nº	Nº				días	días	días	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obstetricia	2070	2075	2230	0.3850	0.3883	0.3837	3.35	3.44	3.24	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Medicina	1892	1981	1778	0.9535	1.0060	0.9544	9.61	9.62	10.06	100	5.3	85	4.3	102	5.7
Cirugía	1963	1649	1512	1.0437	1.0625	1.1895	7.45	9.47	10.26	20	1.0	48	2.9	48	3.2
Ginecología	934	812	861	0.5944	0.6344	0.6368	3.37	3.83	3.78	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pediatría	792	689	806	0.7631	0.8160	0.8360	5.29	5.23	6.18	2	0.3	1	0.1	2	0.2
Pens. Adulto	204	695	718	0.9927	1.1034	1.1145	1.24	2.19	3.03	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cirugía Infantil	603	704	669	0.8201	0.7252	0.8774	2.64	2.93	3.30	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Neurocir. Adulto	695	580	651	1.4146	1.3097	1.2452	14.58	15.76	13.05	26	3.7	28	4.8	17	2.6
Urología	345	380	473	0.8600	0.8241	1.0031	5.63	4.45	5.92	0	0.0	2	0.5	0	0.0
Traumato y Ortop.	727	575	342	1.1420	1.1445	1.1804	5.66	5.74	7.49	1	0.1	5	0.9	4	1.2
Neo. Cunas	302	283	251	0.6587	0.9931	0.5657	6.18	8.10	6.18	2	0.7	1	0.4	2	0.8
Oncología			236			0.9123			2.21					0	0.0
Psiqu. Corta Estadia	214	199	151	0.5535	0.5910	0.5265	22.91	32.38	28.80	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Neurología Adulto		29	104		0.6671	0.6311		0.93	1.26			0	0.0	0	0.0
Suma Total	10741	10651	10782	0.8318	0.8501	0.8488	6.69	7.04	6.83	151	1.4	170	1.6	175	1.6

Fuente Departamento Estadísticas Hospitalarias – Unidad GRD . Celdas amarillas destacan aumento respecto al año anterior.

*El % de mortalidad se calcula sobre el total de egresos+traslados

** Durante el año 2017 los egresos de las UTIs adulto se reportan agrupados, no se diferencia por especialidad.

En un análisis de los egresos ocurridos en el servicio de psiquiatría entre 2011 y 2018 se constató que el Servicio de salud del Reloncaví ofrece **una cama por 13.100 habitantes**. Esta cifra demuestra que las 24 camas que actualmente tiene el servicio de psiquiatría son insuficientes, dicho de otro modo tiene un **45% menos de camas** de las que corresponden según población asignada. Por lo tanto no sorprende que el índice ocupacional de este servicio sea de 100% llegando al mes de Marzo de este año a un 133% o mejor dicho un **33% de sobreocupación**.

En la tabla nº 4 se puede observar el comportamiento de los egresos por servicio.

Tabla nº 5. Comparación producción en camas críticas 2016-2018

Servicio de Egreso	Egresos 1º semestre			Peso Medio GRD 1º semestre			Estancia Media 1º semestre			Fallecidos 1º semestre					
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016		2017		2018	
Nº	Nº	Nº					días	días	días	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UTI adulto (indif)	537	281	478	1.9505	2.3100	1.9254	5.11	5.21	6.15	50	9.3	53	18.9	46	9.6
UTI Coronario		324	217		1.9246	1.6623		4.13	3.56			12	3.7	17	7.8
UTI Neonatología	236	223	210	1.5045	1.9733	2.2003	9.41	10.30	11.03	1	0.4	2	0.9	2	1.0
UTI Cirugía Adulto	1	170	167	2.1933	1.9810	2.3468	71.00	4.42	6.67	0	0.0	5	2.9	10	6.0
UTI NeuroQx	251	229	72	2.3587	2.1603	2.1664	7.94	7.11	6.35	17	6.8	16	7.0	4	5.6
UTI Pediatría	60	91	56	1.7905	1.6893	2.0600	12.33	5.07	6.86	0	0.0	2	2.2	0	0.0
UCI Adulto	241	201	254	4.0134	3.6455	3.3454	8.01	7.21	7.44	96	39.8	62	30.8	87	34.3
UCI Pediatría	122	105	127	1.6442	1.7412	1.9296	5.56	6.77	5.60	4	3.3	1	1.0	4	3.1
UCI Neonatología	125	111	116	3.0159	3.6972	3.4498	10.69	10.05	11.91	10	8.0	8	7.2	10	8.6
TOTAL	1310	1400	1445	2.7855	2.8742	2.6999	8.94	8.01	8.28	145	11.1	110	7.9	141	9.8

Fuente Departamento Estadísticas Hospitalarias – Unidad GRD

Las unidades críticas expresan su complejidad en los pesos medios GRD más altos del hospital de 2.6999 el 1º semestre de 2018, con estancia media de 8.3 días y una mortalidad de 1:3 y de 1:10 en pacientes egresados en la UCI y la UTI adultos respectivamente. Las UCI adulto y pediátrica tienen PM GRD >3. El número de pacientes adultos que pasan por estas unidades durante el 1º semestre aumentó de 1310 a 1445 el periodo 2016 - 2018. Esto representa un incremento de 10.3% en esta actividad,. Existe disgresión de la complejidad al disponer de diferentes tipos de UPC como neuroquirúrgico, coronario, etc.

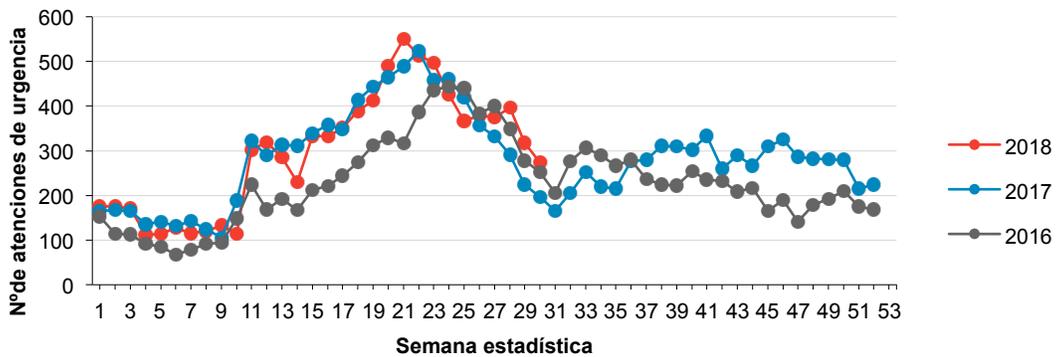
Estos indicadores de producción son generales. Deben ser consensuados los indicadores de evaluación de proceso y resultado para estas unidades dado que representan los gastos más elevados del hospital.

La Ley 20.707 establece una serie de indicadores de producción, calidad y eficiencia que pueden orientar las estrategias que permitan garantizar una atención oportuna a los usuarios.

8 EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA:

Vigilancia IRAG Hospital Puerto Montt

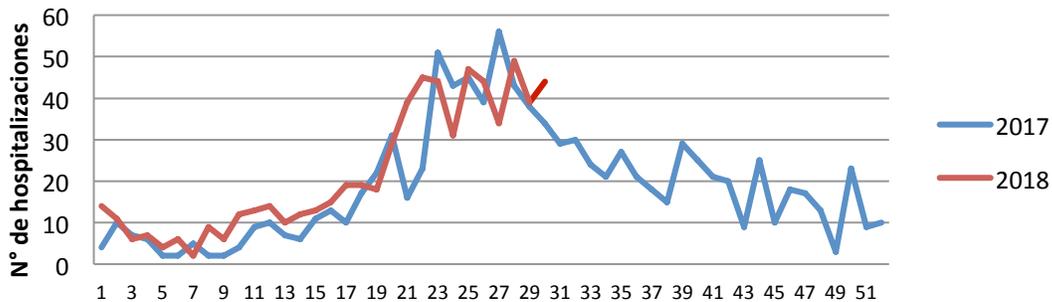
Gráfico nº 1 . Número de consultas de urgencia por todas las causas respiratorias en Hospital de Puerto Montt Semana epidemiológica 1-30, años 2016-2018.



Fuente : Deis-atenciones de urgencia Hospital Puerto Montt

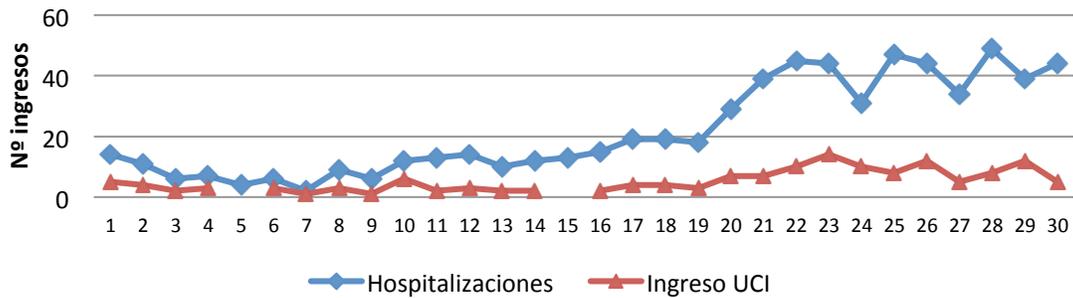
El número de consultas por causa respiratoria sigue la tendencia de los años anteriores, y a partir de la semana 28 comienza a descender (gráfico nº 1). Se correlaciona esta información con el número de hospitalizaciones del hospital de puerto Montt por IRAG muestra un alza con respecto al año pasado en esta última semana.

Gráfico nº 2. Número de hospitalizaciones adulto y pediátrica por causa respiratoria semana epidemiológica 1-30, año 2017-2018.



Fuente: Unidad epidemiología-Laboratorio clínico HPM en el marco de la vigilancia centinela de IRAG.

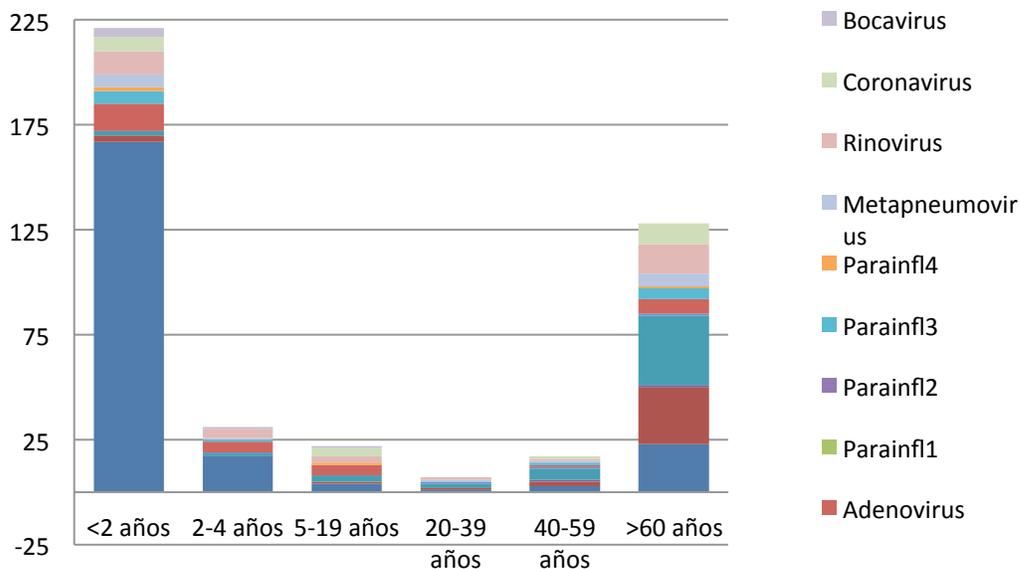
Gráfico nº 3. Distribución del total de hospitalizaciones por IRAG generales y hospitalizaciones en UCI, SE 1-30 año 2018.



Fuente : Unidad Epidemiología HPM

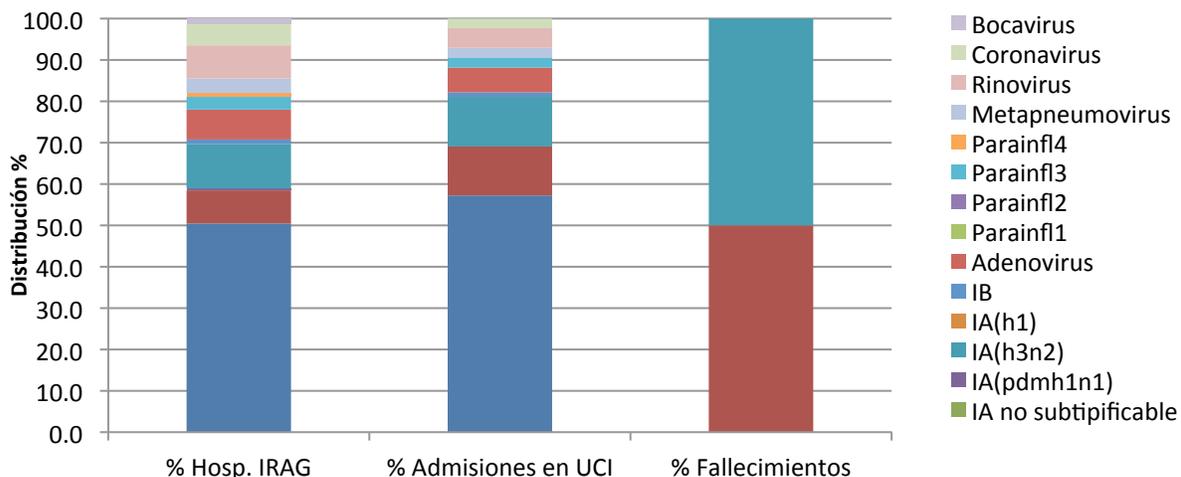
Del total de los casos ingresado durante el año 2018 (gráfico 3 y 4), ingresan a vigilancia 682 casos de los cuales 372 resultan positivos. De los adultos 139 ingresos con virus positivo, 36 ingresados en UCI. Con respecto a los pediátricos 233 ingresos con virus positivos, 55 de ellos hospitalizados en UCI. La mayor circulación corresponde a VRS sobre todo en menores de 2 años e influenza A H3N2 en adultos.

Gráfico nº 4. Distribución de virus respiratorios, según grupo etario, SE 1-30 año 2018



Fuente: Unidad epidemiología-Laboratorio clínico HPM en el marco de la vigilancia centinela de IRAG.

Gráfico nº 5. Distribución de pacientes hospitalizados, admisiones en UCI y fallecidos, respecto del total de cada categoría a causa de virus respiratorios, SE 1-30, año 2018.



Fuente: Unidad epidemiología-Laboratorio clínico HPM en el marco de la vigilancia centinela de IRAG.

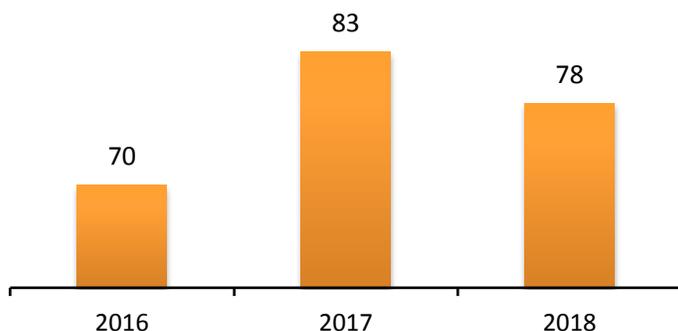
El mayor porcentaje de admisiones en UCI corresponde a VRS e influenza A. Hasta la semana 30 de año 2018 hay 6 fallecidos: 3 de IA H3N2 y 3 de IA sin subtipificar. Todos adultos, 3 de ellos con fibrosis pulmonar, 1 EPOC, 1 ACxFA. 5 de ellos previamente vacunados. (Gráf.6).

Vigilancia Epidemiológica de VIH en hospital Puerto Montt

El hospital de Puerto Montt notifica sobre los **80% del total de casos del servicio de salud de Reloncaví**, principalmente del policlínico de infectología, hospitalizados y derivados de otros centros. El policlínico de infectología, mantiene alrededor de 830 pacientes VIH en control desde su inicio en el año 2009, además son los principales responsables del aumento del tamizaje de los usuarios de nuestro hospital.

El número de casos notificados en HPM a la mitad del presente año (SE 26), ya es superior al total de notificaciones del año 2016. (gráfico nº 6). por lo se espera que continúe la tendencia de aumento en los casos nuevos que se ha mantenido los últimos 3 años

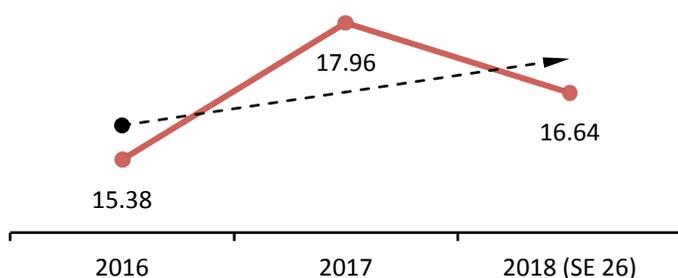
Gráfico nº 6. Número de casos nuevos VIH/SIDA notificados , periodo 2016 - SE 26 de 2018



Fuente. Oficina de Epidemiología HPM y Proyecciones de población INE, por región, Censo 2002.

Al año 2015 la tasa de incidencia nacional, según los registros del ISP fue de 28.9 x 100.000 hab, mientras que para la región de los lagos fue, para el mismo año de 27 x 100.000 hab. Con un total 185 casos confirmados para la región.

Gráfico nº 7. Tasa de incidencia* VIH/SIDA de pacientes notificados en Hospital Puerto Montt, año 2016-2018 (SE 26)



* Tasa de incidencia calculada con la población de SSDR, proyecciones de población INE, por región, Censo 2002. Y población regional, según registros INE a junio 2015.

Según los registros de los casos notificados en epidemiología de HPM los casos nuevos alcanzaron una tasa preliminar de 16.64 x 100.000 hab. (78 casos) durante el 1er semestre del 2018. (gráfico nº7)

El detalle del registro se desglosa de la siguiente manera:

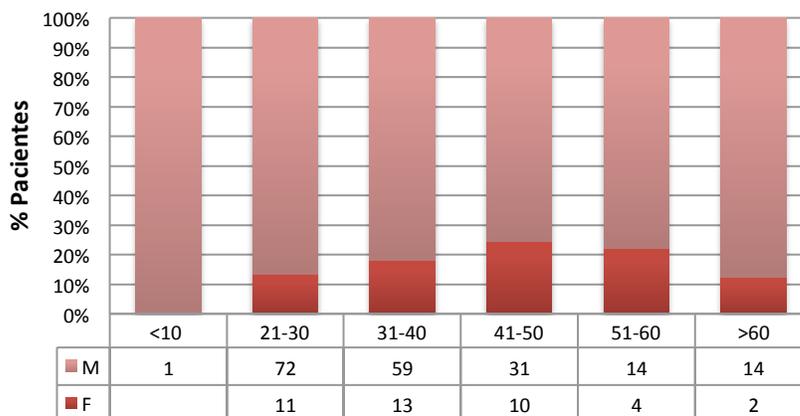
Tabla nº 6. Características demográficas y clínicas de pacientes con reciente diagnóstico de VIH/SIDA, periodo 2016- (SE 26) 2108, notificados en Hospital Puerto Montt.

	2016	2017	2018
Hombres/Mujeres	58/12	73/10	60/18
Mediana edad en años (rango)	34 (19-68)	33 (19-73)	32,5 (2-71)
% ingresos durante hospitalización	20	15,6	21,7
Promedio días Hospitalización	14,1(n=14/70)	15,1(n=13/83)	23,4 (n=13/78)
Promedio CD4 durante diagnóstico	254,5	258,2	271,9
Fallecidos durante diagnóstico	0	0	3
Extranjeros	0	3	10
Embarazadas	S/I	S/I	5

Fuente. Bases de datos de Vigilancia Epidemiológica de la Oficina de Epidemiología HPM.

En los casos incidentes predomina el sexo masculino, llegando el 2017 a una relación 7:1, con una mediana de 33 años de edad. Uno de cada cinco pacientes es hospitalizado, con una estancia media de 23 días el 2018. Este año aumentó la notificación de extranjeros (12.8%). Se consideran casos nuevos también aquellos con tratamiento en su país de origen e ingresan al programa en Chile. Según fuentes REM de pacientes en control, desde el año 2002 hay 38 extranjeros en tratamiento.

Gráfico nº 8. Distribución por rango etario y sexo de pacientes notificados por VIH/SIDA en Hospital de Puerto Montt, periodo 2016-SE26 2018.



Fuente. Bases de datos de Vigilancia Epidemiológica de la Oficina de Epidemiología HPM. M: masculino; F: femenino

Tal como se describe la distribución nacional de prevalencia e incidencia de casos VIH/SIDA, las edades con mayor reporte de casos son entre 20-49 años de predominio masculino. Según cifras referidas en la última jornada de VIH de equipos de atención, actualmente se estima que viven 65.000 personas con VIH/SIDA en Chile y se proyectan 5.212 nuevos casos.

Tabla nº 7. Clasificación de la infección por VIH/SIDA de los casos notificados, periodo 2016- (SE26) 2018, hospital Puerto Montt.

Clasificación de infección VIH	2016	2017	2018	Total general
A1	8	8	9	25
A2	12	25	22	59
A3	13	9	6	28
B1	1	2		3
B2	2	2	2	6
B3	9	10	4	23
C1	1			1
C2		1	2	3
C3	6	14	18	38
Ingresos etapa SIDA	29	34	30	93 (50%)
Ingresos etapa VIH	23	37	33	93 (50%)
Total general	52	71	63	186

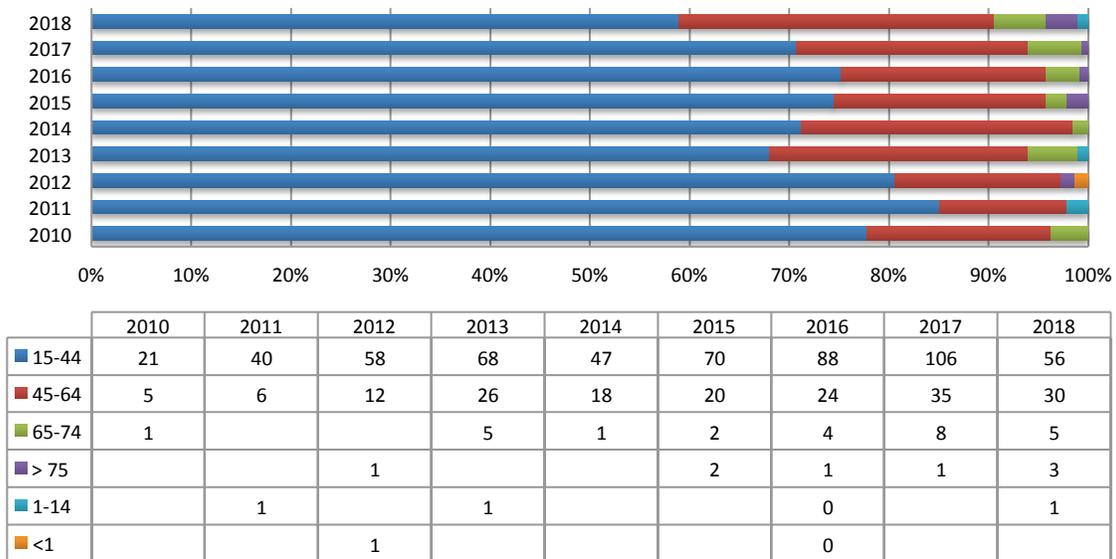
Fuente. Bases de datos de Vigilancia Epidemiológica de la Oficina de Epidemiología HPM.

Según la clasificación por cantidad de linfocitos CD4 (tabla nº2), se evidencia que un 50% de ingresos al programa lo hace en etapa SIDA, con la severidad que esto implica. Asimismo, 44 pacientes fueron hospitalizados al momento del diagnóstico, en el periodo 2016- (SE26) 2018, y de estos, 34 se clasificaron por sintomatología y CD4 en etapa SIDA.

Dentro de los motivos para realizarse el test de ELISA en los pacientes notificados, la iniciativa propia tiene un aumento este año (36,8%) con respecto al año 2017 que alcanzaba un 20%, Los pacientes que se diagnosticaron durante la hospitalización en año 2017 fue de 13,2% mientras que el 2018 alcanzó a 21,8%.

VIH: Perfil de las hospitalizaciones

Gráfico nº 9. Clasificación de la egresos por VIH/SIDA según edad y año egreso, periodo 2010 - (SE26) 2018, hospital Puerto Montt.



Fuente: base egresos hospitalarios, Unidad GRD, depto. Estadísticas hospitalarias, Hospital Puerto Montt.

El gráfico nº 9 muestra el aumento progresivo de hospitalizaciones de pacientes con diagnóstico de VIH en los últimos 4 años, siendo el grupo de 15 a 44 años quienes mayor número de eventos presenta (72%), seguido por el segmento de 45 a 64 años. Situación similar la que refleja los fallecidos con antecedentes de VIH en HPM desde el año 2010, donde un 52,9% pertenece al rango entre 15-44 años y 41,1% a 45-64 años. (gráfico nº 10).

Tabla nº 8. Clasificación de los egresos hospitalarios de pacientes con VIH/SIDA según severidad, peso medio GRD y estancia media, periodo 2010 - (SE26) 2018, HPM.

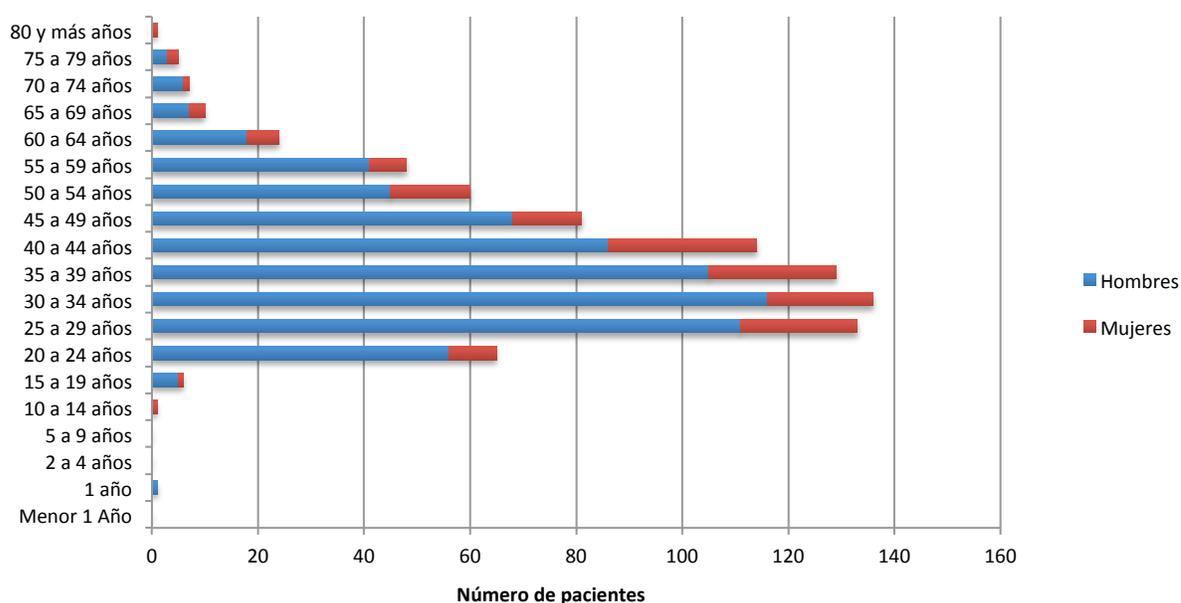
Severidad	Egresos	Peso Medio GRD	Estancia Media	Fallecidos	% Mortalidad por severidad	% Egresos según severidad
Mayor	256	3,2388	34,37	45	17,6	35,8%
Moderada	321	1,0510	13,19	2	0,6	44,9%
Menor	137	1,0540	19,58	4	2,9	19,16%
Total	715	1,8334	21,98	51	7,1	

Fuente: base egresos hospitalarios, Unidad GRD, depto. Estadísticas hospitalarias, Hospital Puerto Montt.

El **80,7%** de los egresos hospitalarios en pacientes con antecedentes VIH tuvo una severidad moderada a mayor en el periodo 2010-2018. La estancia media en los egresos con severidad mayor corresponde a 34,37 días, con un peso GRD de 3,2 de los cuáles 17,6% fallece. (tabla nº 8)

VIH: Atención ambulatoria y estrategias

Gráfico 10. Distribución por rango etario y sexo de pacientes en control por VIH/SIDA en policlínico infectología Hospital de Puerto Montt, periodo 2002-SE26 2018, Puerto Montt.



Fuente. Bases de datos REM-P11

El policlínico de infectología mantiene en control a 830 pacientes desde el año 2002 según fuente REM P11 hasta Junio 2018 de los cuales 81,4% son hombres. Además reporta en su informe GES: VIH de carácter trimestral en el periodo abril-mayo-junio 2018 (información acumulativa) a 4 pacientes menores de 18 años y 579 mayores de 18 años en TARV, 243 con cambio de esquema ya sea por motivos de resistencia a medicamentos, RAM o mala tolerancia, sólo 8 personas en control sin TARV principalmente por horas médicas pérdidas o inasistencias voluntarias.

Durante este año, se han implementado estrategias para llevar a cabo el aumento de la pesquisa con Screening de VIH en funcionarios de HPM, se incorporó la toma de VIH dentro del episodio de hospitalización de gran parte de los pacientes indistintamente del motivo de consulta. En el área ambulatoria se incentivó también la toma del examen a aquellos pacientes de especialidades médicas. Durante de este año también han podido capacitar a médicos y funcionarios de instituciones de salud en Frutillar y Calbuco y el desarrollo de las recientes Jornadas de Infectología zona Sur que realizó la Sociedad chilena de Infectología con sede en el Hospital de Puerto Montt.

En el policlínico de ITS se consideró mejorar la pesquisa con el refuerzo de la toma de prueba de ELISA en embarazadas durante el 3er trimestre de embarazo.

CONSULTAS ATENCIÓN ABIERTA

Consultorio Adosado de Especialidades

El 1º semestre de 2018 las **consultas del adulto** representaron el **53.6%** del total con una **disminución de 8.9% con respecto al 2017**. Las consultas **gineco obstétricas aumentaron 10%**. Las **consultas pediátricas disminuyeron** (tabla nº 9). Hubo un cambio en los registros REM este año 2017 separando las consultas por especialidad adulta y pediátrica. Se observa un incremento de casi **1.000%** en las consultas por especialidad no acreditada.

Tabla nº 9. Comparación 1º semestre 2017 v/s 2018. Consultas especialidades CAE.

Tipo de Consulta	CAE			
	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Variación (%)
Pediátrica	5.831	13.971	12.028	↓ 13.9
Adulto	66.598	57.121	52.040	↓ 8.9
Gineco-Obstétrica	8.222	8.252	9079	↑ 10.0
Especialistas no acreditados*	0	2.239	23.919	↑ 968.3
Total	80.651	81.583	97.066	↑ 19.0

Fuente: Unidad de Estadística HPM. * Desde Julio de 2017 las consultas de especialidades medicas se desagregan según acreditación.

Consultas Unidad Emergencia Hospitalaria (UEH)

El total de las consultas en la UEH en el 1º semestre del 2018 aumentaron 0.8% respecto al año anterior. La variación negativa se observa en las consultas de la de tipo gineco-obstétrica con una disminución de 17.8% respecto al año anterior. (tabla nº 10)

Tabla nº 10. Comparación 1º semestre 2018 v/s 2017 nº consultas médicas UEH.

Tipo de Consulta	UEH		
	Año 2017	Año 2018	Variación (%)
Pediátrica	19.579	19.490	↓ 0.5
Adulto	19.588	20.773	↑ 6.1
Gineco-Obstétrica	4.297	3.553	↓ 17.8
Total	43.464	43.796	↑ 0.8

Fuente REM HPM. Nota: Desde 2017 en adelante se incluyen solo las atenciones médicas efectivamente realizadas.

TELEMEDICINA

La telemedicina usa las tecnologías de información y comunicación para acercar las especialidades médicas a pacientes en lugares que no disponen de profesionales o equipamientos necesarios para la atención. Durante el 1º semestre del año 2018 en el HPM se realizaron **1.809 consultas de especialidad por telemedicina**. La especialidad que lideró esta modalidad fue **dermatología** con el 53.8% del total de consultas. Esta cifra representa un incremento de 42.8% respecto el mismo periodo del 2016 (tabla nº 11).

Tabla nº 11 . Consultas especialidad telemedicina 1º semestre 2016 - 2018

Primer Semestre	2016	2017	2018	% Variación
MEDICINA INTERNA	0	45	96	113.3
ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE ADULTO (BRONCOPULMONAR)	0	55	53	↓3.6
CARDIOLOGÍA	146	115	130	↓11.0
GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	0	7	56	700.0
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	0	120	0	↓100.0
NEFROLOGÍA ADULTO	207	173	178	↓14.0
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0	1	--
REUMATOLOGÍA	0	227	143	↓37.0
DERMATOLOGÍA	570	978	973	70.7
GERIATRÍA	0	0	5	--
NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	0	0	10	--
NEUROLOGÍA	0	42	108	157.1
CIRUGÍA GENERAL	0	31	0	↓100.0
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	0	32	56	75.0
OTRAS ESPECIALIDADES	344	0	0	↓100.0
TOTAL	1267	1825	1809	↑42.8

Fuente. Unidad de Estadística HPM

Las subespecialidades de medicina interna: nefrología, reumatología y cardiología representaron el 9.8%, 7.9% y 7.2% de la producción del 1º semestre de 2018. Esto equivale a un 24.9% del total. Sin embargo la proyección de éstas tres subespecialidades es a la disminución.

La telemedicina requiere soporte de una robusta red de telecomunicaciones, un sistema de videoconferencia de alta definición y un equipo motivado con esta estrategia.

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

La **producción quirúrgica del 1º semestre del 2018** total presentó un aumento de **1.5%** respecto al 2017. Se observa la caída en la producción (o registro) de dos tipos de cirugías: 1) **plástica y reparadora** 2) **de tegumentos** con reducción de **27.2% y 56.1%** respectivamente. Desde el año 2017 MINSAL clasifica las intervenciones quirúrgicas por tipo (mayor, menor y procedimiento), cambiando el registro de algunas prestaciones de cirugía mayor o menor a procedimientos. De los 17 tipos de intervenciones quirúrgicas evaluadas, **4 tuvieron un incremento sobre el 60 %, las odontológicas, proctológicas, ginecológicas y oftalmológicas.** (tabla nº).

Tabla nº 12 . Comparación producción quirúrgica 1º semestre 2018 v/s 2016.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS	2016	2017	2018	Variación (%)
NEUROCIROGIA	474	607	677	↑ 42.8
CIRUGIA OFTALMOLOGICA	1.056	1.141	1.699	↑ 60.9
CIRUGIA OTORRINOLOGICA	529	426	708	↑ 33.8
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	167	128	208	↑ 24.6
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA*	485	266	353	↓ 27.2
DERMATOLOGÍA Y TEGUMENTOS*	1.286	165	564	↓ 56.1
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	292	300	288	↓ 1.4
CIRUGIA DE TORAX	159	149	123	↓ 22.6
CIRUGIA ABDOMINAL	1738	1964	2223	↑ 27.9
CIRUGIA PROCTOLOGICA	78	82	131	↑ 67.9
CIRUGIA UROLOGICA Y SUPRARRENAL	526	603	548	↑ 4.2
CIRUGIA DE LA MAMA	85	86	112	↑ 31.8
CIRUGIA GINECOLOGICA	395	394	655	↑ 65.8
CIRUGIA OBSTÉTRICA	503	503	483	↓ 4.0
TRAUMATOLOGIA	1.175	1.346	1.533	↑ 30.5
ODONTOLOGIA (COD 27-03) Aranc.Fonasa	185	525	536	↑ 189.7
RETIRO ELEMENTOS OSTEOSINTESIS	133	69	135	↑ 1.5
TOTAL INTERVENCIONES QUIRURGICAS	9.266	8.754	10.976	↑ 18.5

Fuente REM SBS

Tabla n° 13. Distribución Cirugías Mayores según clasificación año 2016-2018

Primer Semestre	2016	2017	2018	v %
ELECTIVAS MAYORES NO AMBULATORIAS	4377	3297	3861	-11.8%
ELECTIVAS MAYORES AMBULATORIAS	1597	2109	2843	78.0%
MAYOR NO AMBULATORIAS DE URGENCIA	1723	1440	1489	-13.6%
MAYOR AMBULATORIAS DE URGENCIA	0	4	3	-25.0%
TOTAL INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES	7697	6850	8196	6.5%

Fuente Unidad Estadística HPM *Variación 2018 v/s 2016

Tabla n° 14. Producción CMA según especialidad 1º semestre 2018 versus total 2017

Especialidad (Descripción)	Egresos Anuales						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	% 2017 φ
Oftalmología	238	37	1091	1510	1840	1000	54.3
Cirugía General	175	218	469	475	999	567	56.7
Traumatología y Ortopedia	27	29	21	91	444	313	70.5
Cirugía Pediátrica	391	357	656	602	424	182	42.9
Otorrinolaringología	38	70	139	188	228	199	87.3
Neurocirugía	52	80	133	154	214	133	62.1
Urología	1	2	118	132	151	54	35.8
Obstetricia y Ginecología		2		61	64	49	76.6
Cirugía Cabeza Cuello y Plástica Maxilo Facial	43	40	75	23	16	10	62.5
Cirugía Vasculat Periférica			12	6	13	26	200.0
Suma Total	965	835	2581	3242	4393	2533	57.6

Fuente Unidad GRD HPM. *1º semestre 2018.

 φ % de lo realizado el 1º semestre del año 2018 respecto al mismo periodo año 2017. Meta >50%

El 1º semestre de 2018 la **cirugía mayor ambulatoria (CMA)** representó el **34.7%** del total de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas. En este 1º semestre se ha producido el **57.6%** de las (CMA) realizadas durante el mismo periodo del 2017 y representa un **incremento de 262.5 % desde el 2013 y 78% desde el 2016**. Las tres especialidades con **mayor cantidad de egresos** son: **Oftalmología, Cirugía general y Traumatología**, concentrando el **75%** de lo producido con un alto grado de cumplimiento respecto al año anterior. Desde el punto de vista el **incremento en prestaciones CMA** las principales especialidades son **Otorrinolaringología, Traumatología y Ginecología**. Las especialidades que muestran una producción en **descenso** son **Cirugía Infantil y Urología**.

ACTIVIDAD OBSTÉTRICA

En el 1º semestre del 2018 el número de partos fue mayor que en el 2017, con un incremento en el número de partos vaginales de 5%. El **porcentaje de cesáreas sobre el total de partos disminuyó de 30.8 % a 28.7%** . El riesgo de cesárea fue 10% menor durante el presente año. El número de fórceps aumentó. (tabla nº11).

Tabla nº 15. Comparación de producción obstétrica 1º semestre 2017 y 2018.

Tipo de Parto	Año 2017	Año 2018	Variación (%)
Normal vaginal	1111	1166	↑ 5.0
Distócico vaginal	23	31	↑ 34.8
Cesáreas	505	482	↓ 4.5
% Cesáreas	30.8	28.7	↓ 9.6*
TOTAL	1639	1679	↑2.3

Fuente Unidad Estadística HPM

*OR=0.904, 95% IC=0.77-1.05, p=0.1850.

Tabla nº 16. Comparación del parto prematuro (<37 semanas) y del prematuro extremo (<32 sem) 1º semestre años 2017-2018.

MES	Nº total de partos		Nº partos prematuros		Nº partos prematuros extremos		% Prematuros		% prematuros extremos	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
ENERO	257	267	37	31	3	8	14.4	11.6	1.2	3.0
FEBRERO	249	277	33	30	6	10	13.3	10.8	2.4	3.6
MARZO	308	260	52	28	7	5	16.9	10.8	2.3	1.9
ABRIL	263	270	28	24	8	6	10.6	8.9	3.0	2.2
MAYO	268	306	36	33	7	5	13.4	10.8	2.6	1.6
JUNIO	294	299	30	27	3	4	10.2	9.0	1.0	1.3
TOTAL	1639	1679	216	173	34	38	13.1	10.3*	2.08	2.26

Fuente: Oficina de Estadística y Servicio de Obstetricia y Ginecología 2018. AT/TMM/JJCM

*OR=0.76; 95%IC=0.61-0.94, p=00101

La prematuridad en el hospital de Puerto Montt ha ido en aumento desde el año 2011, llegando a un 13.6% el 2016 y **12% el 2017** (cifra nacional 7 %). En el año 2017 hubo un descenso importante de esta cifra (21%).

En el 1º semestre del 2018 hubo una **reducción de 24% del riesgo de ocurrencia de parto prematuro** respecto al mismo periodo del año 2017 (OR=0.76; 95%IC=0.61-0.94, p=0.0101). Sin embargo, **el parto prematuro extremo (<32 semanas) tuvo un aumento de 8.7%** al compararlo con el 2017 (OR=1.08; 95%IC=0.66-1.79, p=0.71). Este último corresponde al recién nacido que concentra la complejidad de atención perinatal con elevados consumos durante su hospitalización

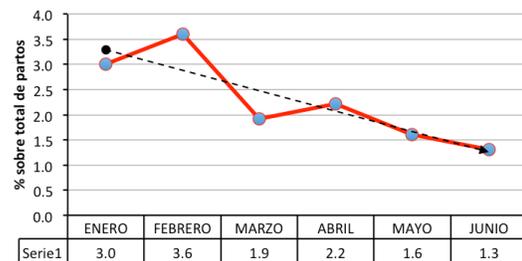
gráfico nº 11

Porcentaje de partos prematuros.
1º semestre 2018. HPM.



gráfico nº 12

Porcentaje de partos prematuros extremos.
1º semestre 2018.HPM



La **tendencia del parto prematuro global y del parto prematuro extremo en el primer semestre de 2018 es a la disminución** y esperamos que las cifras se estabilicen cerca del **9.5%** y del **1.5%** respectivamente (gráficos nº 11 y nº 12). Como podemos observar la disminución del riesgo de prematuridad de 24% fue significativa desde el punto de vista estadístico (p<0.05) y se explica en gran parte por el alto compromiso del equipo de medicina perinatal y del comité perinatal del hospital Puerto Montt en la contención de esta emergencia epidemiológica que hizo su aparición hace una década.

¿Qué pasa con el prematuro y su seguimiento?

*“Los niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud (**NANEAS**) son aquellos que tienen el riesgo o la presencia de una condición física, del desarrollo, del comportamiento o emocional de tipo crónica, que requiere de atención de salud especial y en mayor cantidad que lo requerido por el general de los niños” [1]. Son un grupo heterogéneo de niños y niñas que presentan distintos problemas de salud que impactan*

en su calidad de vida y la de sus familias, por ejemplo: problemas derivados de la prematuridad, malformaciones congénitas, genopatías y enfermedades crónicas de la infancia. En las últimas décadas, se han producido cambios epidemiológicos en la salud pediátrica. De la mano del desarrollo de la tecnología, la implementación de unidades neonatales y de cuidados críticos, la mortalidad infantil ha disminuido a niveles comparables con países desarrollados, sin embargo, los niños que anteriormente fallecían, hoy sobreviven con enfermedades crónicas o secuelas. Este grupo de niños ha ido aumentando en las últimas décadas, motivando a los equipos de salud a ofrecerles las mejores oportunidades de desarrollo y salud, para mejorar su calidad de vida y sobrevivencia.

A nivel nacional no conocemos la prevalencia ni las características específicas de este grupo de niños y niñas, sin embargo, la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud muestra que en menores de 15 años el 15,7% tienen enfermedad respiratoria crónica, los problemas de visión se reportan en el 8,9% y la prematuridad alcanza un 5,6%.

Adicionalmente, la misma encuesta muestra que cerca del 30% de los menores de 5 años tienen rezago del desarrollo. Por otra parte, el primer estudio nacional de la discapacidad realizado por FONADIS, mostró que cerca del 13% de la población presenta algún tipo de discapacidad, y el 5,7% de ellos son menores de 15 años.”¹

Los programas de seguimiento del prematuro < 1500 g. tanto del MINSAL como de la red NEOCOSUR aportan información valiosa acerca de la sobrevivencia y morbilidad en un plazo en que nuestra escala humana temporal es capaz de manejar (5 o 7 años), pero no registramos información de seguimiento en la infancia, adolescencia y etapa adulta.

1. Capítulo iv control de salud en situaciones específicas, Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud Programa Nacional de Salud de la Infancia, Norma Técnica N°1 66, Resolución Exenta N° 336, 22 de mayo de 2014.

UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA (UEH)

Insistimos en mostrar el comportamiento de las **hospitalizaciones de la UEH** porque ***no constituyen egresos hospitalarios***, pues no ocupan camas de la dotación. Sin embargo, **corresponden al 5,1 % y 7,6% de los egresos del 1º semestre del 2016 y 2018 respectivamente** (tabla nº17). Estos egresos no tienen financiamiento asociado a complejidad clínica y consumo de insumos. Pero el motivo de alarma clínico epidemiológica es que este grupo tiene una **mortalidad 4 veces mayor que la de los egresos de los servicios clínicos** en primeros seis meses del 2018 (OR=4.03; 95%IC=2.88-5.55) y si bien las variables asociadas a este evento son múltiples, no se puede dejar de mencionar que tener **acceso a la continuidad del manejo clínico** (diagnóstico, cuidados y tratamiento) una vez contenido o tratado el evento urgente con un equipo multidisciplinario es un factor protector de la mortalidad.

Tabla nº 17. Egresos de la UEH 2016 - 2017

MES	Egresos 1º semestre			Peso Medio GRD 1º semestre			Estancia Media 1º semestre			Fallecidos 1º semestre					
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016		2017		2018	
	Nº	Nº	Nº				días	días	días	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ENE	59	141	143	0.5905	0.6576	0.6128	0.76	0.99	1.13	4	6.8	7	5.0	12	8.4
FEB	88	131	119	0.5963	0.5869	0.5631	0.56	0.82	0.94	6	6.8	9	6.9	7	5.9
MAR	97	158	155	0.6090	0.6284	0.5819	0.63	1.01	0.81	13	13.4	14	8.9	6	3.9
ABR	106	125	121	0.6240	0.5874	0.6098	0.84	0.86	0.68	7	6.6	9	7.2	9	7.4
MAY	111	131	141	0.6407	0.6288	0.5791	0.54	0.80	0.96	9	8.1	15	11.5	11	7.8
JUN	114	127	172	0.7102	0.6900	0.6246	0.68	0.91	0.84	12	10.5	13	10.2	8	4.7
TOTAL	575	813	851	0.6341	0.6301	0.5966	0.66	0.90	0.89	51	8.9	67	8.2	53	6.2

Fuente Unidad GRD HPM

UNIDAD DE RECUPERACIÓN ANESTÉSICA EGRESOS AÑOS 2016-2017

La Unidad de Recuperación Post-anestésica **no es una unidad de egreso**. En ella se entregan los cuidados postoperatorios inmediatos a los pacientes para después ser enviados a los servicios clínicos respectivos.

Desde el año 2015 hemos observado que **luego de la intervención quirúrgica los pacientes pasan un periodo en la unidad de recuperación y luego son dados de alta a su casa** escapando al modelo de gestión clínica-administrativa y de cuidados médicos con un **incremento** de la casuística entre el 2016 y 2018 de **57.9%**. Interesantemente existe una baja mortalidad de 0.8% de los casos, pero que representa un aumento de 58% respecto al 2016 ($p=0.5781$). (tabla nº18)

Tabla nº 18. Egresos desde Unidad de Recuperación al domicilio 2016-2017-2018

MES	Egresos			Peso Medio GRD			Estancia Media			Exitus			N°Diagnósticos			N°Procedimientos		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
ENE	56	114	112	0.8621	0.8706	0.8635	0.82	0.81	1.22	0	1	0	2.55	2.78	2.40	2.80	2.78	6.23
FEB	16	100	80	1.0994	1.0109	0.9150	2.88	0.85	0.95	1	0	0	2.81	2.72	2.64	2.88	4.65	5.79
MAR	85	75	121	0.9556	0.8072	0.8717	0.89	1.04	1.14	1	0	2	2.56	2.04	2.61	2.59	4.37	5.92
ABR	104	60	92	0.9531	0.8612	0.8732	0.93	0.97	1.10	0	0	1	2.49	2.30	2.71	2.38	3.88	5.91
MAY	79	85	108	0.9106	0.8776	0.9301	0.89	0.98	1.19	0	0	2	2.76	2.51	2.63	3.09	4.39	5.40
JUN	47	114	98	0.8931	0.8676	0.9487	0.83	1.05	1.12	0	1	0	2.53	3.20	2.64	3.34	4.32	5.51
TOTAL	387	548	611	0.9306	0.8870	0.8988	0.97	0.94	1.13	2	2	5	2.62	2.59	2.60	2.85	4.07	5.79

Fuente Unidad GRD HPM

Hasta el año 2017 la estancia media fue menor a 1 día pero el 1º semestre de 2018 fue mayor de uno. La cantidad de diagnósticos en esta unidad es de 2.6 y el número de procedimientos aumentó 2 veces respecto al 2016 llegando a casi 6. (tabla nº 18)

La tabla siguiente muestra los egresos por casuística observándose que en general pueden corresponder a pacientes que se beneficiarían con el modelo de cirugía mayor ambulatoria (CMA). Se excluye la apendicectomía que por su condición de urgencia no puede ser programada, pero que de acuerdo a las técnicas actuales es resuelta con una estancia postoperatoria corta y que de acuerdo a lo observado en el país pudiera considerarse como una **CMA de urgencia** egresando de estas unidades (tabla nº 19)

Tabla nº 19. Principales diagnósticos egresos unidad de recuperación 1º semestre 2018

Diagnóstico Principal	Egresos			Peso Medio GRD			Estancia Media		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Otras apendicitis agudas, y las no especificadas	75	112	106	0.7888	0.7505	0.7860	0.97	1.04	1.00
Apendicitis aguda con peritonitis localizada	1	3	39	0.7398	0.7398	0.7860	3.00	1.67	1.15
Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	81	54	39	0.9790	0.9405	0.9606	1.04	1.04	0.77
Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda	1	15	22	0.8759	0.8849	0.9316	0.00	1.20	1.27
Absceso anal	14	12	19	0.7096	0.6998	0.6509	1.00	1.00	1.37
Fractura de otro dedo de la mano, Abierta	4	15	19	0.7934	0.9009	0.9008	1.25	1.13	1.42
Fractura de otras partes de la pierna, Cerrada		2	16		0.8087	1.0462		1.00	1.81
Tumor maligno de la mama, parte no especificada		2	14		1.0076	1.0040		1.00	0.64
Luxación de la articulación del hombro	7	7	13	0.6826	0.4637	0.4637	0.43	0.43	1.08
Hernia inguinal, sin obstrucción ni gangrena	1	6	12	0.6756	0.8295	0.7525	1.00	0.67	1.00

DOTACIÓN DE PABELLONES

El hospital Puerto Montt tiene una **dotación de 17 pabellones quirúrgicos** de los cuales **13** están **habilitados (72%)**. La SDGC definió en su ORD 0441 del 24 de marzo 2017 dos tipos de quirófanos; Indiferenciado y Urgencia, el de urgencia los componen uno obstétrico - ginecológico y otro general (tabla nº 20).

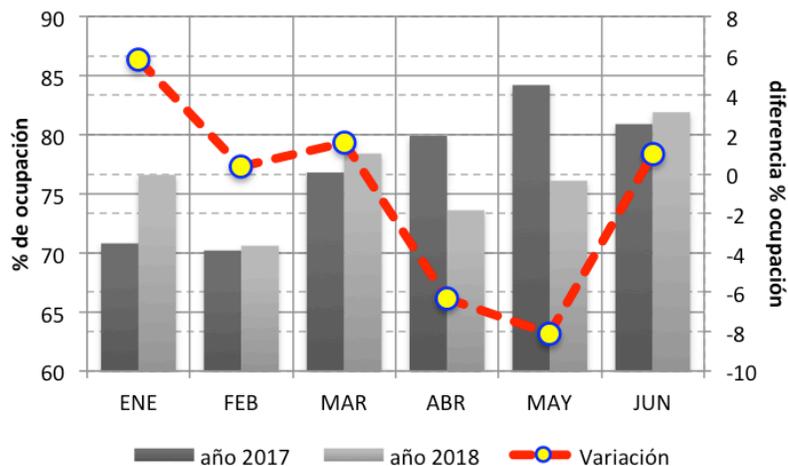
Tabla nº 20. Distribución horas de quirófanos según REM 21/Minsal 1º semestre 2018

TIPO DE QUIRÓFANOS	NÚMERO DE QUIRÓFANOS EN DOTACIÓN		PROMEDIO MENSUAL DE QUIRÓFANOS HABILITADOS		PROMEDIO MENSUAL DE QUIRÓFANOS EN TRABAJO		TOTAL DE HORAS MENSUALES DISPONIBLES DE QUIRÓFANOS HABILITADOS		TOTAL DE HORAS MENSUALES DISPONIBLES DE QUIRÓFANOS EN TRABAJO	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
TOTAL QUIRÓFANOS	17	17	12	13	11	12	23.960	20.636	23.368	20.140
DE CIRUGÍA ELECTIVA	0	14	0	11	0	10	0	11.948	0	11.452
DE URGENCIA	2	1	2	1	2	1	10.176	4.344	10.176	4.344
OBSTÉTRICO	1	1	0	0	0	0	0	0.000	0	0.000
INDIFERENCIADO	14	1	10	1	9	1	13.784	4.344	13.192	4.344

Fuente Información REM 21

El **índice de ocupación de pabellón** es un indicador histórico que evalúa la eficiencia en el uso de los quirófanos. Hasta el año 2016 este indicador se construía considerando las horas ocupadas en relación a las horas de pabellones disponibles, donde estas últimas implicaba tener el recurso humano para el uso de estos quirófanos, a partir de este año este indicador se confecciona considerando las horas usadas sobre las horas de quirófanos habilitados, donde estas últimas corresponden a las horas de quirófanos factibles de utilizar (que cumplen con las NTB) e independiente si cuentan con el recurso humano para ser utilizados, lo que representa un desafío a la gestión quirúrgica para lograr contar con este personal. **La meta establecida desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales es de un 75% .**

Gráfico nº 13 . Índice de ocupación de pabellón central y variación (%) 2018-2017



Fuente Información REM 21

El seguimiento del **índice de ocupación de los quirófanos** en el 1º semestre de 2018 mostró un **promedio de 76.1%, que resultó 2.3 puntos porcentuales menos que el año pasado (78.4%)**. Si bien en los meses de Enero, Marzo y Junio de 2018 se logró superar la meta de ocupación, la variación negativa mas intensa se observó en los meses de abril y mayo (-6.3 y -8.1 puntos porcentuales respecto al 2017). (gráfico nº 13)

Tabla nº 21. Horas programadas y ocupadas Quirófanos en trabajo año 2017

	HORAS MES PROGRAMADAS DE TABLA QUIRURGICA DE QUIRÓFANOS EN TRABAJO				HORAS MENSUALES OCUPADAS DE QUIRÓFANOS EN TRABAJO				
	Totales	Beneficiarios MAI	Beneficiarios MLE	Otros	Totales	Beneficiarios MAI	Beneficiarios MLE	Otros	De preparación
TOTALES	18.930	189.302	0	3	12.498	10.353	301	4	1844
DE CIRUGÍA ELECTIVA	10.242	10.242	0	0	9.112	7.545	301	0	1266
DE URGENCIA	4.344	4.344	0	0	2.646	2.263	0	0	383
OBSTÉTRICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INDIFERENCIADO	4.344	4.344	0	0	740	545	0	0	195

Fuente Información REM 21

Del total de horas programadas de tabla quirúrgica se ocupa un **66%** en intervenciones quirúrgicas en beneficiarios y un **9.7%** en la preparación de este proceso (tabla nº 21).

COMPROMISOS DE GESTIÓN (COMGES) N° 5

Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en mayores de 15 años en cirugías trazadoras

Tabla n° 22. Comportamiento mensual COMGES n°5 1º semestre año 2018

MES	Indicador CMA		
	Numerador	Denominador	%
ENERO	68	72	94.4
FEBRERO	54	65	83.1
MARZO	67	77	87.0
ABRIL	61	68	89.7
MAYO	75	80	93.8
JUNIO	81	86	94.2
TOTAL	406	448	92.7

Fuente : Unidad GRD HPM

Mensualmente este indicador mostró un aumento sostenido y progresivo, llegando a **92 % de cumplimiento**. La línea de base para este año es 82%.

Tabla n° 23. COMGES n°5 mensual según tipo cirugía. 1º semestre 2018

MES	Indicador Colectomía			Indicador Hernias		
	Numerador	Denominador	%	Numerador	Denominador	%
ENERO	62	66	93.9	6	6	100.0
FEBRERO	50	58	86.2	4	7	57.1
MARZO	55	62	88.7	12	15	80
ABRIL	55	59	93.2	6	9	66.7
MAYO	63	66	95.5	12	14	85.7
JUNIO	75	80	93.8	6	6	100.0
TOTAL	360	391	92.1	46	57	80.7

Fuente : Unidad GRD HPM

El mayor incremento en la realización de CMA lo tuvo la colectomía laparoscópica (**92.1 %**) correspondiendo al **88,7% del total de las cirugías trazadoras** que componen este compromiso (colectomía y hernia) (tablas n° 21 y 22).

COMPROMISO DE GESTIÓN N° 2 1º SEMESTRE 2018

Su objetivo es aportar información para identificar nodos críticos en el flujo del paciente en la Red asistencial, contribuyendo a una continuidad efectiva y a disminuir el daño a las enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades son:

1. Egreso por Amputación Pie Diabético
2. Egreso hospitalización Infarto agudo del miocardio (IAM) en el hombre menor de 50 años
3. Egreso hospitalario por Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)
4. Egreso hospitalario por AVE
5. Diagnóstico tardío Cáncer Cérvico Uterino.

Tabla n° 24. Egresos años 1º semestres 2016 a 2018 según patología COMGES n°2

	Año	Egresos	PMGRD	EM	Fallecidos
Pie Diabético	2016	33	1.5614	22.33	1
	2017	46	1.5341	27.04	0
	2018	82	1.5731	22.50	2
IAM menor de 50 años	2016	4	1.6265	4.75	0
	2017	7	2.1738	5.00	0
	2018	14	1.5477	5.07	0
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	2016	344	1.1358	11.27	28
	2017	361	1.1300	11.13	31
	2018	337	1.0636	9.96	27
Accidente cerebrovascular	2016	253	2.1661	24.9	37
	2017	286	1.8251	23.2	46
	2018	290	1.7831	21.8	35

Fuente Unidad GRD

En los egresos por **PIE DIABÉTICO** la mortalidad observada en este grupo fue 2.4%. La amputación de los dedos del pie resultó la más frecuente (68.3%). Uno de cada ocho pacientes termina con amputación sobre la rodilla.

En el seguimiento del **INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO en hombres menores de 50 años** se han registrado 15 casos en lo que va del 2018. Corresponden a pacientes jóvenes de 40 años de edad promedio.

Los egresos por **INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA** tienen el **1º lugar en frecuencia dentro de las patologías COMGES** y corresponden a **pacientes de 70 años de edad**, consumiendo 10 días promedio de estancia hospitalaria con un peso medio GRD alto, la mortalidad de este grupo es 8% en el periodo evaluado.

En la evaluación del **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR** los egresos consumieron en promedio 21,8 días de estancia hospitalaria con un peso medio GRD alto, la mortalidad en el periodo fue de **12.1%**.

Tabla nº 25. Riesgo de egreso por patología COMGES nº2. 1º semestre 2018 v/s 2016.

	OR	95% IC	p
Pie diabético	3.35	2.19 – 5.21	0.0000
IAM < 50 años	3.75	1.17 – 15.6	0.0126
ICC	1.05	0.89 – 1.25	0.5477
ACV	1.26	1.05 – 1.52	0.0122

Fuente Unidad GRD. Egresos de S. Medicina y S. Medicina

Es interesante observar que en este periodo de comparación el **riesgo de egresar por patologías asociadas a daño cardiovascular y metabólico aumentó en el hospital de Pto Montt**. El aumento es **estadísticamente significativo** en los egresos por **pie diabético (235%), IAM en el menor de 50 años (275%) y el accidente cerebrovascular (26%)**. El egreso que no tuvo variación fue el asociado a insuficiencia cardiaca congestiva.

Estos resultados son un **indicador de daño en la población** y escapan a la gestión de recursos hospitalarios en su prevención primaria. El hospital se hace cargo de la prevención y recuperación secundaria que evidentemente necesitará más recursos estructurales y humanos a corto plazo.

La epidemiología hospitalaria acerca del daño de las enfermedades crónicas no transmisibles es información relevante para la red de atención primaria como **indicador de la efectividad y calidad del control del paciente crónico**.

La red de atención debe manejar los indicadores epidemiológicos de incidencia, prevalencia, riesgo, control efectivo, inercia diagnóstica/terapéutica, daño y mortalidad que está asociados a estas patologías para correlacionarlos con los datos que aportamos.

ÍNDICE FUNCIONAL Y EGRESOS OUTLIERS 2018

El índice funcional refleja la eficiencia relativa de cada hospital en el uso de sus camas respecto del estándar nacional. Este estándar pone en igualdad la condición clínica y la complejidad de los casos para su comparación. El **índice funcional (IF)**, es el **cociente entre la estadía media ajustada por casuística (EMAC) y la estancia media del estándar y/o de la norma (EM)**. Cuando el valor del IF es menor o igual que 1, se dice que el hospital es más eficiente que el estándar en término de uso de sus camas y a la inversa, si es mayor que 1 será menos eficiente que el estándar.

Tabla nº 26. Cálculo del Índice Funcional 1º semestre año 2018

Indicadores Comparativos Depurados Primer Semestre	2016	2017	2018
Datos Depurados			
Altas Depuradas**	10630	10528	10655
Peso Medio Depurado	0.8908	0.9073	0.9094
Estancia Media Depurada	5.66	5.86	5.66
Estancias Depuradas	60118	61708	60344
EM Norma Depurada	5.12	5.12	5.12
Diferencia Norma	0.54	0.74	0.55
EMAC	5.10	5.16	4.99
EMAF	5.81	5.97	6.01
IEMA	0.97	0.98	0.94
Índice Casuístico	1.14	1.17	1.17
Índice Funcional	1.00	1.01	0.98
Impacto (Est Evitables)	-110669.63	-110103.84	-310670.85

*EM Norma Depurada : Norma comportamiento de las estadías de hospitales chilenos que usan GRD

La evaluación del **2018** muestra que el **IF es < a 1**, lo que implica un uso eficiente de sus camas. Este indicador global debe ser incorporado en la evaluación del rendimiento y producción hospitalaria porque focaliza la medición de los índices de rotación, sustitución y estancia media, permitiendo a las jefaturas de servicios clínicos y de centros de costos conocer su rendimiento sin el sesgo de los outlier que son frecuentes y modifican potentemente las medidas de tendencia central con las que perfilamos la producción

Porcentaje de egresos con estadías prolongadas superior año 2018

Este indicador refleja el comportamiento del consumo de días de estada, de aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la del resultado del conjunto de hospitales del país sobre la misma casuística. (“Norma de comportamiento de las estadías hospitalarias”) La casuística país está reflejada en el estándar de consumo de días para cada GRD en la Norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.

Se excluyen pacientes:

1. De la especialidad de Psiquiatría (adultos, Adolescentes e Infantil),
2. Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).
3. Camas socio sanitarias las que no se codifican por IR GRD

Se pretende evaluar el uso eficiente del recurso cama hospitalaria, ajustada a la complejidad de la casuística. La meta esperada es **≤ 6,5 % de los egresos hospitalarios**.

Tabla nº 27. Porcentaje de **egresos outliers** 2016 -2018

Mes (Descripción)	Egresos			Egresos (Outliers)			% Egresos Outliers		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
ENERO	1814	1838	1800	85	78	112	4.69	4.24	6.22
FEBRERO	1726	1713	1728	79	82	109	4.58	4.79	6.31
MARZO	1837	1915	1970	101	105	93	5.50	5.48	4.72
ABRIL	1732	1708	1876	87	82	94	5.02	4.80	5.01
MAYO	1977	1840	1898	111	82	102	5.61	4.46	5.37
JUNIO	1936	1891	1892	92	99	103	4.75	5.24	5.44
Suma Total	11022	10905	11164	555	528	613	5.04	4.84	5.49

Fuente : Unidad GRD HPM

Si bien el resultado (5.49%) de este 1º semestre se ajusta a la meta, al comparar el 1º semestre del 2018 con el 2017, se observa un **incremento significativo de 14 % de los egresos Outliers (p=0.0295)**.

Tabla nº 28 . Comparación Outliers superiores por servicio. 1º semestre 2016-2018

Servicio de Egreso	Nº Egresos			Nº Outliers Superiores			% Egresos Outliers Sup			Estancia Media (Outliers)		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Obstetricia	2070	2073	2230	123	124	146	5.94	5.98	6.55	10.93	11.17	9.76
Medicina	1892	1980	1778	121	100	118	6.40	5.05	6.64	37.04	41.42	43.76
Cirugía	1963	1648	1510	94	107	98	4.79	6.49	6.49	28.61	31.98	36.06
Ginecología	934	812	861	55	51	73	5.89	6.28	8.48	9.04	11.18	12.01
Pediatría	792	686	806	17	18	22	2.15	2.62	2.73	55.65	22.56	48.77
pensionado Adulto	204	695	715	1	4	7	0.49	0.58	0.98	2.00	10.50	14.71
Cirugía Infantil	603	704	669	4	10	11	0.66	1.42	1.64	3.75	48.80	16.55
Neurocirugía Adulto	695	580	651	73	57	69	10.50	9.83	10.60	39.85	47.82	35.30
Urología	345	379	473	4	6	15	1.16	1.58	3.17	17.50	18.00	17.20
Traumatología y Ortopedia	727	574	342	31	23	22	4.26	4.01	6.43	18.16	22.26	25.77
Neonatología Cunas	302	277	251	8	8	13	2.65	2.89	5.18	20.13	24.00	21.46
Oncología			236			1			0.42			7.00
UTI Coronario		125	192		2	1		1.60	0.52		51.50	25.00
UTI Neonatología	165	121	150	12	8	8	7.27	6.61	5.33	25.58	28.88	23.13
UTI Adulto	97		84	2		3	2.06		3.57	719.00		64.67
UTI Indiferenciado adulto	149	56	25	2	1	1	1.34	1.79	4.00	15.00	34.00	102.00
UTI Cirugía Adulto			24			1			4.17			39.00
UCI Neonatología	27			1			3.70			98.00		
UCI Pediatría	32	18	15	1	2	1	3.13	11.11	6.67	515.00	97.50	175.00
UTI Pediatría	10	25		1	2		10.00	8.00		271.00	121.00	
Suma Total	11022	10889	11159	550	523	610	4.99	4.80	5.47	29.71	28.29	27.25

Fuente Departamento Estadísticas Hospitalarias – Unidad GRD

Neurocirugía adultos, UTI neonatológica, UCI pediátrica y UTI pediátrica son los 4 servicios que tienen un porcentaje de **outliers superiores >6.5%** en dos de los tres años observados. Sin embargo la UTI neonatológica presenta una disminución de este indicador durante este año y **Neurocirugía adulto mantiene los tres años un porcentaje cercano a 10%**. Se enciende la **alarma** de este indicador en los **servicios de obstetricia, ginecología y medicina** que en los dos años previos estuvo bajo 6.5%.

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (L.E.Q.)

Cuando la demanda excede la oferta se genera el problema de cómo priorizar a los que esperan resolver una situación. Nuestro sistema público tiene capacidad limitada desde el punto de vista operativo (estructura física, insumos, recursos humanos) y del financiamiento (FONASA). Se aconseja una intervención quirúrgica a un paciente porque es el tratamiento adecuado para aliviar o mejorar su condición de enfermedad y en un hospital como el de Pto. Montt que tiene 22.000 egresos, 90.000 consultas en UEH y 18.000 intervenciones quirúrgicas por año no podemos esperar una resolución inmediata de la cirugía generándose un tiempo de espera que para ordenarlo cristaliza en una lista de espera. Pero no es tan simple, pues aparecen los conceptos de urgencia (tiempo plazo de atención para evitar el deterioro significativo de la salud de un individuo), oportunidad (tiempo apropiado para la atención) y priorización (posición relativa de un individuo respecto a la urgencia de otros).

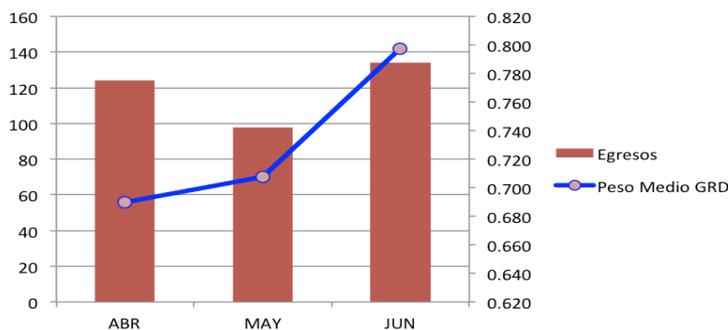
En el proceso de priorización el imperativo ético de cómo distribuir los limitados recursos para poder hacerlo entre los que más lo necesitan con justicia y equidad es un desafío de la gestión clínica.

El compromiso presidencial propuso una meta en un área de pocas definiciones objetivas cuya intención es mostrar a la opinión pública que los procesos pueden ser perfectibles y que podemos salir de esta lista donde hay pacientes en espera de cirugía desde hace 5 años y que son varios miles.

El compromiso fue reducir la lista en 25% y se logró, al menos en los números, sin embargo es importante cuestionarse acerca de la justicia y equidad en su asignación, así como de su pertinencia.

Al analizar la casuística de los **356 pacientes operados**, se observa que fueron de baja complejidad con PM GRD promedio 0.7351, excepto en traumatología que fue mas elevado. El PM GRD por mes fue aumentando progresivamente hasta llegar a 0.7974 en Abril. (gráfico nº 14)

Gráfico nº 14. Egresos L.E.Q. por mes y PM GRD.



También se observó una diferencia importante respecto a las patologías por especialidad en donde **1 de cada 4 personas operadas** en LEQ lo era de una patología **otorrinolaringológica** (casi todas amigdalectomía c/s adenoidectomía). (tabla nº 29)

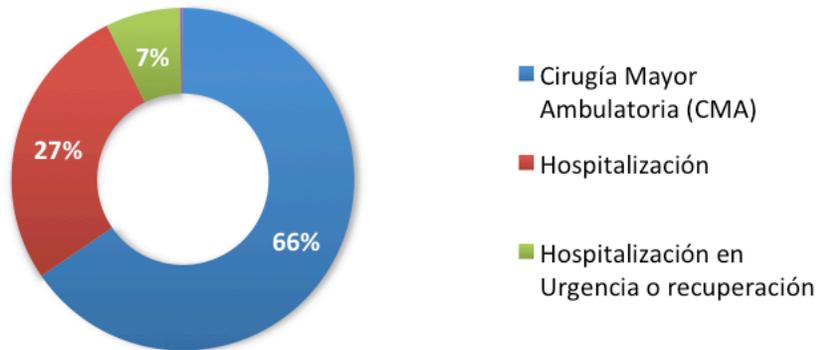
Tabla nº 29. Egresos según especialidad L.E.Q. 1º semestre 2018.

Especialidad	Egresos	%	Peso Medio GRD
Otorrinolaringología	92	25.8	0.5874
Cirugía General	69	19.4	0.7888
Cirugía Pediátrica	60	16.9	0.5198
Traumatología y Ortopedia	48	13.5	1.2540
Obstetricia y Ginecología	37	10.4	0.6347
Oftalmología	32	9.0	0.4946
Neurocirugía	9	2.5	1.4789
Cirugía Cabeza Cuello y Plástica Maxilo Facial	4	1.1	1.0307
Urología	3	0.8	0.8937
Cirugía Vasculat Periférica	2	0.6	1.2165
Suma Total	356	100.0	0.7351

Fuente Departamento Estadísticas Hospitalarias – Unidad GRD

Por último, 25 pacientes (**7%**) ingresaron por la Unidad de Urgencia y egresaron de la Unidad de Recuperación con un PM GRD de 1.0483, no hubo mortalidad durante el proceso. Esto representa una **distorsión del proceso de hospitalización** pues los pacientes ingresaron y fueron dados de alta desde unidades que no producen egresos (gráfico nº15)

Gráfico nº 15. Egreso LEQ según tipo de asistencia 1º Abril – Junio 2018.



Fuente Departamento Estadísticas Hospitalarias – Unidad GRD

COMENTARIO FINAL

Este boletín informativo bautizado como BIG-H nace frente a la necesidad de conocer los resultados de los procesos que el hospital tiene para identificar nodos y puntos críticos que mejorar en la gestión clínica y administrativa. Los primeros números intentaron abarcar muchos aspectos productivos y hoy el contenido va decantando en un boletín más conciso y enfocado en la gestión clínica. Ha sido labor del departamento de estadística, hoy reformulado como unidad, la de recopilar y presentar los datos, pero lo más relevante es que se ha implementado una **línea de trabajo analítica** frente a la enorme cantidad de variables. Como Uds. saben el dato no implica información y esta última tampoco es conocimiento. Por lo tanto, nuestro aporte es **entregar información analizada para mejorar el conocimiento de nuestra organización**, describiendo resultados de procesos y mostrando las tendencias del comportamiento de los egresos. Lo que viene siempre es labor de los equipos de trabajo clínico con las jefaturas y directivos del hospital.

Nuestro centro aún se perfila como un **Hospital de Urgencias** ya que **uno de cada tres pacientes** que consulta lo hace en ese servicio (31.1%). La complejidad de esta unidad es que representa 7.6% (851) de los egresos hospitalarios sin serlos realmente, con una **mortalidad asociada 4 veces mayor** que la observada en los otros servicios clínicos.

La severidad mayor de los egresos ha ido en aumento y la evaluación de este semestre revela que **1 de cada 8 egresos** tiene esta característica, con un PM GRD 2.3 veces mayor y una estancia media de 10 días más que el promedio del hospital dando cuenta del 64.8% de los fallecimientos in-door.

Los servicios con estancia media sobre el promedio son Cirugía y Medicina (10 días). **Las unidades de paciente crítico** presentan los PM GRD mas áltos con un **incremento en su actividad de 10%** respecto al 1º semestre de 2016. Medir la producción e indicadores de proceso de estas unidades es complejo y se necesita acordar que variables deben ser evaluadas.

La consultas del CAE han aumentado pero una proporción importante de ellas es realizada por profesionales **especialistas no acreditados**. La acreditación médica es un proceso dinámico, por lo que es importante comunicar a la unidad de GRD cada vez que un profesional logra acreditarse como especialista.

Se ha cumplido rigurosamente con las notificaciones de IRAG, la mayor circulación viral **en menores de 2 años corresponde a Virus Respiratorio Sincicial y en adultos virus influenza A H3N2**. Hasta la semana epidemiológica nº 30 han ocurrido 6 muertes, todas en adultos.

La casuística hospitalaria de **VIH mostró un incremento** en el número de casos notificados, **50% de ellos en etapa SIDA**, con una razón de tres hombres por mujer. Uno de cada ocho pacientes que han ingresado al control este año es extranjero. Este grupo tiene alta probabilidad de hospitalización con criterios de severidad mayor (35%). Sin duda este año la cantidad de notificaciones superará las del año pasado llegando probablemente a 130.

La **telemedicina** es una modalidad de atención que hay que potenciar, y si bien ha existido un incremento desde el 2016 (42%), en comparación al año pasado tuvo una **discreta reducción** en el 1º semestre de 2018.

La producción quirúrgica mayor aumentó respecto al 2016 a pesar de una drástica caída en el número de cirugías dermatológicas y de tegumento lo que fundamentalmente es un problema de definiciones.

La **CMA** es una forma exitosa de resolver los problemas de la comunidad en un grupo de pacientes de bajo riesgo. Los compromisos de gestión en ésta área se siguen cumpliendo y superando llegando a un **92% de cumplimiento** este 1º semestre. Con todo, hay que estimular este proceso en aquellas especialidades en que ha disminuído su producción y en aquellos que han comenzado a resolver patologías por esta vía instándolos a incluir nuevos procedimientos.

La **tasa de cesáreas**, como indicador de calidad de atención obstétrica, es menor respecto al año pasado y está entre las más bajas del país (**28.7%**). También se ha logrado **reducir significativamente la incidencia de partos prematuros** menores a 37 semanas de gestación llegando a **10.3%** del total de partos, casi 3 puntos porcentuales menos que en el 1º semestre del 2017. **La prematuridad extrema (<32 semanas) mantiene su incidencia en un 2.3% del total de partos**, con un PM GRD elevado, alto consumo de cama crítica y gasto hospitalario. La reducción de la tasa global de prematuridad ha sido a expensas del prematuro tardío (34 - 36 semanas), ahora debemos focalizar nuestra atención en la prevención del prematuro extremo.

En la **unidad de recuperación** hay que evaluar los procesos por los cuales un paciente termina siendo dado de alta desde la misma unidad. Son 611 pacientes que han sido dados de alta como egresos en el 1º semestre de 2018 sin serlo realmente. **Existen casos de mortalidad** en los egresos con este proceso lo cual denota la existencia de criterios de severidad mayor no pesquisados.

El **índice ocupacional de pabellón** resultó menor que el año pasado principalmente por una brusca caída de producción en los meses de abril y mayo de 2018, Sin embargo **estamos sobre la meta ministerial de 75%**. Hubo cambios en la distribución de los 12 pabellones habilitados.

En cuanto a las patologías trazadoras de daño por enfermedades crónicas (**COMGES 2**), existe un **aumento significativo de los egresos** por estas causas respecto a años anteriores. Este indicador denota una mayor complejidad con más gasto hospitalario y se puede inferir que no se ha logrado detener o retardar la historia natural de la enfermedad dentro de los niveles de complejidad que a la red le compete. **Necesitamos conocer qué indicadores tiene la red sobre los controles de pacientes crónicos** para mejorar la disponibilidad de recursos especialmente en rehabilitación.

Respecto al uso de la cama hospitalaria, la gestión de este recurso ha sido eficiente con un **IF < 1 (0.98)**, lo que significa que se ha sido utilizada adecuadamente en el 98% de los casos. Otro indicador que caracteriza la estancia media es el de los **outliers superiores**, el que en nuestro centro está **bajo la norma nacional de 6.5%**. Sin embargo, el análisis por servicios indica a 4 de ellos sobre ella.

La **resolución de la lista de espera quirúrgica** ha sido exitosa, lográndose la meta presidencial de reducir la lista un **25%**. Al desglosar la actividad por especialidades y patologías debemos preguntarnos por la **pertinencia, oportunidad y equidad (justicia) de la intervención**. Uno de cada 14 pacientes resueltos por esta modalidad ingresó y egresó por una vía no adecuada al proceso.

Los Establecimientos Autogestionados en Red son aquellos que han alcanzado algún grado de madurez y autonomía que les permite, dentro del contexto referencial del ministerio de salud, la **autodeterminación en los procesos y producción de servicios** para la comunidad en que están insertos.

Nosotros nos situamos entre los **10 hospitales que tienen más egresos GRD en el país**, con una infraestructura moderna y con un recurso humano preparado y muy comprometido. Esto representa una cantidad de trabajo humano enorme y creciente que consume recursos y que repercute en las vidas de nuestros pacientes. De tal forma que estamos aprendiendo a perfilar o modelar lo que somos, no sólo estamos registrando, estamos analizando e interpretando lo que hacemos, no estamos copiando el modo de hacer de otros, estamos contruyendo con nuestra experiencia cotidiana y nuestro propio modo de hacer. No estamos repitiendo las palabras o las ideas de otros, estamos aprendiendo a decir las propias.

Como sujetos de experiencia, anhelamos replantearnos críticamente lo realizado para descubrirnos y mejorar lo que hacemos. Lo hecho es constitutivo del presente. Queremos que este aprendizaje sea **transformador y que genere continuidad en nuestra organización, nuevas ideas con procesos sincrónicos, eficientes y efectivos que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes.**

Natividad Sepúlveda Aguilera EUS
Editora BIG-H
Jefa Oficina GRD

José Javier Caro Miranda M.Sc.
Editor BIG-H
Obstetricia y Ginecología
Magíster en Epidemiología Clínica
Jefe Unidad Estadística Hospitalaria

Pto. Montt, 19 de Agosto de 2018.