

# **BIGH**

BOLETIN DE INDICADORES PARA  
LA GESTIÓN HOSPITALARIA

## **Informe 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 Nº5..... 29
- COMPROMISO DE GESTIÓN Nº2..... 30
- ÍNDICE FUNCIONAL Y OUTLIERS..... 31
- LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA..... 35
- COMENTARIO FINAL..... 38

## EDITORIAL

---

Les presentamos el 4º número del BIG-H que analiza el año 2018 pretendiendo ser una herramienta útil para la gestión clínica hospitalaria. El equipo editorial está más convencido que nunca de la importancia de recolectar los datos generados en todas nuestras actividades para analizar, interpretar y narrar lo que estamos haciendo a diario con ánimo de generar “inteligencia” y capacidad prospectiva hospitalaria.

La producción hospitalaria aumenta a una velocidad vertiginosa, los gastos en salud son ingentes y el perfil epidemiológico hospitalario es congruente con el de una sociedad envejecida. La complejidad del paciente promedio de nuestro hospital se está haciendo evidente con peso medio GRD más elevado, más dañado y secuestrado por patologías crónicas como lo podemos constatar en el resultado del COMGES nº 2 y por otro lado seguimos siendo un hospital de urgencias pues tres de cada cuatro egresos tuvieron su ingreso vía servicio de urgencia.

La fragmentación de las camas críticas se evidenció en la producción y también en su impacto en la mortalidad. Este año 2019 se redefinió la clasificación de estas unidades.

El panorama epidemiológico se mantuvo estable con las IRAG, sin embargo tenemos un aumento alarmante de las Infecciones de transmisión sexual como gonorrea y sífilis, el VIH duplicó su notificación con respecto al 2017. El SCP Hanta virus mantuvo su casuística, y estuvimos en alerta con la fiebre Q, hoy también a la fiebre de los matorrales.

En el 2018 hubo un poco más nacimientos que en el año anterior con una tasa de cesáreas aceptable. Completamos dos años en los que la incidencia de la prematuridad ha disminuido.

Las listas de espera quirúrgica son otro problema que hay que analizar no sólo para disminuir su volumen, sino para diferenciar velocidades de flujo de salida y la oportunidad de hacerlo basada en la pertinencia, urgencia, justicia y equidad que debe asignarse a cada individuo. Esto va de la mano con el análisis de las horas disponibles de quirófano y su producción.

También les presentamos un resumen de lo realizado por el registro hospitalario del cáncer, datos muy importantes para reforzar la idea de un centro oncológico en nuestro hospital.

***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 el centro de referencia 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

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. Este año 2018 se redefinieron las camas críticas

**Tabla nº 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
<b>TOTAL CAMAS</b>	<b>528</b>	<b>506</b>	<b>513</b>

Fuente: Oficina de Estadística 2019

# PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

## Indicadores de hospitalización (Egresos Hospitalarios)

El Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (IEEH) aporta los datos estadísticos para obtener 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 años 2016-2017-2018. HPM

Año	Egresos	Fallecidos	PMGRD	I.O (%)	E.M	I.R	Letalidad (%)	I.S.	I.F.	Outl.
2016	22.887	565	0.8958	86.7	6.83	3.84	2.44	1.04		
2017	22.540	629	0.9052	87.1	7.04	3.68	2.79	1.06		
2018	22.350	624	0.9265	89.6	7.28	3.62	2.79	0.87		

Fuente: Oficina de Estadística 2019

**Sinopsis:** El número de egresos ha disminuido un **2,3%** desde el año 2016 y la complejidad del riesgo expresada en el PMGRD ha aumentado 3,4%. La letalidad aumentó un 13,4%. Estos indicadores revelan la mayor complejidad y riesgo de la población que ingresa a nuestro centro. (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 periodo 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.
- ✓ **Índice Funcional:**
- ✓ **Outliers:**

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 días 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	4.279	4.302	4.524	0.3839	0.3842	0.3878	3.3	3.3	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Medicina	3.928	4.071	3.667	0.9605	0.9718	0.9880	9.5	9.5	10.1	187		207	4	199	
Cirugía	3.659	3.266	2.868	1.0448	1.0519	1.2147	8.0	9.6	10.8	53		106		108	
Ginecología	1.817	1.604	1.705	0.6051	0.6657	0.6826	3.4	3.9	3.8	2	0.0	0	0.0	2	0.0
Pediatría	1.587	1.555	1.729	0.7775	0.8376	0.8681	5.6	5.9	6.8	4		2		4	
Pens. Adulto	853	1.279	1.559	1.0140	1.0970	1.1415	1.7	2.7	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cirugía Infantil	1.267	1.421	1.279	0.8573	0.7468	0.8330	2.9	3.0	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Neurocir. Adulto	1.335	1.121	1.228	1.3997	1.4159	1.2759	15.1	16.7	13.5	55		46		30	
Urología	722	720	863	0.8551	0.8598	1.0274	5.4	5.0	6.8	3		7		2	
Traumato y Ortop.	1.473	1.049	612	1.1450	1.1918	1.2103	5.8	6.7	8.4	4		7		7	
Neo. Cunas	592	550	536	0.6961	0.7659	0.5019	7.0	7.1	5.8	4		4		3	
Oncología			236			0.9123			2.21					0	0.0
Psiqu. Corta Estadía	414	401	302	0.5625	0.5802	0.5420	24.5	32.4	34.6	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
<b>Suma Total</b>	<b>21.926</b>	<b>21.339</b>	<b>20.872</b>	<b>0.8365</b>	<b>0.8431</b>	<b>0.8623</b>	<b>6.7</b>	<b>7.2</b>	<b>7.3</b>	<b>312</b>		<b>379</b>		<b>355</b>	

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
<b>TOTAL</b>	<b>1310</b>	<b>1400</b>	<b>1445</b>	<b>2.7855</b>	<b>2.8742</b>	<b>2.6999</b>	<b>8.94</b>	<b>8.01</b>	<b>8.28</b>	<b>145</b>	<b>11.1</b>	<b>110</b>	<b>7.9</b>	<b>141</b>	<b>9.8</b>

Fuente Departamento Estadísticas Hospitalarias – Unidad GRD

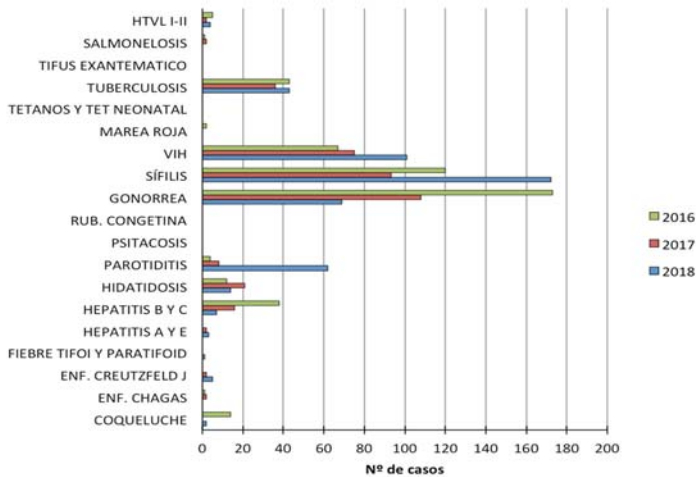
Las unidades críticas expresan su complejidad en los **pesos medios GRD más altos del hospital de 2.6999 el 1º semestre de 2018**, con estancia media de 8.3 días y una **mortalidad de 1:3 y de 1:10 en pacientes egresados en la UCI y la UTI adultos** respectivamente. **Las UCI adulto y pediátrica tienen 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.

# EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA:

## Enfermedades de notificación diaria (ENO) (483 notificaciones registradas). Gráfico 1



Clasificación de infección VIH	2016	2017	2018	Total general
A1	8	8	13	29
A2	12	25	37	74
A3	13	9	9	31
B1	1	2	1	4
B2	2	2	4	8
B3	9	10	11	30
C1	1	0	0	1
C2	0	1	4	5
C3	6	14	25	45
<b>Ingresos etapa SIDA</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>49</b>	<b>112 (49.3%)</b>
<b>Ingresos etapa VIH</b>	<b>23</b>	<b>37</b>	<b>55</b>	<b>115 (50.7%)</b>
<b>Total general</b>	<b>52</b>	<b>71</b>	<b>104</b>	<b>186</b>

Gráfico

Tabla

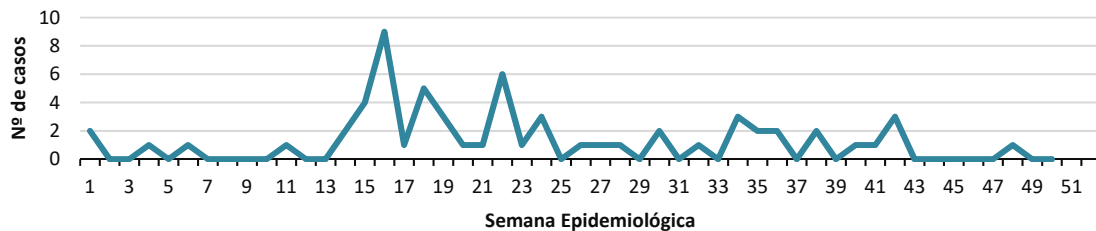
### 1. Situación de Infecciones de Transmisión sexual.

El año 2018 las ENO que aumentaron fueron las enfermedades de transmisión sexual y VIH. Los casos de sífilis aumentaron 62% respecto al 2017 (183 v/s 93), 14 de ellos en embarazadas.

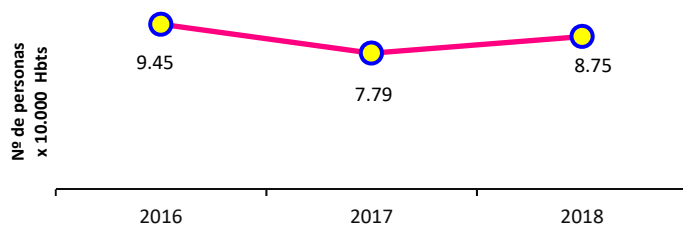
Respecto al VIH/SIDA se notificaron 104 casos con una relación hombre/mujer de de 3:1 con una mediana de edad de 36 años, seis embarazadas, y 21 casos correspondieron a extranjeros. 47% de los ingresos del 2018 fue en etapa SIDA y 53% en etapa VIH (tabla nº

### 2. Brote de Parotiditis. Éste ocurrió principalmente entre los meses de Abril y Mayo de 2018.

(gráficón) Para su contención se incorporó el equipo de trabajo de atención ambulatoria, se capacitó a representantes de fuerzas armadas y centros educacionales y se enviaron muestras al Instituto de Salud Pública para diagnóstico etiológico viral y precisar genotipo circulante. Los pacientes en su mayoría fueron diagnosticados y notificados por sintomatología compatible.



- 3. Situación Tuberculosis.** Durante el año 2018 se incentivó la toma de expectoración pulmonar para baciloscopia en consultas ambulatorias de urgencia a todo paciente con tos con expectoración por más de 15 días independiente de los criterios hospitalización que tenga la persona, con el fin de lograr un mayor tamizaje en la población y poder tratar oportunamente y a mayor cantidad de personas.

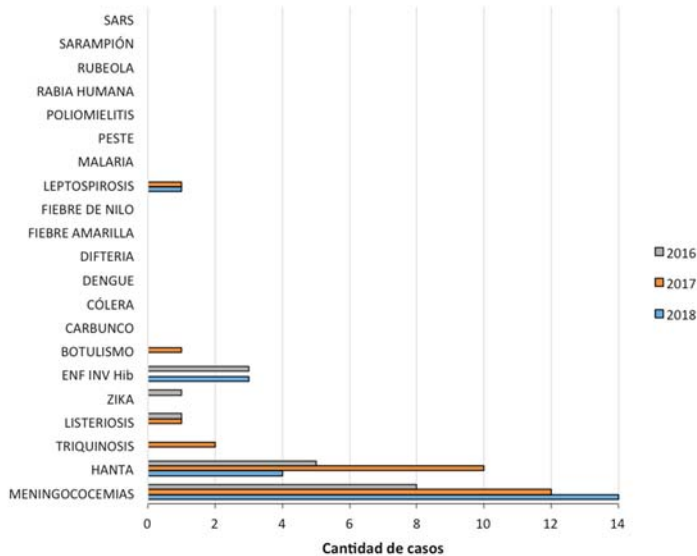


- 4. Enfermedad de Creutzfeldt Jakob (ECJ).** También se registraron notificaciones de ECJ con solicitud de estudio genético al Instituto de Salud Pública (ISP). Hubo 5 casos notificados, un caso diagnosticado por imágenes de sistema nervioso central y clínica concordante, 4 casos fueron confirmados por el ISP y uno con clínica sospechosa fue descartado por el ISP. Este grupo de 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres) tuvo una edad promedio de 63 años (rango 45 a 81 años), con estancia media de 28,4 días (6 a 43 días) y 2 fallecieron in door.

**Enfermedades de notificación inmediata (22 notificaciones registradas). Gráfico 4.**

**1. Meningitis bacterianas (M.B.), enfermedades meningocócicas**

Se notificaron 12 casos M.B. con una relación hombre/mujer 2:1 y edad promedio 46 años. Los microorganismos frecuentemente aislados fueron el *St. Pneumoniae* (7 casos), *Lysteria* (2 casos), *St. Suis* (2 casos), *St. Aureus* (1 caso, portador de válvula derivativa) y *N. meningitis* (2 casos). Es importante insistir en la prevención entre los grupos de trabajo clínico ya que la *N. Meningitidis* se adhiere fácilmente al epitelio nasofaríngeo con bacteriemia secundaria. El serogrupo predominante en Chile es el W135. La vacuna conjugada a disposición según indicación médica disminuye la portación faríngea y con esto la portación en terceros no vacunados, estimula la memoria inmune.



## 2.- Síndrome Cardiopulmonar Hanta Virus (SCP HV)

Durante el 2018 en la X región ocurrieron 8 casos de SCP HV, 2 en la provincia de Osorno, 5 de la provincia de Llanquihue (4 diagnosticados en HPM) y 1 caso en la provincia de Palena. De los casos diagnosticados en HPM tres fueron de sexo masculino (1 menor de edad) y uno femenino (que falleció antes del traslado). El tiempo de latencia previo a la 1ª consulta varió entre uno y 7 días, todos lo adultos ingresaron con plaquetopenia y con el antecedente epidemiológico de exposición en localidades como Los Muermos, Canutillar y Tegalda. Tres de los 4 pacientes fueron trasladados a centros con ECMO.

## 3.- Sarampión

Es una enfermedad viral exantemática altamente transmisible. En nuestro país está incluida dentro del esquema nacional de vacunación a los 12 meses y en primero básico. En Chile durante el 2018 hubo 9 casos confirmados , 7 de ellos en la región metropolitana y dos en la región del Biobío. En HPM hubo un caso sospechoso correspondiente un lactante de 11 meses de edad.

Se insta a la población a seguir las siguientes indicaciones respecto a la vacunación

1. Se refuerza la indicación de vacunación Sarampión- Rubéola- Parotiditis (SRP) en viajeros con cualquier destino fuera del país que hayan nacido entre los años 1971 y 1981 y que no tengan antecedentes de haber recibido 2 dosis de la vacuna después de los 12 meses de edad y personas entre 20 y 24 años.



## CONSULTAS ATENCIÓN ABIERTA

### Consultorio Adosado de Especialidades

En el año 2018 el volumen total de **consultas** aumentó **12.3%** respecto al 2017. Las **consultas gineco obstétricas y de especialista no acreditados aumentaron**. Las **consultas pediátricas y de adulto disminuyeron** (tabla nº 9). En el año 2017 hubo un cambio en los registros REM separando las consultas por especialidad adulta y pediátrica. Se observa un incremento de 279.5 % en las consultas por especialidad no acreditada.

**Tabla nº 9.** Comparación nº de consultas especialidades CAE 2017-2018.

Tipo de Consulta CAE	Año 2017	Año 2018	Variación (%)
Adulto	112.721	101.087	↓ 10.3
Pediátrica	29.121	24.258	↓ 16.7
Gineco-Obstétrica	15.819	16.319	↑ 3.2
Especialistas no acreditados*	13.213	50.138	↑ 279.5
<b>Total</b>	<b>170.874</b>	<b>191.802</b>	<b>↑ 12.3</b>

Fuente: Unidad de Estadística HPM 2019. \* 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 2018 aumentó 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 nº consultas médicas UEH año 2018 v/s 2017.

Tipo de Consulta	UEH		
	Año 2017	Año 2018	Variación (%)
Adulto	37.096	44.234	↑ 19.2
Pediátrica	39.145	40.750	↑ 4.1
Gineco-Obstétrica	8.099	6.684	↓ 17.5
<b>Total</b>	<b>84.340</b>	<b>91.668</b>	<b>↑ 8.7</b>

Fuente REM 2019 HPM. Nota: Desde 2017 en adelante se incluyen solo las atenciones médicas efectivamente realizadas.

## TELEMEDICINA

Durante año 2018 se realizaron **3.316 consultas de especialidad con esta modalidad**, mostrando una leve disminución de 4% respecto al 2017. El 54% del total de consultas correspondió a la especialidad de dermatología. (tabla nº 11).

**Tabla nº 11** . Consultas especialidad telemedicina 2017-2018

Especialidad	2017	2018	% Variación
MEDICINA INTERNA	92	184	↑100
ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE ADULTO (BRONCOPULMONAR)	121	159	↑31.4
CARDIOLOGÍA	187	208	↑11.2
GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	31	94	↑203.2
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	120	0	--
NEFROLOGÍA ADULTO	399	272	↓31.8
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	0	1	--
REUMATOLOGÍA	363	247	↓32.0
DERMATOLOGÍA	1.890	1.789	↓5.3
GERIATRÍA	0	11	--
NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	3	24	↑700
NEUROLOGÍA	95	201	↑111.6
CIRUGÍA GENERAL	31	0	--
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	122	126	↑3.3
OTRAS ESPECIALIDADES	0	0	--
<b>TOTAL</b>	<b>3.454</b>	<b>3.316</b>	<b>↓4</b>

Fuente. Unidad de Estadística HPM 2019.

Nefrología pediátrica y cirugía general no presentaron producción en este ítem. Las especialidades que tuvieron disminución en esta actividad fueron nefrología adulto, reumatología y paradójicamente dermatología.

Durante el 2019 se incorporará el hospital digital en el la dermatología será considerada una especialidad de consulta, dejando de aparcer como consulta de telemedicina.

## ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

La **producción quirúrgica del 2018** total presentó un aumento de **15.3%** 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 2018 v/s 2017.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS	2016	2017	2018	Variación (%)
NEUROCIRUGIA	474	1.206	1.213	↑ 0.6
CIRUGIA OFTALMOLOGICA	1.056	2.678	3.168	↑ 18.3
CIRUGIA OTORRINOLOGICA	529	980	1.481	↑ 51.1
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	167	304	483	↑ 58.9
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA*	485	647	721	↑ 11.4
DERMATOLOGÍA Y TEGUMENTOS*	1.286	518	1.132	↑ 118.5
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	292	650	583	↓ 10.3
CIRUGIA DE TORAX	159	292	231	↓ 20.9
CIRUGIA ABDOMINAL	1738	3.967	4.149	↑ 4.6
CIRUGIA PROCTOLOGICA	78	179	233	↑ 30.2
CIRUGIA UROLOGICA Y SUPRARRENAL	526	1.140	977	↓ 14.3
CIRUGIA DE LA MAMA	85	176	195	↑ 10.8
CIRUGIA GINECOLOGICA	395	928	1.428	↑ 53.9
CIRUGIA OBSTÉTRICA	503	932	1.002	↑ 7.5
TRAUMATOLOGIA	1.175	2.756	3.037	↑ 10.2
ODONTOLOGIA (COD 27-03) Aranc.Fonasa	185	880	1.011	↑ 14.9
RETIRO ELEMENTOS OSTEOSINTESIS	133	203	209	↑ 3.0
<b>TOTAL INTERVENCIONES QUIRURGICAS</b>	<b>9.266</b>	<b>18.436</b>	<b>21.253</b>	<b>↑ 15.3</b>

Fuente REM SBS

**Tabla nº 13**. Distribución Cirugías Mayores según clasificación año 2016-2018

Primer Semestre	2016	2017	2018	%
ELECTIVAS MAYORES NO AMBULATORIAS	4377	6.494	7.438	↑ 14.5
ELECTIVAS MAYORES AMBULATORIAS	1597	4.585	5.042	↑ 10.0
MAYOR NO AMBULATORIAS DE URGENCIA	1723	2.826	3.069	↑ 8.6
MAYOR AMBULATORIAS DE URGENCIA	0	17	16	↓ 5.9
<b>TOTAL INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES</b>	<b>7697</b>	<b>13.922</b>	<b>15.565</b>	<b>↑ 11.8</b>

Fuente Unidad Estadística HPM \*Variación 2018 v/s 2017



Tabla nº 14. Producción CMA según especialidad 1º semestre 2018 versus total 2017

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**.

Especialidad (Descripción)	Egresos Anuales						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	% 2017φ
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 Vasculiar Periférica			12	6	13	26	200.0
<b>Suma Total</b>	<b>965</b>	<b>835</b>	<b>2581</b>	<b>3242</b>	<b>4393</b>	<b>2533</b>	<b>57.6</b>

## ACTIVIDAD OBSTÉTRICA

Tabla. Producción obstétrica años 2017 y 2018

Tipo de Parto	Año 2017	Año 2018	Variación (%)
Normal vaginal	2.327	2.310	↓ 0.7
Fórceps	50	60	↑ 20.0
Cesáreas	932	1002	↑ 7.5*
% Cesáreas	28.2	29.7	↑ 5.5
<b>TOTAL</b>	<b>3.309</b>	<b>3.372</b>	<b>↑ 1.9</b>

Durante el 2018 en número de partos aumentó 1.9% respecto al 2017. El número de cesáreas tuvo un aumento de 7% ( $p > 0.05$ ) alcanzando un 29.7% del total de partos.

Fuente Unidad Estadística-Maternidad HPM 2019.  
\*OR=1.075, 95% IC=0.97-1.20,  $p=0.1626$ .

Desde el año 2011 el comportamiento de la prematuridad fue al alza hasta el año 2014 estabilizándose hasta el 2017 (gráfico nº, año en que hubo una importante disminución del parto prematuro (21%) al comparar el 2º semestre con el primero (OR 0.79; IC 95% 0.64-0.99). Esta baja que está relacionada a los modelos de gestión de red y clínica que el equipo perinatal logró instaurar en el hospital. EL 2018 la prematuridad disminuyó 13% respecto al 2017 (OR 0.87; 95%IC 0.65-1.16) con una discreto aumento de 7% al comparar el 2º con el primer semestre (OR=1.07; IC 95%=0.85-1.34,  $p=0.5527$ ). La prematuridad extrema (<32 semanas o <1500 g) mantiene su incidencia en nuestro centro siendo la del 2018 un 2.5% del total de partos (grafico nº). La disminución de las cifras de prematuridad se ha logrado fundamentalmente con la contención de los partos de prematuros tardíos (edad gestacional 34-37 semanas).



### Categorización de Urgencia

Categorización	2017	%	2018	% del año	% Variación
C1	1.300	1.8	1.356	1.6	↑4.3
C2	11.663	15.7	20.007	23.5	↑71.5
C3	43.617	58.8	42.772	50.3	↓1.9
C4	17.235	23.2	20.397	24.0	↑18.3
C5	356	0.5	451	0.5	↑26.7
Sin Categorización	4	0.0	1	0.0	↓75
<b>Total</b>	<b>74.175</b>	<b>100</b>	<b>84.984</b>	<b>100</b>	<b>↑14.6</b>

Categorización C1 y C2 OR 1.59 (95%IC = 1.55-1.63, p=0.0000)

## UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA (UEH)

Las hospitalizaciones de la UEH **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

Fuente Unidad GRD HPM

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
<b>TOTAL</b>	<b>387</b>	<b>548</b>	<b>611</b>	<b>0.9306</b>	<b>0.8870</b>	<b>0.8988</b>	<b>0.97</b>	<b>0.94</b>	<b>1.13</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2.62</b>	<b>2.59</b>	<b>2.60</b>	<b>2.85</b>	<b>4.07</b>	<b>5.79</b>

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)

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

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

## DOTACIÓN DE PABELLONES

27

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

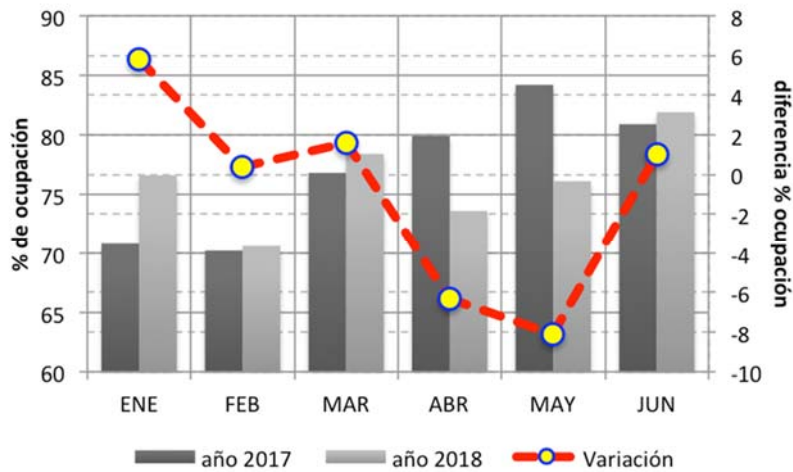
TIPO DE QUIRÓFANOS	NÚMERO DE QUIRÓFANOS EN DOTACIÓN		PROMEDIO MENSUAL DE QUIRÓFANOS HABILITADOS		PROMEDIO MENSUAL DE QUIRÓFANOS EN TRABAJO		TOTAL DE HORAS MENSUALES DISPONIBLES DE QUIRÓFANOS HABILITADOS		TOTAL DE HORAS MENSUALES DISPONIBLES DE QUIRÓFANOS EN TRABAJO	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	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% .**

28

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
<b>TOTALES</b>	<b>18.930</b>	189.302	0	3	<b>12.498</b>	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 > 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

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

Fuente : Unidad GRD HPM

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

MES	Indicador Colectectomía			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 colecistectomía laparoscópica (**92.1 %**) correspondiendo al **88,7% del total de las cirugías trazadoras** que componen este compromiso (colecistectomía y hernia) (tablas n° 21 y 22).

## COMPROMISO DE GESTIÓN N° 2 AÑO 2018

Su objetivo era 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.

En los COMGES 2019 este indicador no es considerado. Pero vale la pena comentar que efectivamente está orientado a la prevención de eventos asociados al mal control de enfermedades crónicas y da cuenta indirectamente de las actividades de promoción y prevención dentro de la red de atención fundamentalmente a nivel primario. El control de este indicador está en un nivel de gestión distinto del hospitalario, no alude a la gestión hospitalaria sino a la red de salud (RISS), es un indicador de daño de pacientes con pre-existencia. Parece obvio no solicitarlo como compromiso de gestión hospitalario sino como del servicio de salud con su red de atención.

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

	Año	Egresos	PMGRD	EM	Fallecidos
<b>Pie Diabético</b>	2016	33	1.5614	22.33	1
	2017	46	1.5341	27.04	0
	2018	82	1.5731	22.50	2
<b>IAM menor de 50 años</b>	2016	4	1.6265	4.75	0
	2017	7	2.1738	5.00	0
	2018	14	1.5477	5.07	0
<b>Insuficiencia Cardíaca Congestiva</b>	2016	344	1.1358	11.27	28
	2017	361	1.1300	11.13	31
	2018	337	1.0636	9.96	27
<b>Accidente cerebrovascular</b>	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
<b>Pie diabético</b>	3.35	2.19 – 5.21	0.0000
<b>IAM &lt; 50 años</b>	3.75	1.17 – 15.6	0.0126
<b>ICC</b>	1.05	0.89 – 1.25	0.5477
<b>ACV</b>	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
<b>Datos Depurados</b>			
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
<b>Índice Funcional</b>	1.00	1.01	0.98
<b>Impacto (Est Evitables)</b>	<b>-128669.63</b>	<b>-128103.84</b>	<b>-328670.85</b>

\*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
<b>Suma Total</b>	<b>11022</b>	<b>10905</b>	<b>11164</b>	<b>555</b>	<b>528</b>	<b>613</b>	<b>5.04</b>	<b>4.84</b>	<b>5.49</b>

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

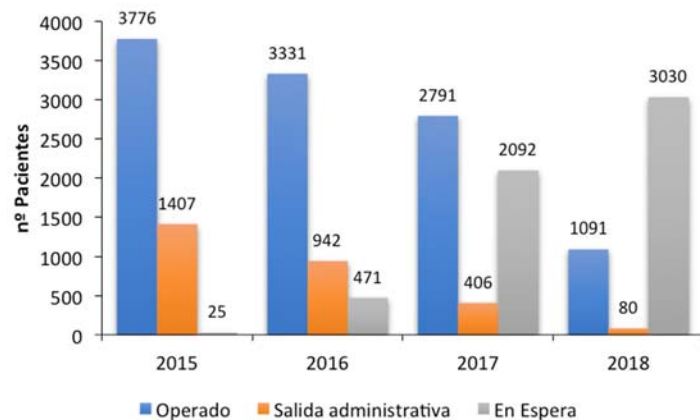
**Neurocirugía adultos, UTI neonatológica, UCI pediátrica y UTI pediátrica** son los 4 servicios que tienen un porcentaje de **outliers superiores >6.5%** en dos de los tres años observados. Sin embargo la UTI neonatológica presenta una disminución de este indicador durante este año y **Neurocirugía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

## LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (L.E.Q.)

36

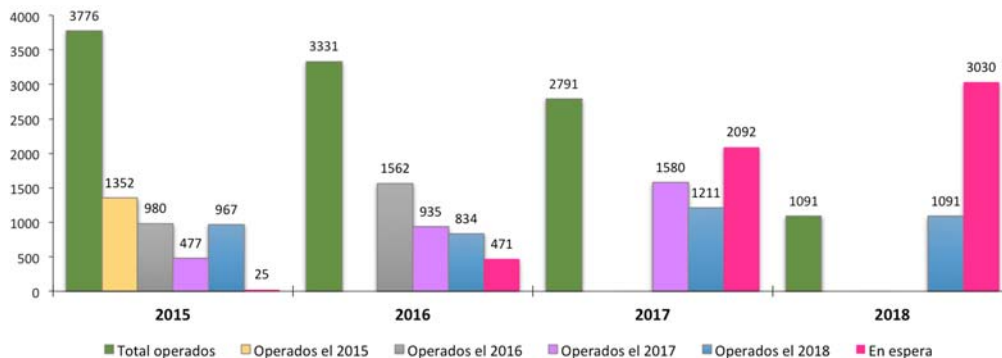
El análisis de la cohorte de pacientes incluidos en LEQ no GES que comprende el periodo entre el 1<sup>a</sup> de enero de 2015 y 31 de diciembre de 2018 revela datos importantes al considerar la resolución de esta lista. La cohorte incluyó 19.442 pacientes, sexo femenino x %, la **resolución quirúrgica** ocurrió en el **56.5%** de los casos y **en espera el 28.9%**, es interesante notar que **14.6%** de los pacientes sale de la lista por **causas administrativas** (tabla causas en casillero naranja). Estas causas deben ser evaluadas para depurar al máximo los pacientes con necesidad real de intervención quirúrgica, especialmente aquellas en que la cirugía no corresponde (21.9% de las causas administrativas), renuncia y resolución en el extrasistema (39.4%)

CONDICIÓN DE SALIDA LEQ	Nº	%
REALIZADO (OPERADO)	10.989	56.52
EN ESPERA	5.618	28.9
RENUNCIA	728	3.7
QX NO CORRESPONDE	621	3.2
EXTRA-SISTEMA	388	2.0
CONTACTO NO CORRESPONDE	378	1.9
INASISTENTE	288	1.5
FALLECE	166	0.8
MAL DIGITADO	103	0.5
CAMBIO SEGURO	57	0.3
RE-EVALUACIÓN	40	0.2
TRASLADO COORDINADO	22	0.1
DUPLICADO	20	0.1
CAMBIO CONDICIÓN CLÍNICA	16	0.08
RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA	8	0.04
<b>TOTAL</b>	<b>19.442</b>	<b>100</b>



La resolución de la LEQ es de 72%, 70.2%, 52.8% y 25.9% respectivamente para cada año. Cómo se distribuye la cohorte es más complejo, pues son dos las condiciones de salida de la LEQ : 1. Se opera al paciente ó 2. Se da alta administrativa (causas tabla). Al contrastar el número de pacientes que sale de la LEQ por estas dos vías con los pacientes que persisten en ella se observa que a partir del 3<sup>o</sup> año (2017) los que esperan equivalen al 75% de los que se operan o mejor dicho por cada cuatro pacientes operados hay 3 esperando y a partir del 4<sup>o</sup> año esta relación se invierte a 1:3 (gráfico)

Gráfico nº 14. Año de ingreso y egreso cohorte de pacientes operados de LEQ 2015-2018.



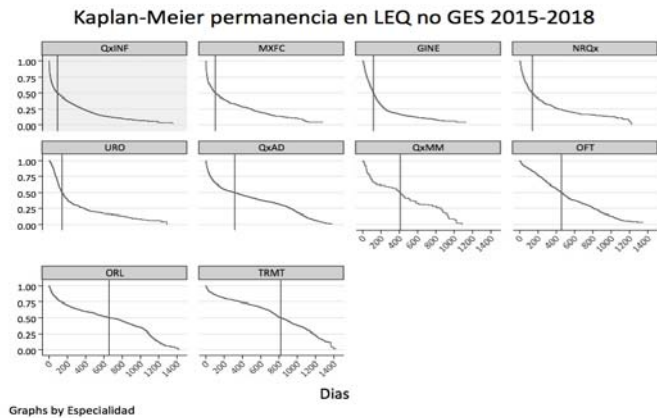
El seguimiento específico de la cohorte que es operada y de la que está en espera revela cómo la intención de resolver logra equilibrar algo la brecha a contar del 3º año. Los 3.776 pacientes operados del 2015 fueron resueltos a lo largo de 4 años (secuencialmente del 2015 al 2018) en las siguientes proporciones: 35.8%, 25.9%, 12.6% y 25.6%, quedando aún 25 pacientes en LEQ. Los del año 2016 en tres años: 46.9%, 28.1% y 25%, quedando en LEQ 471 personas. Los del año 2017 en dos años: 56.6% y 43.4%, pero quedan 3.030 personas en LEQ que se repartirán en los próximos tres años. El modelo de los compromisos de gestión pretende “sacar” determinado porcentaje de la lista de espera según el año que se solicita. El año 2016 nos entrega una sinopsis de los porcentajes de salida que el HPM pudiera tener como meta (aproximadamente 50% el 1º año, 30% el 2º año y 20% el 3º año)

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

Especialidad	Egresos	%	PMGRD
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
<b>Suma Total</b>	<b>356</b>	<b>100.0</b>	<b>0.7351</b>



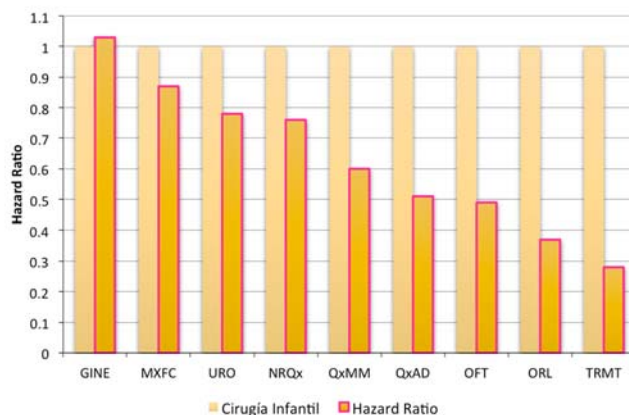
Especialidad	Nº pacientes	p25%	p50%	p75%
QxINF	2.424	15	95	390
MXFC	649	15	107	517
GINE	1.644	48	121	255
NRQx	544	43	144	446
URO	701	75	147	401
QxAD	2.684	50	329	961
QxMM	132	77	410	855
OFT	1.064	216	456	805
ORL	2.590	126	656	1094
TRMT	1.167	367	819	1178
<b>TOTAL</b>	<b>13599</b>	<b>56</b>	<b>258</b>	<b>859</b>



Fuente Departamento Estadísticas Hospitalarias – Unidad GRD. 2019

**¿Cuánto tiempo es la permanencia en la LEQ no GES?** El tiempo en que el 50% de los pacientes aun permanecen en espera en el periodo 2015-2018 fue **258 días**. Esta cantidad varía según las especialidad quirúrgica, el menor tiempo es de **cirugía infantil (95 días)** y el mayor es de **traumatología (819 días)**. Son 6 las especialidades en que esta cifra es menor a un año (verde), en tres especialidades dos años (amarillo) y una 3 años (rojo). En las Kurvas de Kaplan – Meier permiten comparar el comportamiento de la lista de espera operada según especialidad. Siendo las más prolongadas las de otorrinolaringología y traumatología.

**¿Cuánto más probable es salir de la LEQ según especialidad?** Utilizando Cirugía infantil como control para calcular el Hazard Ratio (riesgo relativo que incorpora la variable tiempo) se observa diferencia con todas las especialidades excepto con ginecología que se comporta igual. La comparación es que por cada 10 pacientes operados en cirugía infantil en el periodo 2015-2018 se operaron casi 8 de urología, 5 de oftalmología y casi 3 de traumatología. Esta medida permite comparar la velocidad de salida de la lista de espera en un periodo de tiempo.



Fuente Departamento Estadísticas Hospitalarias – Unidad de registro LEQ  
Todas las especialidades \* p<0.05, excepto ginecología

## REGISTRO HOSPITALARIO DEL CÁNCER (RHC)

El cáncer es uno de los grandes desafíos para la salud pública de Chile. El cambio de la pirámide poblacional con un marcado envejecimiento de la población, así como la combinación de factores genéticos, biológicos (sexo), exposiciones ambientales, infecciones crónicas y estilos de vida no saludables, han hecho que el cáncer se convierta en la 1ª causa de carga de enfermedad de nuestro país (14%), superando las enfermedades cardiovasculares en algunas regiones como ocurre en la X región.

En este contexto se crean los registros hospitalarios del cáncer (RHC) que son un sistema de recolección, registro y seguimiento de los casos oncológicos para analizar e interpretar la casuística diagnosticada y/o tratada en las instituciones hospitalarias.

EL HPM cuenta con un RHC desde el año 2015 en que se registran todos los pacientes de 15 años o más con confirmación diagnóstica de tumor maligno.

Entre el 1º de Julio de 2015 y el 31 de Julio de 2016, se generó una cohorte de 709 casos incidentes confirmados de tumores malignos, con una distribución por sexo de 51.1% femenino y 48.9% masculino. Las 5 principales localizaciones de éstos fueron: órganos digestivos, mama, órganos genitales masculinos, piel y órganos genitales femeninos (tabla 1). Entre los órganos con mayor confirmación diagnóstica de tumores malignos están: Estómago (15.7%), Mama (13.7%), Piel (9.6%), Próstata (8.6%), Cólono y Recto (6.8%), Cuello Uterino (5.6%), Riñón (4.5%), Los bronquios y del pulmón (4.5%), testículo (3.0%) y Vesícula Biliar (2.8%).

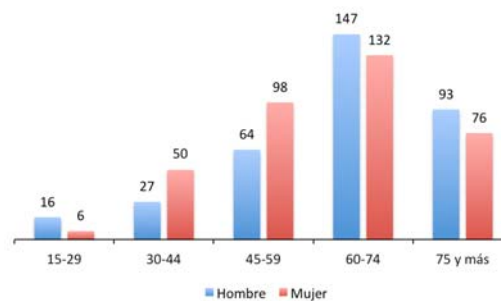
Tabla. Distribución de los tumores en hombres y mujeres según localización HPM 2015-2016

Localización Tumor	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
1. Órganos Digestivos	137	91	228
2. Mama	1	96	97
3. Órganos genitales masculinos	82	--	82
4. Piel	37	30	67
5. Órganos genitales femenino	--	62	62
6. Sist. Respiratorio y órganos intratorácicos	24	19	43
7. Tracto urinario	26	15	41
8. Sist. Hematopoyético y Reticuloendotelial	12	4	16
9. Tiroides y otras glándulas endocrinas	1	13	14
10. Ganglios linfáticos	6	7	13
11. Labio, cavidad bucal y faringe	9	1	10
12. Encéfalo, ojo y otras partes de SNC	3	6	9
13. Peritoneo y retroperitoneo	3	6	9
14. Huesos, articulaciones y cartilago articular	3	3	6
15. Sitios mal definidos y otros	2	4	6
16. Sitio primario desconocido	1	4	5
17. Tej. conjuntivo, subcutáneo /otros tej. blandos		1	1
<b>TOTAL</b>	<b>347</b>	<b>362</b>	<b>709</b>

RHC Unidad de estadística HPM 2019

Respecto a las comunas de residencia de los pacientes atendidos en el HPM, las siete con mayores incidencias fueron Pto.Montt (48.4%), Pto. Varas (7.5%), Calbuco (6.5%), Los Muermos (4.4%) y Maullín (4.4%), Castro (3.6%) y Fresia (3.6%). Cabe mencionar que 84.3% de los pacientes son beneficiarios del S.S. del Reloncaví y 15.6% del S.S. de Chiloé

Comuna	Nº Casos
Pto. Montt	343
Pto. Varas	53
Calbuco	46
Los Muermos	31
Maullín	31
Castro	25
Fresia	25



Respecto al grupo etario, el 57% de los pacientes corresponde a mayores de 60 años de edad.

Base Diagnóstica	Nº base diagnóstica	% base diagnóstica
Bioquímica o inmunológica	14	2
Citología/Hematología	9	1.3
Desconocido	1	0.1
Histología de Metástasis	44	6.2
Histología del siti primario	567	80
Imagenología	71	10
Sólo Clínico	3	0.4
Total	709	100%

En relación a las directrices del ministerio de salud y de los RHC acerca de que la confirmación diagnóstica de los tumores (base diagnóstica) debe ser hecha con biopsia (histología) en más del 80% de los casos, en el HPM el 87.5% de los 709 nuevos casos se confirmó mediante biopsia (siti primario, metástasis y citología/hematología).

El RHC ha identificado los 10 principales órganos con mayor incidencia de cáncer y sus respectivas etapas al momento de ser diagnosticado. En la tabla se observa que más del 60% de los cánceres de estómago, próstata, pulmón, colon y recto fueron detectados etapas III y IV. A diferencia del resto de los tumores que no sobrepasan el 30% en las etapas III y IV, a excepción del riñón con un 42.5%

	Etapa					Total
	0	I	II	III	IV	
1. Estómago		14	14	41	42	111
2. Mama	4	13	53	18	9	97
3. Piel	9	52	3	1	3	68
4. Próstata		5	17	16	23	61
5. Cólón y Recto		2	14	14	18	48
6. Cuello uterino	2	16	12	6	44	40
7. Riñón excepto pelvis renal		13	2	6	11	32
8. Los bronquios y del pulmón		2	1	8	21	32
9. Testículo		15	3	2	1	21
10. Vesícula Biliar				8	12	20

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.