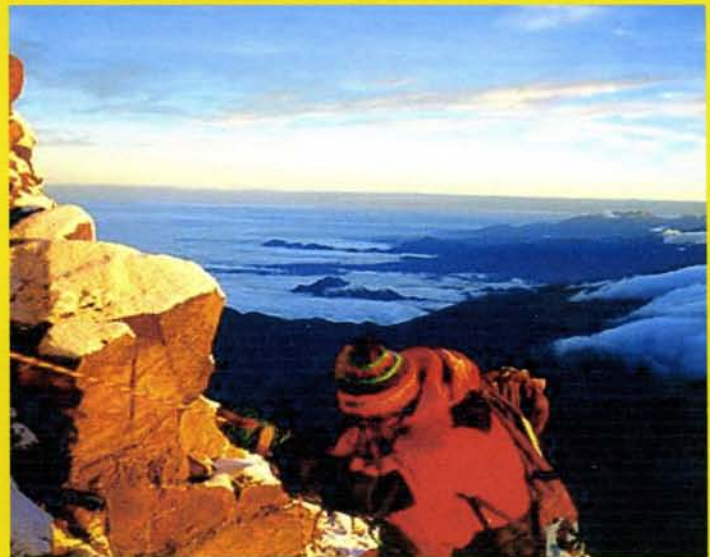
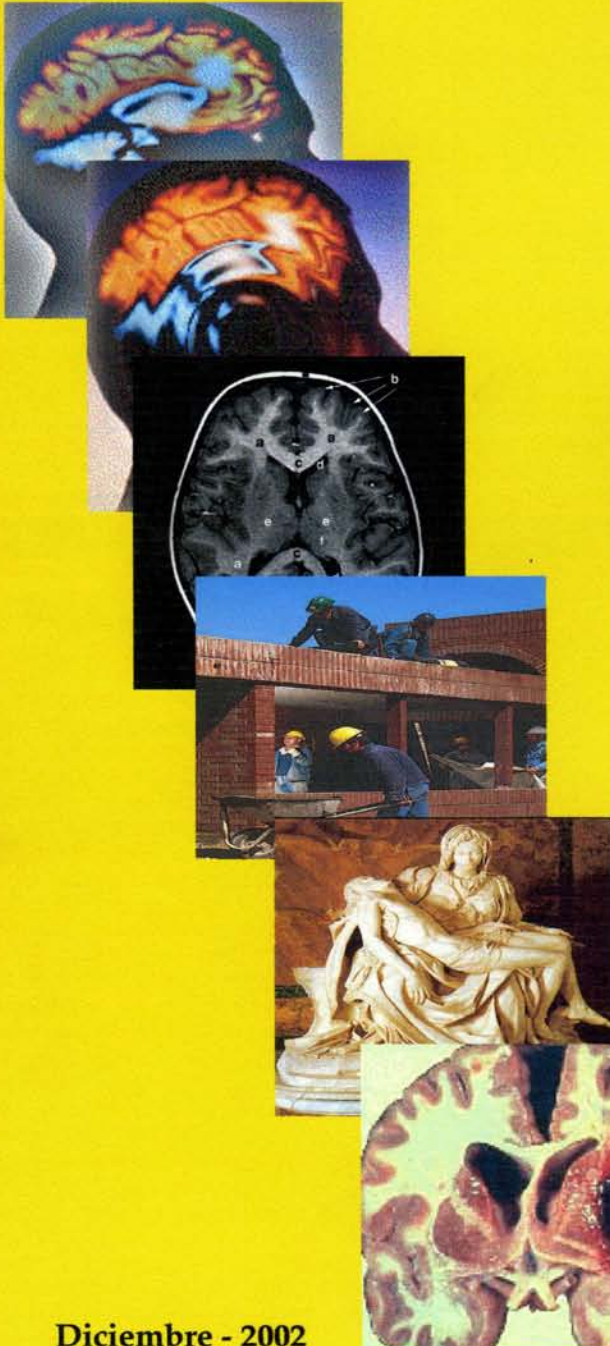




UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
DEPTO. DE NEUROLOGIA SUR

CECV

SSMS
HOSPITAL BARROS LUCOTRUDEAU
SERVICIO DE NEUROLOGIA



PROYECTO:
ASCENSO HACIA UNA GESTIÓN DE CALIDAD.
PARADIGMA DEL DESARROLLO DE UN PROGRAMA
DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ECV) AGUDA,
EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HBLT.

Prof. Dr. Jorge Nogales Gaete
Jefe del Servicio
Director del Departamento

Diciembre - 2002

Servicio de Salud Metropolitano Sur
Hospital Barros Luco Trudeau
Servicio de Neurología

Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Departamento de Neurología

Santiago, Diciembre del 2002

Proyecto: Caminando hacia una gestión de calidad: Paradigma del desarrollo de un programa de atención de pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) aguda, en el servicio de neurología del Hospital Barros Luco Trudeau. La estrategia de generar Neuroamigo, como una marca de una vocación comunitaria de desarrollo

Resumen

En este documento se presentan, resumen, actualizan y complementan, desde la mirada de la gestión clínica y calidad, diversos elementos de la monografía "Nogales-Gaete J. Propuesta para la atención de pacientes adultos, con Enfermedad Cerebro Vascular en etapa aguda, en el Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Salud Metropolitano Sur. Santiago de Chile: Autoedición; 1998 (1)", comentando el estado de avance, necesidades pendientes y puntos críticos para su desarrollo.

Introducción

Itinerario de nuestro proyecto

En 1996, al acceder por concurso a mi primer quinquenio de Jefatura del Servicio de Neurología del Hospital Barros Luco Trudeau, todo el staff realizamos una jornada de análisis estratégico, definiendo entre otros aspectos, las entidades clínicas de mayor relevancia en nuestra atención ambulatoria y hospitalizada. La ECV fue considerada nuestro mayor desafío en el ámbito de la atención hospitalizada y la Epilepsia en el ámbito ambulatorio, atendiendo a diversos criterios de impacto y priorización.

Orientados por esta priorización inicial y como primer paso, realizamos durante todo el 1997, un estudio diagnóstico de la realidad de atención de la ECV y sus resultados, en nuestro hospital. Este trabajo, que fue publicado parcialmente en la Rev. Méd. Chile (2) y

junto con la revisión del estado del arte en el manejo de la ECV, fueron los ejes para la elaboración del documento de 1998 mencionado (1), el que ha guiado nuestro accionar desde entonces, determinando la implementación de numerosas etapas preparatorias en la espera de un momento, que consideramos y denominamos como el **“nudo crítico de factibilidad psicológico y operacional”**. Este momento lo visualizamos como la conjunción de al menos tres elementos: a) traslado de la unidad de emergencia del hospital y cierre de la modalidad de atención con camas propias y b) modificación estructural de la planta física del Servicio de Neurología con una funcionalidad ad-hoc c) reconocimiento de la comunidad hospitalaria incluyendo niveles pares y directivos, de la necesidad de un rediseño organizacional y técnico global para el manejo de la ECV.

Esta visión de definir condiciones, prerequisites y etapas, de alguna manera es homologable a las denominadas “Vías del Proceso de Mejora Continua de la Calidad”. que incluyen: 1ª Crear un ENTORNO adecuado, 2ª Crear la ESTRUCTURA necesaria, 3ª Impartir FORMACION, y 4ª General RESULTADOS (3). Aunque nosotros lo vivimos en un distinto orden, partimos por la formación, en espera de un determinado nivel de desarrollo de la estructura como catalizador de condiciones más favorables para el manejo del entorno.

En la parte final, de la introducción, del documento de 1998 (1), planteamos: “Nuestro objetivo general es lograr un trabajo clínico integrado, ordenado y de calidad, inicialmente centrado en la ECV aguda isquémica. Nuestra justificación ética y de calidad de aspirar lograr la mejor atención, dentro de lo posible, encuentra una clara coincidencia institucional en objetivos comunes específicos como prevención y reducción de las complicaciones e IHH, mejoría en condiciones de egreso, futura reducción de los días camas, optimización de recursos y mejoría de la satisfacción del paciente y su familia. Debe enfatizarse sin embargo, que los potenciales beneficios obtenibles por la implementación de esta propuesta van más allá de mejorar resultados en aquel individuo y familia que sufre directamente la enfermedad o el evitar que ocurran nuevos casos en una determinada comunidad beneficiaria. Buscamos también, el beneficio de lograr un aliciente para vitalizar nuestra comunidad asistencial en torno al desarrollo de un programa dotado de ilusión, ideas, evidencias, oportunidades de capacitación y recursos que integre diversos niveles de salud, generando un polo de desarrollo que renueve o despierte el interés y compromiso por

asumir y solucionar integralmente problemas de salud, cotidianos como este.” (1). Esta reflexión, se mantiene hoy como argumento central y fundacional de nuestro proyecto central de gestión de mejoría de calidad. La ECV, tema de trabajo en específico, a pesar de su innegable importancia no ha sido lo fundamental, sino más bien una excusa para generar un espacio de reflexión, para evaluarnos, organizarnos y adquirir un método, estilo y actitud de trabajo y una mejor forma de relación entre nosotros, nuestros usuarios y nuestra institución.

Ahora, estamos en la etapa del “nudo crítico”, ha ocurrido el traslado de la unidad de emergencia a la placa técnica del hospital, se ha cerrado la modalidad de hospitalización en camas propias de la unidad de emergencia transfiriendo a los pacientes directamente a los servicios clínicos según la patología principal y como expresión muy significativa de la sensibilización del estamento directivo de comunidad hospitalaria, ha concluido el reciente rediseño estructural del sector de hospitalización del servicio de neurología, considerando la totalidad de nuestras especificaciones de nuestro proyecto. Esto nos ha permitido pasar de dispersos 550 mt² (oficinas en múltiples lugares) a unitarios 730 mt² (todo en un pabellón) con destacables modificaciones que incluyen: habilitación de una sala-unidad especial para la atención de la ECV con seis camas, dos salas de atención preferencial de pacientes para dos camas, dependencias de la residencia médica in situ, inclusión de una sala multiuso para: gimnasio kinésico, sala de seminarios y lugar de trabajo de terapia ocupacional, implementación de un baño especial para discapacitados con opción de ducha en silla de ruedas o camilla, sala de atención e información al familiar, salidas y rampas de escape para sillas y camas, zona de jardines interiores para encuentro entre familiares y pacientes, sala de espera, dependencias para el personal con: área de reposo, kitchenette y baño, salas de trabajo médico y una zona industrial con dependencias para almacenaje independiente de insumos, material de ropa limpia y sucia, lavado de chatas y manejo de basura (plano - anexo 1). Esto que ha generado un positivo ambiente global, que a dado sentido y credibilidad a una serie de etapas anteriores respaldadas casi solo en la fe y la esperanza, pero a su vez nos imprime el desafío de avanzar en otras tareas, de equipamiento y dotación de personal, las que sin el logro estructural mencionado, de seguro habrían sido consideradas solo como lúdicas estulticias, hasta por los más entusiastas.

Situación del Proyecto

La búsqueda de caminos y apoyo para implementar nuestro proyecto, nos ha llevado a un nuevo escenario rico de códigos de lenguaje y nodos conceptuales, el de la gestión clínica. En este ámbito hemos avanzado lentamente, reemplazando progresivamente nuestras experiencias, intuiciones y buenas intenciones por justificaciones técnicas más acotadas en términos de objetivos, indicadores, resultados esperados, impacto y costes. Es en esa idea que hemos estado revisado continuamente nuestra formulación inicial del proyecto para adecuarla, enriquecerla y mantenerla en un marco de coherencia con el desarrollo global nuestro directo y el institucional.

Según algunos autores (4) la gestión clínica se puede definir “como el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos. Por lo tanto, el objetivo último de la gestión clínica (y en forma implícita la misión de los centros de públicos de salud), es el de ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia). A la armonización de efectividad, eficacia y eficiencia se denomina calidad o gestión de la excelencia.” Esta visión, ha sido aceptada como operacionalmente válida a nivel de nuestras autoridades en un documento del ministerio de salud, (5). En nuestra opinión, otro elemento que debe incorporarse al concepto de buena gestión en el sector público, es la coherencia local con las priorizaciones y directrices institucionales.

Mirada del proyecto original y proyectos agregados, desde la perspectiva de la gestión clínica y la calidad (6).



FIGURA 1: Esquema conceptual básico para el desarrollo de la gestión clínica.

Énfasis en búsqueda de resultados en Eficacia:

Intervención:

I.- Implementación de un programa técnico, de atención a la enfermedad cerebrovascular aguda. En acuerdo a la medicina basada en la evidencia, guías de manejo clínico de referentes internacionales y consenso de especialistas locales.

Etapas o módulos de desarrollo

1.- Diagnóstico (logrado)

2.- Diseño del programa - propuesta y presentación de este en una monografía (logrado)

3.- Revisión y análisis crítico de la sección de protocolo de atención, de ese programa – propuesta.

Durante todo el 2002, una fuerza de tarea ad-hoc de 4 neurólogos (Drs: Tatiana Figueroa, Eugenio Tenham, Cristian Rodríguez y Macarena Gumucio), reviso y adecuó, punto por punto, el protocolo de atención incluido en el proyecto original, informando y consultando la opinión del resto del staff de neurología incluyendo a los médicos becados en etapa de especialización, en reuniones de servicio mensuales y la de otros especialistas (Internistas, infectólogos, cardiólogos, neurorradiólogos, cirujanos vasculares, intensivistas, fisiatras y neurocirujanos) en cuanto les era pertinente. El objetivo de esta metodología ha buscado mejorar el compromiso por el proyecto para su etapa de implementación mediante sensibilización, conocimiento y participación. (Etapa elaboración de documento de conclusiones).

4.- Reacondicionamiento del recurso planta física. Trabajo en conjunto de definición de especificaciones: Sra. Sandra Venegas Arquitecto Recursos Físicos del SSMS y equipo de Neurología Drs. Jorge Nogales, David Saez, y E.U. Sras Eliana Manríquez y Claudia Figueroa (logrado). Realización de modificaciones (logrado).

5.- Acceso a un sistema para la actualización técnica permanente en este tema y otros relacionados con la atención de pacientes y formación de postítulo de especialistas.

Durante el 2002 el Departamento de Neurología, de la Universidad de Chile, elaboró y gano un proyecto que permitirá el enlace, mediante fibra óptica, entre nuestro servicio y el servidor de la Facultad de Medicina, permitiendo el acceso a la biblioteca y su colección de un centenar de revistas bio-médicas on-line. (logrado).

Modulo: UNIDAD PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, EN ETAPA AGUDA

Recursos necesarios: Equipamiento, Físicos, Situación:

Implementación de una sala-unidad de 6 camas (con potencial crecimiento en otros)

Equipamiento propio de la unidad de ECV

	requerimiento	falta
Equipos de Monitoreo	monitores de: ECG (frecuencia y trazado) PA Saturación de Oxígeno Hemoglucoest (tenemos 1)	Tenemos 1 monitor Faltan 5 monitores
Dotación de camas	6 Camas eléctricas que logren posición de Trendelemburg, Marca Stryker Modelo 3000 (FL13E84) con colchón de alta densidad. Se probaron durante meses en el servicio diversas marcas y modelos.	Faltan 6
Mobiliario	unidades complementarias de mesa y silla	faltan
Sillas de ruedas	Sillas inicio de levantada del paciente y enseñanza familiar (disponibles)	
Bombas infusión	Bombas de infusión continua para soluciones e.v y enterales	Faltan
Equipos de aspiración	Equipo autónomo de aspiración de respaldo a sistema de aspiración central (1) (existe)	
Negatoscopio	1 negatoscopios de 4 cuerpos	Existe uno en regular estado, se puede reciclar
Escritorio y sillón	para médico, enfermera y secretaria (3)	Faltan tres sillones giratorios
Diván de reposo nocturno	para auxiliares (disponibles)	
Mesones de observación clínica	dos (uno en cada sala)	
Iluminación	Ajuste de iluminación (realizado) Una lámpara de pie y una linterna de seguridad	falta lámpara de pie

El gimnasio de pacientes requiere de elementos, como: espejos murales con cuadrículados de referencia para la concientización de movimiento y educación de esquema corporal, colchonetas, escalas ejercicios, paralelas, andadores, bastones, camillas de masaje y examen. (falta todo)

Resultados: disminuir la variabilidad de la práctica clínica, o de las diferentes formas de abordar un mismo problema, optando por aquellas con mejor relación costo eficiencia.

Énfasis en búsqueda de resultados en Efectividad:

Intervención:

II.- Desarrollo de un proyecto para mejorar el registro y análisis de datos.

La evaluación de los indicadores de resultados de la atención de salud permite valorar la efectividad y eficiencia de las prácticas médicas. La selección, registro y análisis de estos indicadores son una necesidad básica e indiscutida en este ámbito, por eso nos planteamos el desarrollo de un sistema de registro computacional con esta finalidad, con unidades de ingreso de datos directamente en el puesto de trabajo médico de cada sala de pacientes, en enfermería, sala de médicos y jefatura, para facilitar el proceso, normalizar los datos, disminuir la aversión al registro y codificación y reducir las justificaciones que generalmente boicotean toda iniciativa de registro de datos. Este sistema, cubriría inicialmente para el sector de hospitalizados y posteriormente, si los resultados lo avalan, se considera buscar recursos para su extensión a las unidades de atención ambulatoria en el CDT y en urgencia. La medición y registro incluiría además de resultados de evolución y condición de egreso, a indicadores de satisfacción del usuario, control de insumos y gasto.

Etapas o módulos de desarrollo

1.- Selección y familiarización con las escalas de evaluación que miden evolución de la ECV e incapacidad secundaria (en curso).

2.- Diseño y familiarización en su uso de una epicrisis elaborada a partir del Conjunto mínimo de datos básicos (CMBD) de la Comunidad Económica Europea (7) para poder disponer de datos comparables (logrado)

3.- Implementación de accesorios para archivo computacional de datos de pacientes. Adquisición de un equipo scanner, con adicional para el registro de transparencias (para registro de material imagenológico). (logrado a través de un proyecto de la Facultad de Medicina, U. de Chile)

4.- Diseño de sistema de conectividad computacional Intranet e Internet

Estudio de factibilidad y Definición del equipamiento

Ocho computadores, seis para puestos de trabajo, un para servidor y uno de respaldo.

Sistema de archivo de datos y respaldo: Grabador de CD y Disquetera Zip para 750 Mb

Tres cámaras web: dos para monitorización de pacientes en la sala de ECV y una para un modulo de consultoria on-line de segundas opiniones, entre el residente y otros miembros del staff.

Etapas por lograr

Lograr el equipamiento

Definición de los datos e indicadores a: clínicos médicos, de enfermería y kinesicos, b: de insumos y costos.

Elaboración o adaptación del software que permita el registro, análisis y presentación de los datos mencionados.

Resultados

Mejorar el registro clínico y su relación con insumos y costes

Énfasis en búsqueda de resultados en Eficiencia y satisfacción usuaria:

Proyecto Neuro-Amigo.

Intentamos ampliar el concepto de eficiencia, gestionando “otros inconvenientes y costos”, además de los económicos. Buscamos incorporar el sentido de bienestar del usuario externo e interno mediante la intervención del entorno, la actitud del equipo sanitario y la información al usuario y sus familiares. La idea es intentar dar satisfacción a aspectos relativos a la calidad percibida como: seguridad, fiabilidad, accesibilidad y capacidad de respuesta o empatía.

En los últimos años hemos observado a un creciente esfuerzo, sobre todo en patologías crónicas, para desarrollar medidas de resultado de calidad de vida relacionada con la salud o la vivencia de los procesos para atenderla. En esa línea en los últimos años han cobrado importancia otros resultados de egreso como la satisfacción de los pacientes ante la atención recibida. (8).

Esta parte del proyecto busca enfatizar nuestra preocupación por el usuario, no solo en cuanto enfermo, sino individuo. Compartimos que la gestión en las organizaciones se hace por algo, pero sobre todo, para alguien. (9). Esto implica reconocer que el conjunto de las actividades que intentamos implementar deberá dar respuesta no solo a indicadores de egreso hospitalario y costo, sino también en un proporcionado grado deberá satisfacer necesidades y expectativas de nuestro usuario. Para el desarrollo e implementación de estos proyectos hemos iniciado un trabajo de con la Corporación de Estudios de la Calidad de Vida, conformando un equipo liderado por su Directora Ejecutiva Sra. Marina Zolotoochin, que incluye expertos en arquitectura, informática, sonido, plástica, diseño y musicoterapia.

Intervención de la actitud del equipo sanitario y la información al usuario y sus familiares

Etapas o módulos de desarrollo

1.- Diagnostico, se requiere identificar y actualizar permanentemente los puntos sensibles para el usuario. Con esta finalidad hemos iniciado un trabajo con la

Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con un equipo liderado por el Prof. Dr. Oscar Arteaga. El trabajo incluye medición y análisis de resultados (nivel solo exploratorio).

2.- Sensibilización y capacitación del equipo en acogida al paciente y su familiar. Se requiere un esfuerzo formativo al respecto, debemos llegar a considerar a la acogida como un elemento más de la atención en salud tan fundamental como la administración de fármacos y control de signos. (Estamos en una etapa muy primaria, de información y sensibilización, nos falta desarrollar contenido y método). Como una forma de sensibilizar al equipo hemos diseñado un logo para que refuerce la actitud de este aspecto

3.- Acogida y conocimiento del entorno, derechos, regulaciones, facilidades y personas. Considera entregar aquella información que se precise para hacer más satisfactoria la estancia. Incluye informar a los pacientes de la carta de Derechos y Deberes del Hospital, horario de visitas, listado de insumos personales.

Elaboración de un tríptico para familiares: elaborado y probado

Programa de enseñanza de asistencia al enfermo para familiares: diseñada y probada

Identificación de los funcionarios, mediante la elaboración de un panel de fotos en la sala de espera, que relacione, personas roles y espacios de trabajo. (falta)

4.- Programa de información para familiares de pacientes: Una información adecuada a los pacientes y familiares aumenta el grado de satisfacción de la población usuaria. Mejorar los aspectos estructurales donde parte de esta información se desarrolla y organizar una agenda de entrevistas, trata de promover que el proceso de la información se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles para obtener los mejores resultados. Tener un lugar definido para informar persigue garantizar la confidencialidad de la información y que ésta se desarrolle en un lugar que propicie la relación

médico-paciente, o médico-familiares. Tener una agenda con horario definido para la información evita la espera a los familiares, muchas veces a lo largo de toda una mañana, en horario laboral, para ser informado. Esta planificación y organización de una agenda proporcionara el beneficio añadido para los profesionales de reducir las interrupciones del trabajo habitual para informar a demanda. (Existe la oficina debe implementarse la agenda)

5.- Programa de comunicación entre pacientes y familiares. Cuando un paciente ingresa en un hospital se produce un cambio importante y rápido en el control de su entorno. Al deterioro físico e incluso psíquico, se agregan preocupaciones de él mismo y su familia por problemas surgidos de situaciones laborales, sociales, económicas y familiares. El aislamiento y desconexión familiar asociados a la hospitalización agregan carga emocional a la situación. Muchos familiares directos no pueden concurrir en horario de visitas por restricciones laborales o encontrarse fuera de la ciudad. Para Implementación de un teléfono celular, para comunicación entre los pacientes y sus familiares (especialmente aquellos que no se encuentran en la ciudad), que opere con tarjeta de prepago para recibir llamadas y poder realizar llamadas con cobro revertido. El programa podría considerar horario de llamadas y ser atendido por algún voluntariado

6.- Manejo del Entorno que contacta por vías visuales y auditivas.

Para quien haya tenido la experiencia de una hospitalización en un hospital público, en situación de postración o de una importante restricción en la autovalencia, seguramente le será familiar imágenes de tedio por exposición a largas horas a un paisaje restringido o dominado por techos blancos, muros desprovistos y ruido industrial alternante con frío silencio. Las acciones médicas, entrevista, examen, procedimientos, controles de signos, administración de fármacos, terapias de asistencia directa, representan solo una mínima fracción de una gran extensión de tiempo expuesto a la nada.

Pensamos que la incorporación de elementos del arte: plástica y música, podrían mejorar el entorno, otorgando claves de orientación, hitos de observación, elementos de distracción, motivos de conversación y señales de positivismo del entorno, que influyan positivamente a pacientes, familiares y funcionarios.

A) Manejo visual del entorno

Búsqueda, selección, recopilación y análisis de documentos con antecedentes pertinentes a la intervención. (logrado)

Pintura de muros con colores diferentes al blanco. (logrado)

Incorporación de arte pictórico no figurativo en los techos. Creación de biombos para exposición de reproducciones de pinturas. Incorporación de cuadros con reproducciones de arte (selección de material realizada en espera de fondos)

Habilitación en el jardín de áreas de encuentro-visita, con vías de acceso para en silla de ruedas (en espera de limpieza de patio de materiales de construcción para su implementación)

B) Manejo musical del entorno

Búsqueda, selección, recopilación y análisis de documentos con antecedentes pertinentes a la intervención. (logrado)

Diseño, adquisición y montaje de un sistema de reproducción musical para las salas de pacientes y oficinas de trabajo. (falta)

Elaboración de selecciones de unidades musicales agrupadas en conjuntos temáticos, de autores, y de movimientos, para motivaciones o promoción de alerta y relajación (logrado)

Referencias

- 1.- Nogales-Gaete J. Propuesta para la atención de pacientes adultos, con Enfermedad Cerebro Vascular en etapa aguda, en el Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Salud Metropolitano Sur. Santiago de Chile: Autoedición; 1998.
- 2.- J. Nogales-Gaete, L. Núñez, C. Arriagada, D. Sáez, T. Figueroa, et col. Caracterización clínica de 450 pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados a un hospital público durante 1997. Rev Med Chile 128: 1227-36, 2000.
- 3.- P. Lloria, A. Zarzo, J Ramos. Introducción a la implantación de la EFQM en el H.U. La Fe. Rev. Calidad Asistencial, 15: 135 – 141, 2000.
- 4.- A. Arcelay, S. Lorenzo, M. Bacigalupe, J. Mira et col. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. Rev. Calidad Asistencial, 15: 184-192, 2000.
- 5.- Minsal. Hacia un nuevo Modelo de Gestión en Salud, Documento Minsal - Julio 2002.
- 6.- M. Acera, G Encabo, A Durán Una forma de entender y desarrollar la Gestión Clínica: «hacer correctamente las cosas correctas en una relación transparente e informada entre profesional y usuario», o,«cómo potenciar el desarrollo de la Atención Primaria» Medicina de Familia (And); 2: 186-192, 2000.
- 7.- A. Rivero-Cuadrado. El conjunto mínimo básico de datos en el SNS: inicios y desarrollo actual. Revista Fuentes Estadísticas, 45; 18-19, 2000)
- 8.- Evaluación de calidad a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) al alta hospitalaria. S. Peir. <http://svneurologia.org/congreso/asistencia-2.html>
- 9.- Calidad Percibida. Una revolución silenciosa J. Joaquín Mira. Rev. Calidad Asistencial 2001;16:162-163

Jorge Nogales-Gaete
Jefe de Servicio
Director del Departamento

Caracterización del Servicio de Neurología y el Hospital Barros Luco Trudeau en términos de producto hospitalario y beneficiarios.

Hospital tipo 1. Construido en 1947.
Población asignada: mayores de 15 años: 768.718
Población beneficiaria: 500.000
Nº de camas: 950
Nº de funcionarios: 2.000

Cifras anuales de producto hospitalario 1996 - 97

Nº de consultas ambulatorias de especialidades: 248.940
Nº consultas del servicio de Urgencia (Posta): 102.069 (Maternidad) 12.979
Nº de egresos: 28.920
Nº de intervenciones quirúrgicas mayores 16.590, menores 24.553
Nº de días cama total del hospital: 205.251
Nº total de fallecidos: 1096
Promedio de días cama: 7,1

Listado de servicios clínicos

Medicina, Cirugía, Maternidad, Neonatología, Ginecología, Urología, Otorrino, Oftalmología, UCI, Neurología, Neurocirugía, Imagenología, Laboratorio clínico, Rehabilitación, Traumatología, Dental, Anestesia, Dermatología, Oncología, Psiquiatría, Banco de Sangre.

Servicio de Neurología

Producto:
600 egresos
12.000 consultas ambulatorias
6.000 interconsultas de urgencia (cobertura 24 hrs)

Recursos:
24 camas
12 médicos, seis con cargo de 28 hrs AP.
220 hrs médicas semanales diurnas
168 hrs médicas semanales AP
388 hrs médicas totales semanales
12 becados de la especialidad
10 becados de otras especialidades

Áreas de referencia

Nº de policlínicos de atención primaria asociados: 36
- Comunas de: San Miguel, San Joaquín, La Cisterna, El Bosque, San Bernardo, Buín y Calera de Tango

DOCENCIA A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA SUR
Universidad de Chile, Facultad de Medicina -

I.- PROGRAMAS DE POSTITULO

1.- PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA.

**NEUROLOGÍA CLÍNICA,
NEUROINFECTOLOGÍA,
NEUROFISIOLOGIA CLINICA
NEUROLOGIA DE URGENCIA
OTONEUROLOGIA**

**2.- MODULO DE NEUROLOGIA PARA PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN
DE OTRAS ESPECIALIDADES**

**FISIATRÍA,
MEDICINA FAMILIAR,
MEDICINA INTERNA,
OTORRINOLARINGOLOGÍA
PSIQUIATRÍA
MEDICINA DE URGENCIA**

II.- DOCENCIA DE PREGRADO

Cursos de:
**NEUROLOGIA
INTERNADO DE NEUROLOGIA
SEMIOLOGIA NEUROLOGICA**

III.- DOCENCIA DE EXTENSION

Cursos para médicos de la Atención Primaria en
**ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
EPILEPSIA
CEFALEA**
Participación en Cursos de la Sociedad de Neurología
Clases para para agrupaciones de pacientes: Miastenia Gravis.