

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS TABLAS PRESENTADAS SOBRE INDICADORES DE LA CONSULTA EXTERNA

AÑO 2011

El total de atenciones en consulta externa realizadas durante el año 2011 (316.706 consultas) excede en 7,02% al número de atenciones realizadas durante el año 2010 (295.928 atenciones de consulta externa), y el año 2010 excede en 1,65% el número de atenciones de consulta externa en relación a la producción del año 2009 (291.036 consultas). En general, podría decirse que todos los departamentos han aportado en este incremento, sin embargo uno de los servicios que más ha aportado es el de Medicina Física y Rehabilitación, con un incremento de 33,71%: 14.207 atenciones por Tecnólogo médico en el año 2010 versus 21.387 atenciones realizadas en el año 2011. Cirugía Plástica también ha aportado en este incremento con 58,74% de aumento de su producción: de 354 atenciones realizadas en el año 2010, alcanzó 858 atenciones en el año 2011.

En cuanto al indicador de rendimiento promedio en consulta externa en el año 2011 se logró la cifra de 3,8 atenciones por hora mientras que en el año 2010 se logró 3,4 atenciones por hora versus 3,6 alcanzado tanto en el año 2009 como en el año 2008, sin embargo este indicador será mucho más real en cuanto se establezca en forma homogénea el sistema de citas horarias en todos los servicios de consulta externa y se cumpla la programación horaria. Para tal fin se ha desarrollado el sistema de citas horarias que se integra con el sistema de Programación horaria, el sistema de Archivo de Historias Clínicas y el sistema de registro de atenciones en consulta externa (HIS) como parte del Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria (SIGHOS-SB), el módulo de Citas Horarias actualmente está implementado en el 81% de los servicios médicos que atienden en consulta externa.

El indicador de concentración de atenciones por servicio, en promedio alcanza el valor de 2

,4 igual que en el año 2010, lo que indica que en promedio cada paciente viene a atenderse por consultorio externo más de dos veces al año, sin embargo la concentración en atención médica alcanza un valor de 1,69. Cuando analizamos la concentración a nivel de establecimiento que figura en la tabla de indicadores de Evaluación del Desempeño Hospitalario se observa que hemos alcanzado 5,86, siendo 5 el valor estándar establecido por MINSAs.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS TABLAS PRESENTADAS SOBRE INDICADORES DEL MOVIMIENTO HOSPITALARIO

AÑO 2011

Durante el año 2011 se han registrado 13.058 egresos y 20.701 egresos por transferencia, mientras que en el año 2010 se registraron 12.557 egresos y 2.361 egresos por transferencia versus 14.171 egresos y 1.851 egresos por transferencia alcanzados en el año 2009. Es necesario destacar que las cifras obtenidas a partir del año 2009 en las tablas del movimiento hospitalario no son comparables con las cifras obtenidas en los años anteriores, debido a que los criterios con los que se manejaban las variables del sistema de información, no eran los adecuados.

El promedio de permanencia obtenido durante el año 2011 es de 6,65 días versus el valor obtenido durante el año 2010 de 6,11 días, muy cercano al promedio obtenido durante al año 2009 que fue de 6,34 días. Las cifras obtenidas para este indicador se encuentran dentro del valor estándar aceptable para un Hospital Madre Niño, que es de 6 días; sin embargo antes de la aprobación de la Resolución Directoral N° 0264-DG-HONADOMANI-SB/2010, de fecha 30 de diciembre del 2010, que aprueba los valores estándares aceptables para los indicadores de eficiencia y eficacia para el Monitoreo de los Servicios del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” se había establecido como valor estándar aceptable 9 días, cifra que es acorde para un Hospital General mas no para un Hospital Especializado de atención Madre Niño.

El indicador Grado de Uso o lo que es lo mismo, Porcentaje de Ocupación es más real si se trabaja con las camas reales, es decir considerando el préstamo de camas entre servicios así como las camas habilitadas y deshabilitadas, teniendo en cuenta estos aspectos, se ha incorporado el indicador de Grado de Uso con Camas Reales, a partir del año 2010 habiendo logrado la cifra de 81,14% de grado de uso de camas en el año 2011 y 80,91% en el año 2010, lográndose el valor estándar aceptable que es de 80 a 100%.

El intervalo de sustitución alcanzado en el año 2011 es de 0,86 mientras que en el año 2010 fue de 0,93, es decir casi un día de intervalo entre que egresa un paciente de una cama e ingresa otro paciente. El valor obtenido para este indicador en el año 2009 fue de 1,12. En cuanto al rendimiento cama, en el año 2011 se logró 81,65, es decir casi 82 egresos por cama en un año, mientras que en el año 2010 se logró 74,59 es decir casi 75 egresos por cama en un año, habiendo sobrepasado el valor estándar aceptable

que para una hospital especializado Madre Niño se encuentre entre 60 y 78 egresos por cama, mientras que en un hospital general el valor estándar aceptable es de 36 egresos por cama en un año. En el año 2009, se logró un rendimiento cama de 69,97 egresos por cama. Como se puede apreciar la tendencia es al incremento lo cual se atribuye a la gran demanda.

En el año 2011 la tasa bruta de mortalidad ha sido de 8,12 por 1.000 egresos, en los años 2010 y 2009 alcanzaron los valores de 5,97 y 8,68 por 1.000 egresos, respectivamente, observándose en el 2011 un incremento con respecto al año anterior pero una disminución en relación al año 2009. En realidad la tasa más representativa y que constituye responsabilidad del Hospital es la tasa neta de mortalidad, ésta alcanzó los siguientes valores en los últimos 3 años, retrospectivamente, a saber: 6,20 fallecidos por 1.000 egresos, 4,63 y 5,50 fallecidos por 1.000 egresos en los años 2011, 2010 y 2009, respectivamente. Si observamos las cifras absolutas tenemos es más notoria la diferencia dado que en el año 2011 hubieron 106 fallecidos totales, en el 2010 hubieron 89 fallecidos mientras que en año 2009 hubieron 123 fallecidos totales.

Es menester señalar que los datos e indicadores consignados en este reporte son muy dependientes de la calidad con que las enfermeras registran el censo diario de hospitalización.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS TABLAS PRESENTADAS SOBRE INDICADORES PARA EL MONITOREO DEL DESEMPEÑO HOSPITALARIO

AÑO 2011

En la Tabla de indicadores para el monitoreo del desempeño hospitalario, además de los indicadores antes descritos, se observa que para el año 2011 la tasa de infecciones intra hospitalarias es de 1,14 casos por 100 egresos hospitalarios, y en el año 2010 fue de 0,94, prácticamente un caso por cada 100 egresos en los 2 últimos años, lo cual significa que estamos muy por debajo del valor estándar aceptable aplicado por el MINSa que es 9 casos por cada 100 egresos hospitalarios

Se puede observar que el rendimiento médico alcanzado en el año 2011 es de 3,35 atenciones por hora, mientras que en el año 2010 se logró 3,39 atenciones por hora, y en el año 2009 3,57 atenciones por hora, en los tres últimos años las cifras alcanzadas en este indicador está próxima al valor estándar aceptable establecida por MINSa para hospitales generales. Después del estudio realizado por la Oficina de Estadística e Informática y habiéndose aprobado los valores estándar aceptables para el HONADOMANI San Bartolomé, se ha establecido que el rendimiento médico aceptable es de 3.0 pacientes por hora como valor puntual y está en el rango de 3,0 a 4,0 pacientes por hora, por lo que la cifra alcanzada en el año 2011 se encuentra dentro del valor estándar aceptable.

El indicador de promedio de análisis de laboratorio por consulta externa alcanza valores muy próximos en los tres últimos años: 0,89 en el año 2011; 0,85 en el año 2010; 0,76 en el 2009 y 0,77 en el año 2008, no logrando alcanzar el valor estándar aceptable establecido por MINSa (1,0). En el análisis retrospectivo se puede evidenciar que el valor alcanzado siempre es menor a uno por lo que en los valores estándar aprobados en el año 2010 en el HONADOMANI San Bartolomé, el valor estándar puntual aceptable es de 0,70 análisis por consulta y el rango aceptable es de 0,70 a 0,90 análisis clínicos por consulta, en consecuencia se ha logrado el valor estándar aceptable en el año 2011.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS TABLAS PRESENTADAS SOBRE ATENCIÓNES DE EMERGENCIA

AÑO 2011

En el año 2011 se realizaron 32.259 atenciones de emergencia, en el año 2010 se realizaron 33.230 atenciones de emergencia, mientras que en el año 2009 se realizaron 36.735, es decir que en el año 2011 ha habido una disminución de 2,92% con respecto al año 2010 y en el año 2010 ha habido una disminución de 9,54% en relación al año 2009. Como se observa, la tendencia es a la disminución mientras que en consulta externa la tendencia es al incremento. Esto se atribuye a un cambio en el flujo de pacientes Ginecológicas que se hospitalizan por consultorio externo, dado que anteriormente estas pacientes pasaban por emergencia antes de hospitalizarse.

Sin embargo, es necesario mejorar el sistema de información de emergencia incluyendo las fuentes de registro, la codificación y el proceso de recolección de datos. Este cambio de proceso se implementó considerando un manejo en línea de las prestaciones realizadas en emergencia, a través del uso de la historia clínica de emergencia y episodio de atención, la implementación del módulo de emergencia del del sistema informático dentro del nuevo sistema SIGHOS (Sistema de Información de Gestión Hospitalaria), hubieron muchos esfuerzos pero no se logró cambiar el proceso. En consecuencia actualmente el personal de Admisión genera la Historia de Emergencia y episodio de Atención a todo paciente pediátrico de emergencia, el médico registra la prestación y destino, finalmente la historia es recabada por el personal de Estadística para su digitación en el sistema, ésta última parte del proceso todavía se viene realizando en el sistema antiguo en clipper pero a partir del 1° de julio de los corrientes, se iniciará en el nuevo sistema SIGHOS-SB. Este cambio permitirá obtener datos más coherentes y consistentes.

Del mismo modo a partir de julio 2012 se iniciará la aplicación del nuevo proceso y sistema en el servicio de Emergencia Gineco Obstétrica, registrando en el sistema todas las prestaciones por las mismas profesionales involucradas en la atención de las pacientes, de manera que se asegure una mejor calidad de la data.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS TABLAS PRESENTADAS SOBRE MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIA

AÑO 2011

En el análisis de la morbilidad de consulta externa, es necesario mencionar que en las bases por especialidad, aparecen causas o daños que no corresponden a la especialidad los cuales se han tenido que filtrar dado que constituyen patologías agregadas al motivo de consulta y que no deberían aparecer en estas tablas considerando que las tablas de morbilidad suman todos los casos nuevos de una determinada enfermedad y que en el registro HIS son consignados con tipo de diagnóstico = "D" y las patologías que no corresponden a la especialidad generalmente ya han sido diagnosticados en la especialidad correspondiente por lo que al atenderse en otra especialidad ese diagnóstico debería ser con tipo de diagnóstico = "R", es así que se observa sobre registro de algunas patologías que al hacer seguimiento vía sistema las encontramos diagnosticadas como "D" en más de una oportunidad, incrementándose así los casos reales, dado que todo diagnóstico registrado con tipo de diagnóstico "D", equivale a un caso nuevo. Esta es una de las razones por las que durante el presente año hemos programado la ejecución de reuniones de capacitación en registro y codificación por Departamentos y Servicios.

El análisis de la morbilidad se ha venido trabajando en el HONADOMANI S.B. por patología o sub categoría de la CIE 10, sin embargo es necesario definir con qué tipo de agrupación se debe trabajar en el Hospital para un mejor análisis. Es recomendable que esta agrupación sea propuesta por la Oficina de Epidemiología del HONADOMANI San Bartolomé.

En todo caso, al analizar la estructura de morbilidad de los servicios de Ginecología y Obstetricia podemos observar en Ginecología la primera causa de morbilidad durante el año 2011 son las Vaginitis agudas con 1360 casos que representan el 15,66% en relación al total de patologías atendidas en el referido servicio, en el año 2010 la primera causa de morbilidad en el mismo servicio también fueron las Vaginitis agudas con 1172 casos que representan el 16,12%. En el año 2011, en el segundo lugar aparecen las infecciones urinarias con 589 casos y el 6,78% mientras que en el año

2010 también ocuparon el segundo lugar las infecciones urinarias con 569 casos representando el 7,83% de los casos. En Obstetricia de Alto riesgo la atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa ocupa el primer lugar con 529 casos que representan el 20,80% de los casos atendidos en el servicio, manteniéndose igual que en el año 2010 en el que se atendieron 252 casos que es el 16,04% de los casos de ese servicio, en segundo lugar en el año 2011 aparece la anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio con 158 casos que representa el 6,21% de los casos atendidos en el mencionado servicio, a diferencia del año anterior en el que aparecen en segundo lugar las vaginitis agudas con 152 casos que es el 9,68% de todos los casos presentados en ese servicio. En Obstetricia normal, en el año 2011 en primer lugar aparece infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo con 198 casos que es el 17,37% de los casos atendido en Obstetricia normal, en cambio en el año 2010 el primer lugar lo ocupan las vaginitis agudas con 212 casos que es el 29,82% de todos los casos. En Crecimiento y Desarrollo del Médico las anemias están en el primer lugar con 1015 casos que representan el 25,62% en relación al total de casos atendidos en el citado servicio, igualmente ocurrió en el año 2010 en el que aparecen en primer lugar las anemias con 1303 casos que representan el 31,47% con relación al total de casos.

En lo referente a la morbilidad de las demás especialidades, ha mejorado la descripción y codificación de diagnóstico, sin embargo es necesario continuar trabajando en este tema considerando que los códigos CIE 10 han sido modificados y ampliados por la OMS.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS TABLAS PRESENTADAS SOBRE INDICADORES DE EFICIENCIA Y EFICACIA

AÑO 2011

En este reporte, los valores estándar aceptables para un establecimiento Nivel III previo estudio retrospectivo y un análisis estadístico descriptivo, han sido reajustados para una Hospital Especializado en atención Madre Niño, estos nuevos valores estándar aceptables y sus respectivas escalas valorativas han sido aprobados mediante Resolución Directoral N° 0264-DG-HONADOMANI-SB/2011. En base a este documento pasaremos a analizar los valores obtenidos en el año 2011 con respecto al año 2010 y éste a su vez con respecto al año 2009.

El Promedio de permanencia alcanzado en el año 2011 ha sido de 6,5 días de permanencia por paciente, en el año 2010 ha sido de 6,1 versus 6,3 días de permanencia por paciente en el año 2009, en los tres años estamos dentro del valor estándar aceptable que es 6, llegando así a la calificación 2, resaltando que este calor constituye la más alta calificación.

En el caso del intervalo de sustitución alcanzado en el año 2011 es de 0,9 igual que en el año 2010 en que se obtuvo 0,9 mientras que en el año 2009 es de 1,1 correspondiéndole un valor ponderado de 2, siendo recomendable no exceder de 1 día.

Para el indicador porcentaje de ocupación de camas, los valores alcanzados han sido 81,1%, 80,9% y 86,7% respectivamente para los años 2011, 2010 y 2009 logrando un calificativo 2 por estar dentro del valor estándar aceptable.

En cuanto al indicador de rendimiento cama se alcanzaron las cifras 81,7, 74,6 y 70,0 respectivamente para los años 2011, 2010 y 2009, los 3 años el calificativo es 2 por cuanto a pesar de que cada cama debe rendir entre 54 y 78 egresos al año, debido a la gran demanda, en el servicio de Neonatología han habilitado cunetas o cunas que no formaban parte de su dotación de camas hospitalarias y que por lo tanto no fueron informadas por las enfermeras en el Censo Diario. Este registro mejorará con el cambio de proceso e implementación del módulo de Censo y Movimiento de Pacientes del SIGHOS SB a implementarse en el segundo semestre del año 2012.

En el rubro “Hospitalización cuidados críticos”, se observa los mismos criterios que en el rubro anterior, y se puede apreciar que en los indicadores Promedio de Permanencia y Rendimiento Cama alcanza el calificativo 2, mientras que en Intervalo de Sustitución y Porcentaje de Ocupación de Cama alcanza el calificativo 1. Esto se debe a que medir estos dos últimos indicadores en Unidades de Cuidados Críticos es bastante relativo y está en función a la necesidad o demanda de estos servicios que en algunos momentos se presenta muy por encima de la oferta y en otros por debajo. En cambio medir el indicador de promedio de permanencia es mejor por ser un indicador más estable siempre que se eliminen los valores extremos, es por esa razón que cuando observamos el aludido indicador desagregado por cada Unidad de Cuidados Críticos en las páginas 5 y 6 del reporte que estamos analizando, verificamos que todos cumplen con el calificativo 2.

En el rubro Consulta Externa: indicador Rendimiento Médico, el valor alcanzado es óptimo con 3,3 para el año 2011, 3, 4 para el año 2010 y 3,6 pacientes por hora para el año 2009. En el caso de odontología el valor ponderado es 2, en los tres años con 1,4, 1,5 y 1,5 consulta por hora, respectivamente para los años 2011, 2010 y 2009, logrando el valor estándar para la especialidad. Sin embargo en Medicina Física y Rehabilitación el calificativo asignado es 2 a pesar que excede su valor estándar aceptable lo cual se debe a que trabajan más horas y en función a la gran demanda, aquí urge ajustar el denominador que con esas horas adicionales laboradas. En Nutrición se logró el calificativo 2 en los tres años con 3,1, 3,1 y 2,7 atenciones por hora respectivamente para los años 2011, 2010 y 2009.

En el rubro enfermería los valores alcanzados son óptimos en los tres años tanto para el indicador de Porcentaje de paquetes re esterilizados en Central de Esterilización como para en el indicador Porcentaje de Flebitis.

En cuanto al tercer indicador de este rubro “Porcentaje de niños protegidos” representa a los niños que han sido cubiertos con todas las vacunas que les corresponde según calendario para su edad por lo tanto siendo el nuestro un hospital madre niño, por consenso y en equipo se ha decidido tomar como meta la protección de todos los neonatos que nacen en el HONADOMANI San Bartolomé para el año 2011, habiéndose logrado cubrir al 92,8 % lográndose un como calificativo el valor óptimo 2.

En el rubro “Emergencia” los valores ponderados alcanzados tanto en el año 2011, para el año 2010 como en el año 2009 para el indicador Razón de Emergencia se encuentran en el calificativo 2, con 20,0, 20,8% y 20,0 atenciones de emergencia por consulta externa, respectivamente para los años 2011, 2010 y 2009, respectivamente.

En el rubro “Centro Quirúrgico” se logrado el calificativo óptimo para los indicadores rendimiento de Sala de Operaciones, Porcentaje de Intervenciones de Emergencia y Porcentaje de Pacientes Complicados en Sala de Operaciones, sin embargo no podemos decir lo mismo del indicador de Porcentaje de Cirugías Programadas Suspendidas que alcanzó el calificativo 1 por exceder el valor estándar aceptable en 4 puntos.

En el rubro “Patología clínica” los valores alcanzados en los años 2011, 2010 y 2009 son 0,9; 0,8; y 0,8 análisis por consulta obteniendo el calificativo 2.

En cuanto al rubro “Imagenología”, se ha llegado a un valor ponderado 2, logrando 4,92 exámenes radiológicos por consulta para el año 2011; 5,10 exámenes radiológicos por consulta en el año 2010 versus 6 exámenes por consulta en el año 2009.

En el caso de “Anatomía Patológica” en Porcentaje de Necropsias, el valor ponderado obtenido siempre ha estado por debajo del valor estándar aceptable, tanto en el año 2011 con 30,2%, en el año 2010 con 34,8% como para el año 2009 con 31,7% de necropsias, lo cual llama la atención pues siendo un hospital docente y sobre todo de atención Madre Niño, los valores deben estar muy por encima de los valores estándar para un hospital general.

En Farmacia se ha logrado el valor óptimo en el porcentaje de recetas despachadas, siendo un indicador que se ha mantenido estable durante los tres últimos años.

En el rubro “Psicología” es necesario ajustar la programación de atendidos por mes para el primer indicador pues sobrepasa ligeramente los rangos sin embargo se ha considerado en el valor ponderado óptimo. En el caso de Porcentaje de terapia psicológica individual es necesario que el Departamento nos remita la Programación a fin de poder evaluar mejor este indicador.

En cuanto a “Trabajo Social” el valor ponderado obtenido es óptimo el mismo que se ha mantenido estable durante todo el año 2011, así como en el año 2010 y en el año 2009.

En lo referente a la “Tasa Bruta de Mortalidad”, se ha obtenido un valor ponderado óptimo en los años 2011, 2010 y en el año 2009.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS TABLAS PRESENTADAS SOBRE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS

AÑO 2011

Estos reportes han sido incorporados a partir del año 2009 en donde se presentan las actividades y procedimientos realizados en los diferentes servicios. Cabe señalar que se ha acordado iniciar el piloto de registro de actividades y procedimientos diferenciados por las Unidades Productoras de Servicios de Hospitalización y Consulta Externa, trabajo que se iniciará en el año 2012 con el Departamento de Cirugía Pediátrica. Sin embargo hasta el año 2011 las formas de registro vigentes, así como el aplicativo que se venía usando en clipper no permiten discriminar los procedimientos efectuados en consulta externa de los efectuados en hospitalización o emergencia.

A pesar de esta observación, los reportes de actividades nos permiten saber cuantas actividades, procedimientos, interconsultas se han realizado por cada especialidad por ejemplo podemos observar que Cardiología ha realizado o registrado en el año 2011 4.708 electrocardiogramas que representa el 48,02 % de sus actividades, versus 4.394 realizados en el año 2010 que representan el 55,26% de todas sus actividades y procedimientos; Así mismo en el año 2011 se realizaron 679 extra muro que representan el 6,93% de sus actividades y procedimientos mientras que en el año 2010 realizó 315 interconsultas extra muro que representa el 3,96% de sus actividades y procedimientos, en el año 2009 se realizaron 27 interconsultas extra muro, entre otras.

Dermatología ha realizado 25 biopsias de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa en el año 2011 mientras que en el año 2010 se realizaron 6, entre otras, que representan el 28,09% y el 9,68% respectivamente de todas las actividades y procedimientos realizados por este servicio. La diferencia para el año 2010 se atribuye a que el consultorio no funcionó prácticamente cuatro meses por pasantía del especialista en otra institución durante al año 2010.

Neonatología ha realizado en el año 2011 un total 10.203 actividades y/o procedimientos, mientras que en el año 2010 realizó 7.749 observándose un incremento de 31,67% en el año 2011. En Neonatología de Alto Riesgo el incremento para el año 2011 es mucho mayor, en relación al año 2010, 5,053 en el año 2011 versus 1.286 en al año 2010, observándose un incremento de 292,92%