



LECCIONES DE UNA PANDEMIA

EL COVID-19 Y LA GESTIÓN DEL
HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Prólogo

En marzo de 2020, con la confirmación del primer caso de COVID-19 en Chile y decretada la emergencia sanitaria nacional, nuestro Hospital Militar de Santiago no estuvo ajeno a la incertidumbre que se propagó por cada centro asistencial, al no contar con mayores antecedentes científicos más que los que se transmitían por la experiencia desde Europa principalmente. La crisis global que generó la pandemia y que aún seguimos enfrentando este 2022, demandó el esfuerzo de todos los estamentos del Estado. El Ejército de Chile puso a disposición de los chilenos todas sus capacidades humanas y materiales.

En efecto, el 11 de marzo de 2020, la OMS consideraba el COVID-19 como una pandemia, con el impacto y alcances que ello implica. Mirándolo así, el Estado de Chile iniciaba un arduo y agotador camino, a través de la dirección del Ministerio de Salud y en nuestro ámbito, el Ejército de Chile, con su principal instalación de salud: Hospital Militar de Santiago. A nivel global, la pandemia dejó en evidencia muchos efectos negativos, pero también generó oportunidades, una valiosa experiencia en la crisis y nuevos conocimientos y formas de actuar y mejorar. Muchos países acusaron falta de capacidad, falta de recursos y falta de determinación; mas, en nuestro caso, la inicial falta de conocimientos, por una enfermedad nueva y agresiva, la falta de recursos, que fue suplida por una gestión del Estado, reconocida a nivel global y de forma transversal y, fundamentalmente, el alto nivel de compromiso y determinación, se tradujo en una gestión y resultados, que puede, con justicia, enorgullecer a todos los integrantes de nuestro hospital.

El Hospital Militar de Santiago, comenzó su preparación centrado en la previsión logística, acción fundamental que le permitiría asegurar sus bastimentos en medicamentos y los esenciales elementos de protección personal.

Desde el inicio de la alerta decretada, se adaptaron los procesos y protocolos de atención para hacer frente a la pandemia, generando estrategias de adaptación de infraestructura y manejo de recursos, para habilitar espacios de unidades de pacientes críticos, donde el tiempo y los recursos hospitalarios apremiaban. Lo fundamental fue expandir las áreas de hospitalización y unidades de cuidados intensivos con su respectivo equipamiento y por supuesto reasignación de personal en la “primera línea”, capacitación, turnos de refuerzo, entre otros.

En respuesta a la alta demanda de pacientes COVID en el Servicio de Urgencias, y para un mayor acceso a la atención de nuestros pacientes, se implementó una sala de atención de urgencia respiratoria, paralela a la de atención de urgencia habitual, con 12 boxes, 1 reanimador y 2 camas críticas.

También se debió ampliar la disponibilidad del Hospital Militar de 9 a 57 camas críticas con ventilación mecánica, más que sextuplicando su capacidad. Se crea un área con 60 camas, exclusiva para hospitalizaciones

COVID; se potencia el Laboratorio con biología molecular, implementando el estudio SARS-CoV-2 en muestras de PCR, el conjunto de esas medidas, además de contribuir a una atención correcta y de calidad hacia nuestros pacientes, generó importantes conocimientos y una valiosa experiencia, que permitió aportar a la investigación científica en el sistema de salud nacional.

Fue un largo caminar, en que el personal de la salud se convirtió, a ojos de la ciudadanía, en héroes y fue tal el grado de compromiso, que muchos de ellos tuvieron que dejar de lado familia y descanso para seguir salvando vidas. El HMS se integró a la red de salud ministerial y recibió pacientes de otras regiones y de hospitales de la Región Metropolitana, cuya capacidad fue sobrepasada. De las hospitalizaciones en el HMS, el 63% correspondió a pacientes con previsión extrasistema (Fonasa, Isapres y particulares), mientras que el 37% al Sistema de Salud Institucional (SISAE), demostrando el apoyo que realizó la Institución ante los requerimientos de los Ministerios de Defensa y Salud, como también el compromiso de recuperar de otras instalaciones de salud a nuestros camaradas que estaban afectados gravemente por COVID-19 con la finalidad de sanarlos.

No obstante, es válido recalcar que nunca se presentó el dilema de la “última cama” y que todo paciente del SISAE, como también del extrasistema que requirió una cama crítica, siempre la tuvo.

A fines del primer año de pandemia, el 25 de diciembre del 2020, se inicia el programa de vacunación del Ministerio de Salud contra el COVID-19, y el HMS recibió 300 dosis que le permitieron inocular a personal de la salud que trabajaba en las Unidades Críticas y de Urgencia, y con esto alimentar la esperanza que esta guerra se comenzaba a ganar.

Para cumplir con el volumen de inoculaciones diarias requeridas y la demanda que se preveía a futuro, se trasladó y modificó la infraestructura del vacunatorio; con esto, la capacidad de vacunación aumentó de 50 a 500 dosis diarias.

El propósito de esta publicación, habiendo transcurrido ya más de dos años, desde el inicio de la pandemia, es compartir con la sociedad nacional las vivencias de mujeres y hombres, civiles y militares que colaboran en este establecimiento de salud del Ejército de Chile, el esfuerzo denodado, el espíritu de cuerpo y sacrificio demostrado, el conocimiento generado y las experiencias adquiridas y, particularmente, las formas en que cada uno de ellos hicieron frente a esta crisis sanitaria, dando lo mejor de sí mismos para apoyar a la comunidad y salvar vidas.

Este año el HMS cumple 90 años y desde sus inicios ha mantenido constante crecimiento, impulsando el desarrollo de la medicina en nuestro país, conocimientos y experiencia al servicio de nuestros pacientes. Todo esto se puso a prueba con la pandemia. La tecnología fue de gran ayuda, sin duda, pero nada reemplaza al entrenamiento y conocimiento de quienes trabajan en este hospital. Lo anterior, no sólo aplica a los profesionales y técnicos de la salud, sino también a todos aquellos que desde un trabajo administrativo hicieron que el hospital cumpliera con creces su cometido.

Este combate sanitario no ha terminado, es muy probable que vengan otros, pero podemos estar tranquilos, porque demostramos estar preparados y el trabajo en equipo, nuevamente asegurará el éxito de nuestra misión.



ALEJANDRO CIUFFARDI KLUCK

General de Brigada
Director General

Contenido

DIRECCIÓN MÉDICA	7
MEDICINA	23
UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	47
NEFROLOGÍA	53
TERAPIA OCUPACIONAL	63
KINESIOLOGÍA	69
PEDIATRÍA	75
BANCO DE SANGRE	83
FONOAUDIOLOGÍA	89
OTORRINO	93
ANATOMÍA PATOLÓGICA	97
LABORATORIO	101
RECURSOS HUMANOS	109
LOGÍSTICA	113
BIOESTADÍSTICA	123
PREVENCIÓN DE RIESGO	141

Comité Editorial:

Departamento de Docencia HMS

Dr. Francisco Cano Schuffeneger

Dr. Jaime González Fuentealba

E.U. Claudinett Tapia Zambrano

Secretaria Docencia: Janet Marileo Pinchulef

Diseño y Diagramación:

Imprenta de la Armada



DIRECCIÓN MÉDICA



PLAN DE ADAPTACION

I. INTRODUCCIÓN

En marzo del 2020, los sistemas de salud a nivel mundial, debieron adaptar sus procesos y protocolos de atención para hacer frente a la Pandemia. De igual forma, el Hospital Militar tuvo que realizar estrategias de adaptación de infraestructura y manejo de recursos para habilitar espacios de unidades de cuidados intensivos frente a una emergencia de sanitaria, donde el tiempo y los recursos hospitalarios apremiaron. Lo fundamental fue expandir las áreas de hospitalización y unidades de cuidados intensivos con su respectivo equipamiento, comprar suficientes elementos de protección personal (EPP) para el personal, y reasignación de personal de la primera línea, con énfasis en capacitación y turnos de refuerzo.

II. DESARROLLO:

El HMS desde el inicio de la pandemia, puso todas sus capacidades en apoyo a mitigar los efectos del virus COVID-19, conforme a las orientaciones del Ministerio de Salud.

Reconversión de Áreas Estratégicas: se reconvirtieron áreas estratégicas de la IS de acuerdo a las necesidades:

- a. **Unidad Paciente Crítico:** 117 camas exclusivas para pacientes COVID, 60 para hospitalizaciones

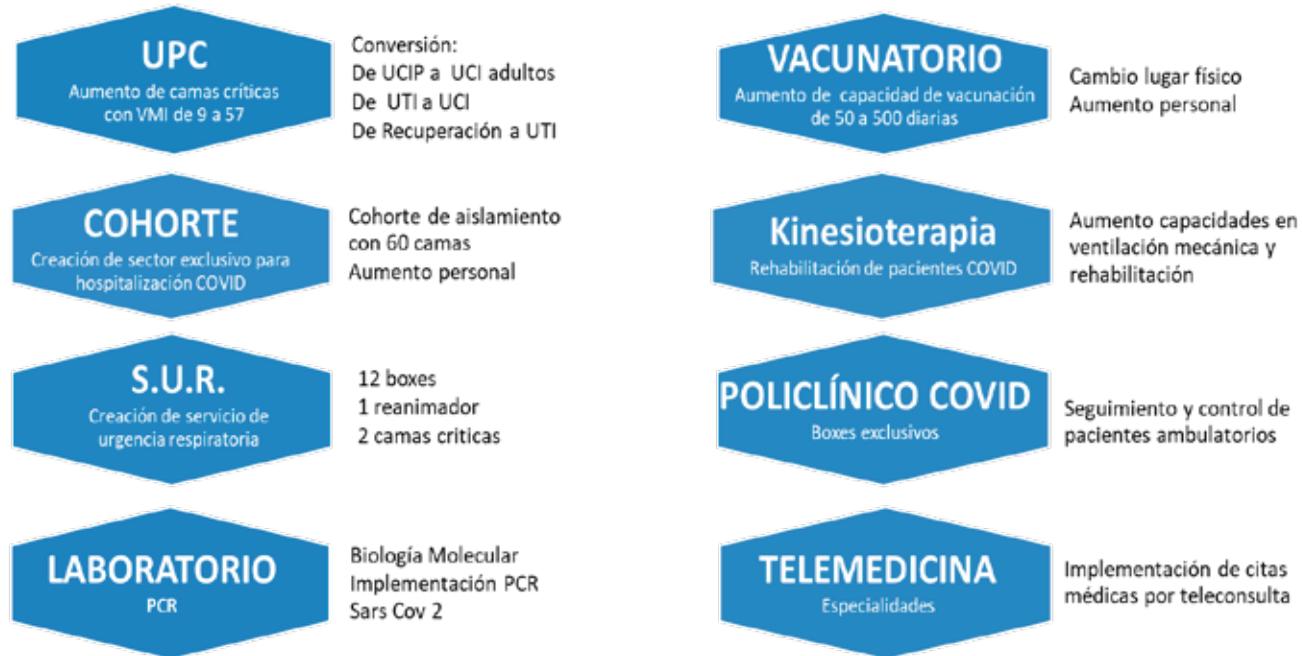
de menor riesgo y 57 para pacientes críticos con necesidad de ventilación mecánica. Crecimiento de 9 a 57 camas críticas en la UPC, lo que equivale a sextuplicar la capacidad instalada. Cada cama conlleva a una mayor exigencia de recursos para su funcionamiento, humanos y tecnológicos, tales como, personal capacitado y equipos médicos de alta complejidad.

- b. **Urgencias:** Servicio de Urgencia y nueva Unidad de Urgencia Respiratoria, recibiendo a 14.483 pacientes COVID, de los que se destaca 2.099 atenciones de pacientes hospitalizados y 12.384 tratados de forma ambulatoria.
- c. **Hospitalizaciones:** el 63% corresponde a pacientes con previsión extrasistema (Fonasa, Isapres y particulares), mientras que el 37% al Sistema de Salud Institucional (SISAE).
- d. **Vacunatorio:** capacidad de atención se aumentó de 50 a 500 dosis diarias, alcanzando el 2021 a 26.004 dosis administradas para el programa de vacunación contra COVID y más de 9.000 dosis para el plan contra la Influenza.
- e. **Personal de Refuerzo:** Médicos y Enfermeros Militares de Combate, de otras zonas geográficas del país, debieron reforzar puestos y turnos en el HMS, para lograr las atenciones descritas anteriormente.





Evolución de las capacidades del HMS:



En respuesta a la alta demanda de pacientes COVID en el Servicio de Urgencias, y para un mayor acceso a la atención de los pacientes, se implementó una **sala de atención de Urgencia Respiratoria**, paralela a la de atención de urgencia habitual, con 12 boxes, 1 reanimador y 2 camas críticas, al 12 de julio 2021, se contabilizaban 14.483 atenciones de

pacientes con sospecha COVID (9.855 de SISAE y 4.628 Extrasistema), de los cuales 1.607 requirieron de hospitalización.

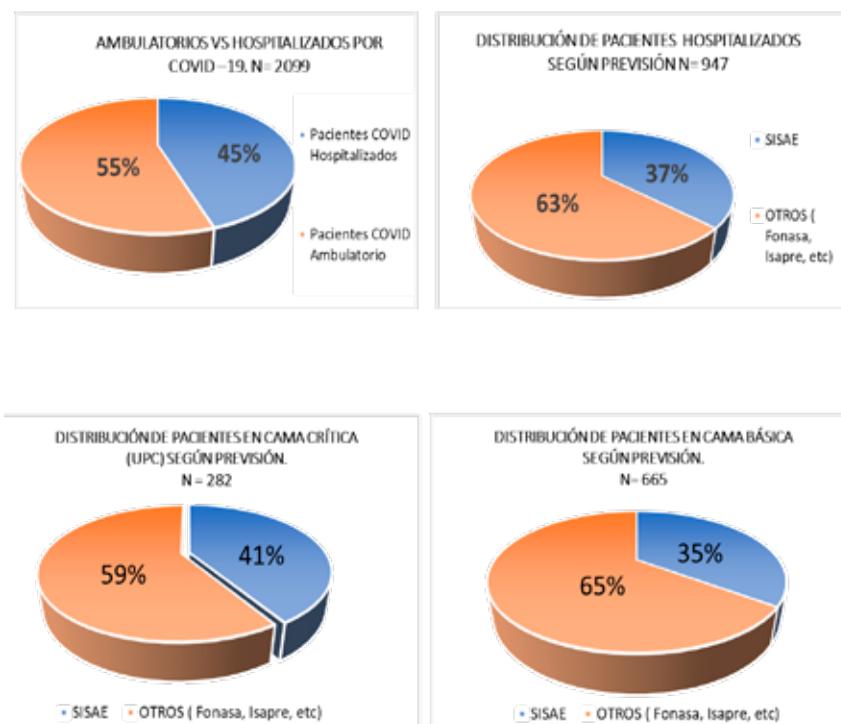
Se rediseñaron todos los flujos de atención; Se realiza la conversión de la **UPC**, aumentando paulatinamente las camas críticas con ventilación

mecánica, de 9 a 57, y se creó el área “**Cohorte**”, con 60 camas, exclusivo para hospitalizaciones COVID; El **Laboratorio** fue reforzado con técnicas de Biología Molecular, implementando el estudio Sars-CoV-2, en muestras de PCR, llegando a la cantidad de 10.228 toma de PCR en julio 2021, con 4.065 casos confirmados.

Pacientes COVID:

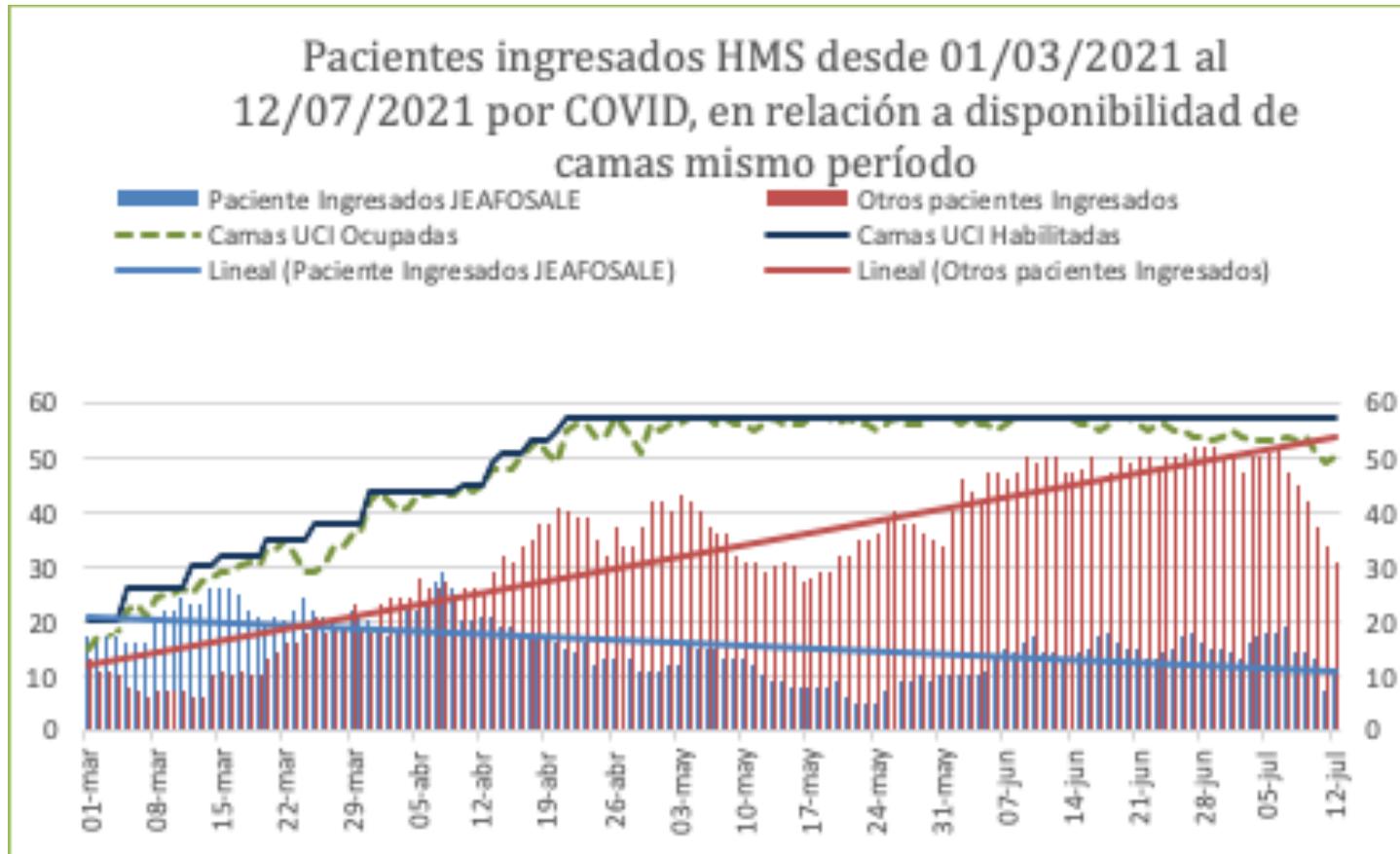
El número de pacientes con diagnóstico COVID atendidos en el HMS, a julio 2021, ascendió a 2.099, de los cuales el 55% fue tratado de manera ambulatoria, mientras que el 45% necesitó hospitalización. De los 947 pacientes hospitalizados, 282 pacientes requirieron el uso de camas críticas en UPC, con mayor ocupación de pacientes extrasistema (Fonasa, Isapre y particulares).

Los pacientes tratados en cama básica, ascendieron a 665, igualmente fue mayor número de pacientes del extrasistema, 65%.





Resumen de Ocupación de camas 2021:



Condiciones para sostener una cama crítica:

La coordinación estrecha y permanente entre los servicios clínicos y servicios de apoyo (Imagenología, Laboratorio clínico, Fibronoscopia, Diálisis y Ecocardiografía), permitió soluciones para la rápida toma de decisiones médicas,

con una disminución considerable en los tiempos de respuesta, en beneficio de los pacientes, permitiendo realizar intervenciones médicas cada vez menos invasivas, con mejores resultados y una rápida recuperación.

Para ello fue necesario contar con diversos recursos, tales como:

1. Recursos Humanos:

PERSONAL	*CANT
MÉDICO	6
ENFERMERO	8
TENS	12
AUXILIAR SERVICIO	4

*Lo anterior corresponde a lo necesario para la conformación de 1 a 6 camas de paciente crítico en 4to turno, considerando además el apoyo de otros profesionales (kinesiólogo, nutricionista y farmacólogo clínico)

2. Recursos Físicos:

EQUIPOS	CANT
CAMA CRÍTICA CON COLCHÓN ANTIESCARA	1
CALEFACTOR	1
BOMBAS INFUSIÓN (BIC)	9
RACK	2
PORTA SUEROS	1
VENTILADOR MECÁNICO INVASIVO	1
CENTRAL DE MONITOREO CON MONITOR MULTIPARÁMETRO	1
COMPRESIÓN NEUMÁTICA	1
VACUÓMETRO	2
DEFIBRILADOR CON MARCAPASO EXTERNO	1
CAFÓMETRO	1
FONOENDOSCOPIO	1
CARRO DE RCP	1
RESUCITADOR MANUAL	1
BALÓN OXÍGENO PORTÁTIL	1
ECÓGRAFO	1

18 de marzo 2020
Gobierno declara estado de Excepción Constitucional de catástrofe por calamidad Pública en todo el país.

21 de marzo 2020
Ministerio de Salud informa el primer fallecimiento asociado a COVID-19 en Chile.

22 de marzo 2020
Gobierno anuncia toque de queda para todo el territorio nacional.

25 de marzo 2020
Gobierno decreta las primeras cuarentenas totales en siete comunas de la Región Metropolitana

30 de marzo 2020
Fuerza Aérea de Chile realizó primera evacuación aeromédica de pacientes sospechosos de COVID-19 desde Rapa Nui a Santiago.

30 de marzo 2020
Por Resolución Exenta N°215 se dispone la postergación de todas las cirugías electivas cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud del paciente.

02 abril 2020
MINSAL informa la adquisición de 793 nuevos ventiladores mecánicos para la Red de Salud. El país alcanza 3.300 camas con ventilación



3. Observaciones

La implementación de una cama para paciente crítico, implica el aumento en los medicamentos utilizados y además, aumento de capacidades en infraestructura de la Unidad de Pacientes Críticos (UPC).

Equipamiento

Por la alta demanda de hospitalización de paciente crítico y el déficit de equipos de Ventilación Mecánica (VM) para poder aumentar la capacidad de camas críticas, se utilizaron equipos de VM destinados a transporte como equipamiento estacionario, también equipos destinados a la atención pediátrica fueron reconvertidos para pacientes adultos.

Ante esa situación se tomaron las siguientes medidas:

- a) Se reconvirtieron Máquinas de Anestesia a la modalidad de ventilación mecánica invasiva.
- b) Los equipos de Oxígeno Terapia de alto flujo, destinados a pediatría fueron reconvertidos a pacientes adultos.
- c) Se solicitó al Hospital Modular de Campaña, y a los distintos PAMES institucionales, equipos de VM y Máquinas de Anestesia.
- d) Se solicitó al Ministerio de Salud, la entrega de equipos de VMI, y equipos de Oxígeno Terapia de alto flujo.
- e) Se agilizaron los procesos de recuperación, de VM que se encontraban en servicio técnico por repuestos o mantenimiento, solicitando además préstamos por backup.

Vacunatorio:



En el mismo orden de ideas, el 25 de diciembre del 2020, se inició el programa de vacunación Ministerial, para cumplir con el volumen de inoculaciones diarias se adaptó la infraestructura del vacunatorio, cambiando la planta física y aumentando el personal, con esta modificación la capacidad de vacunación aumentó de 50 a 500 dosis diarias, con 26.004 dosis administradas a la fecha. Adicionalmente se dio cumplimiento a la campaña nacional 2021 de vacunación de Influenza, con 8.811 inoculaciones.

Cambio de
planta física



Gestión de personal, asociados a la pandemia:

Otro punto fundamental en el manejo de la emergencia, fue la necesidad de personal de salud, tanto médicos, enfermeras, kinesiólogos, además TENS y auxiliares. En el área de Enfermería, se realizó en primera instancia la redistribución del personal de menor complejidad a mayor complejidad, para cumplir con el objetivo de complejización de camas, En el año 2020, durante 5 meses, se recibió el apoyo sanitario de 40 alumnos de la Escuela de los Servicios, así mismo, durante abril y mayo del 2021, el Ejército de Chile, despliega de las macrozonas de salud norte y sur, a 40 Enfermeros Militares Combate EMC, posteriormente, a fines de mayo se recibió el apoyo de 56 Cabos Dragoneantes de la Escuela de los Servicios CBDs, a todo este personal se les realizó capacitación para integrar al quehacer de la Unidad de Pacientes Críticos y otras áreas de menor complejidad.

Como hubo una disminución de la oferta de personal clínico en las áreas de Urgencias, Hospitalizados y Unidad de Paciente Crítico debido a la alta demanda de atención en todas estas áreas, se tomaron las siguientes medidas:





- a) Contratación vía honorarios en la modalidad de refuerzo de personal clínico.
- b) Se redistribuyó personal de otras áreas que fueron cerradas o disminuyeron su atención como CDT, Pabellón.
- c) Se solicitó apoyo a los centros universitarios los cuales aportaron personal de pregrado (alumnos e internos) y de post grado (médicos becados) para apoyar en estas áreas.
- d) Personal no clínico en apoyo de algunas áreas clínicas como (OFC de línea en apoyo para la organización de la población en periodo de influenza)
- e) Se suspendieron permisos, vacaciones y cursos de capacitación.

Se realizaron contrataciones para reforzar turnos, dado la alta rotación de personal clínico, producido por la necesidad a nivel país de personal especializado en áreas críticas:

Movimiento de Personal	Categoría Contractual					
	Código del Trabajo		Honorarios		Totales 2020	Totales 2021
	2020	2021	2020	2021		
Ingresos cargos COVID-19	17	21	48	30	65	51
Bajas cargos COVID-19	27	20	No Apli-ca	No Apli-ca	27	20

Refuerzo Psicológico a RRHH:

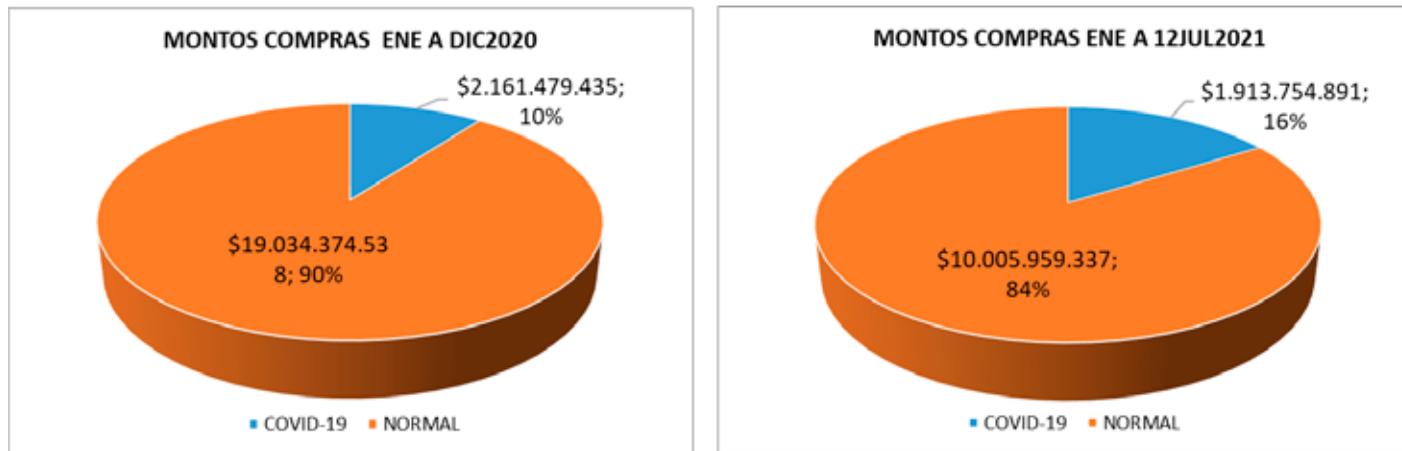
Según estudios realizados en diferentes instituciones, a nivel internacional, se había evidenciado que un porcentaje significativo de profesionales reportaban síntomas de ansiedad, depresión y síntomas de estrés agudo. Los factores de riesgo asociados a mayor malestar psicológico tenían relación con las largas jornadas y el miedo de infección para el trabajador y sus familias.

En ese sentido, se implementó un programa para el manejo del impacto psicológico y control del stress, para el personal de la primera línea que consideró lo siguiente:

- a) Se confeccionaron cápsulas de auto ayuda gracias al apoyo de Comunicaciones Corporativas y el Departamento de Salud Mental.
- b) Se dispuso de coaching, y atención expedita para todo el personal de salud que requiriera de atención médica en las áreas de Psicología y Psiquiatría del HMS.
- c) Se realizaron distintas actividades motivacionales con el apoyo de algunas empresas privadas, donde se les entregó algún reconocimiento y estímulos al personal de primera línea (chocolates, flores, snack, alcohol gel).
- d) Difusión de distintas cápsulas de agradecimiento y apoyo de la Dirección General, por el compromiso del personal de salud.

Abastecimiento de fármacos e insumos, aumento de demanda y escasez de recursos:

A medida que la pandemia fue avanzando, se fue incrementando la demanda de insumos y equipos necesarios, como, ventiladores, EPP, kits de diagnóstico, camas y camillas hospitalarias, sistemas de monitoreo de signos vitales, entre otros, considerando factores como, aumento de precios de insumos y tiempos de entrega, el fortalecimiento de relaciones con proveedores fue fundamental para mantener activa y sin pausa la cadena de suministro.



- 16 de noviembre 2020**
Chile alcanza récord en Latinoamérica con más de 251 mil test PCR realizados por millón de habitantes.
- 24 de diciembre 2020**
Presidente Sebastián Piñera recibe primer cargamento de vacunas. Se inicia campaña de **vacunación**, priorizando al personal de salud de primera línea.
- 26 de diciembre 2020**
Más de cinco mil funcionarios de la Salud de unidades críticas del sector público, institucional y privado han fueron vacunados.
- 31 de diciembre 2020**
Presidente de la República recibe segundo cargamento con 11.700 vacunas, destinadas a la inmunización del personal de salud.
- 21 de enero 2021**
Se presenta oficialmente el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.
- 28 de enero 2021**
Se recibe primer cargamento de casi dos millones de dosis Sinovac y se presenta calendario de vacunación masiva.
- 03 de febrero 2021**
Se inicia vacunación masiva.



Las medidas para enfrentar la alta demanda fueron las siguientes:

- a) Se planificó a través de un Comité multidisciplinario la cantidad necesaria de compras para enfrentar una pandemia con anticipación de tres meses.
- b) Se priorizó la entrega de EPP de acuerdo a la actividad clínica a desarrollar (ej. mascarilla N-95 al personal en primera línea y mascarilla quirúrgica a la segunda línea, coordinado por IAAS).
- c) Se consideró los EPP, como insumos críticos, por lo tanto, la entrega y control fue autorizada directamente por el Director Médico.
- d) Se dispuso la confección de mascarillas quirúrgicas (TNT) por parte de Sastrería y escudos faciales por Terapia Ocupacional para aumentar la disponibilidad de estos.
- e) A través de Trato Directo se aumentó la cantidad de proveedores disponibles.

Uso y actualización de Tecnologías de la Información:

Al estar preparados con registros clínicos electrónicos (ficha clínica Electrónica), permitió obtener información del paciente de manera rápida y oportuna, los profesionales solicitan exámenes, sin necesidad de transportar resultados en papel, ya que permite obtener las imágenes y resultados en formato digital, para que pudiesen ser vistas y analizadas por los internistas, independiente de la ubicación del paciente en urgencias, salas de hospitalización, unidades de cuidados intermedios o críticos. Lo anterior acompañado de un laboratorio clínico de última tecnología, que permite procesar datos completos en tiempo real.

Manejo de la información:

Ante el requerimiento de información por parte de las autoridades, tanto Institucionales como Estatales (Superintendencia de Salud, MINSAL, SSMO) y familias de pacientes hospitalizados, se creó un Puesto de Mando Centralizado, donde en forma conjunta se trabajaba la información epidemiológica, administrativa y de funcionamiento general del HMS, con participación de personal de la Dirección Médica y de la Dirección Militar. Se adoptaron así las siguientes medidas:

- a) Implementación de un sistema de video llamadas por personal de Terapia Ocupacional y otro estamento, con el fin de mantener informados a las familias sobre la salud de los pacientes hospitalizados que presentaban restricción de visitas.
- b) Se implementó un seguimiento de los pacientes COVID (+), a través del puesto de mando (Unidad de Epidemiología)
- c) Se crean dos OPORD con la información de funcionamiento clínico y directrices transversales a la organización.











SERVICIO DE MEDICINA

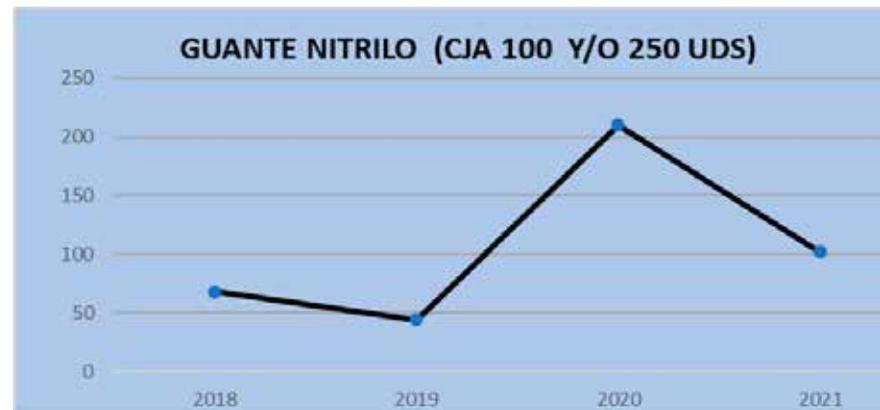


1. MEDICINA EN ÉPOCA PREPANDEMIA

Para comenzar, hay que señalar que el año 2019 fue un año difícil por varios motivos:

En enero del 2019 se implementó en el hospital el sistema SAP. Un sistema en que los médicos debíamos cargar las indicaciones en la ficha electrónica, para facilitar el trabajo del Departamento de Finanzas con los cobros de hospitalización de cada paciente. Este sistema provocó una importante sobrecarga de trabajo a los médicos del servicio, ya que la atención de hospitalizados comenzó a tomar 45 minutos promedio.

Hubo durante ese año un déficit de insumos por un problema de Logística, se notificaban periódicamente desde Farmacia quiebres de stock de fármacos habituales; por otro lado, el consumo de elementos de protección personal (EPP), tampoco era demasiado, así podemos ver en el gráfico como fue la variación en el requerimiento de guantes para los años de pandemia, dato aportado por el Departamento de Logística:



Hubo 9 médicos que abandonaron el servicio por diferentes motivos. La situación llegó a ser tan crítica, que en noviembre del 2019 se tuvo que adelantar el cierre de un sector por falta de personal médico, lo que ocurre habitualmente en los meses de verano por las vacaciones del personal.

- 31 de marzo 2021**
Ministerio de Salud instruye aumento de 30% de camas críticas en Red Integrada Público-Privada..
- 26 de mayo 2021**
Comienza a regir el Pase de Movilidad.
- 23 de junio 2021**
Chile cumple la meta de alcanzar 80% de la población objetivo mayor de 18 años con primera dosis de la vacuna.
- 4 de agosto 2021**
Se han administrado más de 25 millones de dosis de vacuna contra COVID-19.
- 30 septiembre 2021**
Finaliza Estado de Excepción Constitucional en Chile. Más de 91% de la población objetivo ha recibido primera o única dosis de vacuna.
- 3 diciembre 2021**
Autoridades de Salud y del Ejército de Santiago encabezan Ceremonia de Izamiento de la Gran Bandera Nacional como homenaje a personal de salud.
- 04 diciembre 2021**
MINSAL confirma primer caso de variante Ómicron en Chile.



El estallido social del mes de octubre, agregó una cuota de stress adicional, ya que teníamos protestas y barricadas en la calle frente al acceso principal del hospital.

En el mes de febrero del 2020, quedaron trabajando en el servicio 7 médicos staff más 6 becados de medicina interna, los que estaban a cargo de 86 camas. No se produjo la disminución habitual de la demanda de verano, lo que provocó una gran sobrecarga de trabajo, sobre todo en la segunda y tercera semana del mes. En ese período estaba a cargo como Jefe de Servicio subrogante, el Dr. Gonzalo Guerrero, quien hizo una muy buena gestión a pesar de todas las dificultades, una de las cuales fue la renuncia de uno de los becados con el que se contaba para el mes de febrero.

2. EL SERVICIO EN ÉPOCA DE PANDEMIA

El día 3 de marzo apareció el primer caso de infección por SARS Cov2 en Chile, que se trataba de un médico chileno que regresaba de su luna de miel por el Sudeste Asiático y de allí aparecieron nuevos casos, los que fueron aumentando de manera exponencial.

En este gráfico aportado por la Dirección Médica se aprecia la curva de casos acumulados por día, durante el 2020:



En marzo se reclutaron varios médicos que estaban terminando su beca de medicina interna para que se incorporasen al servicio a partir de abril, los Drs.

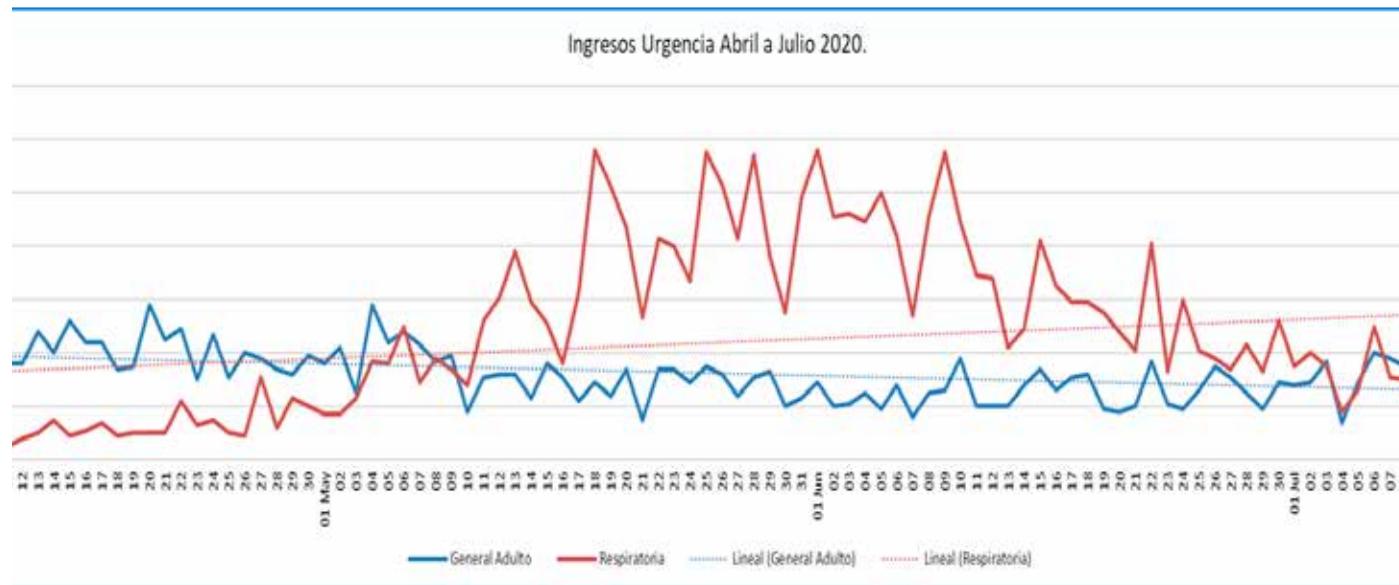


Bárbara Valenzuela, Camilo Parraguez (becado institucional caucionado por 3 años), Eduardo Bustamante (oficial de sanidad), Julio Laso y Ma Isabel Hassi.

Inicialmente, estábamos expectantes a que hubiese un aumento de las hospitalizaciones por COVID, considerando la experiencia de los países europeos como Italia y España. En el intertanto, renuncia a partir de abril el Dr. Gonzalo Guerrero y se debía organizar la recepción del nuevo grupo de becados de medicina del 2020.

La primera que hizo sonar las alarmas ante lo que se venía, fue quien entonces era Jefe de Servicio de Urgencia, la Dra. Jenny Sandoval, quien previó que iba a haber un incremento en la demanda de atenciones por patología respiratoria y toma de PCR, para la cual la Guardia Médica no estaba preparada. De allí que se creó una Urgencia Respiratoria separada de la Urgencia General, lo que se hizo en lo que era la antigua Urgencia de la Maternidad.

El importante aumento de las consultas respiratorias en la mitad del 2020, queda de manifiesto en este gráfico aportado por la Dirección Médica.



Los segundos en empezar a demandar protocolos de acción fue la UPC y el Servicio de Medicina Interna. Durante las primeras reuniones realizadas con la Jefe de Urgencia, el Jefe de Infectología Dr. Reinaldo Rosas, la Jefe de Anestesia Dra. Viviana Meléndez, el jefe de UCI Dr. Antonio Hernández, el jefe de UTI Dr. Tomás Armstrong, el Jefe de Departamento de Medicina Dr. Rodrigo Santelices y la suscrita, dirigidas por el Director Médico Dr. Francisco Silva es que se tomaron las primeras decisiones:

- 10 diciembre 2021**

Chile alcanza más de 41,9 millones de dosis de vacunas administradas
- 29 de diciembre 2021**

el 92% de la población mayores de 18 años alcanza esquema completo de vacunación
- 07 de enero de 2022**

MINSAL informa que más de 14 millones de personas completan esquema de vacunación.

- Los pacientes con sospecha de infección por COVID serían atendidos en un área de urgencia separada de los demás. Se requirió por ello la contratación de más médicos de refuerzo en Guardia Médica.
- El triage inicial lo hacía el médico de urgencia.
- El paciente con caso sospechoso una vez llegado no debía estar más de 30 minutos en el box, por lo que sólo se le tomaba una imagen de rayos y la PCR SARS CoV2.
- Si el paciente requería ser intubado, lo hacía uno de los anestesistas de turno (habían 3 por turno de día); tanto en la Urgencia como en la UPC.
- Queda como jefe único de UPC, incluyendo UCI, UTI y UCO, el Dr. Antonio Hernández; quién se encarga de disponer y gestionar todas las unidades como una sola.

Con fecha 17 de marzo comunico a grupo de médicos de medicina, otras medidas que se deciden tomar por contingencia:

- Se suspenden las reuniones de ingreso. La entrega de turno, se comienzan a realizar en la Residencia de Medicina.
- Se suspenden las Reuniones Clínicas del Servicio de Medicina en el auditorio y todas las otras reuniones docentes que habitualmente realizábamos.
- Varios médicos posponen sus vacaciones.
- Se implementa cierre de Policlínicos en los meses de abril, mayo y junio, lo que podemos ver reflejado en la caída de la atención ambulatoria del HMS en esta tabla aportada por el Departamento de Estadística.



CONSULTA MEDICAS

		2020			2021		
ESCALAFON	MES	CITAS DISP.	CITAS REAL	Rendim.%	CITAS DISP.	CITAS REAL	Rendim.%
MEDICOS	Ene	17.103	14.040	82,1%	13.792	11.177	81,0%
	Feb	11.618	10.046	86,5%	10.594	9.143	86,3%
	Mar	10.496	8.652	82,4%	17.081	14.388	84,2%
	Abr	1.658	800	48,3%	15.608	12.256	78,5%
	May	10.346	3.952	38,2%	15.218	12.239	80,4%
	Jun	10.242	4.760	46,5%	15.399	12.058	78,3%
	Jul	9.138	6.393	70,0%	15.188	12.424	81,8%
	Ago	13.986	10.830	77,4%	16.055	13.939	86,8%
	Sept	15.730	11.957	76,0%	15.231	12.849	84,4%
	Oct	16.703	12.666	75,8%	14.934	13.076	87,6%
	Nov	15.427	12.825	83,1%	16.016	14.270	89,1%
	Dic	13.595	10.576	77,8%	14.334	12.481	87,1%

- Se decidió que todo paciente con Insuficiencia respiratoria aguda grave que ingresaba, se debía asumir como COVID (+) y se hospitalizaba en la Cohorte. El problema se generó con los pactes sin sintomatología respiratoria, lo que produjo dificultades por la falta de disponibilidad de EPP en los pisos de hospitalizados no COVID.
- Se implementó una UPC ampliada, que involucró a Unidad de Cuidados Intensivos + Unidad coronaria inicialmente, pero en el mes de mayo del 2020 se tuvo que ocupar las 17 camas de la Unidad de Tratamiento Intermedio para pacientes en Ventilación Mecánica, algunos con máquinas de anestesia. Cabe señalar que se tuvo que traer los ventiladores de los hospitales de campaña y unos de transporte que hubo que utilizar en más de alguna oportunidad en el Servicio de Urgencia.

El importante aumento de la capacidad operativa de las Unidades críticas durante el 2020, queda de manifiesto en esta tabla aportada por la Dirección Médica.





UNIDAD	1RA FASE (16MAR2020)	2DA FASE (22MAY2020)	3RA FASE (05JUN2020)	4TA FASE (17JUN2020)	TOTAL
SUA (COVID)	08 BOX (Ex Maternidad)	16 BOX (SUP)	24 BOX (SUA)		24
UTI QUIRÚRGICA		06	09		09
UTI	17	06	0		-
UCIA	09	20	26		40
UCO	08	08 (UCI)	08 (UCI)		
UCIP	06	06	06	06 (UCI)	
HOSPITALIZACIÓN (CORTE COVID)	3er Piso	3ro y 4to Piso	3ro, 4to, 5to y 6to piso		80
DEPOSITO DE FALLECIDOS	4	12			16

- Se decidió traer a todos los becados de medicina que estaban rotando en el Hospital Luis Tisné; también por medidas de seguridad, se trajo a los becados que estaban haciendo turnos de beca en la Urgencia del Hospital Luis Tisné y todos los que estaban rotando en especialidades de policlínico por el cierre de ellos.
- Se prohibió la entrada de alumnos de pregrado a las dependencias del hospital, lo que incluía a los internos. Luego se pidió a la Dirección Médica que revocara esa medida con respecto a estos últimos, porque su trabajo no sólo era útil sino también necesario.

A fines de marzo se me acercaron los 2 médicos becados EDF (ex generales de zona), el Dr. David Salinas y el Dr. Cristian González; para avisarme que sus respectivos servicios de salud estarían solicitando que regresaran a su servicio de origen en el contexto de la pandemia, con el fin de que se hiciesen cargo de Unidades de Paciente Crítico. Debido a que recién comenzaban su 2do año de beca, ellos aún no habían pasado por UPC, por lo que organicé con la Dra. Pamela Farías para que les hiciera un entrenamiento rápido en Ventilación Mecánica y otros tópicos de Medicina Intensiva. De allí surgió un documento llamado Ventilación Mecánica para Novatos que trascendió las fronteras de nuestro hospital y se usó en muchos otros hospitales de nuestro país.

Finalmente llegó documento oficial del MINSAL en que se dijo que los médicos en comisión de estudio, dependen del centro dónde están haciendo su especialización y no del servicio salud que los financia, por lo que se realizan las gestiones desde la Escuela de Postgrado de la Universidad de Los Andes y con la firma del Director Médico del HMS para solicitar que los médicos EDF continúen realizando sus funciones en el hospital y no sean destinados a sus

Servicios de Salud de origen; lo que se ejecuta y los becados quedan trabajando en el HMS durante el resto del año.

Los internos dejaron de venir a mediados de marzo y a mediados de mayo cuando ya nuestro servicio se desbordaba de pacientes hospitalizados, la Dra. María Lorena Jofre, coordinadora de pregrado de la Universidad de Los Andes, informa que tiene una lista de 30 internos voluntarios para venir a trabajar en el Servicio de Medicina en el contexto de la pandemia; así que comenzamos a recibir grupos de 6 a 7 alumnos por semana que nos apoyaron en las salas de hospitalizados tanto en las Cohortes como en las salas “no Covid”. Este importante aporte voluntario de futuros médicos, fue agradecido posteriormente a la Universidad de los Andes por la Dirección General del HMS.

Con fecha 27 de marzo se hacen los primeros algoritmos de trabajo para sala y residencia de medicina, con los que se evalúa y consensúan los criterios para decidir traslados a UPC. Así surge la primera Guía de Manejo de paciente COVID 19 del Hospital Militar hecha por la Dra. Pamela Farías, Dr. Pablo Ortigosa, Dr. Fabián Ruiz, Dr. Gonzalo Guerrero, Dra. Andrea Del Valle, Dr. Fernando Verdugo y Klgo. Álvaro Gajardo. Basada en esta misma, el Dr. Reinaldo Rosas hizo un protocolo más simplificado que se fue actualizando varias veces de acuerdo a la evidencia que iba surgiendo

Este es el primer algoritmo de atención de pacientes COVID que se aplicó en la Residencia de Medicina, como se puede apreciar, hay varias cosas que debieron cambiarse posteriormente.

(se adjunta guía clínica manejo pacto COVID 19)

ALGORITMO DE ATENCIÓN SALA COHORTE IRAG

- ✓ Evaluación clínica del paciente con EPP (ingreso de **1** médico a la unidad).
- ✓ Exs laboratorio básicos:

- Hemograma – VHS
- PCR
- GSA
- Perfil bioquímico + creat
- ELP
- Perfil hepático
- Protrombina – TTPK
- CK total
- Hemocultivos

* caso a caso: Lactato, Dímero D, TNI us, ferritina, otros etiológicos.

- ✓ ECG (medir QT)
- ✓ Rx tórax. CT tórax de entrada **NO** es necesario.
- ✓ Iniciar antimicrobianos según protocolos.
- ✓ Evitar nebulizaciones.
- ✓ Evitar uso de corticoides sistémicos.



05 de febrero 2020

Ministerio de Salud decreta Alerta Sanitaria en todo el país.



26 de febrero 2020

Primer caso COVID-19 en América Latina, Brasil.



28 de febrero 2020

Cenabast comprará anticipadamente 20 millones de unidades de Equipos de Protección personal para trabajadores del sector público de salud



03 de marzo 2020

Autoridades de salud informan primer caso de COVID-19 en Chile



09 de marzo 2020

Autoridades de Salud y Defensa disponen hospitales de las fuerzas Armadas para reforzar la red asistencial.



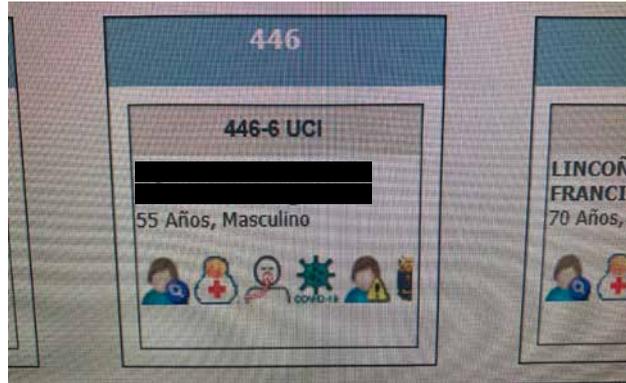
11 de marzo 2020

OMS declara Pandemia Global.



16 marzo 2020

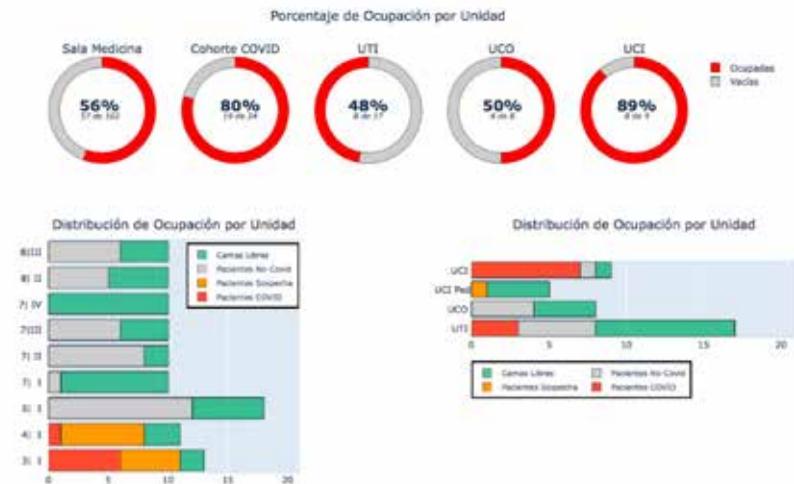
Autoridades de Salud informan que Chile pasa a Fase 4 de la pandemia. Se anuncia cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas a partir del 18 de marzo.



El Dr. Alberto Diez, junto al Dr. Eduardo Bustamante, quien estaba completando sus últimos meses de beca y el Dr. Paulo Charpentier; se acercaron al grupo de Infectología e IAAS, para ayudar en la implementación de protocolos y de vigilancia epidemiológica en contexto de pandemia. A poco andar se hizo evidente que necesitábamos hacer algunas adecuaciones en el sistema de ficha electrónica para tener registro de los pacientes hospitalizados con COVID, por lo que necesitábamos un experto en informática médica. Es así como se gestionó el regreso a nuestro hospital del Dr. Ignacio Pérez, médico becado que estaba cursando su 2do año de Medicina Interna y quién estuvo desde el 30 de marzo al 17 de abril trabajando con el Mayor Álvaro Baker en Informática. Producto de este trabajo se introdujeron varias modificaciones en el registro TRAK con la aplicación de un ícono en la pantalla en que se podía ver si el paciente hospitalizado se encontraba conectado a Ventilación Mecánica y si era caso sospechoso o confirmado de COVID19. Además, se tenía un panel de control con un registro preciso de la cantidad de pacientes hospitalizados día a día.

Panel de Control COVID19 - HMS

Desarrollado por Dr. Ignacio Pérez Romero. Actualizado: 13/05/2020 a las 18:02 hrs.

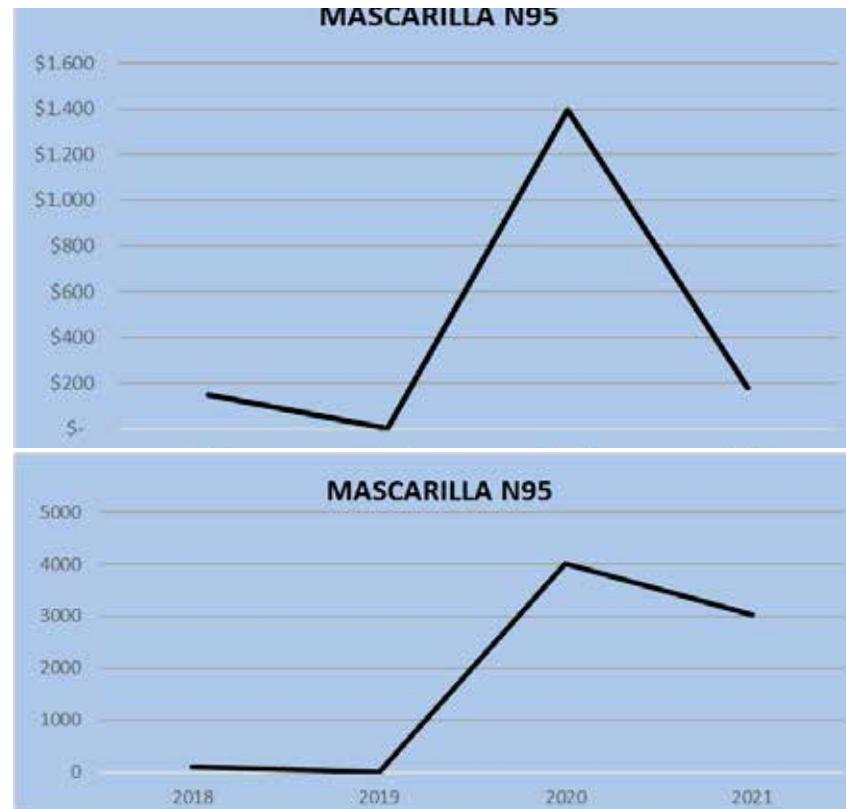


Una de las medidas que se hizo en la atención de hospitalizados, fue hacer grupos de trabajo de 14 días, según la norma ministerial (período en que cualquier persona infectada debía hacer manifestaciones clínicas), para disminuir la exposición viral y así evitar que se fueran muchas personas con licencia al mismo tiempo por ser “contacto estrecho”. También se implementó a partir de abril que los turnos de residencia fueran de 24 hrs para disminuir el movimiento y la exposición; se insistió en el uso de ropa de turno y uso de las correspondientes EPP.



En esa época las mascarillas quirúrgicas eran escasas, incluso en el medio hospitalario. A mediados de abril se empezó a hacer solicitud semanal de mascarillas para entregar al personal que atendía pacientes en las salas no COVID. Cabe señalar que el departamento de IAAS al principio sólo nos tenía autorizadas 200 mascarillas al mes, cuando la necesidad era de al menos 100 mascarillas semanales. Debíamos dejar 1 sola mascarilla por médico al día en turno de 24 hrs, lo que era insuficiente, dado que estas mascarillas sólo son eficientes durante 4 hrs de uso continuo, ya que después se humedecen y dejan de ser efectivas. Se aumentó la dotación de mascarillas dada la necesidad.

Los altos costos de estas EPP y su alta demanda en pandemia, figuran en estos gráficos aportados por Logística



- 18 de marzo 2020**
 Gobierno declara estado de Excepción Constitucional de catástrofe por calamidad Pública en todo el país.
- 21 de marzo 2020**
 Ministerio de Salud informa el primer fallecimiento asociado a COVID-19 en Chile.
- 22 de marzo 2020**
 Gobierno anuncia toque de queda para todo el territorio nacional.
- 25 de marzo 2020**
 Gobierno decreta las primeras cuarentenas totales en siete comunas de la Región Metropolitana
- 30 de marzo 2020**
 Fuerza Aérea de Chile realizó primera evacuación aeromédica de pacientes sospechosos de COVID-19 desde Rapa Nui a Santiago.
- 30 de marzo 2020**
 Por Resolución Exenta N°215 se dispone la postergación de todas las cirugías electivas cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud del paciente.
- 02 abril 2020**
 MINSAL informa la adquisición de 793 nuevos ventiladores mecánicos para la Red de Salud. El país alcanza 3.300 camas con ventilación



Se creó la primera cohorte en sala de Medicina para pacientes infectados con COVID en el 3er piso. Se habilitaron 10 camas individuales con la idea de ampliar hasta 20 si es que había 2 casos de pacientes COVID confirmados que podían compartir pieza; estas Unidades contaban con todas las EPP consistentes en:

- Mascarillas KN 95.
- Antiparras.
- Delantales plásticos.
- Guantes.
- Escafandras.

El fin de semana del 17 de abril se llenan las camas y se abre otra Cohorte en el 4to I, la que se llena rápidamente también, por lo que se tiene que abrir el 4to II el que también se llena a fines de mes. **A principios de junio terminamos con pacientes hospitalizados con COVID en el 3ro I, 4to I, 4to II, 5to I, 5to II y 6to I, llegando a un pick de 100 pacientes con COVID hospitalizados en sala de medicina, con diversos niveles de complejidad.**

Este es el índice Ocupacional por mes en los Años 2020 - 2021, donde se observa el comportamiento de las hospitalizaciones en el HMS, queda de manifiesto en la tabla, la tasa de ocupación de Servicios clínicos (en amarillo Servicio de Medicina y Unidades de paciente Crítico). Dato aportado por el Departamento de Estadística del HMS.

CLINICAS	2020												Anual
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
MED.-QUIR. EDIF B PISO 3 / 1A UNIDAD	66,1%	72,8%	45,2%	48,3%	85,6%	80,7%	77,3%	73,9%	56,1%	36,2%	32,3%	33,2%	58,5%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 1A UNIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	9,2%	63,2%	80,0%	69,7%	51,6%	32,7%	0,0%	0,0%	0,0%	32,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 2A UNIDAD	71,0%	78,9%	55,6%	0,2%	46,6%	78,4%	20,1%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,2%
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 3A UNIDAD	14,0%	34,5%	3,8%	0,0%	1,9%	0,3%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 4A UNIDAD	34,6%	11,3%	22,9%	6,1%	2,3%	0,0%	2,1%	5,6%	3,6%	33,6%	45,2%	12,6%	15,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 1A UNIDAD	58,8%	50,8%	17,7%	65,4%	58,3%	74,9%	29,1%	0,2%	2,2%	37,6%	66,5%	56,8%	43,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 2A UNIDAD	2,5%	66,7%	30,9%	0,0%	11,4%	75,0%	24,0%	44,1%	33,0%	52,9%	62,6%	48,9%	35,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 4A UNIDAD	50,4%	49,8%	67,6%	51,0%	32,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 1A UNIDAD	73,2%	67,6%	75,8%	67,7%	67,3%	84,5%	52,6%	85,5%	79,7%	82,6%	85,0%	82,9%	75,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 2A UNIDAD	56,8%	53,1%	66,7%	67,7%	73,1%	0,0%	55,2%	81,6%	73,3%	79,4%	74,3%	65,2%	62,8%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 3A UNIDAD	62,9%	33,8%	63,5%	0,0%	33,0%	86,5%	78,7%	80,2%	72,7%	82,9%	80,7%	75,2%	62,7%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 4A UNIDAD	64,3%	63,4%	55,5%	0,0%	34,0%	82,5%	81,9%	79,1%	73,0%	83,2%	83,0%	76,8%	64,5%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 1A UNIDAD	86,0%	98,9%	67,7%	46,7%	47,3%	58,9%	35,5%	94,6%	94,4%	94,6%	93,3%	71,0%	74,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 2A UNIDAD	88,1%	89,0%	64,5%	69,7%	75,9%	61,7%	50,7%	92,6%	91,0%	90,6%	94,0%	79,0%	79,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 3A UNIDAD	81,6%	79,7%	84,2%	69,3%	69,3%	78,1%	91,0%	84,7%	90,7%	89,7%	90,0%	82,9%	82,6%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 4A UNIDAD	77,3%	78,3%	55,8%	0,0%	0,0%	0,0%	73,6%	91,0%	90,0%	91,9%	84,7%	77,7%	60,6%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 1A UNIDAD	68,8%	58,0%	56,5%	41,1%	51,1%	64,4%	72,0%	69,1%	41,6%	42,5%	66,1%	82,3%	59,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 2A UNIDAD	85,8%	85,2%	73,9%	67,7%	64,7%	88,1%	91,7%	84,0%	87,0%	93,2%	83,7%	76,8%	81,7%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 3A UNIDAD	86,6%	74,2%	59,0%	41,0%	69,6%	88,1%	85,9%	91,8%	85,1%	83,2%	84,7%	57,7%	74,5%
UCI ADULTO EDIFICIO A PISO 4	62,7%	44,4%	24,1%	46,3%	90,2%	98,3%	90,6%	66,5%	79,6%	73,5%	74,8%	52,0%	73,5%
UCI CARDIOVASCULAR EDIFICIO A PISO 4	56,3%	51,1%	39,0%	46,3%	68,1%	98,7%	81,5%	50,0%	75,0%	44,8%	67,9%	54,8%	61,3%
UCI PEDIATRICA EDIFICIO A PISO 4	9,7%	17,2%	16,8%	18,0%	27,7%	84,2%	83,3%	53,2%	47,8%	22,0%	27,2%	28,5%	37,2%
UTI EDIFICIO A PISO 4	83,3%	75,5%	58,9%	50,4%	64,5%	0,0%	0,0%	76,5%	69,2%	75,3%	64,3%	60,3%	66,0%
UTI QUIRURGICA EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	57,3%	68,6%	65,0%	25,9%	10,6%	2,7%	11,1%	4,3%	28,0%
RECUPERACION PABELLONES EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	46,8%	56,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	51,2%
ONCOLOGIA EDIF. B PISO 2 / 2A UNIDAD	49,0%	66,2%	28,5%	27,3%	37,3%	35,2%	44,7%	46,5%	44,3%	34,6%	40,4%	61,3%	41,1%
PSIQUIATRIA HOMBRES EDIF B PISO 3 / 3A UNIDAD	67,3%	0,0%	50,3%	35,6%	49,7%	81,9%	85,7%	96,1%	91,1%	59,5%	83,8%	63,7%	66,1%
PSIQUIATRIA MUJERES EDIF B PISO 2 / 3A UNIDAD	76,6%	96,1%	66,5%	16,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	87,2%	69,9%	70,9%	45,6%	42,3%
Total general	59,7%	62,8%	46,3%	34,1%	47,6%	60,8%	52,9%	48,9%	49,1%	48,8%	53,1%	45,6%	50,5%

CLINICAS	2021												Anual
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
MED.-QUIR. EDIF B PISO 3 / 1A UNIDAD	34,7%	50,0%	62,9%	69,3%	63,0%	75,2%	41,6%	34,4%	35,5%	18,5%	34,0%	28,4%	47,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 1A UNIDAD	0,0%	0,0%	15,4%	12,0%	26,5%	56,7%	4,0%	1,3%	4,4%	2,2%	7,8%	7,5%	13,9%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 2A UNIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,2%	82,6%	81,1%	70,9%	81,2%	74,6%	39,4%
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 3A UNIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 4A UNIDAD	1,2%	0,0%	0,6%	3,3%	5,9%	7,6%	3,5%	2,1%	2,1%	38,7%	60,6%	34,0%	13,3%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 1A UNIDAD	57,1%	60,9%	68,0%	60,7%	56,6%	70,8%	77,6%	0,0%	19,4%	7,0%	8,3%	10,2%	49,8%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 2A UNIDAD	64,9%	36,0%	41,4%	0,6%	5,9%	8,1%	26,2%	56,5%	67,0%	71,3%	65,7%	63,1%	42,6%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 4A UNIDAD	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 1A UNIDAD	90,0%	80,7%	81,3%	80,0%	79,0%	78,7%	87,7%	86,8%	79,3%	87,7%	89,0%	87,7%	84,1%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 2A UNIDAD	75,2%	72,1%	66,8%	58,0%	71,2%	66,7%	81,9%	80,3%	81,7%	76,1%	81,7%	80,7%	74,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 3A UNIDAD	88,7%	81,4%	70,9%	67,3%	82,9%	75,7%	81,9%	87,1%	84,7%	89,0%	87,3%	68,4%	80,5%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 4A UNIDAD	87,4%	79,3%	83,2%	73,0%	80,6%	71,3%	83,9%	88,1%	82,3%	90,0%	87,3%	89,7%	83,1%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 1A UNIDAD	86,0%	59,5%	77,4%	84,4%	86,0%	90,0%	96,8%	91,4%	93,3%	87,1%	98,9%	86,0%	86,6%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 2A UNIDAD	90,6%	86,4%	81,9%	77,0%	78,1%	86,7%	95,1%	92,9%	85,3%	93,5%	95,3%	86,1%	87,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 3A UNIDAD	85,8%	84,3%	86,8%	75,3%	80,9%	85,7%	93,2%	91,9%	92,0%	84,5%	89,7%	82,2%	86,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 4A UNIDAD	89,0%	85,0%	83,2%	81,0%	73,5%	86,9%	91,0%	79,7%	73,0%	83,9%	94,3%	81,6%	83,5%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 1A UNIDAD	75,8%	75,6%	64,5%	64,4%	52,7%	50,0%	67,2%	81,2%	63,9%	51,1%	50,6%	28,5%	60,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 2A UNIDAD	82,3%	75,7%	83,9%	74,0%	80,3%	84,0%	90,3%	85,8%	89,0%	80,6%	89,3%	78,4%	82,8%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 3A UNIDAD	65,2%	76,8%	91,9%	73,3%	79,7%	89,0%	82,9%	74,5%	80,0%	89,4%	85,7%	81,3%	80,8%
UCI ADULTO EDIFICIO A PISO 4	79,6%	86,9%	85,0%	91,4%	91,4%	91,2%	85,3%	83,2%	57,8%	49,8%	64,8%	70,8%	82,6%
UCI CARDIOVASCULAR EDIFICIO A PISO 4	65,7%	48,7%	77,0%	85,8%	94,0%	90,0%	77,3%	73,4%	65,8%	62,5%	67,5%	53,3%	71,9%
UCI PEDIATRICA EDIFICIO A PISO 4	49,5%	35,7%	51,6%	75,6%	89,8%	88,9%	64,0%	61,8%	53,3%	56,5%	36,1%	57,0%	60,1%
UTI EDIFICIO A PISO 4	63,8%	59,5%	81,6%	70,5%	0,0%	0,0%	73,3%	68,2%	78,2%	64,7%	72,2%	70,9%	69,9%
UTI QUIRURGICA EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,6%	23,1%	84,4%	76,1%	67,9%	46,3%	17,1%	25,6%	33,9%	34,4%	22,0%	41,8%
RECUPERACION PABELLONES EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ONCOLOGIA EDIF. B PISO 2 / 2A UNIDAD	69,7%	58,6%	76,3%	70,7%	61,0%	55,3%	51,6%	45,8%	53,3%	54,5%	35,0%	42,9%	55,2%
PSIQUIATRIA HOMBRES EDIF B PISO 3 / 3A UNIDAD	63,2%	61,3%	78,4%	82,5%	66,9%	64,9%	89,0%	84,9%	56,3%	80,3%	87,3%	63,4%	73,9%
PSIQUIATRIA MUJERES EDIF B PISO 2 / 3A UNIDAD	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	85,0%	82,6%	91,4%	71,1%
Total general	56,4%	55,8%	53,8%	51,7%	56,0%	59,5%	57,1%	55,9%	64,2%	65,9%	69,5%	63,3%	58,7%

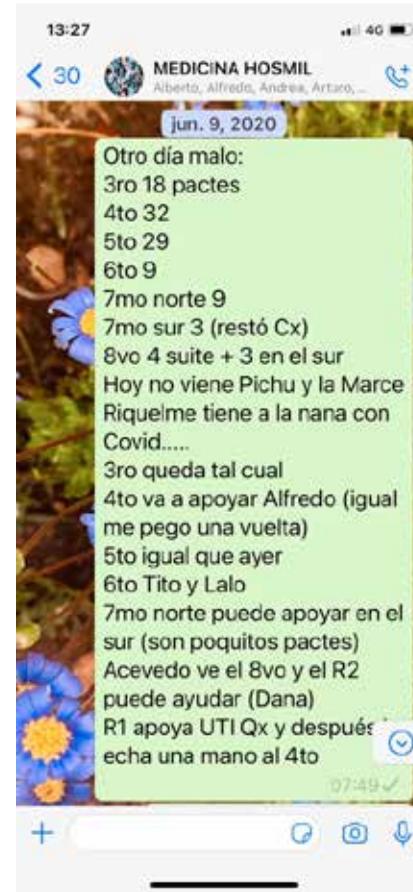


Con la cantidad de pacientes que iban consultando en el Servicio de Urgencia y que debían ser hospitalizados tanto en sala de Medicina como UPC, hubo un aumento importante en la carga de trabajo. Uno de los roles que debió tomar el Residente de Medicina, fue que, al bajar a evaluar enfermos en la Urgencia, debía decidir el destino del paciente según la clínica. Por este motivo, a mediados de mayo se crearon turnos de refuerzos de 12 hrs de lunes a domingo. Con esta medida teníamos un equipo de al menos 4 médicos + 2 internos que trabajaban por turno diurno en la residencia de medicina. Para facilitarnos todos estos procesos de contratación, el Departamento de Recursos Humanos resolvió disminuir la documentación exigida y obviar todo documento que requiriese hacer un trámite presencial.

Aquí se evidencia el importante aumento en el número de contrataciones de personal médico tanto mensual como anual durante los años de pandemia. Tabla aportada por el Departamento de RRHH del HMS.

	2018	2019	2020	2021	abril-2022
Enero	S/A	22	34	39	36
Febrero	S/A	13	19	24	13
Marzo	S/A	4	21	25	20
Abril	S/A	13	25	15	23
Mayo	S/A	20	17	12	
Junio	S/A	16	27	21	
Julio	S/A	17	19	7	
Agosto	S/A	20	12	15	
Septiembre	S/A	16	15	15	
Octubre	12	14	13	23	
Noviembre	13	12	13	18	
Diciembre	41	24	17	11	
TOTAL	66	191	232	225	92

A fines de mayo, cuando nos encontrábamos en el pick de pacientes hospitalizados por la pandemia; se solicitó ayuda a los Jefes de Cirugía para dar apoyo en la atención de pacientes en sala de medicina; los Jefes de Programa de las Especialidades Quirúrgicas de la Universidad de Los Andes no pusieron sus becados a disposición, porque priorizaron que sus alumnos continuaran con las actividades teóricas de la formación, con el fin de no retrasarse. A pesar de esto, debo destacar la buena disposición del Jefe de Departamento de Cirugía, Dr. Ignacio González y del Jefe de Servicio de Urología, Dr. Fernando Coz,



quienes hicieron un rol de turno con sus médicos staff que fueron a prestar ayuda en las salas COVID. Además, debieron prestar ayuda también, médicos especialistas en Endocrinología, Reumatología y Nefrología quienes estuvieron a cargo de la atención de hospitalizados no COVID con el apoyo de internos de medicina en el 8vo piso sur, mientras tuvieron sus policlínicos cerrados.

El Residente de Medicina debía hacer gestión de camas disponibles, para lo cual era importante tener un reporte temprano. Como Jefe de Servicio, yo llegaba a las 7:30 hrs y revisaba el número de pacientes hospitalizados en todas las unidades para distribuir al personal médico en forma equitativa y además veía la disponibilidad de camas en UPC. La costumbre era preguntar vía WhatsApp a las 12 pm qué pacientes estaban más graves para controlar y presentar en forma oportuna. Además, se solicita a Urgencia que se controlen gases arteriales a los ingresos, ya que es un examen cuyo resultado está

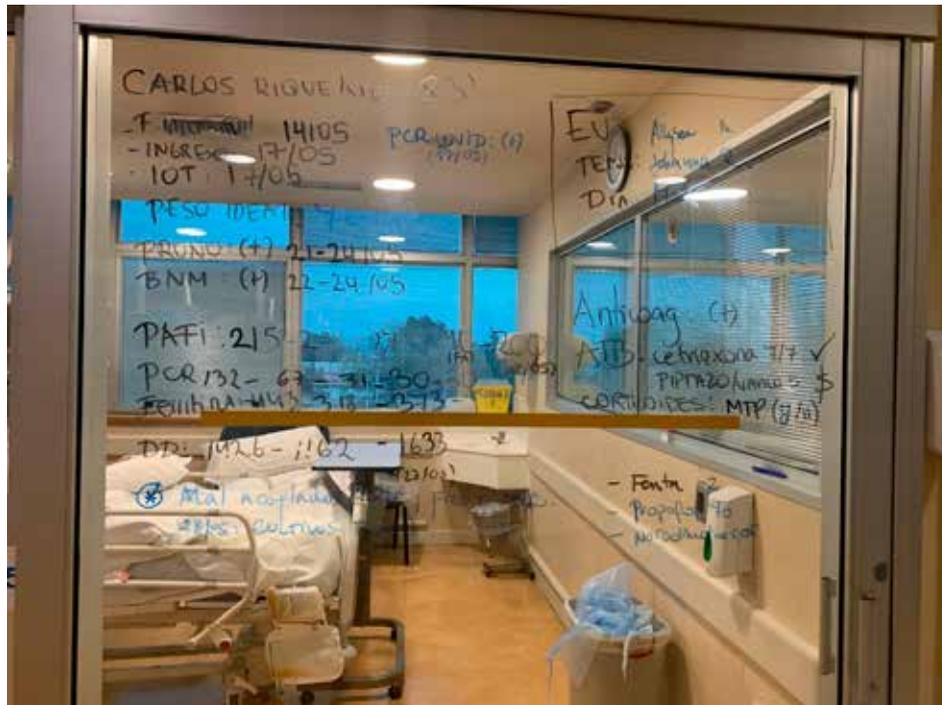
rápidamente disponible y ayuda a decidir si al paciente hay que conectarlo a ventilación mecánica en forma precoz o si puede esperar.

Dada la escasez de camas de UPC que empezó a ocurrir a fines de mayo, tuvimos que mantener a muchos pacientes en sala de medicina con nariceras de alto flujo (CNAF). Originalmente teníamos sólo 2 y Biomédica fabricó unas pocas más para la Guardia Médica quienes nos las prestaron.



Se elaboró un Protocolo de Prono Vigil que consistía en indicar a los pacientes que estaban con estos dispositivos de administración de oxígeno de alto flujo, que ellos mismos se colocaran decúbito ventral para mejorar su ventilación e ir cambiando de posición. Se dio también la orden de en lo posible, no presentar pacientes mayores de 80 años a UPC y en el rango de 70 a 80 años debía tomarse la decisión en base a las comorbilidades y condición cognitiva previa de los enfermos. Nos apoyamos para esto en un documento que elaboró la Dra. Xaviera Pérez, geriatra, que orientaba en la evaluación de los adultos mayores para decidir cuán activo había que ser en el manejo. Esto requirió una desgastante labor por parte de nuestros médicos en la comunicación con familiares.

El 28 de mayo el Dr. José Tomás Armstrong, jefe de la UTI, se fue con licencia médica, ya que se infectó con COVID. Quedó entonces a cargo de dicha Unidad en reemplazo, el Dr. Rodrigo Santelices, Jefe de Departamento de Medicina, al que debí acompañar como Jefe de Servicio de Medicina a pasar visita todos los días en Intermedio y así nos pudimos enterar de primera fuente de la situación en que allí se encontraban.



A partir de la última semana de mayo, la situación en la Unidad de Tratamiento Intermedio era muy compleja, ya que nunca se presupuestó que se fuese a requerir más de 2 a 3 camas de la unidad para ventilación mecánica invasiva. Una de las cosas que se fue observando sobre la marcha, es que los pacientes que tenían neumonía por COVID requerían largos períodos de tiempo conectados a ventilador, mucho mayor a lo habitual en enfermos con otras patologías, por lo que cada hospitalización en la UPC implicaba tener al menos 2 semanas la cama bloqueada. Ya en abril, se planteó la necesidad de reforzar los turnos de UTI con un tercer residente (para que hubiese un médico cada 6 pacientes), por otra parte, la UCI que rápidamente tuvo 9 camas ocupadas, ya había implementado un segundo residente de turno de 12 hrs. El tercer residente

- 16 de abril 2020**
MINSAL instruye uso obligatorio de mascarillas en lugares públicos cerrados.
- 13 de mayo 2020**
Se decreta cuarentena total en la Región Metropolitana.
- 23 de mayo de 2020**
Ministerio de Salud instruye a clínicas privadas y hospitales institucionales aumentar su capacidad hospitalaria.
- 24 de junio de 2020**
Chile supera el millón de exámenes de diagnóstico por PCR para COVID-19.
- 26 de junio 2020**
Chile supera las 4600 camas ventiladas.
- 19 de julio 2020**
Se pone en marcha el "Plan paso a paso nos cuidamos"
- 28 de agosto 2020**
Se sitúa en el primer lugar de Latinoamérica en cantidad de exámenes de PCR por millón de habitantes.

en UTI comenzó a funcionar en mayo, muchos de estos fueron sus propios médicos haciendo turnos extras; tuvieron además la ayuda de médicos del servicio de medicina cuando no estaban en su rol de 14 días en atención hospitalizados, algunos cirujanos, urólogos y especialistas que tenían cerrada su agenda para procedimientos (ej. Gastroenterólogos). Como medida adicional, se decidió para dar mayor apoyo, aumentar el número de becados que rotaban, habiendo fuera de los 3 médicos residentes, unos 3 becados de medicina, ya que la carga asistencial no era sólo elevada por el número de pacientes, sino también por la poca experiencia del equipo en el manejo de enfermos conectados a ventilador. La Dra. Pamela Farías, médico broncopulmonar y residente de UCI, quién tiene una larga experiencia en ventilación mecánica se dedicó a asesorar permanentemente al grupo de médicos que trabajaban en la UTI en el manejo de los parámetros de los ventiladores y para evitar confusiones, ya que todos los pacientes eran similares, se comenzó a implementar la costumbre de escribir los datos principales del enfermo con un plumón para pizarra en la puerta de vidrio de cada una de las subunidades. Para facilitar la labor de la Dra. Farías, se le permitió dejar de hacer su turno de residencia habitual. Esto dio un poco de tranquilidad, al igual que el grupo de Anestesia que se encargó de ayudar a controlar a los pacientes que se tuvieron ventilados con máquina de Anestesia, las que ninguno de los médicos de UPC estaba acostumbrado a manejar.

Todos los fines de semana venía el Dr. Santelices a pasar visita en la UPC junto al Dr. Hernández; en el segundo fin de semana de su subrogancia como jefe de la UTI, se gestó la visita del entonces Ministro de Salud Dr. Jaime Mañalich, junto al Ministro de Defensa Sr. Alberto Espina. En dicha visita oficial, desde dónde posteriormente se dio el parte de número de pacientes infectados en el país; asistieron el Director General GDB Sergio Nazar, el Subdirector General CRL Sergio Benavides, el Director Médico CRL Francisco Silva, el jefe UPC Dr. Antonio Hernández y el jefe (S) UTI Dr. Rodrigo Santelices. Tras dicha visita, en que nuestra institución fue muy bien evaluada por el manejo, gestión y compromiso con la comunidad; siendo públicamente alabada, se comprometió la ayuda con 6 ventiladores mecánicos adicionales y 5 nariceras de alto flujo que llegaron durante el mes de junio.





Otro problema con que nos encontramos, fue que el virus produce mucha miopatía, lo que era aún más dramático en los pacientes post ventilación.

Por ello, era muy importante la labor del Servicio de Terapia Ocupacional con el siguiente número de acciones que ellos informan haber realizado en este contexto:

- Tratamiento y monitorización postural para prevenir úlceras, deformidades y demás complicaciones.
- Estimulación multisensorial para contribuir al despertar.
- Estimulación Cognitiva y Terapia de Orientación a la Realidad.
- Tratamiento del delirium
- Entrenamiento motor orientado a tareas para la mejora de destrezas sensoriales, motoras, praxis y comunicativas.
- Reeducción funcional y participación en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Manejo y uso de Técnicas de protección articular
- Manejo y uso de Técnicas de Conservación de Energía.

16 de noviembre 2020

Chile alcanza récord en Latinoamérica con más de 251 mil test PCR realizados por millón de habitantes.

24 de diciembre 2020

Presidente Sebastián Piñera recibe primer cargamento de vacunas. Se inicia campaña de vacunación, priorizando al personal de salud de primera línea.

26 de diciembre 2020

Más de cinco mil funcionarios de la Salud de unidades críticas del sector público, institucional y privado han fueron vacunados.

31 de diciembre 2020

Presidente de la República recibe segundo cargamento con 11.700 vacunas , destinadas a la inmunización del personal de salud.

21 de enero 2021

Se presenta oficialmente el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID- 19.

28 de enero 2021

Se recibe primer cargamento de casi dos millones de dosis Sinovac y se presenta calendario de vacunación masiva.

03 de febrero 2021

Se inicia vacunación masiva.

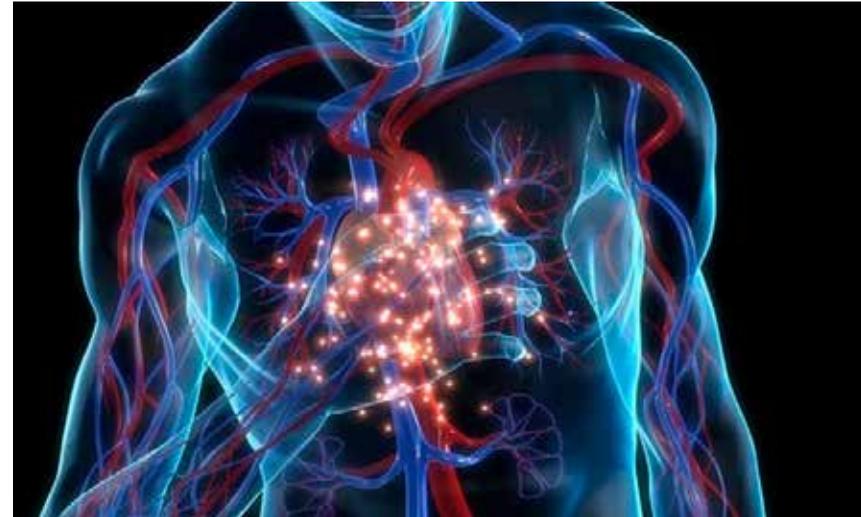


Esos enfermos requerían de mayor número de atenciones de kinesioterapia respiratoria que lo habitual, que fuesen aspirados y vigilados, lo que no podía hacerse en una sala de medicina común y corriente. Fue entonces que se decidió pedir ayuda a la UCI pediátrica, ya que el número de pacientes pediátricos afectados era mucho menor que el de adultos.

El aporte de la Unidad Intensiva Pediátrica que recibió a pacientes adultos, queda graficado en la tabla de hospitalización aportada por el Departamento de Estadística del HMS, de enero a diciembre 2020, resaltados en amarillo los meses de mayo a julio, dónde hubo el mayor número de hospitalizaciones.

JCI ADULTO EDIFICIO A PISO 4	62,7%	44,4%	24,1%	46,3%	90,2%	98,3%	90,0%	66,5%	79,6%	73,5%	74,8%	52,0%
JCI CARDIOVASCULAR EDIFICIO A PISO 4	56,3%	51,1%	39,0%	46,3%	68,1%	98,7%	81,5%	50,0%	75,0%	44,8%	67,9%	54,8%
JCI PEDIATRICA EDIFICIO A PISO 4	9,7%	17,2%	16,8%	18,0%	27,7%	84,2%	83,3%	53,2%	47,8%	22,0%	27,2%	28,5%
JTI EDIFICIO A PISO 4	83,3%	75,5%	58,9%	50,4%	64,5%	0,0%	0,0%	76,5%	69,2%	75,3%	64,3%	60,3%
JTI QUIRURGICA EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	57,3%	68,6%	65,0%	25,9%	10,6%	2,7%	11,1%	4,3%
RECUPERACION PABELLONES EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	46,8%	56,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Estas instalaciones sirvieron para poder descargar pacientes de las UPC y fueron los anestesiastas quienes se encargaron del manejo de esos enfermos haciendo su residencia en dicho lugar.



Sin embargo, empezaron a llegar los pacientes graves de patologías no COVID: Infartos agudos al miocardio, Cetoacidosis diabética... y a esos pacientes no teníamos ningún lugar dónde dejarlos. Fue entonces que se decidió hospitalizarlos en la UTI quirúrgica y Recuperación, esta última era un lugar cerrado en que se recibió también a algunos pacientes con CNAF que venían saliendo del ventilador; los Residentes de Cirugía debieron hacerse cargo de la UTI Quirúrgica, ya que el número de procedimientos quirúrgicos que se estaban haciendo era mínimo. El Dr. Matías Herrera, médico internista que estaba trabajando en el Comando de Salud, fue redestinado al hospital para dirigir esta Unidad y ayudar a los cirujanos en la tarea.

A mediados de junio, cuando ya teníamos un número importante de pacientes egresados tras su hospitalización por COVID, vimos que había que diseñar un sistema de atención ambulatoria para controlar a estos pacientes al alta. Fue así como se acercó espontáneamente con esta inquietud el Dr. Eduardo Bustamante quien se hizo cargo de organizar el Policlínico COVID y designamos a varios médicos del servicio para atención ambulatoria presencial de estos pacientes al 1er mes post alta, 3er mes, 6to mes y 1 año en los casos de pacientes hospitalizados y para los casos leves que estuvieron en su domicilio, se diseñó un control mediante una encuesta telefónica de acuerdo a cuyo resultado el paciente podía ser derivado a consultar en urgencia o controlar en policlínico vía telemedicina hasta dar el alta epidemiológica.



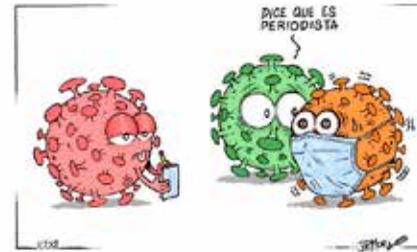
El 1° de julio llegó de regreso a nuestro servicio, el Dr. Martín Rojas, quien había pedido un año de permiso sin goce de sueldo para tomarse 1 año sabático y viajar alrededor del mundo; viaje que terminó con una prolongada cuarentena en un camping en ciudad del Cuzco producto de la pandemia. Su llegada nos apoyó en la atención de hospitalizados y ayudó a cubrir turnos de UPC en la Unidad Coronaria, dónde trabajaba previamente y vino a dar un respiro a un equipo de médicos que ya estaban bastante cansados y muchos de los cuales también se había enfermado.

En Reunión con el Director Médico el 20 de julio, se toman varios acuerdos dentro de los que destaca que el día 3 de agosto, el policlínico debía comenzar a funcionar normalmente. También se comenzaría la actividad quirúrgica electiva de pacientes ASA I y cirugías de baja complejidad.

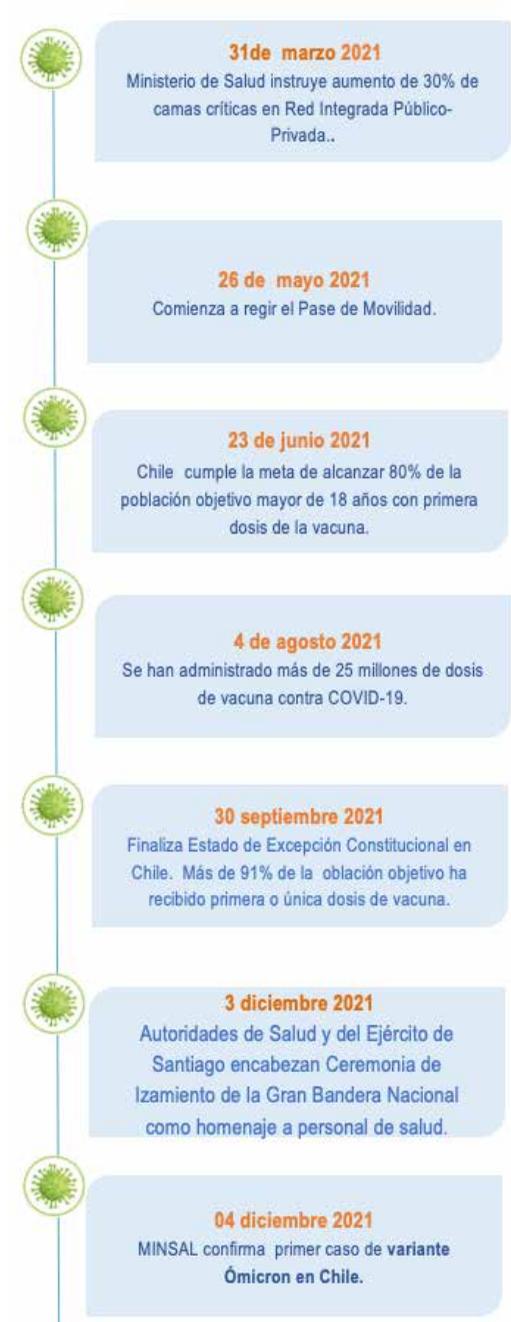
Hay que destacar, la ardua labor que tuvo la Enfermera Jefe del hospital, la Sra. María Paz Masafierro, quien debió lidiar con un alto número de licencias maternas, psiquiátricas y también de personal de enfermería que se contagió por COVID. Tuvo que hacer una redistribución estratégica del personal, así estuvieron trabajando en los pisos enfermeras de cirugía, pediatría, psiquiatría

y algunas unidades administrativas. Esto produjo algunas dificultades, porque hubo turnos con personal escasamente capacitado y sometido a una importante presión de trabajo.

Para que decir del trabajo de los kinesiólogos, cuerpo profesional fundamental en el manejo de los pacientes ventilados y no ventilados. Su número nunca era suficiente para el número de atenciones que se requería.



El Servicio de Psiquiatría estuvo dispuesto a apoyarnos del punto de vista de Salud Mental para poder sobrellevar mejor el stress e implementaron programas especiales dirigidos al personal de enfermería, nuestros médicos y también alumnos en formación.





Ninguno de los médicos que trabajan en el Servicio de Medicina se tomó ninguna licencia médica previo a la pandemia y las que fueron surgiendo, fueron porque se enfermaron. El grupo de becados se comportó de manera ejemplar, siempre estuvieron dispuestos a ayudar en la atención de enfermos y se preocuparon de estar permanentemente actualizados en los últimos protocolos de tratamiento, lo que hizo que trabajasen codo a codo con los médicos ya especializados. Sin embargo, este stress laboral producto del trabajo en primera línea con enfermos graves, ha redundado en que mucho de los médicos y becados que trabajan con nosotros tuviesen que estar bajo tratamiento farmacológico.



Dentro de los colegas que estuvieron enfermos, estuvo el Dr. Eduardo Bustamante, quien estuvo 1 mes con licencia producto de un COVID por el cual debió ser hospitalizado y apoyado con CNAF.



Mención aparte el caso del Dr. Franz Naranjo, quien cayó enfermo con COVID en septiembre del 2020 y su evolución fue de extrema gravedad. No sólo requirió apoyo de ventilación mecánica, sino que siendo esta insuficiente, debió ser trasladado a la Clínica Las Condes para su conexión a ECMO. Sus secuelas tanto físicas como psicológicas, le han impedido volver a trabajar con nosotros hasta la fecha.

Tuvimos actividades académicas on line y pudimos volver a retomar nuestras actividades académicas presenciales a partir del mes de julio del 2020, siendo organizadas de modo que nuestros alumnos se retrasaran lo menos posible.

1932 2021

Inscripciones gratuitas:
<http://bit.ly/2OwUGXH>
www.smschile.cl

Ciclo de Webinars Sociedad Médica de Santiago
Tutoriales de Medicina Interna, Casos Clínicos 2021

Tema: "Neumonía en tiempos de pandemia"
Miércoles 12 de mayo, 19 horas, vía Zoom

Expositores: Dr. Alan Wiener y Dr. Ignacio Pérez
Becados Medicina Interna Universidad de los Andes

COMENTAN:

Dra. Pamela Fariás
 Jefa de Servicio
 Enfermedades Respiratorias
 Hospital Militar de Santiago

Dr. Reinaldo Rosas
 Jefe de Servicio
 Infectología
 Hospital Militar de Santiago

Dra. Carolina Wenk
 Jefa de Servicio
 Medicina Interna
 Hospital Militar de Santiago



10 diciembre 2021
Chile alcanza más de 41,9 millones de dosis de vacunas administradas



29 de diciembre 2021
el 92% de la población mayores de 18 años alcanza esquema completo de vacunación



07 de enero de 2022
MINSAL informa que más de 14 millones de personas completan esquema de vacunación





El 2021 empezó con más esperanzas producto de:

- El inicio de la campaña de vacunación.
- Se conocía mejor el comportamiento del virus.
- Ahora se sabe cuáles son las terapias más efectivas.
- Se implementó en el hospital estudio de PCR SARSCoV2 y Filmarray respiratorio *
- Se implementó estudio de PCR para todo paciente que es hospitalizado. **
- Se está haciendo estudio de Ag urinario para Pneumococo y Legionella.

* Esto hizo que mejorásemos mucho en nuestra gestión de camas, como los resultados de la PCR se tenían rápido, no era necesario tener camas bloqueadas para que un paciente quedase aislado por ser un “caso sospechoso”.

** El PCR obligatorio de ingreso, nos hizo detectar en forma oportuna a casos asintomáticos, lo que hizo disminuir los brotes de COVID nosocomial que hubo durante el primer año de pandemia.

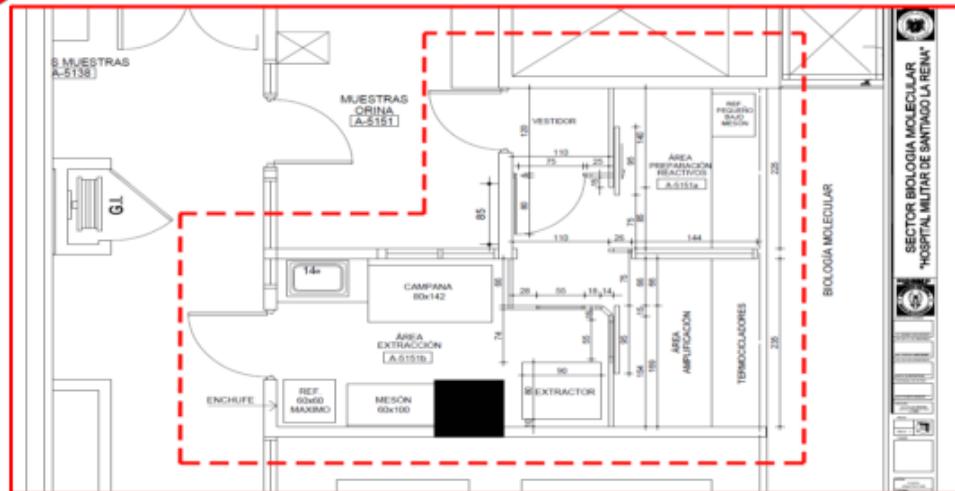
En el informe del Departamento de Laboratorio se presentan las características del Laboratorio de Biología Molecular, creado en el HMS para responder a la demanda de exámenes PCR en forma rápida y oportuna.

La reproducción siguiente muestra un plano de esa nueva Unidad.

La ola de casos de infección por la cepa ómicron hizo pensar que volveríamos a vivir tiempos catastróficos, sin embargo, el curso de la enfermedad se ha hecho más corto. Se creó el término de “alerta Covid” en que quienes han estado expuestos al virus, debían tener precaución de contacto, pero no era necesario que estuviesen aislados; así nunca llegó a colapsar el hospital con pacientes hospitalizados en el período de verano del 2022, cuando se produjo el pick de casos a nivel nacional.



Laboratorio Biología Molecular HMS





CONCLUSIONES

Toda la información que recibimos de lo que estaba ocurriendo en Europa nos hizo presentir que en estos tiempos de globalización en cualquier momento nos llegaría el virus. Un enemigo invisible y silencioso, pero que demostró ser sumamente peligroso, incluso más de lo que pronosticamos inicialmente.

Al principio estábamos ansiosos y expectantes, cómo quienes desean iniciar una carrera para la cual han estado entrenando por mucho tiempo. Por eso tuvimos mucha gente entusiasta, llena de ideas y ganas de colaborar; pero llevando el tema a la jerga militar; esta batalla fue más una guerra de “trincheras”, en que estuvimos largo tiempo asediados y el

virus no nos dio tregua por muchos meses; por eso la “fatiga pandémica” que tenemos actualmente y lo difícil que ha sido reponer a nuestro personal médico y de enfermería de lo que ha sido un verdadero trauma.

En época de crisis, a todos nos invadió el temor; temor a la muerte, a lo desconocido, a la incertidumbre. Para todo el personal de salud los días transcurrían de manera agitada, con información periodística en vivo, alarmante, de desastre mundial, de confinamiento, de pérdida de libertades, con hospitales colapsados, conciertos sin público; en fin, un ambiente de apocalipsis real.

En nuestra profesión nos preparan para lidiar con la vida, la muerte y curar el dolor, tratando de no llevarse éste para la casa; pero cuando son tantos los casos, es difícil que uno al menos nos llegue de alguno modo especial, por nuestra historia y biografía personal.





Muchas veces fui a conversar con mis colegas, para saber cómo estaban y recuerdo haber visto al Dr. Gabriel Navarrete quien ha sido el médico que más largo tiempo ha estado a cargo de la cohorte del 3er piso. Después de una licencia por haber sido contacto estrecho, regresó en el mes de mayo y lo vi trabajando en sala en completo mutismo.

- ¿Qué te pasa Gabriel?, ¿te sientes mal? – pregunté temiendo por su salud mental.
- No doctora ... estoy abrumado...

Eso retrata nuestro estado de ánimo en esos momentos, estábamos abrumados. Abrumados de tener tantos pacientes graves en sala, tantos enfermos que tuvimos que decidir no conectar a ventilación, ver tanta gente morir en completa soledad porque no podían estar acompañados por sus familiares. Vimos el temor en los ojos de aquellos a quienes debíamos informar que tendríamos que intubar porque no estaban bien y que pidieron que les prestáramos un celular para poder despedirse de sus cercanos.

También hubo períodos que como médicos caímos en la desesperación y usamos todo tipo de terapias que en el transcurso del tiempo demostraron no sólo ser inefectivas, sino que incluso dañinas.

Aprendimos mucho también, como por ejemplo que sólo unidos y siendo solidarios entre nosotros avanzamos mejor. Que el recurso que son nuestros alumnos, es nuestro valor agregado como institución, porque tenemos buenas becas de formación. Por último, aprendimos que ser líderes no sólo consiste en dar órdenes, sino ser capaces de escuchar las ideas de quienes tenemos a cargo y trabajar codo a codo con ellos.

En lo personal, aprendimos que nada en la vida hay que darlo por garantizado y que hay que aprender a disfrutar de las “pequeñas cosas” de la vida que nos hace ser felices, como poder caminar al aire libre sin tener que llevar puesta una mascarilla. Sin duda, libres.

Ahora vivimos una “nueva normalidad” en que debemos acostumbrarnos a vivir y navegar con este virus... y trataremos de ser felices, hasta que venga la próxima pandemia.



Dra. Carolina Wenk Carril
Jefe de Servicio de Medicina Interna
Jefe de Residencia de Medicina Interna
Hospital Militar de Santiago



UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO



Parte de nuestro equipo en una pausa en su labor diaria

UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO

1. Unidad de Cuidado Intensivo HMS

Las Unidades de Cuidados Intensivos nacen a finales de los años 70 ante la necesidad de proveer de cuidados post operatorios específicos y mejorar los resultados en los pacientes más graves.

Inicialmente los cuidados eran básicamente de carácter cardiovascular, luego en los 80' se reconoció la importancia de los síndromes de falla respiratoria con alta mortalidad, como el distrés respiratorio del adulto, y se hizo indispensable el uso de ventiladores mecánicos para mejorar la sobrevida.

Nuestra Unidad nace a principios de los años 80', y en las décadas del 80' a los 90' lidero a nivel nacional el manejo del distrés respiratorio, implementándose técnicas como la ventilación con óxido nítrico, y la oxigenación extracorpórea (ECMO).

Nada de esto habría sido posible sin un equipo humano altamente especializado y proficiente, combinando en forma excelente sus competencias técnicas y humanas.

Durante cuatro décadas se formaron en nuestra Unidad médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, kinesiólogos, y personal de colaboración, que finalmente resultaron fundamentales a la hora de enfrentar los desafíos vividos en los últimos 2 años

En diciembre del 2019 conocimos por primera vez la existencia de una infección respiratoria de carácter grave provocada por un virus de la familia de los coronavirus.

Aproximadamente 10 años antes a nivel mundial se habían producido al menos dos brotes de infecciones por otra especie de coronavirus que afectaron áreas relativamente focalizadas en la región del Medio Oriente y Asia. Estas infecciones se caracterizaban por afectar primariamente el pulmón y de ahí se extendían al resto del organismo determinando alta mortalidad.

2. Unidad de Pacientes Críticos (UPC) en Pandemia

La emergencia de un nuevo Coronavirus en el 2019 en China provoco una escalada mundial de infecciones que crecía exponencialmente, y si bien esto ocurría “al otro lado del mundo”, nuestra experiencia de vivir en un planeta globalizado nos decía que era cuestión de tiempo antes de experimentar en carne propia esta pandemia.

En esa fecha la Unidad de Cuidados Intensivos contaba con 11 ventiladores mecánicos, 9 boxes, 6 medicos, 12 enfermeras, 12 paramédicos y 1 kinesiólogo.

Mientras tanto en el hemisferio norte, particularmente en España, Italia y Estados Unidos, el Coronavirus se extendía rápidamente desbordando hospitales y residencias sanitarias, dejando un saldo de muertos como nunca se había visto.

La pregunta surgió de inmediato. ¿Cómo haríamos para enfrentar esta tragedia considerando los pocos medios disponibles?

Por esto a comienzos de marzo del 2020, en conjunto con la Dirección del hospital planificamos una estrategia para afrontar de la mejor manera posible la pandemia.

El primer desafío fue disponer del material necesario para la protección del personal (EPP) ya que guantes, pecheras, mascarillas y gafas de protección escaseaban no solo en Chile sino también a nivel mundial. Fármacos esenciales como antibióticos, drogas vasoactivas y sedantes también eran escasos.

En este punto era evidente que el número de camas disponibles para ventilar debía ser ampliado en el corto plazo. La UPC del Hospital estaba constituida en ese momento por 3 Unidades: la Unidad de Cuidados Intensivos con 9 camas, Unidad de Cuidados Intermedios con 17 camas, y Unidad de Cuidados Coronarios con 8 camas.

Para aumentar nuestras capacidades incorporamos a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, la cual





reconvertimos para atender adultos aportando 6 camas, y luego también las salas de recuperación quirúrgica, con lo cual alcanzamos en total 40 camas en un corto periodo de tiempo. Hacia el final de la pandemia llegamos a habilitar con equipamiento material y humano más de 60 camas en un esfuerzo sin precedentes en la historia de nuestro hospital.

Hay que hacer notar dos elementos claves: el primero fue la redistribución y reasignación de labores a los profesionales y técnicos de la unidad de cuidados intermedios, recuperación y pediátrico, quienes no estaban familiarizados con el manejo de enfermos adultos severamente dañados en su función respiratoria; lo segundo era la escasa disponibilidad de aparatos de ventilación mecánica, obligándonos inicialmente no solo a usar todo nuestro arsenal de ventiladores mecánicos, sino también máquinas de anestesia, que por características de funcionamiento no ofrecían la facilidad de uso de un ventilador mecánico convencional. Eso no significa que un ventilador mecánico sea de operar, por el contrario, se requieren años de experiencia para poder utilizarlos con seguridad y beneficios para el paciente.

Este despliegue logístico requería entonces, personal con la experiencia necesaria para asistir estas camas. No contábamos con mucho tiempo para entrenar al personal menos experimentado, de modo que a médicos, enfermeras, kinesiólogos y técnicos se les dio supervisión diaria, encargada a un especialista de la unidad de pacientes críticos, quien de lunes a domingo revisaba la evolución y tratamiento de los cerca de 40 pacientes en ventilación mecánica. Mientras unos hacían supervisión, otros colegas recopilaban información científica en publicaciones nacionales y extranjeras, logrando con ello desarrollar protocolos de atención propios que por su alta calidad y aplicación práctica al poco tiempo se utilizaron como referencia en otros centros.

Entre mayo y septiembre se produjo un primer pico de atenciones en esta UPC extendida. Familias completas debieron ingresarse por la gravedad de su compromiso, y lamentablemente muchos no lograron recuperarse.

Al comienzo las recomendaciones internacionales para el manejo de la enfermedad se basaban en lo experimentado pocos meses antes en Europa y China por lo que existían pocas certezas científicas, excepto que esta era una enfermedad con alta mortalidad. Se afectaban más gravemente los pacientes que tenían asociada alguna patología crónica como hipertensión, diabetes u obesidad. Mas tarde, entre los años 2020 y 2021, se estableció que el principal factor de mal pronóstico para esta enfermedad era ser mayor de 65 años.

El personal de salud de nuestra Unidad durante este período sufrió un importante estrés y una agobiante carga de trabajo. No solamente existía la preocupación permanente por ofrecer el mejor cuidado posible a los pacientes, sino que al mismo tiempo extremar los cuidados personales para evitar enfermarse o enfermar a la familia.

Muchos profesionales y técnicos paramédicos se aislaron, separados de sus familias trabajaron en jornadas de 24 a 36 h. La fatiga, el aislamiento, la incertidumbre y la experiencia de perder pacientes y familiares dejó una profunda huella.

A fines del 2020 llegamos a tener casi un 30% de ausentismo esencialmente por estrés post traumático y otras afecciones emocionales. Notablemente no tuvimos casos por contagios intrahospitalarios.

3. UPC y Pandemia, la segunda ola

Hacia fines del 2020., cuando pensábamos que la enfermedad iba en descenso nos enteramos con gran preocupación que en Europa se estaba viviendo una segunda ola de COVID. Al igual que la primera ola, la segunda resultó devastadora y con alta mortalidad. Los primeros casos ingresaron a nuestra Unidad al final del verano del 2021, donde evidentemente se veía la influencia de aquellos que regresaban al país después de hacer vacaciones en el extranjero. En marzo los casos aumentaron rápidamente. Si bien ya habíamos ganado experiencia y mejor equipamiento respecto a la primera ola, aun existía a nivel mundial una notable falta de fármacos en especial sedantes y analgésicos. A pesar de lo anterior, y gracias al notable trabajo efectuado semana a semana en conjunto con la unidad de farmacia clínica, logramos disponer de los fármacos necesarios para la atención de los más graves

La experiencia clínica recopilada en la primera ola permitió mejorar resultados en términos de morbimortalidad. Fuimos más eficaces gracias a las habilidades conseguidas meses antes, y por ello pudimos con seguridad disminuir la estrecha supervisión que hicimos durante la primera ola. No obstante, lo anterior estábamos trabajando al límite de nuestras capacidades; fundamentalmente por la fatiga acumulada en extenuantes jornadas de trabajo.

Era importante entonces tener personal de recambio, sin embargo nivel nacional y en todos los estamentos escaseaba. Gracias al entrenamiento que hicimos a becados de Medicina Interna, médicos recién recibidos e incluso especialistas completamente ajenos al quehacer de los cuidados críticos, como cirujanos y urólogos, logramos enfrentar la segunda ola con éxito. Debo

destacar especialmente la enorme labor cumplida por enfermeras, kinesiólogos, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio, sin cuyos cuidados no habríamos podido superar la segunda ola. Estos profesionales estuvieron permanentemente al cuidado de los pacientes exponiéndose a diario, ya que por las características de su trabajo tenían un contacto prolongado y cercano con los pacientes.

Aun así, no tuvimos personal contagiado por infecciones cruzadas, a diferencia de lo observado en otros centros de salud del país. Esto es una prueba más del alto nivel de profesionalismo que desarrolló el equipo de trabajo

Los pacientes que ingresamos en esta segunda ola diferían significativamente respecto a los de la primera. Ahora tenían una o dos dosis de vacunas. Ya no se trataba de pacientes jóvenes sino de mayor edad y con patologías crónicas que implicaban algún grado de inmunosupresión. Muchos eran menos graves que antes, requerían menos días de ventilación mecánica, y mostraban menos mortalidad. Evidentemente la masiva campaña de vacunación de la población estaba surtiendo efecto

4. Reflexiones de lo aprendido, lo sufrido y lo ganado

Solo para destacar: en lo técnico, aprendimos a mejorar la ventilación mecánica tanto invasiva como no invasiva, la oxigenación de alto flujo, prono vigil y traqueostomía percutánea; también el uso de nuevas asociaciones de sedantes y analgésicos y por sobre todo la importancia de trabajar en equipo.

En otros aspectos fue importante el contacto diario con familiares y amigos de nuestros pacientes. Que en ese momento y por razones sanitarias, estaban impedidos de realizar visitas. Médicos, enfermeras y técnicos se tomaban tiempo en las mañanas y tardes para informar de la forma más acogedora y detallada posible; la situación de cada enfermo y de esta manera, disminuir la ansiedad propia de la familia

La pandemia nos enseñó ser más humildes y receptivos; probó nuestros límites. Pero también demostró que fuimos capaces de entregar lo mejor de nosotros, a un conjunto de personas que confiaron recibir la mejor atención posible; y esto en definitiva permitió que se reintegraran sanos a su entorno y familias.



Foto 1. Las técnicas paramédicas y hermanas María Luisa y Sandra Alarcón unidas contra el COVID-19.



Foto 2. La técnica paramédica María Luisa Alarcón con los estigmas provocados por el uso diario de las mascarillas de protección

- 18 de marzo 2020**
Gobierno declara estado de Excepción Constitucional de catástrofe por calamidad Pública en todo el país.
- 21 de marzo 2020**
Ministerio de Salud informa el primer fallecimiento asociado a COVID-19 en Chile.
- 22 de marzo 2020**
Gobierno anuncia toque de queda para todo el territorio nacional.
- 25 de marzo 2020**
Gobierno decreta las primeras cuarentenas totales en siete comunas de la Región Metropolitana
- 30 de marzo 2020**
Fuerza Aérea de Chile realizó primera evacuación aeromédica de pacientes sospechosos de COVID-19 desde Rapa Nui a Santiago.
- 30 de marzo 2020**
Por Resolución Exenta N°215 se dispone la postergación de todas las cirugías electivas cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud del paciente.
- 02 abril 2020**
MINSAL informa la adquisición de 793 nuevos ventiladores mecánicos para la Red de Salud. El país alcanza 3.300 camas con ventilación



Foto 3. El Kinesiólogo Álvaro Gajardo trabajando con un paciente conectado a ventilación no invasiva.

A finales de 2021, la segunda ola claramente disminuyó. Los países vecinos aun lidiaban con esta tragedia con pobres resultados. Por contraste la estrategia de vacunación masiva aplicada en el país daba sus frutos; con una declinación constante en la severidad y frecuencia de casos.

El impacto emocional y psicológico para el equipo de la Unidad de pacientes críticos ha sido dramático. Muchos se han replanteado su vocación y otros decidieron dejar los cuidados críticos. por áreas menos estresantes. Aquellos que se mantienen, han fortalecido su vocación y experiencia. Al finalizar este periodo queda la satisfacción de haber contribuido a mejorar la vida de muchos pacientes y sus familias. Y en el proceso haber aprendido lo medular para futuros desafíos.



Foto.4 La enfermera Johanna Contreras asistiendo a uno de nuestros pacientes en fase de recuperación



SERVICIO DE NEFROLOGÍA



1. Servicio de Nefrología HMS

En nuestro equipo de trabajo, compuesto por médicos nefrólogos, enfermeras de diálisis, TENS, auxiliares y secretaria, nos abocamos a los diversos ámbitos de la especialidad que incluyen nefrología clínica (de adultos), hemodiálisis, diálisis de paciente crítico, procedimientos intervencionales, trasplante renal, docencia, entre otros. En el curso de las últimas décadas nuestro Servicio de Nefrología ha sido considerado un grupo de trabajo bien cohesionado y bien evaluado por nuestros pares en todas nuestras actividades, también en las docentes.

2. Nefrología en Pandemia

Difícil escribir sobre esta pandemia, período tan triste y lleno de incertidumbres.

En un primer momento, principios del 2020, todo se veía muy bien, tranquilo. Ya había ocurrido el estallido social y muchos incluso esperanzados en las mejoras que esto pudiera traer en el tiempo. Por lo demás o estábamos en preparativos para vacaciones de verano del 2020 o justo de vuelta de unas semanas de descanso sin limitaciones. Algunos con la suerte de un viaje fuera del país con total libertad, sin restricciones de movilidad y de pronto ... una noticia, lejana, poquitos casos, una pequeña sombra en el horizonte de algún nuevo problema de tipo infeccioso que estaba afectando a algunos habitantes en China, un nuevo coronavirus, pero que en ningún caso podía ser peor de lo que ya había ocurrido anteriormente con el coronavirus del medio oriente, el MERS, que había dado noticias hacía más de una década y del cual nunca supimos en que quedó porque desapareció sin siquiera llegar a tener un caso ni cerca de nuestro querido Chile.

Hasta ahí las cosas, uno siguió disfrutando de una vida normal, pero en las noticias se empezó a mantener el tema, se empezó a conocer que los casos iban en aumento ya no sólo en China, luego el norte de Italia. En Alemania una delegación de pocos chinos asintomáticos que luego al volver a su país iniciaron síntomas, dejando nuevos casos entre los germanos y luego... los casos se fueron acercando... Brasil, Argentina y finalmente Chile (3 marzo 2020), específicamente Talca, donde más?... si siempre fue como tan internacional (Talca, París y Londres).

Entonces como médicos que somos, ya hubo que ponerse en modo “manos a la obra” y empezar a buscar activamente información científica respecto de este particular coronavirus, modos de transmisión, riesgos de mortalidad, conocimos de la importancia del receptor de angiotensina 2 (ACE2) como vía de entrada

del virus y lo intenso de la expresión de este receptor en las células de la mucosa respiratoria, receptor por lo demás tan conocido en nefrología y, estos comienzos con la poca información disponible, tratar de hacer algo por nuestros pacientes: ¿debo suspender a este paciente su Losartan, dado que este fármaco aumenta el número de receptores ACE2 en mucosas respiratorias y por lo tanto en teoría, haría más susceptible a estos pacientes a adquirir el coronavirus?. En al menos un paciente se decidió suspender dicho fármaco. Aun faltaba tiempo y estudios para que corriésemos dicho error de manejo.

Sin embargo, desde un primer momento entendimos de la importancia de algunas medidas: distancia entre personas, lavado frecuente de manos, uso de mascarillas, sobretodo en nuestra Unidad de Diálisis.

Desde un principio supimos que la mortalidad estaba fuertemente influida por la edad de los afectados. Era cosa de ver nuestra unidad de diálisis con predominancia de pacientes añosos, además diabéticos, hipertensos y alta carga de enfermedad cardiovascular para saber que debíamos protegerlos y la mejor forma era que todos teníamos que usar mascarillas dentro de la unidad de diálisis y del hospital. Pero como no habían mascarillas suficientes y en un principio se cuestionó incluso el uso masivo dentro del hospital, empezamos fabricarlas artesanalmente. Un empresario que trabajaba con equipos médicos inició fabricación unas mascarillas, aun eran algo artesanales, pero a buen precio. Compramos decenas y las repartimos, ya que en el hospital no había disponibilidad



para todos. Eran mascarillas azules con un par de pliegues, aun así de facturación tipo casera, algunas con tiras cortas que dejaban las orejas adoloridas y otras que quedaban sueltas, pero de buena tela y cumplían con su objetivo.

Nuestro equipo en diálisis fue el primero en HMS en implementar el uso permanente de mascarillas en personal y pacientes. A nuestra enfermera jefe le preguntaban si acaso estaba enferma de algo. También adquirimos escudos faciales y N95 para usar en el caso que apareciese algún positivo entre nuestros pacientes dializados. Todo esto ocurría a finales de marzo del 2020. De las vacunas en ese entonces, sólo se sabía que tardarían años en desarrollarse.

Cómo no recordar la tremenda proliferación de memes en esos primeros meses de la ya declarada pandemia. Chile estaba a la cabeza, sólo superado por Mexico en estas lides.

Como grupo de nefrólogos con participación en la sociedad Chilena de Nefrología (SChN), particularmente en el Comité de Diálisis, nos pusimos a la tarea de sacar información de manejo para los centros de diálisis que ayudase a contener un potencial desastre que significaría el contagio de pacientes frágiles. Es así que nuestro grupo participó activamente en la generación de algunos documentos que rápidamente se difundieron por email y por grupos de WhatsApp a todos los centros de diálisis, de los que nuestro centro en HMS tuvo la primicia incluso en su etapa de redacción. Rápidamente empezamos a implementar protocolos de manejo para los pacientes.

Es así que se difundieron algunos documentos ya en abril 2020:

- “**Actualizaciones Recomendaciones de la Sociedad Chilena de Nefrología**” (30 abril 2020), con datos sobre tiempo de aislamiento de un paciente en diálisis, pacientes con inmunidad deprimida por lo que en ese entonces se planteaban 28 días de aislamiento.
- “**Retorno al trabajo Personal de Salud**” en relación al retorno seguro del personal de salud post infección COVID, inicialmente dos semanas de licencia.

Ya en esas primeras revisiones se hacía notar una tasa de incidencia de infección 4 veces mayor en pacientes en diálisis. Posteriormente se analizaría que la tasa de mortalidad era de un 20%, a diferencia población general en 2,7%.

En nuestra unidad de diálisis con pacientes ambulatorios se hizo educación, grupos de WhatsApp, se entregó información verbal y escrita, se hicieron protocolos en diálisis tanto para la llegada y salida de pacientes (**Recomendaciones**



para pacientes en Hemodiálisis Hospital Militar en emergencia Covid-19), (Protocolo de Atención de Pacientes COVID-19 HMS, abril 2020). Los pacientes debían reportar la eventual presencia de síntomas, se retiraron los sillones de la sala de espera para que no tuviésemos acompañantes ni pacientes juntos, quienes en cambio debían esperar en el estacionamiento, dentro de sus vehículos particulares y esperar a ser llamados vía mensajes de celular tanto para el ingreso y salida de la unidad. Se hicieron protocolo de manejo para contactos **(Protocolo de Manejo de Contactos COVID-19 HMS, abril 2020).**

Si en otros centros de diálisis uno de cada cuatro pacientes se infectó, en nuestra unidad no infectó ninguno de nuestros pacientes durante el 2020. Tampoco se infectó nuestro personal producto del trabajo y la exposición que tuvieron con los pacientes hospitalizados o de intensivo infectados que requirieron diálisis.

Además se generaron protocolo de manejo para pacientes trasplantados renales en caso de COVID-19, medidas a tomar durante cuarentena, como modificar tratamientos en caso de hospitalización, uso de corticoides e inmunosupresores, además de antivirales como el Kaletra, antibióticos (Azitromicina) e incluso Tocilizumab y uso inmunoglobulinas en casos severos, todo en acuerdo con equipo de infectología del HMS **(Protocolo de Manejo en Trasplante renal HMS, abril 2020).**



Pero todo este periodo se vivió con temor, todos tuvimos contacto con pacientes positivos, se instalaron catéteres de diálisis a pacientes sintomáticos, se los dializó con la impresión que las horas en diálisis se alargaban más de lo habitual. El temor quizás no era tanto para uno mismo, sino por las consecuencias, por el riesgo de contagiar a otros pacientes, o propio grupo familiar, a padres, a abuelos.

Al andar de las semanas y meses de ese 2020 los casos fueron en aumento, se iniciaron las cuarentenas. Y aunque uno con su carnet de médico podía andar por Santiago con relativa normalidad y horarios, no era posible salir de fuera de Santiago ni siquiera a tomar aire. Era notorio la disminución del parque automotriz... y también lo frecuente que uno empezó a ver carrozas funerarias con sus acotados cortejos fúnebres de unos pocos autos. Si antes uno se topaba con éstos de vez en cuando, luego fue algo frecuente de ver todas las semanas.

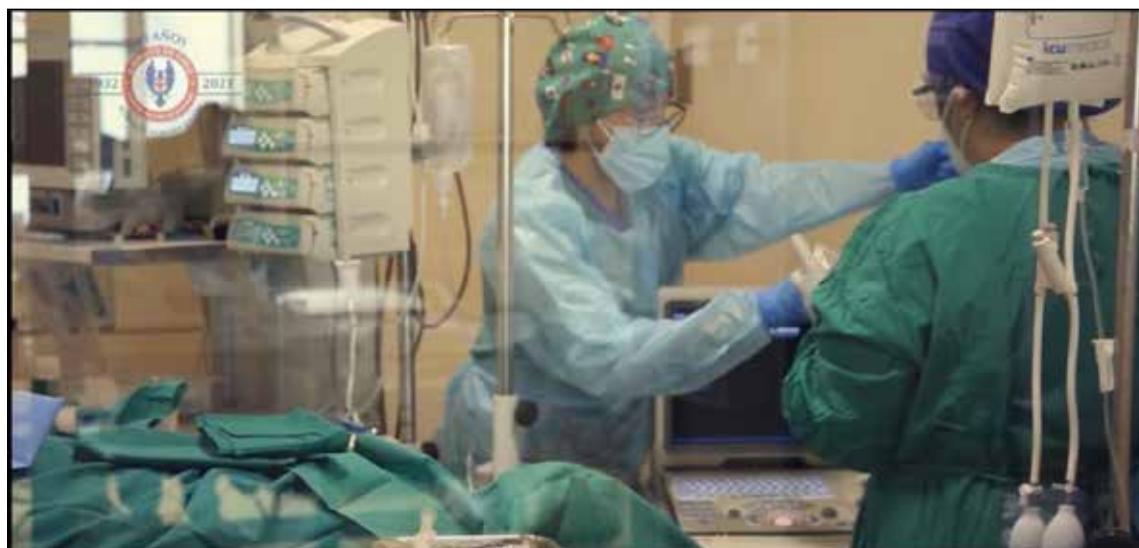
En nuestro hospital todas las camas se llenaron de pacientes COVID-19. Fue súbito. Una semana teníamos 3 casos en nuestras Unidades de Paciente Crítico y tres semanas después estábamos llenos. Oportunamente se aumentó la capacidad de camas críticas del Hospital Militar, el que por estar incluido en red Nacional Ministerial tuvo ingresos desde todo Chile. Si antes teníamos 17 camas ventiladas entre unidad cuidados intensivos y unidad coronaria, ahora se aumentó a una capacidad total de 34 camas con ventilación mecánica.

- 16 de noviembre 2020**
Chile alcanza récord en Latinoamérica con más de 251 mil test PCR realizados por millón de habitantes.
- 24 de diciembre 2020**
Presidente Sebastián Piñera recibe primer cargamento de vacunas. Se inicia campaña de vacunación, priorizando al personal de salud de primera línea.
- 26 de diciembre 2020**
Más de cinco mil funcionarios de la Salud de unidades críticas del sector público, institucional y privado han fueron vacunados.
- 31 de diciembre 2020**
Presidente de la República recibe segundo cargamento con 11.700 vacunas, destinadas a la inmunización del personal de salud.
- 21 de enero 2021**
Se presenta oficialmente el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.
- 28 de enero 2021**
Se recibe primer cargamento de casi dos millones de dosis Sinovac y se presenta calendario de vacunación masiva.
- 03 de febrero 2021**
Se inicia vacunación masiva.

Por el curso de varios meses del 2020 (de abril a agosto) prácticamente dejaron de existir otro tipo de pacientes que no fuesen COVID-19. Se suspendieron consultas médicas, urológicas, traumatológicas, de oftalmología, se cerraron pabellones quirúrgicos, etc. Todo era COVID-19. Uno se preguntaba, ¿qué paso con los pacientes de traumatología, reumatología, gastro, cirugía plástica y qué hicieron los colegas que los atendían?. Supimos que muchos de estos especialistas se pusieron manos a la obra y cooperaron en lo que se necesitase. En nuestro centro y en otros se dedicaban a una tarea que no habían hecho antes y para la cual no estaban preparados. Nuestros anestesiólogos se abocaron a la tarea de generar protocolos de intubación orotraqueal liderado y realizado por ellos mismos. Además se unieron a los turnos de intensivo. Había un urólogo en intensivo... gran valor!

Pero si bien había voluntad de ayudar en lo que fuese, el estrés pasó la cuenta y el síndrome burnout se hizo evidente en muchos, particularmente en los que se vieron trabajando en lo que no se habían formado. La especialidad de medicina intensiva exige amplio conocimiento de patologías y complicaciones graves en todas las áreas de medicina interna así como de complicaciones quirúrgicas, destreza en realización de procedimientos invasivos y cierta capacidad para soportar el estrés en situaciones críticas. Los pacientes COVID-19 iniciaban con insuficiencia respiratoria grave para posteriormente sufrir muchas complicaciones, entre otras, las renales.

En nuestra área de Nefrología si bien dejamos de ver glomerulopatías y ya no se hicieron biopsias, seguimos atendiendo a pacientes críticos, quienes frecuentemente presentaban falla renal, alteraciones electrolíticas y, de esta forma, no nos alejamos de nuestra área, sino que todos nos abocamos a la nefrología del paciente crítico. Sin embargo hubo que suspender por meses nuestro programa de trasplante, dado que no era planteable someter a un paciente a la inmunosupresión requerida frente al riesgo de contagiarse y fallecer. La información



publicada a nivel internacional primero y nacional después, demostraba que la mortalidad de los pacientes trasplantados renales infectados COVID-19 aumentaba a 15,5%.

Prácticamente todas las insuficiencias renales agudas que vimos eran por causa del COVID-19. Por un tiempo nos pareció que no hubo otras enfermedades. El riesgo de contagio para todos era permanente. Ya no nos podíamos juntar con amigos o seres queridos. Y si es que uno salía a tomarse un café con alguien al final no se podía ni disfrutar, porque se estaba atento a tanto detalle (p.ej. alejando la taza de café o tapándola con una servilleta) que al final uno quedaba como paranoico. Para muchos de nosotros ver a nuestros padres o abuelos no fue posible. Uno era “personal expuesto”, en riesgo de contagio y en cualquier momento podíamos estar infectados y contagiar a otros sin saberlo.

Nuestro grupo de Nefrología siguió trabajando continuamente quizás con la excepción de un par de semanas en que nos separamos en acudir a HMS la mitad del equipo en junio 2020, peak de la pandemia. Las consultas médicas se cerraron por algunas semanas y sólo atendimos a pacientes descompensados, llamamos por teléfono a los pacientes que lo requerían o a quienes sabíamos que teníamos que controlar así como a los que nos solicitaban atención, generalmente era por vía telefónica. Se mantuvo la atención semanal en el policlínico de trasplante pero de manera no presencial.

En otras especialidades médicas los colegas literalmente no pudieron continuar en lo suyo. Nosotros continuamos atendiendo. Sin embargo si alguno se fue a casa por una semana, claramente nunca fue un descanso. Se vivía un tremendo estrés. El que se iba a casa por unos días lo hacía casi con sentimientos de culpa, queriendo ayudar desde la casa, se llamaba por teléfono, se estaba atento a todo lo que se comentaba en grupos WhatsApp de trabajo (de Nefrología, de la UTI, de la UCI, grupos de becados, etc), pero pese a querer ayudar, en realidad no se tenía la posibilidad cierta de poder hacer algo realmente útil. Sentimientos de frustración, y luego de impotencia, de rabia por este virus y sus nefastas consecuencias a todo nivel.

Los pacientes en UCI que hasta años previos se conectaban a Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) por una neumonía ya fuese bacteriana o viral, habitualmente salían de VMI a la semana. En una década anterior quizás si hubo 3 o 4 pacientes ventilados en UCI que requirieron pronó. Era difícil hacerlo, se requerían 4 o 5 personas coordinadas para lograrlo. El paciente se exponía a riesgos dados por la posición, se generaban escaras en el rostro y zonas de prominencias óseas como caderas, rodillas. Había riesgo de lesionar plexos braquiales y el gran riesgo de una autoextubación accidental en un paciente pronado. Poner a un paciente en pronó, antes de la pandemia, era algo excepcional.

Luego todo cambió. Ahora en pandemia teníamos al 100% de los pacientes de unidades críticas en ventilación mecánica invasiva y más del 90% de ellos requirió pronó. Era de no creer. Los que antes habíamos trabajado en UCI nunca habíamos visto algo así. Casi el 100% de los paciente en VMI se tenían que poner en pronó (más del 90% pasaba 1 o más ciclos de pronó). Se hizo una práctica habitual. En un principio los médicos, jóvenes en su mayoría que se integraron al trabajo de intensivo, todos estaban con un nivel de estrés tremendo. Con el tiempo se volvieron verdaderos expertos en el manejo y protocolos de acción. Si se cumplían tales o cuales condiciones, entonces esto o aquello y si las cosas no mejoraban, pronó! fácil no? ... No!. Fue todo menos fácil. En Unidades Críticas el trabajo fue infernal. El agotamiento fue extremo. Médicos en turno casi continuo. Algunas horas de descanso en casa para volver y continuar 24 horas más. Hubo algunos contagiados, verdaderas “bajas transitorias” en los esfuerzos frente a la tremenda carga asistencial. La frustración... antes de la pandemia los pacientes con neumonía habitualmente salían del ventilador en 7 a 10 días, casi nunca con traqueostomía, y nadie en pronó. La diferencia era abismal.

La mortalidad promedio de los pacientes COVID-19 ventilados bordeó el 20%. No se permitió el ingreso de familiares a centros hospitalarios y el nuestro no fue la excepción. Los pacientes que ingresaron estuvieron solos en su evolución y tristemente muchos en el momento de su partida. Surgió la iniciativa de video-llamada para que los pacientes pudiesen ver a su familia antes de conectarse al ventilador (los





pacientes ventilados en prono requieren sedación profunda). Esta iniciativa fue espontánea y liderada inicialmente por enfermera de calidad, realizando esta tarea con notable sensibilidad, respeto y empatía por un paciente, por una persona enferma que sufría tanto por su condición, como por la posibilidad cierta de ser ésta la última vez que vería a sus seres queridos... a través de una pantalla. Hubo lágrimas, como no haberlas si este virus podía afectarnos a todos.

Una vez en ventilación mecánica no había cómo lograr recuperar de forma precoz a estos pacientes que se pasaban fácilmente 1 mes en ventilación mecánica, llenos de complicaciones, con una o varias infecciones asociadas a ventilación mecánica o de otros focos, llenos de secreciones pulmonares, con complicaciones tromboticas pulmonares y de otros territorios, todo insólito, siempre debiendo recurrir a búsqueda bibliográfica en medio de una explosión de publicaciones científicas para tratar de orientarnos en qué hacer con el paciente que teníamos enfrente que por enésima vez se estaba complicando y que nuevamente volvía a retroceder en los discretos avances, si es que algún avance se hubiese logrado, y que nuevamente aumentaba su riesgo de no superar la infección de este maldito virus. A ojos vista se observaba cómo la inflamación pulmonar sostenida daba paso a fenómenos fibróticos pulmonares. Era evidente la emaciación, las severas atrofiaciones musculares, el delirio de los pacientes, el compromiso de conciencia, la casi nula capacidad de cooperación del propio paciente, todo lo cual postergaba las posibilidades de salir de una vez por todas del ventilador. Muchos con traqueostomía para facilitar este proceso. Y de los que lograban salir... quedaban convertidos en la sombra de lo que eran previamente, en extremo frágiles, con severas neuro-miopatías de paciente crítico, con insuficiencia respiratoria crónica, algunos con daño cerebral más o menos evidente.

La frustración de ver que pese a los esfuerzos y aunque se lograra recuperar a muchos pacientes, éstos ya no eran los de antes.

En Nefrología hubo mucho trabajo. Nos organizamos para mantener un trabajo continuo. Se demostró que los pacientes COVID-19 graves que desarrollaban falla renal aguda severa con necesidad de diálisis aguda tenían un 45% de mortalidad. Nos tocó ver muchos pacientes que no lograron salir, incluso adultos jóvenes. Tuvimos a pacientes trasplantados renales en Intensivo, quienes luego de superar tanta carga de enfermedad y de lograr trasplantes renales exitosos, el COVID-19 nos los arrebató. Las pérdidas, la frustración de no lograr hacer más, de no tener mayores herramientas.

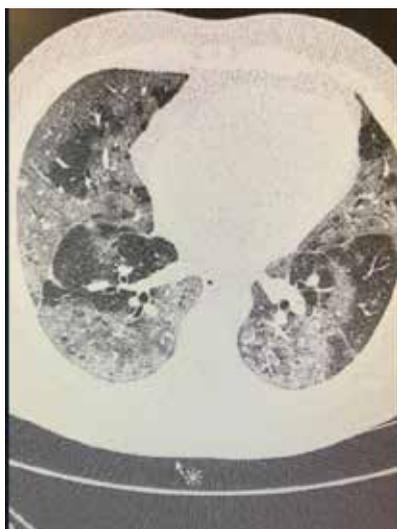
La SChN generó la Fuerza de Trabajo Anti COVID (FUTAC). A nivel nacional se recopiló información sobre los pacientes con Insuficiencias renales

agudas (IRA). La Fuerza de Trabajo Anti COVID de la SChN se abocó a la tarea de lograr tener registros. La Jornada de Diálisis del 2020 se dedicó como tema principal al COVID-19. Con orgullo para nuestro equipo, fuimos parte activa de este proceso. Entre el 2020 y 2021 se logró recopilar la información de COVID-19 en pacientes críticos y se animó a colegas de otras instituciones a un trabajo colaborativo multicéntrico, lo cual fue liderado por una de nuestras integrantes y el apoyo de todo nuestro equipo. Es así que se logró publicar y presentar luego en el Congreso Chileno de Nefrología del 2021 los datos recopilados. Con gran mérito de la misma Nefrólogo de nuestro equipo que lideró el trabajo multicéntrico, quien luego fue la secretaria ejecutiva de Congreso de Nefrología que se desarrolló en noviembre de 2021. Aquí se mostró toda la experiencia acumulada. Este congreso se llevó a cabo en periodo de pandemia, completamente en modo “online” y siendo exitoso y ampliamente reconocido por la directiva de la SChN. Se contó con la presencia de grandes exponentes de la nefrología mundial. Se revisaron los resultados, lo terrible de éstos por la alta mortalidad en pacientes críticos que requirieron diálisis de agudo y, para nuestra sorpresa, se encontró que los resultados obtenidos en Chile eran comparables e incluso mejores a los de países desarrollados. Una pequeña sensación de orgullo, de pequeña victoria, en medio de un desastre nunca antes visto ni por nuestros abuelos. En Trasplante renal, también tuvimos el honor y orgullo de que una de nuestras nefrólogas del equipo lideró la recopilación de información, lo que nos permitió conocer los resultados previamente mencionados. También se mostró en dicho congreso resultados de pacientes en diálisis peritoneal.

Desde el 2021 en adelante hubo casos en nuestra unidad de diálisis, pocos y afortunadamente sin tener que lamentar hasta ahora ningún fallecimiento.

El 24 de diciembre de 2020 llegaron las vacunas a Chile. El 26 de diciembre llegó el primer cargamento de vacunas a nuestro Hospital. Su logística era compleja por requerir una cadena de frío extrema (-70 grados C). Una vez descongeladas había que usarlas. Dicho día, luego de vacunar a todo el personal de turno, sobraron algunas dosis que si no se usaban en ese momento había que desechar, así que muchos corrimos al llamado y tuvimos la fortuna ese día sábado de recibir nuestra primera dosis. Para unos un leve calofrío 24 horas después, para otros uno más intenso.

En retrospectiva, el peor momento de la pandemia, con las unidades de intensivo atiborradas de pacientes críticos, se vivió entre abril a agosto del 2020, en aquella “primera ola” que a mediados de junio registró un máximo promedio semanal de más de 6.000 casos diarios (junio de 2020). Más de un año después y con varias dosis de vacunas en el cuerpo, en febrero de 2022 se llegó a más 35.000 casos diarios promedio semanal y en nuestras unidades críticas quizás si



llegamos a tener por un par de semanas la mitad de nuestras camas ocupadas por pacientes COVID-19 y la mitad de ellos sin ventilación mecánica. Es decir, previamente estuvimos al 100% de nuestra capacidad (aumentada) de camas ventiladas ocupadas, habiendo en Chile 6.000 casos diarios y luego, en febrero de 2022, con 35.000 casos diarios todo estuvo tranquilo. Visto de otra forma, los casos positivos SARS-CoV-2 en Chile aumentaron en aproximadamente 6 veces y en nuestro hospital tuvimos $\frac{1}{4}$ de ocupación con ventilación mecánica invasiva, y por sólo un par de semanas.

Qué otra explicación a este hecho puede haber que no haya sido **producto de la vacunación**. La evidencia internacional también demostró que la vacunación disminuía en 10 veces el riesgo de hospitalización grave y de mortalidad. Cuando ahora uno escucha a cualquier persona plantear teorías conspirativas y de no creer en la vacunación... es difícil contener la reacción emocional que generan estos comentarios de personas evidentemente malinformadas. Es claro que las estrategias comunicacionales a nivel nacional no han cumplido a cabalidad con su tarea de informar adecuadamente, de haber mostrado quizás con más detalle y profundidad lo que ocurrió,

lo que se vivió y el gran esfuerzo humano que hubo y que literalmente evitó un desastre mayor.

Todo este trabajo se logró llevar adelante con esfuerzo y en su momento con sentimientos de frustración y desolación, pero con un apoyo continuo por parte de todos en nuestro equipo. Todo el personal de salud en nefrología tanto Tens, Auxiliares, Secretaria, Enfermeras y mis queridas colegas Nefrólogos, todos cooperamos para resolver los problemas que se presentaron durante estos años y sacar el trabajo adelante. El apoyo constante y el saber que todos estaban comprometidos en otorgar la mejor calidad de atención para nuestros pacientes y también sentir la calidez y gran calidad humana, el apoyo en nuestros propios momentos de debilidad, hizo este periodo de tristeza uno de solidaridad, de comprensión, de saber que se puede contar con el otro, de gratitud. Recuerdo muchas veces haberme ido a casa luego de un día de trabajo intenso con sentimientos de agradecimiento por estar trabajando aquí, con personas de excelencia, comprometidas, íntegras, y con gusto por el trabajo bien hecho.

Desde ya, mi gran agradecimiento y admiración a todos y cada uno de nuestro equipo y a todos los que en HMS han puesto su esfuerzo y vida en afrontar esta pandemia.

Dr. Eduardo Briones Núñez
Nefrólogo
Jefe de Servicio de Nefrología
Mayo 2022



10 diciembre 2021
Chile alcanza más de 41,9 millones de dosis de vacunas administradas



29 de diciembre 2021
el 92% de la población mayores de 18 años alcanza esquema completo de vacunación



07 de enero de 2022
MINSAL informa que más de 14 millones de personas completan esquema de vacunación .





Equipo de Nefrología HMS

Integrantes del equipo de Nefrología, de izquierda a derecha:

EU. Cristina de Gracia

Dr. Norbert Otipka

EU. Jimena Reyes

Dra. Marcela González

EU. Susana Aguilar

Dra. Gabriela Falcón

Aux. Adriana Vega

TENS. Maria Eliana Guzmán

Dra. Carolina Díaz

Dr. Eduardo Briones

Dra. María Teresa Mallea

TENS. Carol Molina

TENS. Carol García

Dr. Juan Carlos Flores

TENS. Patricia Espinoza

Secretaria, Gloria Peña

Técnico en equipos médicos, Juan Morales





TERAPIA OCUPACIONAL



Equipo de TO, derecha a Izquierda

TO José Palominos; TO Alejandra Lazcano; TO René Palavecino; Auxiliar de Servicio Cristián Moya

1. La Unidad de Terapia Ocupacional (TO)

La terapia ocupacional está especializada en el cuidado de las ocupaciones de las personas, tan seriamente alteradas desde la explosión de esta pandemia, evaluando e interviniendo en la recuperación y mantenimiento de las actividades diarias, desde las más básicas a las más complejas. Por tanto, en cada uno de recursos asistenciales anteriores, la **Terapia Ocupacional es de utilidad en la prevención, tratamiento y continuidad de los cuidados derivados de la situación actual**, mediante la utilización de técnicas evidenciadas en la prevención de complicaciones hospitalarias, así como la rehabilitación de las funciones alteradas por la enfermedad.

El objetivo principal de la Terapia Ocupacional es capacitar/habilitar a las personas para que puedan participar en las actividades de la vida diaria con mayor autonomía e independencia posible, de acuerdo a su cultura y comunidad. Lo anterior a través de una adecuada valoración de las capacidades y dificultades físicas, psíquicas, sensoriales y sociales que posea la persona.

A nivel de Unidades de Cuidados Intensivos, la intervención de Terapia Ocupacional es fundamental, ya que cuenta con las bases teóricas y prácticas para ayudar a prevenir gran parte de los deterioros asociados a la persona crítica, a través de la detección oportuna y la intervención temprana, participando activamente en **protocolos de movilización precoz, prevención del delirium, humanización de los cuidados, entre otras funciones**. Todo lo anterior, favorece una adecuada rehabilitación posterior en unidades de menor complejidad.

2. Misión en Pandemia

La enfermedad por SARSCoV2 o COVID19 genera, en la mayor parte de los casos, una enfermedad leve e incluso asintomática, pero cerca de un 20% de los afectados requerirá

de hospitalización en distintos grados de complejidad. La enfermedad leve y su consiguiente confinamiento, pueden generar compromiso funcional en personas con más riesgo como los adultos mayores. En este sentido es fundamental, garantizar el acceso temprano y oportuno a servicios de rehabilitación considerando los determinantes sociales de salud y la diversidad de secuelas funcionales, asociadas al manejo hospitalario y a la enfermedad en sí.

Por otro lado, las secuelas de la enfermedad crítica pueden permanecer hasta 5 años posterior al alta y no solamente involucran el componente motor. El deterioro cognitivo y psicológico asociado es una causa importante de esta patología y requiere de un alto grado de sospecha y de pesquisa activa ya que, de lo contrario, se tiende a normalizar.

La falta de acceso a rehabilitación oportuna y con cobertura de todas las especialidades de salud necesarias, conlleva disminución del desempeño laboral, situación de discapacidad permanente, reingresos hospitalarios, entre otros. Lo anterior, no solo repercute en la salud de la persona y su familia, sino que también tiene un impacto socioeconómico a nivel país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los servicios de rehabilitación sean considerados críticos en situaciones de catástrofe incluidas las pandemias, pero a su vez reconoce que son los que más se desmantelan en dichos eventos; probablemente esto ocurra por el paradigma antiguo que menciona la rehabilitación en el final de la curva de “salud - retorno de la persona enfermedad” y no considerándola como fundamental desde el comienzo de la patología o lesión, lo anterior favorecerá una disminución de la pérdida de roles de las personas y conlleva el mejor resultado funcional posible.



La pandemia, la enfermedad por SarsCoV2, sus secuelas, y el confinamiento, **ha conllevado una brusca interrupción de las rutinas, ocupaciones y formas de relación interpersonal.** La sociedad se ha visto en la necesidad de iniciar un proceso de adaptación y de aprendizaje acorde a los distintos contextos para minimizar el impacto del COVID-19 en la salud pública e individual.

Lo extraordinario de la situación actual radica en la alteración del equilibrio ocupacional de toda la sociedad, infectada o no, las disciplinas que tienen en el centro de su intervención la ocupación humana, son hoy más necesarias.

En el caso de las personas contagiadas, el impacto sobre la vida diaria está estrechamente relacionado con la gravedad de cada proceso clínico, pudiendo ser desde una incapacidad para realizar las actividades básicas de autocuidado en las personas más afectadas, hasta necesidad de cambios y adaptaciones en actividades instrumentales y avanzadas para los casos menos graves.

Ante tal diversidad de disfunciones, es necesario que los profesionales de la salud, especialmente disciplinas con experiencia en el mantenimiento y rehabilitación de las actividades de la vida diaria como es la Terapia Ocupacional, se adapten y den una respuesta adecuada y apropiada para cada recurso sanitario.

3. TO enfrentando la pandemia

En los inicios de la Pandemia, todos los profesionales de salud debimos enfrentar la falta de protocolos y evidencias respecto al manejo de pacientes con COVID-19, lo que dificultaba la tarea de tratar y rehabilitar a estos enfermos. Por ello, fue clave la labor que hicieron los distintos equipos para llegar a consensos y generar los procedimientos que marcarían su labor durante esta etapa.

La Unidad de Terapia ocupacional del Hospital Militar de Santiago, junto a su equipo de trabajo, conformado por la TO Alejandra Lazcano (hasta febrero del 2021), el TO René Palavecino y TO Coordinador de la Unidad José Palominos y auxiliar de servicio Cristian Moya, realizó un trabajo pionero creando y confeccionando el elemento de protección más requerido y escaso dentro del Hospital, éstos eran las Máscaras de protección facial, en un principio para los profesionales de la salud del Servicio de Urgencia, UCI-UTI y luego, para todos los Servicios del HMS.



EQUIPO DE TERAPIA TRABAJANDO EN LA ELABORACIÓN Y CONFECCIÓN DE ESCUDOS FACIALES (Abril del 2020)

TO: Trabajo terapéutico en UCI , UTI y MQ

La prolongada hospitalización de los pacientes en UCI, UTI y MQ, que han requerido Ventilación Mecánica (VM) han sido son intubados o sedados, y que precisan de un cuidado cercano y de un control en el progreso de los síndromes respiratorios, suelen desarrollar lo que se conoce como “Síndrome post cuidados intensivos” (Síndrome Post- UCI), que se describe como un conjunto de cambios que ocurren en el individuo postrado en cama por un período prolongado y con gran limitación de movimiento, dando lugar a consecuencias multisistémicas y aumentando la duración de la estancia hospitalaria, así como la morbilidad y mortalidad. Este síndrome incluye síntomas físicos, cognitivos y/o emocionales y puede comprender cualquier combinación de estos problemas y puede fluctuar durante meses y años después del alta de los cuidados críticos. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se reconoce cada vez más como una consecuencia importante del tratamiento en el entorno de cuidados críticos. Ciertos factores predisponen a algunos componentes del síndrome, aunque no tienen efecto o incluso son protectores contra otros. Por ejemplo, el aumento de la edad está relacionado con el empeoramiento de la disfunción cognitiva y la reducción de la capacidad funcional, pero también con la reducción de la incidencia del TEPT. Entre las complicaciones físicas más comunes de los pacientes de UCI se encuentra la polineuropatía del paciente crítico, pudiendo llegar a desarrollarla quien esté requiriendo altos niveles de oxígeno, así como la conexión a diferentes tipos de ventilación mecánica.



Video Llamada después de despertar del periodo de riesgo vital de 1 mes.



TO René Palavecino
TO José Palominos

El equipo de Terapia Ocupacional HMS, comenzó con una rehabilitación sensoriomotora para pacientes con polineuropatía, enfocando la rehabilitación a fomentar y mejorar la independencia de las actividades de la vida diaria, en los que se incluye la movilización temprana en pacientes críticos con ventilación mecánica (VM) ingresados en UCI, mejorando de forma significativa la incidencia de pacientes con polineuropatía, el tiempo de conexión al ventilador, la estancia en UCI y la mortalidad.

Dentro de las intervenciones asociadas en el manejo del Síndrome Post Cuidados Intensivos, se incorporará una valoración funcional, cognitiva y de calidad de vida como parte de los antecedentes clínicos agregados en ficha.

También es importante agregar que a la movilización temprana, se agregaron las medidas de prevención de deformidades y manejo de edema en extremidades con el uso de posicionadores u órtesis adecuadas.

Una de las intervenciones más emotivas fue la incorporación de las videollamadas para ayudar a reducir el sentimiento de soledad en las personas hospitalizadas (hay que recordar que estaban prohibidas las visitas), este proyecto fue desarrollado en conjunto con los profesionales del servicio de Fonoaudiología y Psicología, además del apoyo de las enfermeras de IASS. Estas comunicaciones a distancia mejoraron el estado anímico, reducción de la ansiedad de los pacientes y familiares, y en algunos casos, permitió una despedida sintiéndose acompañados en sus últimos momentos.



Otro problema frecuente del paciente crítico, es el delirium, relacionado con ingresos más prolongados, tanto en UCI como en la fase hospitalaria posterior, mayores cargas económicas y mayor riesgo de deterioro cognitivo a largo plazo, llegando a favorecer la demencia. Además, está vinculado con la afectación de la funcionalidad y el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida y una menor supervivencia. La intervención terapéutica del Equipo de TO favoreció tanto en la prevención como en el tratamiento del delirium en el paciente crítico, como así también en la prevención y el manejo del Síndrome Post-UCI y en la promoción de la autonomía del paciente.

Intervenciones Realizadas

- Tratamiento y monitorización postural para prevenir úlceras, deformidades y demás complicaciones.
- Estimulación multisensorial para contribuir al despertar.
- Estimulación Cognitiva y Terapia de Orientación a la Realidad.
- Tratamiento del delirium
- Entrenamiento motor orientado a tareas para la mejora de destrezas sensoriales, motoras, praxis y comunicativas.
- Reeducción funcional y participación en las ABVD.
- Manejo y uso de Técnicas de protección articular
- Manejo y uso de Técnicas de Conservación de Energía.

Debido a la pandemia, la unidad de Terapia Ocupacional sufrió transformaciones asistenciales y se enfocó principalmente en las atenciones de hospitalizaciones de pacientes COVID y debió disminuir considerablemente las atenciones a pacientes ambulatorios de los servicios de traumatología, neurología, reumatología y cirugía plástica. Actualmente, se sigue prestando apoyo a los pacientes COVID hospitalizados y ambulatorios que tengan algún grado de secuela física o cognitiva y que afecte directamente en la realización de las diferentes actividades de la vida diaria de forma independiente y satisfactoria.

El nuevo paradigma es que la Rehabilitación debe ser desde el inicio de la condición de salud del paciente con la mirada humana y profesional del Terapeuta ocupacional.



Nuestros Hijos, nos vieron con otros ojos, pasamos a ser también sus héroes, y nosotros sólo queremos ser sus padres.

Equipo de Terapia Ocupacional
René Palavecino Cisterna
José Palominos Bastias
Abril 2022



KINESIOLOGÍA



1. Kinesiología HMS

Habíamos iniciado el año académico en marzo del 2020 cuando de la noche a la mañana todo cambió abruptamente. Producto de las restricciones sanitarias y la necesidad de poder atender a los pacientes que día a día aumentaban, nos vimos en la necesidad de suspender la atención de pacientes ambulatorios y reorganizarnos en nuestras actividades diarias.

La gran mayoría de los kinesiólogos de este hospital ha desarrollado estudios de especialidad con el objetivo de poder entregar una atención de calidad y en el momento apropiado a nuestros pacientes; muchos de ellos colgaron hace años sus fonendoscopios porque continuaron por la senda de la rehabilitación músculo-esquelética y escuchar términos como PaFi, reclutamiento de unidades alveolares, optimizar relación ventilación/perfusión parecía un idioma desconocido. Situación similar ocurría con las colegas dedicadas a la neuro-rehabilitación, o a piso pélvico; sin distinción todos los soldados-kinesiólogos debieron empuñar armas y acudir al frente de la contienda.

2. Kinesiología en Pandemia

Durante la pandemia, todos tuvimos miedo a enfermarnos, temiendo a la vez enfermar al resto de nuestras familias si adquiríamos el virus. Las noticias desde el otro lado del mundo tampoco eran alentadoras, las cifras de enfermos y fallecidos subía día a día... era como acercarse lentamente y sin vuelta atrás a la catarata donde veíamos como grandes embarcaciones caían descontroladas perdiendo a sus pasajeros ...y nosotros, íbamos varios metros más atrás pero con la casi absoluta seguridad que correríamos el mismo destino.

La mascarilla pasó a formar parte de nuestro rostro, en un principio nos desconocíamos, ni siquiera podíamos desbloquear nuestros celulares por la misma razón. Aprender a utilizar los equipos de protección personal sin olvidar los pasos y luego retirarlos con el máximo cuidado fue otro desafío... mientras tanto los servicios rápidamente se convertían para recibir para recibir a los pacientes con SARS-CoV2, quienes dejaban atrás a sus seres queridos y sin tener certeza de volver a verlos.

En un comienzo, y frente a tantos cambios en poco tiempo, fue difícil poder superar nuestros miedos personales a lo desconocido, imaginar a los kinesiólogos que se habían desempañado por años en policlínico realizando succión de

secreciones a pacientes con vía aérea llena de secreciones parecía una locura, volver a estudiar las curvas flujo-volumen de los ventiladores y aprender a hacer la presión de pausa para medir compliance era como leer chino para quien nunca lo ha estudiado; los uniformes de colores fueron reemplazados por ropa de pabellón la mayoría de las veces 2 ó 3 tallas más grande de la que habitualmente utilizamos, pero la comodidad y seguridad primó sobre el glamour.

Fue de forma espontánea y sin que nadie quisiera restarse que los kinesiólogos más avanzados en intensivo comenzaron a hacer pasadas guiadas con aquellos que no lo eran para poder refrescar, o definitivamente enseñar lo olvidado o nunca aprendido; se implementaron entregas de paciente al medio día para poder estar enterados de la condición en que salían los pacientes desde las UPC a sala y como los de sala enfermaban grave tal que requerían ser trasladados a unidades de mayor complejidad. Em medio de esta guerra sentimos muy profundamente que habíamos escogido correctamente nuestra profesión.

Es casi imposible no emocionarse al recordar las historias de matrimonios de pacientes que al mismo tiempo estaban conectados a ventilación mecánica y que no siempre regresaron juntos al hogar; o integrantes de una misma familia que quedaban hospitalizados en diferentes áreas; o pacientes ingresando sentados en la camilla a la Uci, con gran apremio respiratorio y en su desconocimiento solo le preocupaba que le entregaran su celular a su esposa....





Pero también quedan en la retina experiencias que nos devolvían la esperanza como el caso de una Kinesióloga que se vio enfrentada un día a instalar una cánula nasal de alto flujo (CNAF), a un paciente que ya estaba en prono en piso; ella nunca lo había realizado anteriormente y ante sus dudas pidió ayuda por el chat que tenemos para entregarnos las novedades de los pacientes, recibiendo de inmediato apoyo telefónico de uno de los colegas de UCI y pudo cumplir exitosamente con la tarea encomendada... fue una instalación de CNAF remota absolutamente!

Fueron meses duros para todos y cada uno de los kinesiólogos, tanto en las jornadas en el hospital como en nuestros hogares; pero nos quedamos con el aprendizaje logrado, los procesos que sin duda deben mejorar, el trabajo en equipo y la empatía generada durante este tiempo, el reconocimiento por el resto de los profesionales frente a la labor realizada y que sentimos que efectivamente cumplimos con las expectativas.

A nivel nacional la pandemia permitió visibilizar el trabajo de los kinesiólogos desde el prehospitalario hasta las unidades de cuidados intensivos y luego en el trabajo de rehabilitación necesaria para regresar al paciente a su familia, actividad laboral y a la sociedad. Somos un eslabón primordial en esta cadena, siempre lo supimos pero ahora pudimos contarlo a través de las historias de nuestros propios pacientes.

Hasta el día de hoy los coordinadores de las unidades de Kinesiología de todo el país mantenemos un chat nacional en el cual se siguen compartiendo experiencias, pidiendo ayuda frente al fallo de los ventiladores, compartiendo evidencia, etc.

Sabemos que la pandemia no ha terminado y que podríamos enfrentarnos a una campaña de invierno 2022 más dura que lo que era antes del año 2020, pero estamos seguros que humana y técnicamente estamos preparados para enfrentarla, siempre y cuando contemos con todo el recurso humano que se requiere para tener éxito.

Finalmente, sentimos que hemos demostrado ampliamente nuestro compromiso con el Ejército de Chile a través del cuidado de sus beneficiarios, nuestros queridos pacientes.

Klga. Paola Tapia H
Coordinador Unidad de Kinesiología HMS



KINE SIO LO LOS OTROS GOS PROTAGONISTAS DEL COVID-19

Son fundamentales dentro de los equipos médicos en la crisis sanitaria: arman los ventiladores mecánicos, participan de la intubación y luego en la rehabilitación de pacientes. Un grupo de kinesiólogos que se enfrentan al covid-19 hablan sobre los desafíos que les ha impuesto la pandemia.

Por NATALIA QUEZADA LABARCA.

Comienza el miércoles 12 de mayo. Álvaro Bustos (29) está en una de las salas de la unidad de paciente crítico (UPC) de la Clínica Las Condes. Desde hace un año este kinesiólogo forma parte del equipo multidisciplinario de profesionales que atienden a pacientes que llegan graves con

profesional, unas horas después del procedimiento, y luego agrega:

—Estos meses hemos tenido muchos casos severos. Han sido días extenuantes.

Tal como ocurre con el resto de los kinesiólogos que están en la primera línea del covid, las funciones de Álvaro Bustos se han amplificado con la pandemia.



SERVICIO DE PEDIATRÍA

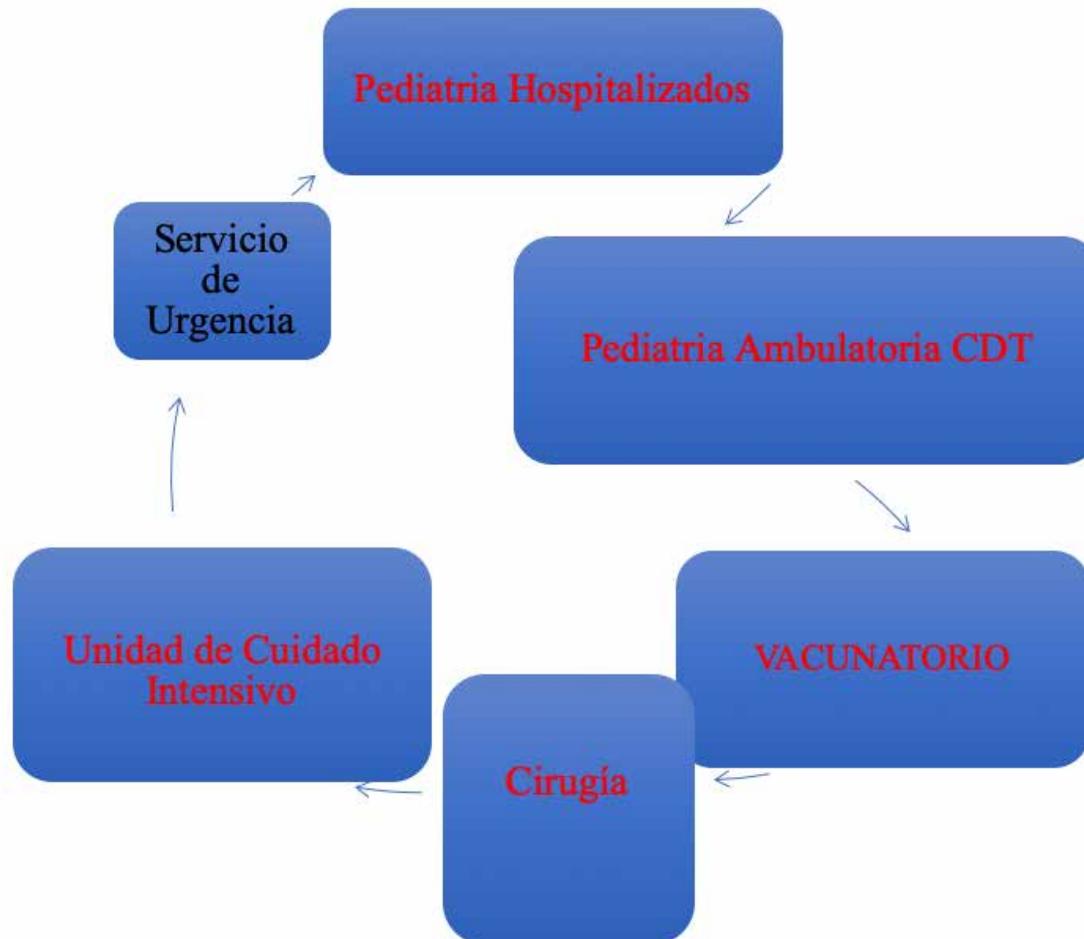


Equipo humano de Vacunatorio

1. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

El Depto de Pediatría del Hospital Militar está conformado por un grupo de profesionales médicos , enfermeras y TENS comprometidos en dar una atención con calidad y calidez a nuestros pacientes y sus familias.

Pediatría es un Depto pequeño inserto en un Hospital de adultos, lo que implica limitaciones en cuanto a resolutiveidad y manejo de pacientes, en especial de patología mas compleja. Sin embargo, resolvemos con eficacia , compromiso y responsabilidad la mayoría de las necesidades de nuestros usuarios .





Servicios y Unidades del Departamento Pediatría

- Atención ambulatoria (CDT)
- Pediatría hospitalización básica
- Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedio
- Cirugía
- Vacunatorio
- Servicio Urgencia Pediátrico, paso a formar parte de Urgencia junto con adultos desde 2020

2. PEDIATRÍA EN PANDEMIA

La Pandemia por SARS-CoV-2 decretada en marzo 2020 tuvo en el Depto de Pediatría las siguientes implicancias y consecuencias ;

- De manera preventiva y de acuerdo a instrucciones ministeriales se requirió el confinamiento preventivo de los funcionarios que pertenecían al grupo de riesgo de enfermar gravemente, lo que afectó a un grupo no menor de un pequeño Servicio .
- Dado que el Coronavirus afectó principalmente a población adulta y que los niños dejaron de asistir a los establecimientos educacionales y se recluyeron en sus casas, la consulta pediátrica cayó drásticamente. Los niños dejaron de asistir a sus controles salud y la morbilidad aguda disminuyó significativamente ante la ausencia de circulación de los virus no COVID-19 que normalmente los afectaban. Por lo tanto nos quedamos sin pacientes, lo que causó desazón e incertidumbre en nuestro equipo .
- Nuestro servicio de Pediatría Hospitalizados fue cerrado a consecuencia de la falta de pacientes y de la necesidad de redistribuir al personal del equipo de salud para apoyar la cada vez mayor demanda de atención pacientes adultos afectados por SAR-CoV- 2

- La UCI Pediátrica fue también destinada a recibir pacientes adultos durante el 2020, a cargo de médicos anestesiastas, trasladando a los residentes Pediatría intensivo a servicio de UTI quirúrgica para apoyo. El año 2021 ante la segunda ola nuevamente se reconvirtió nuestra UCIP para atención de adultos, esta vez manteniendo residentes pediátricos. Los escasos pacientes pediátricos que requerían hospitalización fueron derivados a los centros que mantuvieron atención pediátrica en Santiago.
- El 2021 vimos como nuestro servicio de Pediatría se reabría parcialmente para recibir pacientes adultos, dado la crisis del COVID-19. El Servicio de Urgencia Pediátrico perdió a uno de sus 2 residentes por turno, y dejó de ser parte del Departamento por disposiciones administrativas.
- La atención de pacientes adultos por parte de pediatras fue una experiencia por un lado angustiante, dado el temor a cometer errores por la falta de competencias, y por otro lado un gran desafío que nos hizo ponernos a estudiar nuevamente, con la satisfacción de poder aportar en algo a la intensa y abrumadora demanda asistencial que tenían nuestras colegas de adultos.
- Por otro lado, buscando un nicho donde colaborar, el grupo de pediatras participó activamente en Epivigilancia, y sobretodo en el apoyo al Vacunatorio que experimentó un crecimiento explosivo desde el inicio de las campañas de vacunación en Diciembre 2020, lo que se ha mantenido hasta la fecha.
- A fines del 2020 se publicaron casos de una nueva entidad relacionada con SARS-CoV-2 y que afectaba de manera preferente a los niños, el PIMS (Síndrome Inflamatorio Multisistémico asociado a Coronavirus) con sus distintos fenotipos, lo que nos ha enfrentado al desafío de de pesquisar y tratar en forma oportuna a los pacientes afectados .
- En este contexto de aprendizaje continuo algo positivo de la Pandemia fue que todas las instancias de reuniones clínicas, cursos y congresos debieron comenzar a impartirse de manera virtual, lo que nos permitió integrarnos y participar de reuniones clínicas de otros Hospitales Pediátricos, lo que ha sido enriquecedor y se ha mantenido hasta la fecha.
- Este año 2022 en el contexto del desconfinamiento y la salida de los niños a colegios y centros de cuidado diario, hemos visto como empezaron a recircular de manera simultánea todos los virus que antes circulaban en

distintos tiempos durante el año . Esto ha implicado un aumento significativo de la demanda asistencial tanto ambulatoria como la necesidad de hospitalización . Pediatría parece empezar a volver a su estado Prepandemia , con un invierno que se proyecta mas complicado dado que hay grupo de niños menores mas susceptibles a enfermar por patología viral .

VACUNATORIO HMS EN PANDEMIA

1. VACUNATORIO HMS

- El Vacunatorio del HMS, inició su historia en agosto 2003 en el Hospital Militar de Providencia.
- Su inicio fue difícil y versátil, ya que la comuna de Providencia, con una masa poblacional importante, aportó con gran cantidad de adultos jóvenes que trabajaban en esa comuna que se incorporaban en las distintas campañas de vacunación.
- En el vacunatorio en sus inicios constaba de 2 profesionales: una Tens y un Pediatra. Después de 5 años se incorporó una enfermera, recurso indispensable en esta Unidad Clínica.
- El 22 junio 2012 HMS se trasladó a La Reina. Aquí empezamos en un box del Policlínico de Pediatría, y luego 2 boxes al obtener autorización de PNI en septiembre 2009. Así se mantuvo hasta 2020.

2. VACUNATORIO EN PANDEMIA

- En contexto Pandemia COVID y con el Servicio de Neonatología cerrado, y frente a una inminente campaña masiva de vacunación y giros epidemiológicos, logramos el traslado físico del Vacunatorio a las ex dependencias Neonatología el 29 diciembre 2020.
- El 24 diciembre 2020, en una reunión virtual con la Seremi de Salud, nos notificaron que la campaña de vacunación COVID-19, comenzaba al día siguiente, el 25 de diciembre para funcionarios de salud de servicios críticos.
- Ese mismo día recibimos la inspección de la Seremi, para certificación y validación de nuestro Vacunatorio.
- Ese 25 de diciembre 2020 comenzamos la campaña con la activa y entusasta participación de personal del Vacunatorio, Pediatría, Infectología adultos- IAAS- Dirección Médica y Farmacia.
- Además recibimos el apoyo de Carabineros de Chile y la supervisión estricta de funcionarios de PDI (dispuesto por Minsal) .
- Comenzamos con mucho orgullo y alegría, ya que al fin se iniciaba la posibilidad de combatir este agente viral nuevo, que provocaba tanta morbi y mortalidad .
- Desde ese día han pasado 2 años y medio, con muchas innovaciones en vacunas y esquemas vaccinales, grupos etarios y poblaciones objetivo





- Ha sido mucho trabajo y un gran desafío, que sin el apoyo de Enfermeras- Tens-Pediatras-Infectología adultos- IAAS-Prevención de riesgo-Secretarías-DICE- y muchos más, no habría sido posible alcanzar: **llevamos hasta el 25 mayo/22 : 52.915 dosis totales de vacuna SARS COV 2 .**
- Además, hemos sumado campañas paralelas : PNI y vacunas extra PNI para la venta.
- El tiempo ha ido pasando, y el equipo de apoyo se ha ido reduciendo.
- Esto ha significado un nuevo enfoque y programación en nuestro flujo y organización diaria.
- Esto no ha terminado, seguramente llegaremos a un esquema de vacunación anual o bianual Sars Cov 2 para el próximo año 2023.
- La experiencia ha sido agotadora, pero sin duda, enriquecedora, y ha implicado con mucha comunicación y contacto con profesionales de todos los servicios y estamentos.
- Muy importante ha sido la comunicación fluida y facilitadora con profesionales de la Seremi de Salud de nuestra área.
- Además, el diario enfrentamiento al paciente adulto lleno de temor y expectativas, temor a efectos secundarios, molestias, vivencias de vida, tristezas, aparición de patologías, durante todo este tiempo de pandemia, nos ha enseñado a desarrollar más medicina- paciencia- fe .
- Además también hemos recibido reconocimiento, agradecimiento, alegrías y cuotas de dulzura diarias por parte de nuestros pacientes de nuestros compañeros de trabajo del Hospital Militar



Dependencias de Vacunatorio



Sala de Espera de Vacunatorio



Equipo humano de Vacunatorio



TENs, Enfermera y Médico de Vacunatorio. Jefa de Vacunatorio Dra Pia Spalloni



Equipo humano de Vacunatorio

10 diciembre 2021
Chile alcanza más de 41,9 millones de dosis de vacunas administradas

29 de diciembre 2021
el 92% de la población mayores de 18 años alcanza esquema completo de vacunación

07 de enero de 2022
MINSAL informa que más de 14 millones de personas completan esquema de vacunación





BANCO DE SANGRE



1519100621

08/10/2015

BANCO SANGRE

1. Banco de Sangre HMS.

El Banco de Sangre es un servicio de apoyo clínico, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades de los pacientes requirientes de productos sanguíneos, procedimientos y/o exámenes, en forma oportuna, eficiente y suficiente.

Algunas de las prestaciones que se realizan en Banco de Sangre son:

- Procedimientos Transfusionales de diferentes Hemocomponentes.
- Procedimientos de Donación de Sangre.
- Procedimientos de Aféresis.
- Procedimientos de Recambio Plasmático Terapéutico.
- Procedimientos de Sangría.
- Procedimientos de Plasma Rico en Plaquetas.
- Exámenes Microbiológicos.
- Exámenes Inmuno hematológicos..

Para alcanzar los objetivos y poder realizar en forma oportuna estos procedimientos, el Banco de Sangre requiere para su funcionamiento reactivos, insumos y fármacos, pero además es inmensamente importante dado la cualidad de ellos, los “Donantes de Sangre” quienes proporcionan la materia prima para generar los hemocomponentes requeridos por los pacientes.

La sangre es un tejido que dada sus facultades aún no ha sido posible sintetizarlo de manera artificial manteniendo sus características funcionales al menos en lo que respecta a intercambio gaseoso y funcionamiento plaquetario, cualidad que impide encontrarlo a la venta y por lo tanto requiere de la buena voluntad y espíritu altruista de los donantes.

Durante la primera parte de la pandemia, uno de los servicios de apoyo más afectados a nivel mundial fueron los Bancos de Sangre, ya que el confinamiento y el miedo a la exposición al virus en los hospitales alejó a los donantes de sangre dejando un importante déficit en los Bancos de Sangre y Casas del Donante, lo que afectó directamente a las Unidades de Medicina Transfusional.

Donantes de Sangre HMS

Años	2018	2019	2020	2021
I Cuatrimestre	487	449	394	343
II Cuatrimestre	559	510	346	371
III Cuatrimestre	561	465	360	454
IV Cuatrimestre	549	445	385	535
Total Donantes	2156	1869	1485	1703

Tabla N°1: Cuadro comparativo de donantes atendidos en el Banco de Sangre del HMS donde se observa un claro descenso en la atención de donantes durante el año 2020 y una recuperación en el número de donantes en el año 2021 debido principalmente a la ayuda de las Escuelas.





N° de Transfusiones en servicios críticos

Serv/Año	2018	2019	2020	2021
UTI	202	241	224	199
UCI	113	165	146	71
UCO	83	79	112	107
UTI QX	14	7	17	52
SUA	53	46	40	41
UCI PED	89	19	8	35
PAB	81	81	60	58
TOTAL	635	638	607	563

Tabla N°2: Cuadro comparativo de solicitudes de transfusión recepcionadas en el Banco de Sangre del HMS proveniente de los servicios críticos. Se observa un leve descenso en la cantidad de solicitudes durante el año 2020 respecto a años normales. Es importante recordar que la atención se centró en pacientes con COVID19.

N° de Productos Transfundidos en servicios críticos

Serv/Año	2018	2019	2020	2021
UTI	540	583	545	396
UCI	291	647	391	219
UCO	288	227	353	317
UTI QX	23	16	28	147
SUA	128	141	97	124
UCI PED	184	25	9	71
PAB	254	298	184	237
TOTAL	1708	1937	1607	1511

Tabla N°3: Cuadro comparativo de hemocomponentes transfundidos por el Banco de Sangre del HMS a pacientes de servicios críticos. Se observa un descenso en la cantidad de hemocomponentes transfundidos en el año 2020 respecto a años normales, siendo la Unidad de Tratamientos Intermedios la mayor requirente de productos derivados de la sangre en infectados con Sars-Cov2

2. Banco de Sangre en pandemia

Dada la escasa dotación de personal del Banco de Sangre y su nivel de especialización se hizo necesario cambiar el horario del personal con el fin de disminuir la exposición y con ello disminuir la posibilidad de contagio a objeto de contar un segundo turno de refuerzo en caso de contagios ya que debido al desconocimiento que se tenía del SARS-COV2 al principio de la pandemia, si un integrante del equipo en turno resultaba contagiado, todo el turno debía hacer cuarentena por 14 días. Dicho esto, los cuartos turnos hicieron turnos de 24 horas y el personal de día se rotaba semana por medio y luego cada 3 días. De esta manera se logró sortear también el déficit de EPP (elementos de protección personal) debido a la alta demanda y baja producción y a la vez este sistema permitió cubrir con mayor facilidad al personal que se iba infectando.

Para disminuir el contacto con los pacientes infectados y ahorrar EPP las hemovigilancia de 24 horas a los pacientes COVID transfundidos, comenzaron a desarrollarse vía telefónica con el apoyo del enfermero (a) de turno y la Ficha clínica electrónica.

Con el fin de proteger a los donantes y el personal, se diseñó un sistema de agendamiento de donantes, en el cual se realizaba una entrevista previa al agendamiento para reconocer el potencial riesgo de COVID del donante como así también el rechazo por otros motivos, de esta manera los donantes que no calificaban no tenían que salir de su casa en vano. Una vez aceptado se agendaba una hora de donación la que estaba separada por 30 minutos de los donantes más próximos, aumentando de esta manera el lapso de tiempo de 15 a 30 minutos por cada donante atendido, lo que permitía realizar una sanitización apropiada al lugar donde se atendió al donante.

El despliegue del personal militar desde las Unidades Militares hacia las calles para fiscalizar la cuarentena hizo imposible en el año 2020 solicitar ayuda de donantes voluntarios a los Regimientos. A ello se le sumó la falta de registros telefónicos actualizados de familiares de los pacientes hospitalizados y la poca respuesta de ellos frente a las demandas transfusionales de su pariente, confluyeron

en que los meses de Mayo y Julio del 2020 fueran los más difíciles de la pandemia en cuanto a captación de donantes. Frente a este oscuro panorama, el Banco de Sangre realizó 2 campañas internas de donación de sangre de los funcionarios menos expuestos dando excelentes resultados debido al gran compromiso por los pacientes obteniéndose un 47% de donación altruista en Mayo y un 26% de donación altruista en Julio del 2020 superando el 5% histórico en tiempos normales.

Corriendo el año 2021, cuando se regularizó la dotación regimentaria, se realizaron en el 3° y 4° cuatrimestre, campañas de donación voluntaria en las Escuelas de Suboficiales (3 oportunidades), Infantería (1 ocasión) y Esc. Militar (1 ocasión) lográndose un 20% de donaciones altruistas lo que permitió pasar de un stock crítico a uno óptimo.

3. Lecciones aprendidas.

Durante esta pandemia los conceptos organización, compromiso y austeridad fueron términos recurrentes en el diario vivir y que nos permitió salir a flote como equipo y poder brindar una atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes. Aprender a usar lo justo y necesario para que le alcance al compañero, organizarse en turnos versátiles donde se pudiera reforzar en tiempos malos, preocuparse no sólo de la salud física sino también de la salud mental del personal, aprender a cuidarnos aunque los EPP molesten e incluso hasta duelan a fin de no infectarse y poder enfrentar la jornada laboral sin arriesgar al equipo, pacientes ni a la familia.

Sin duda que la lección está en cuidar al personal y darle las herramientas para que puedan desarrollarse en forma segura generando un ambiente cordial, logrando de esta manera un personal comprometido con el servicio, la institución y los pacientes.

Cuidar y fidelizar a nuestros donantes, fuente inagotable de materia prima brindándole una atención amable y de calidad insentivando el altruismo.





Fig 1: Extracción de sangre a donante altruista en Campaña de donación de Sangre altruista en Escuela de Suboficiales Agosto 2021



Fig 2: Extracción de sangre a donante altruista en Campaña de donación de Sangre altruista en Escuela de Suboficiales Octubre 2021



Fig 3: Entrevista a donante altruista en Campaña de donación de Sangre en Escuela de Suboficiales Octubre 2021.



Fig 4: Extracción de sangre a donante altruista en Campaña donación de Sangre altruista en Escuela de Infantería Diciembre 2021



FONOAUDIOLOGÍA



1. FONOAUDIOLOGÍA HMS

En la Unidad de Fonoaudiología se presta atención a pacientes niños y adultos, en forma ambulatoria y a hospitalizados, con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar y tratar alteraciones en deglución, comunicación (habla, lenguaje, voz y audición) y cognición.

La Unidad contaba con las Fonoaudiólogas Paula Vicencio Silva como coordinadora de la unidad, Flga. Carolina Díaz Carreño y Flga. Bárbara Gamboa Toledo.

- La atención normal pre pandemia consistía en :
- Atención ambulatoria (niños y adultos)
- Atención a pacientes hospitalizados
- Atención a pacientes geriátricos en forma grupal ambulatoria
- Atención en talleres grupal a pacientes adultos

Las atenciones ambulatorias se realizaban en los box de atención (3 box) de Fonoaudiología en Serv. Med. Fís. Y Rehab. del Hosmil. Las atenciones a hospitalizados eran realizadas en salas especialmente 8 piso I, II y III unidad, 7° piso, 4°, 3° y todas las UPC.

Se desarrollaban actividades de docencia a alumnos de 4°, de tipo pasos prácticos grupal, y a 5 ° año para internado práctica profesional de Fonoaudiología de Universidad Mayor y Universidad Los Andes.

2. UNIDAD DE FONOAUDIOLOGÍA en PANDEMIA:

El COVID-19 es un virus que produce graves problemas respiratorios, por lo tanto, una parte importante de los afectados ha tenido cuadros de disnea o hipoxemia que son tratados con ventilación mecánica: invasiva o no invasiva. En casos de ventilación invasiva requiriendo de intubación oro traqueal, Aquellos con evolución tórpida o de necesidad de mayor plazo de VMI se les practican Traqueostomía para prevenir daños a nivel glotis y para favorecer ventilación pulmonar y el manejo de secreciones.

Estos pacientes son alimentados generalmente con nutrición enteral y /o parenteral.

Se requirió de la evaluación e intervención de Fonoaudiólogas en pacientes con Covid-19 para:

- Evaluación deglución a pacientes extubados
- Intervención en pacientes con alteraciones en la voz (afonía o disfonía) post intubación.
- Intervención de alteraciones deglución postintubación.
- Manejo de la comunicación en traqueostomizados
- Participación en proceso de decanulación pacientes.
- Una de las Fonoaudiólogas presentó embarazo al inicio de la pandemia por lo que le correspondió no asistir.
- Se realizó en Servicio de Medicina Física y Rehabilitación turnos de asistencia de 3 días cada una de las dos fonoaudiólogas durante el primer mes y luego se normalizó a horario completo ambas.





Se suspendió toda atención presencial ambulatoria sin embargo se instauró la atención vía telemedicina. Se realizó atención a pacientes hospitalizados de Covid-19 en piso de cohorte y unidades de paciente crítico realizando evaluación y tratamiento de deglución, voz, traqueostomizados y alteraciones cognitivas.

Se continuó con la atención de hospitalizados con patologías de origen neurológico, geriátricos y otras no covid.

Se participó en grupo encargado de realizar video llamadas a pacientes hospitalizados ya que no podían ser visitados por sus familias.

3. UNIDAD DE FONOAUDIOLOGÍA POSTPANDEMIA

Actualmente se mantiene atención por Telemedicina y se reinició atención ambulatoria.

No se reanudó atención grupal a pacientes geriátricos.

Se continúa con atención a hospitalizados derivados de las especialidades de Neurología y Medicina.





OTORRINO



Otorrinolaringología (ORL) en pandemia.

En el Servicio de ORL, recordamos que el primer paciente Covid-19 diagnosticado fue un médico de Talca que venía llegando del extranjero en febrero 2020. De ahí el avance en el número de casos de coronavirus se hizo incontenible y en el HOSMIL se empiezan a tomar una serie de medidas de contención, y en particular en el Servicio de Otorrinolaringología, cuyo personal sería el más expuesto por su trabajo en la vía aérea.

Se empezaron a conocer los síntomas habituales de esta enfermedad altamente contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2. Produce síntomas de fiebre, tos, dificultad respiratoria y que en casos graves se complicaba con neumonía y/o tromboembolismo pulmonar, afectando especialmente a pacientes inmunodeprimidos, diabéticos, obesos e hipertensos.

No pasó mucho tiempo y ya en abril del 2020 por orden Ministerial, en el HOSMIL se decide suspender la atención de policlínico y toda cirugía electiva, salvo las urgencias.

Cambio la vida de todos y nos tuvimos que adecuar a una nueva realidad médica y familiar, con el uso de equipo de protección personal, distanciamiento social, encierro obligado y toque de queda.

Las unidades de atención crítica UCI y UTI empiezan a tener una ocupación del 100% y el Servicio de ORL comienza a funcionar sólo con la atención en policlínico de las urgencias

implementando un sistema de turnos que permitió que este Servicio mantuviera una atención diaria, siendo loable el compromiso laboral de nuestros Médicos, Tecnólogos Médicos, TENS y Secretaria, que mantuvieron la atención de salud permanente. En este periodo tuvimos 3 funcionaras contagiadas.

Continuamos atendiendo las solicitudes de interconsultas que a diario se sucedían de las Unidades de pacientes críticos para traqueostomías, evaluación de epistaxis en pacientes anticoagulados y decanulaciones.

A fines de año 2020 empezamos a retomar el Policlínico y algunas cirugías con alto riesgo de complicaciones, cumpliendo estrictamente con los protocolos, pero una segunda ola en enero 2021 nos regresó nuevamente a suspender los procedimientos quirúrgicos.

En febrero del 2021 se inicia el proceso de vacunación, completando 4 dosis a inicios del año 2022.

Así se logra la baja en la ocupación de las camas críticas y se normaliza la atención tanto en policlínico como en pabellón quirúrgico manteniendo todas las medidas preventivas exigidas por el Ministerio de Salud a la fecha.

Aprovechando el relatar nuestra experiencia, queremos transmitir nuestros agradecimientos y felicitaciones al personal de salud de nuestro Servicio.





HMS EN PANDEMIA

Médicos:

Aldo Rimassa Iglesias

Marcelo Faraggi Aguirre

Samir Rodríguez Chaker

Bharti Tulsidas Mahtani

Iñaki Zarraonandía Andraca

Virginia Murillo Sayago

Tecnólogos Médicos:

Gabriela Cartier Moya

Jacqueline Díaz Díaz

Carolina Carrasco Sánchez

TENS:

Patricia Flores Ortega

Mirtha Abaitúa Pizarro

Secretaria:

Elisa Thielemann Iturrieta

Dr: Enrique Valenzuela Torres

Jefe Servicio ORL





ANATOMÍA PATOLÓGICA



1. Anatomía Patológica HMS

Antes que comenzara todo a nivel mundial nosotros como Servicio pasábamos por un periodo de cambios y ajustes, con renovación parcial del personal. Nos estábamos adecuando a la nueva rutina con una carga laboral de aproximadamente 500 biopsias por mes, en el caso de los Papanicolaou son cifras muy similares a las biopsias, entre 400 a 500/mes, y luego llego la pandemia. Fue un periodo de muchos cambios en el equipo pero al mismo tiempo mucha solidaridad y compañerismo.

2. Anatomía Patológica en Pandemia

En pandemia se integraron las doctoras Bustamante e Ibáñez al laboratorio un día miércoles en la tarde, y nos dijeron “*estamos en pandemia y hay que tomar medidas. Tendremos que dividirnos en turnos*”, en ese momento nos miramos y nos dimos cuenta que todo cambiaría... No nos veríamos durante algún tiempo.

Nos unimos como grupo para sacar el Servicio adelante, a la vez evitando contagiarnos, implementándose estrictas medidas de seguridad en los procedimientos de COVID-19 y así cuidarnos a nosotros y a nuestras familias.

Los turnos fueron conformados por 2 tecnólogos médicos, una secretaria, dos patólogos por semana, y en el caso del auxiliar de servicio fue enviado a su casa por sus enfermedades pre-existentes; el Técnico en Enfermería realizo turnos semana por medio.

La carga laboral cambio, con los pabellones cerrados las Biopsias disminuyeron, pero se retomó todo el trabajo administrativo y de eliminación de documentación.

Post-pandemia el año 2021 y lo que llevamos del año 2022, ya hemos cumplido las metas, salimos mucho más fortalecidos y unidos como grupo de trabajo, a pesar de estos últimos difíciles 2 años.

Volviendo a la carga laboral histórica (cantidad de exámenes recibidos por el Servicio de Anatomía Patológica) similar a la existencia previo a la pandemia.

3. Metas Anatomía Patológica 2020-2021

I. Metas 2020

1.- Durante el año 2020, alcanzar un **100%** de cumplimiento en la notificación de resultados críticos de biopsias y citología Papanicolaou a los servicios clínicos.

2.- Durante el año 2020, mantener un **80%** de cumplimiento en la entrega oportuna de resultados de exámenes de anatomía patológica.

EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO I SEMESTRE 2020	
OBSERVACIONES	
1.-	Se mantuvo porcentaje de cumplimiento
2.-	Se mantiene el porcentaje de cumplimiento, exceptuando el mes de marzo con un 70 %, por inicio de pandemia.

EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO II SEMESTRE 2020	
OBSERVACIONES	
1.-	Se mantuvo porcentaje de cumplimiento exceptuando 1 caso del mes de julio.
2.-	Se mantuvo porcentaje de cumplimiento en la entrega oportuna.



10 diciembre 2021
Chile alcanza más de 41,9 millones de dosis de vacunas administradas



29 de diciembre 2021
el 92% de la población mayores de 18 años alcanza esquema completo de vacunación



07 de enero de 2022
MINSAL informa que más de 14 millones de personas completan esquema de vacunación .





II. Metas 2021

1.- Durante el año 2021, mantener un **85%** de cumplimiento en la entrega oportuna de resultados de exámenes de anatomía patológica.

Se aumenta el % del cumplimiento, debido a un buen rendimiento este indicador durante el 2020, así potenciando la mejora continua.

2.- Durante el año 2021, alcanzar un **100%** de cumplimiento en la notificación de resultados críticos de biopsias y citología Papanicolaou a los servicios clínicos.

La meta 2020 no se cumplió al 100%.

EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO I SEMESTRE 2021	
OBSERVACIONES	
1.-	Se mantuvo porcentaje de cumplimiento
2.-	Se mantuvo porcentaje de cumplimiento en la entrega oportuna.

EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO II SEMESTRE 2021	
OBSERVACIONES	
1.-	Se mantuvo porcentaje de cumplimiento
2.-	Se mantuvo porcentaje de cumplimiento en la entrega oportuna

Carga laboral pandemia versus post-pandemia

Exámenes procesados por Anatomía Patológica año 2020

- Número Biopsias 3126
- Número de Papanicolaous 2032

Exámenes procesados por Anatomía Patológica año 2021

- Número Biopsias 4076
- Número de Papanicolaous 3555

Ha existido un aumento en el número de exámenes procesados por el servicio en el año 2021 correspondiente:

- Biopsias 950 exámenes _____ incremento equivalente al 30%
- Papanicolaous 1523 exámenes _____ incremento equivalente al 75%

NOTA: de acuerdo a la proyección de lo recibido en el primer cuatrimestre del 2022, a finales del año deberían volver las cifras históricas en los exámenes procesados en Anatomía Patológica.



LABORATORIO



1. LABORATORIO HMS

Terminaba febrero del año 2020 y la OMS anunciaba al mundo la emergencia de una nueva enfermedad que se transformaba en pandemia, definido así por el Director de la OMS el 11 de marzo de ese mismo año. La autoridad señaló que era la primera pandemia causada por un Coronavirus, alertando sobre su rápida propagación y gravedad, como también sobre el preocupante nivel de inacción general frente a los hechos señalados. Quedaba claro que las respuestas gubernamentales serían diferentes, pues los problemas locales a enfrentar serían distintos: falta de capacidad o de recursos y lo más inquietante, la falta de determinación.

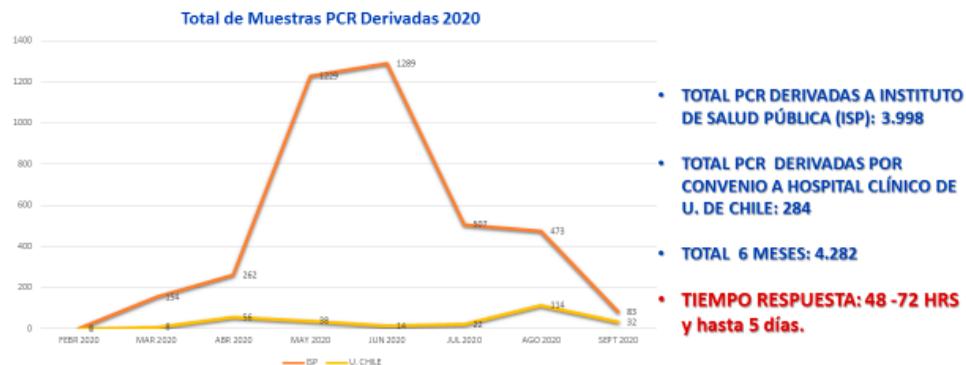
Chile se sumó a la cadena de países afectados en el mes de marzo del 2020. Nuestro Hospital dio ejemplo de adhesión a las políticas ministeriales y se organizó para dar respuesta al inmenso desafío que debíamos enfrentar en un escenario de incertidumbre total.

2. Laboratorio en Pandemia

El Depto. de Laboratorio se constituyó como el centro de entrega de las muestras para PCR SARS- CoV-2 enviadas al Instituto de Salud Pública (ISP), el laboratorio de referencia inicial para todas las muestras provenientes de pacientes con sospecha de la enfermedad. Preparamos cajas tipo *cooler* para cada Servicio Clínico, estableciendo el lugar y modalidad de recepción de las cajas y los documentos asociados. Elaboramos un protocolo con el procedimiento respectivo y definimos las áreas sucia y limpia en la sala designada, además de libros de entrega y recepción de muestras a los centros de derivación. Capacitamos al personal en el rol de manejo y envío de las muestras, como en la recepción de resultados y distribución de estos. Al poco andar se agregó el Laboratorio del Hospital Clínico de la Universidad de Chile como receptor de muestras, sin embargo el 94% de las muestras derivadas fueron analizadas en el ISP.



Laboratorio Biología Molecular HMS



FUENTE: Estadística interna Laboratorio Biología Molecular HMS, hasta el 11 Mayo 2021



05 de febrero 2020

Ministerio de Salud decreta Alerta Sanitaria en todo el país.



26 de febrero 2020

Primer caso COVID-19 en América Latina, Brasil.



28 de febrero 2020

Cenabast comprará anticipadamente 20 millones de unidades de Equipos de Protección personal para trabajadores del sector público de salud



03 de marzo 2020

Autoridades de salud informan primer caso de COVID-19 en Chile



09 de marzo 2020

Autoridades de Salud y Defensa disponen hospitales de las fuerzas Armadas para reforzar la red asistencial.



11 de marzo 2020

OMS declara Pandemia Global.



16 marzo 2020

Autoridades de Salud informan que Chile pasa a Fase 4 de la pandemia. Se anuncia cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas a partir del 18 de marzo.



El HMS precozmente entregó los EPP, incorporándolos al trabajo diario del Laboratorio y de la Unidad de Toma de Muestras. Se modificó el horario del personal de 4^{to} turno al iniciar un rol de 24 horas, y el personal diurno trabajó semana por medio. Tanto la Jefatura Médica como la Coordinadora de Tecnología Médica mantuvieron su rol diurno de 8^h y 16^h horas sin cambios.

3. Laboratorio de Biología Molecular

Una de las fortalezas del recurso humano de Depto. Laboratorio Clínico es la disciplina en el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos, aportando con esa actitud la posibilidad de registrar los eventos, incidencias, casos, resultados y trazabilidad, logrando transformar los datos en valiosa información epidemiológica que nos mostró la necesidad de plantear a las autoridades la creación del Laboratorio de Biología Molecular, para enfrentar la pandemia equipados de autonomía resolutiva en materia de resultados precoces y oportuno a los médicos clínicos oportunamente.

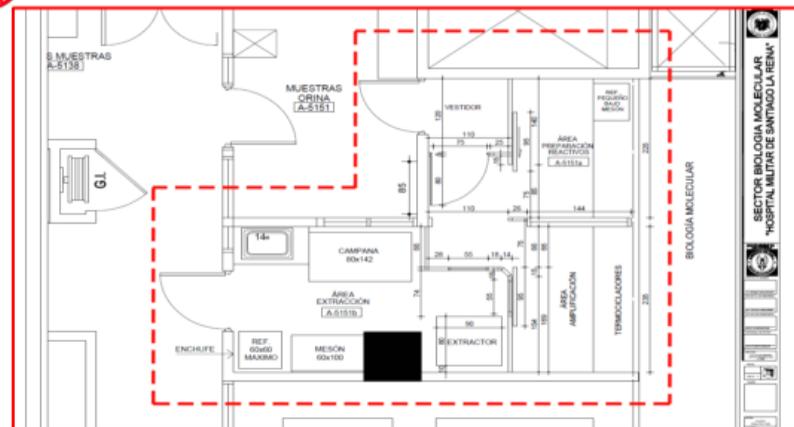
Las autoridades recibieron el Proyecto propuesto por la empresa Siemens Healthineers bajo la modalidad de trato directo, inicialmente, para más tarde realizar una licitación pública, tomando como factores claves de decisión: la información disponible, el tiempo como variable clave de respuesta, la incertidumbre, el impacto y los recursos, con lo cual la DGHMS consolidó la alianza estratégica con la mencionada empresa.

El futuro laboratorio de PCR para SARS-COV-2 implementado en el Hospital Militar constó de los siguientes pasos:

- Remodelación del espacio físico
- Instalación del equipamiento principal necesario para procesar la técnica de SARS-COV-2
- Instalación del equipamiento accesorio necesario para procesar la técnica de SARS-COV-2
- Instalación de un Extractor de DNA/RNA Automático, desempeño 96 muestras por hora
- Instalación de un Termociclador para la PCR de COVID19, desempeño de 96 muestras/ hora.



Laboratorio Biología Molecular HMS

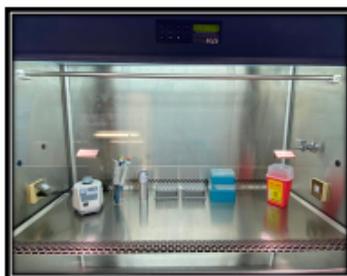




Sala de Extracción de Ácidos Nucleicos



Refrigerador Almacenamiento de Muestras y Reactivos



Gabinete de Bioseguridad Clase A II HMS

Vórtex Set de Pipetas con soporte



Chemagic 360-D



96 muestras en 31 minutos



EXM 3000



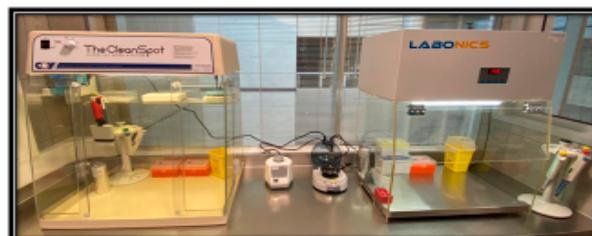
32 muestras en 9 minutos



Sala de Preparación de Reactivos y Carga de Eluidos



Congelador (-20°C) Almacenamiento de Reactivos



Workstations de Acrílico con luz UV

Vórtex 2 Set de Pipetas con soporte Microcentrifuga



Pipeta Multicanal



18 de marzo 2020

Gobierno declara estado de Excepción Constitucional de catástrofe por calamidad Pública en todo el país.



21 de marzo 2020

Ministerio de Salud informa el primer fallecimiento asociado a COVID-19 en Chile.



22 de marzo 2020

Gobierno anuncia toque de queda para todo el territorio nacional.



25 de marzo 2020

Gobierno decreta las primeras cuarentenas totales en siete comunas de la Región Metropolitana



30 de marzo 2020

Fuerza Aérea de Chile realizó primera evacuación aeromédica de pacientes sospechosos de COVID-19 desde Rapa Nui a Santiago.



30 de marzo 2020

Por Resolución Exenta N°215 se dispone la postergación de todas las cirugías electivas cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud del paciente.

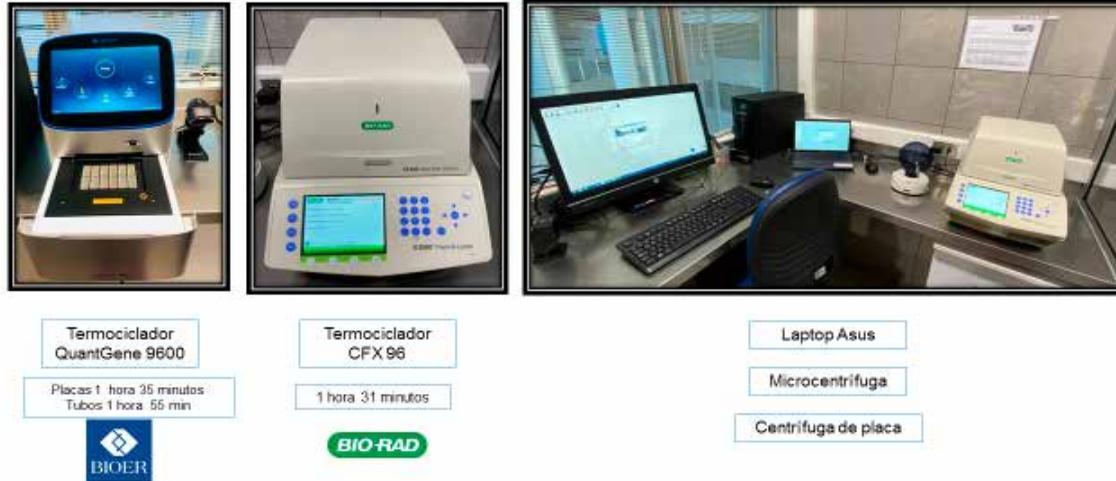


02 abril 2020

MINSAL informa la adquisición de 793 nuevos ventiladores mecánicos para la Red de Salud. El país alcanza 3.300 camas con ventilación



Sala de Amplificación y Validación



Una vez terminada la implementación, el nuevo laboratorio debió someterse a procedimientos dirigidos por el Instituto de Salud Pública del MINSAL

- 1) Verificación de ensayo PCR para detección de SARS-CoV-2.
- 2) Evaluación de concordancia de muestras en ciego.

Una vez aprobadas ambas etapas del proceso para obtener la certificación Ministerial, pudimos el **día 7 de Septiembre del 2020** iniciar en formar autónoma el análisis de PCR-RT para estudio de SARS-CoV-2, contando con RRHH altamente capacitado, equipos con destacable rendimiento, procesamientos de muestras Feriados y Fines de semana y Resultados en menos de 12 horas (6 horas de promedio).



Acreditación Laboratorio Biología Molecular HMS





Laboratorio Biología Molecular HMS

Salud al Día
Boletín Informativo

N° 3600 Santiago, 10 de Septiembre de 2020

Permitirá la realización del examen PCR
Hospital Militar de Santiago habilita nueva sección de biología molecular

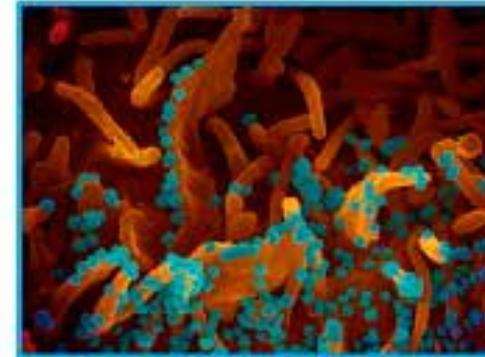


Photo courtesy of Elizabeth Fischer





DIRECCIÓN RECURSOS HUMANOS



1. Dirección de Recursos Humanos (RRHH)

La Dirección de Recursos Humanos, a través del Depto. de Desarrollo Organizacional, Bienestar y Calidad de Vida, es el organismo y unidad técnica responsable en contribuir al cambio en la Institución a través de diversas estrategias y tácticas planificadas, como la retención y adquisición de talentos, la formación, capacitación y desarrollo hacia los colaboradores, así como actividades y proyectos que vayan en beneficio del mejoramiento de la calidad de vida del funcionario y su grupo familiar.

2. RRHH en pandemia

Entre los diversos procesos que se vieron afectados durante la pandemia ocasionada por Covid-19 se encuentran los procesos formativos, en donde se debió transitar desde la presencialidad hacia la actividad remota, entre las que destacan las inducciones al personal, las cuales fueron sucedidas de manera online, así como las capacitaciones, las cuales debieron ser publicadas a través de un portal digital de desarrollo (intranet) con el objeto de no interrumpir los procesos de enseñanza-aprendizaje durante el ciclo laboral.

Otra de las áreas que sufrió modificaciones, fue el área de reclutamiento y selección, en donde el talento requerido se volvió aún más escaso, ya que las diversas instituciones tanto público como privadas aumentaron la demanda por colaboradores del área de salud, en donde por necesidad se modificaron las estrategias de atracción y retención de talento, a fin de cubrir y responder ante la alta necesidad de capital humano durante la pandemia.

Finalmente, con el objetivo de brindar un mayor apoyo hacia la carga laboral presentada en los colaboradores, es que se realizaron diferentes tipos de actividades encaminadas a mejorar el bienestar del personal, a través del fomento en el uso de los beneficios y convenios institucionales, así como actividades de recreación y esparcimiento.



16 de noviembre 2020

Chile alcanza récord en Latinoamérica con más de 251 mil test PCR realizados por millón de habitantes.



24 de diciembre 2020

Presidente Sebastián Piñera recibe primer cargamento de vacunas. Se inicia campaña de vacunación, priorizando al personal de salud de primera línea.



26 de diciembre 2020

Más de cinco mil funcionarios de la Salud de unidades críticas del sector público, institucional y privado han fueron vacunados.



31 de diciembre 2020

Presidente de la República recibe segundo cargamento con 11.700 vacunas, destinadas a la inmunización del personal de salud.



21 de enero 2021

Se presenta oficialmente el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.



28 de enero 2021

Se recibe primer cargamento de casi dos millones de dosis Sinovac y se presenta calendario de vacunación masiva.



03 de febrero 2021

Se inicia vacunación masiva.

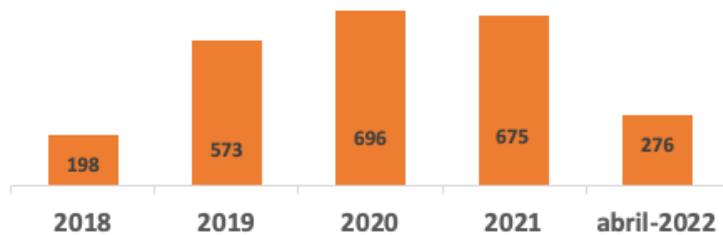


PROCESO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL EN PANDEMIA

1. Evaluaciones psicolaborales, mensual y anual:

	2018	2019	2020	2021	abril-2022
Enero	0	66	102	117	108
Febrero	0	39	57	72	39
Marzo	0	12	63	75	60
Abril	0	39	75	45	69
Mayo	0	60	51	36	
Junio	0	48	81	63	
Julio	0	51	57	21	
Agosto	0	60	36	45	
Septiembre	0	48	45	45	
Octubre	36	42	39	69	
Noviembre	39	36	39	54	
Diciembre	123	72	51	33	
TOTAL	198	573	696	675	276

TOTAL DE EVALUACIONES PSICOLABORALES DESDE 2018 A ABRIL 2022

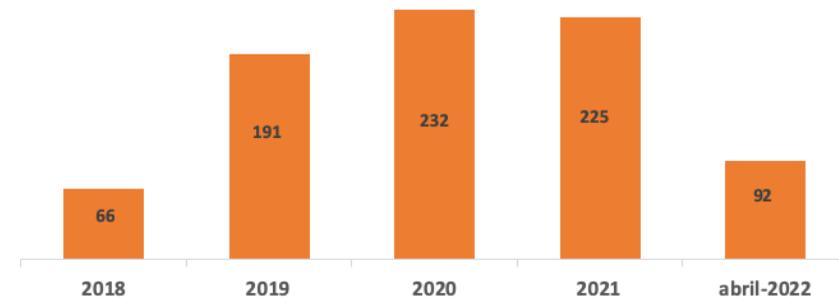


Es posible observar un aumento considerable en el número de evaluaciones realizadas a postulantes para ingreso al HMS, en donde destacan los meses de junio 2020 y enero 2021, las cuales se puede inferir estarían relacionadas con puntos críticos durante la pandemia (peak y/o brote).

2. Total, contrataciones mensual y anual:

	2018	2019	2020	2021	abril-2022
Enero	S/A	22	34	39	36
Febrero	S/A	13	19	24	13
Marzo	S/A	4	21	25	20
Abril	S/A	13	25	15	23
Mayo	S/A	20	17	12	
Junio	S/A	16	27	21	
Julio	S/A	17	19	7	
Agosto	S/A	20	12	15	
Septiembre	S/A	16	15	15	
Octubre	12	14	13	23	
Noviembre	13	12	13	18	
Diciembre	41	24	17	11	
TOTAL	66	191	232	225	92

TOTAL INGRESOS POR AÑO DESDE 2018 A ABRIL 2022



Al igual que en la tabla de evaluaciones, es posible evidenciar la correlación entre el número de evaluación frente a los ingresos, en donde es posible apreciar el aumento en el número de contrataciones.



DIRECCIÓN DE LOGÍSTICA



1. Dirección de Logística

La Dirección de Logística tiene por objetivo planificar, organizar y controlar los diferentes procesos que permitan que la actividad relacionada con el ciclo logístico se realice en las mejores condiciones de costo y calidad que ofrezca el mercado, resguardando los intereses patrimoniales y financieros del HMS, entregando apoyo a la gestión hospitalaria con oportunidad y eficiencia, a través de una mejora continua de sus procedimientos. Para ello se cuenta con Departamentos de Abastecimiento, Adquisiciones, Administración de Contratos Externalizados, Gestión de Facturas y Liberación de Cuentas por Implantes. En esta pandemia se extremaron los procesos para mantener niveles de stocks de insumos y fármacos que aseguren la fluidez del abastecimiento al área clínica. En coordinación con la Dirección de Administración y Finanzas y Dirección Médica, se gestionan las instancias de inversiones en un marco de sustentabilidad financiera, con el objetivo de renovar equipamiento médico, que garanticen la calidad en la atención de los beneficiarios del SISAE y extrasistema.

2. Logística en Pandemia

Como Dirección de Logística, una tarea crítica que debimos asumir, fue mantener las compras habituales a un ritmo diferente al normal, aumentando la adquisición de aquellos insumos y fármacos necesarios para que las áreas clínicas del HMS pudieran seguir desarrollando la atención a los pacientes. Los Elementos de Protección Personal (EPP) e insumos de sanitización, se transformaron en elementos escasos y fundamentales para atender a los pacientes con patología COVID-19.

Recurso Humano

Esto significó una gran tarea humana, con el sacrificio que significó venir a trabajar ininterrumpidamente con el riesgo latente de contagiarse con un agente patógeno de características desconocidas hasta ese momento. Los funcionarios de Adquisiciones se esmeraron en buscar los medios y/o las alternativas para suplir EPP tales como guantes, buzos e insumos de sanitización en los momentos que la pandemia arreciaba. Antes de que comenzaran a colapsar las camas UCI y los ventiladores a nivel nacional, esta dirección planificó compras especiales de acuerdo los requerimientos que planteaba el área médica según la evolución de esta pandemia: la habilitación de camas UCI con ventilación mecánica y de camas con insuflador de aire implicó una gestión extraordinaria en la logística de este hospital.

En Abastecimiento, el esfuerzo y compromiso de cada integrante fue encomiable, más aún cuando algunos colegas caían enfermos por este virus reduciendo el personal disponible recargando sobremanera las funciones de los demás. Hasta el día de hoy aún tenemos a un funcionario con licencia producto del COVID-19. Sólo en algunas áreas se pudo implementar un sistema de teletrabajo, algo que en la práctica fue mínimo. Pese a esto, el compromiso y responsabilidad de todos los miembros de esta Dirección dieron sus frutos y se pudo abastecer a esta IS contra todo pronóstico, esto es; proveedores con quiebres de stock a nivel nacional, embarques retrasados por bloqueos sanitarios, bodegas con un mínimo de personas que necesitaron refuerzo de personal, recarga de trabajo, estrés por posibilidad de contagio y muerte y estrés por la ya mencionada sobrecarga de trabajo.

No fue menor el esfuerzo efectuado por los funcionarios de Adquisiciones, quienes tuvieron que esforzarse más allá de lo habitual para comprar y asegurar stock de insumos tales como guantes, mascarillas, trajes, alcohol, alcohol gel, amonio cuaternario, por mencionar algunos artículos con súbito aumento de demanda.





A continuación, presentamos la experiencia de los Departamentos de esta Dirección.

Alvaro Monsalves Arandeda

Asesor del Director de Logística

Dirección de Logística

I. Departamento de Externalización

El Departamento de Externalización con la Administración de los contratos de servicios de aseo, lavandería, retiro, transporte y disposición final de residuos, alimentación de pacientes y personal y mantención de áreas verdes y jardines, relata su experiencia en pandemia:

En época pre-pandemia el trabajo de gestión de servicios estaba basada en lo que estimaba en contratos principalmente, pero cuando comenzamos a vivir la pandemia de COVID-19 se sumaron factores de adaptación de procedimientos y rutinas de trabajo y de coordinación extraordinarios, ya que, como los contratos de servicios están operados por personal y la pandemia afectó la salud de muchos trabajadores, se hizo una tarea titánica para dar cobertura a las necesidades aumentadas que presentaba el hospital, y se comenzo a visibilizar la importancia del personal que trabaja en áreas de servicios esenciales.

Ahora que los índices de casos han ido disminuyendo se van retomando rutinas y trabajos que habían quedado detenidos porque los esfuerzos estaban puestos en las áreas clínicas.

Francisca Moraga Guedeney

Jefa Depto. Externalización

Dirección Logística

II. Bodega Central de Insumos

Previo a que comenzara la Pandemia, para la Bodega de Insumos era una rutina comprar variados insumos, ya que en el mercado se mantenía disponible

una gama de artículos médicos, y además entre los proveedores había una vasta oferta de insumos y artículos hospitalarios a diferentes precios y de variada calidad, donde uno podía elegir lo más apropiado y aprobado para nuestro centro hospitalario; cuando tuvimos que enfrentar la pandemia y con el alto nivel de casos que se registraba en el país esto cambio bruscamente; los insumos de Elementos de Protección Personal, de oxigenoterapia y ventilación mecánica entre otros, aumentaron el consumo en forma exponencial lo que llevo al mercado a una oferta muy disminuida para poder adquirirlos, lo que significo una búsqueda incansable de posibles proveedores que tuvieran estos artículos, de los cuales sencillamente no había en el mercado, lo que se significo un estrés a todo el personal a mi cargo de Bodega de Insumos, ya que tuvimos que trabajar 24/7, recibíamos proveedores a altas horas de la tarde y noche o los días sábados, estábamos de llamada los fines de semana, incluso a altas horas de la noche en la cual a veces mis familiares no entendían el porque de las llamadas tan tardes y fines de semana, o tampoco mis niños no entendían porque me quedaba todos los días hasta tan tarde a trabajar, y todo para que al hospital no le faltara nada a pesar de igual hubo quiebre de stock de muchas cosas. En lo personal, otra cosa que aumento la carga laboral es que en uno de los picks estuve sola a cargo de la Bodega, no solo haciéndome cargo de las compras, sino que de abastecer a todas las bodegas periféricas para que no faltara algún artículo, y además a cargo de las licitaciones, Grandes compras etc. y en todos los procesos que implican estas actividades, que no son rápidos ya que implica cotizar, proyectar, evaluar, y leer largos textos, sumado a todo lo que significa el abastecer en un momento en que la mayoría de los proveedores estaban con quiebres de sus insumos y artículos, ya que debido a la pandemia muchos de los productos estaban retenidos en aduanas o no llegaban las importaciones.

Fue duro y difícil lo que enfrente y viví personalmente, no creo que podría vivir nuevamente otra situación como la que tuvimos, y yo en lo personal no creo que podría tener la capacidad o cordura para enfrentar esto nuevamente.

E.U Paula Escobar Reyes

Jefe Bodega Central de Insumos (s)

Departamento de Abastecimiento

Dirección de Logística

III. Experiencia en Bodega Central de Insumos:

En el periodo de pandemia como Bodega Central de Insumos, encargados de abastecer a todo el HMS de estos artículos, nos vimos enfrentados a diferentes variables que hicieron crítico nuestro trabajo, nos sentimos inmersos en un sin fin de problemas y situaciones estresantes, muy difíciles de afrontar, entre ellas, la imposibilidad de disponer de insumos críticos como elementos de protección para nuestro personal clínico: mascarillas, pecheras, guantes y otros, que por el caos mundial, el cierre de fronteras y secundarios a esto, el alza de sus costos, nos generó largas jornadas de trabajo, incluso continuar en nuestros hogares con gestiones de entrega.

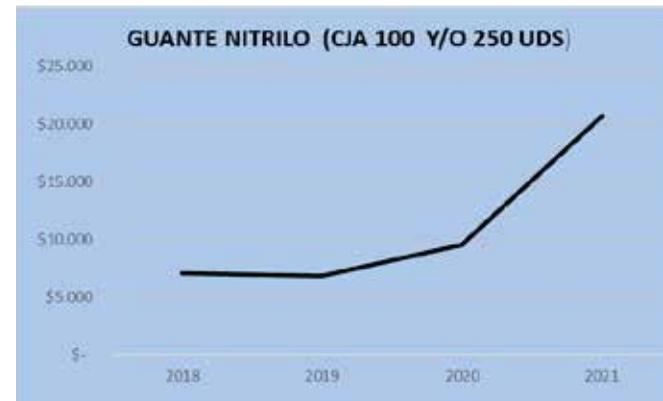
Todos los días era enfrentarse a nuevas situaciones que solucionar, proveedores que solicitaban poner término a contratos vigentes por imposibilidad de entrega de insumos, órdenes de compra emitidas y aceptadas con confirmación de despacho que quedaban en nada por extravío de los insumos, robos en aeropuerto, retención de otros países, requisa por el MINSAL para redistribución en hospitales públicos, entre otros, lo cual además de generar impacto en nuestro abastecimiento, provocaba incertidumbre y angustia que supero muchas veces los límites.

Dentro de las medidas adoptadas para suplir estas deficiencias, fue primeramente potenciar el trabajo en equipo, y solicitar el apoyo del Jefe de Abastecimiento y de asignar otro profesional, realizar reuniones de coordinación semanales o según disponibilidad del personal para plantear problemas, riesgos, dudas o simplemente, para desahogarnos; Establecer planilla de insumos críticos por unidad, la cual era analizada diariamente según existencia y disponibilidad de adquisiciones, informando oportunamente quiebres de stock y alternativas, donde se incluye la validación oportuna de insumos disponibles en el mercado y de esta manera derivar información a Jefes de Servicio para restringir y controlar los usos; Se establece control de entrega de EPP a todas las unidades del HMS, generando gran sobrecarga de personal y

molestia de personal clínico; Se participa en el levantamiento y registro de insumos críticos asociados a equipamiento, como ventiladores mecánicos y máquinas de anestesia, analizando compatibilidad de artículos incluso de insumos donados por el MINSAL o redistribuidos desde entidades militares.

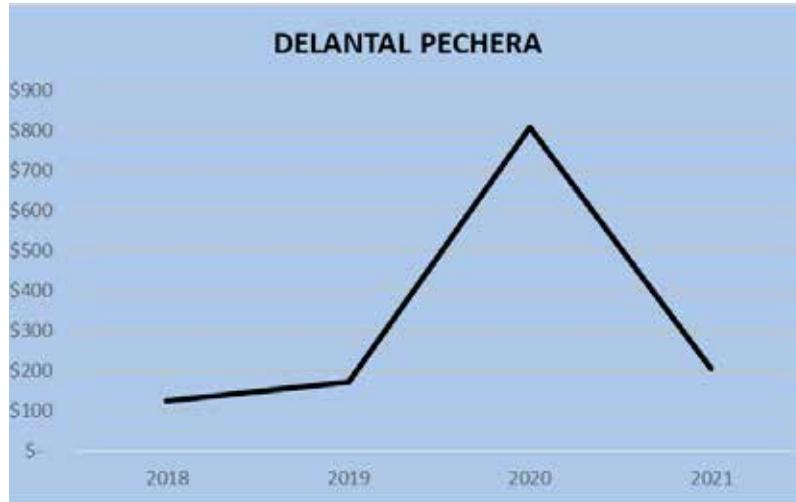
Una de las variables críticas para llevar a cabo nuestra labor, de mantener el abastecimiento a todo el HMS, fue el alza de costos y esperar la validación de la Dirección de Finanzas, a modo de ejemplo se detallan insumos claves con aumentos de sus costos:

1.- GUANTES DE NITRILO EN CAJAS DE 100 UDS O CAJAS DE 250 UDS: el cual reemplaza en un 60% el uso de Guantes de Vinilo o látex, a petición de IAAS o según disponibilidad en el mercado, muestra un notable aumento detallado:

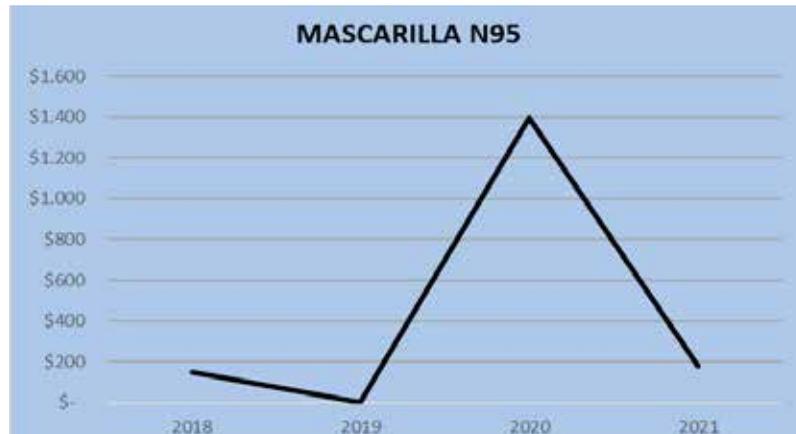




2.- DELANTAL PECHERA: el cual por noma de IAAS debe ser utilizado en todas las atenciones de pacientes sospechosos o confirmado de COVID, y que también muestra un exponencial aumento de costos detallados:



3.- MASCARILLAS KN95: la cual también fue establecida como manera de protección a nuestro personal, y regulada por la unidad de IAAS, cuyos costos fueron en aumento, según detalle:



Otra variable crítica fue mantener stock, cubriendo la alta demanda, generando aún más dificultades en su adquisición, como muestra se ejemplifican el aumento de consumo de elementos de EPP, gráficos muestran el promedio de uso mensual de cada año.

E.U. M. Lorena Okington B.

Jefe Bodega Central de Insumos

Departamento de Abastecimiento

Dirección de Logística

IV. Experiencia en Equipo de Gestión de Implantes PPQQ

Puedo contar mi experiencia...En el año 2019 cuando el país vivía una de las peores situaciones sanitarias, donde la vida actual se veía amenazada, yo me encontraba sentada en mi escritorio realizando mis actividades administrativas como enfermera de abastecimiento, pero en el fondo la parte asistencial de toda enfermera me llamaba a querer estar ahí en primera línea... y se dieron las cosas, ya que siendo enfermera de UPC por más de 14 años me enviaron a la UCI COVID, igual fue diferente, los pacientes eran distintos, el manejo la patología desconocida, además del miedo e incertidumbre que presentaba esta enfermedad para todos.

Como siempre me sentí apoyada por mis colegas de UPC, algunos ya conocidos de años otros nuevos, pero igual de generosos y excelentes profesionales, solo agradecimientos para ellos, como para el personal TENS y personal de servicio.

Se trabajó en equipo y eso ayudó a enfrentar turno a turno todos los desafíos que se presentaban, se vivieron situaciones tristes, mas allá de pacientes, eran padres, madres hijos parte de una familia que para nosotros era desconocida, pero que le entregábamos todos nuestros conocimientos, cuidados y atenciones para ayudarlos, en algunos hubo éxito en otros no, pero ahí se estaba nuevamente para recibir a otra persona con las mismas fuerzas y esperanzas para sacarlo

adelante, insisto, todo esto se logró por el tremendo equipo que se formó y en cual tuve el privilegio de apoyar por unos meses.

¡Y me contagié de COVID!! y me dio miedo...contagié a toda mi familia, yo era la única que salía de mi casa ya que estábamos en cuarentena, así que, además de sentirme mal físicamente me sentía con remordimiento por haber contagiado a mi familia.

En esos momentos fue muy triste y me sentí sola...., pero estuvo la gente que debía estar, las personas que están con uno en las buenas y en las malas, es en estos momentos cuando uno conoce realmente a las personas y da gracias a Dios por poner buenas personas en mi camino.

Y tuve que volver. El año 2021 nuevamente fui enviada por comisión de servicio, pero esta vez a otra unidad... un intermedio no COVID... un nuevo desafío del cual nuevamente se adquirieron experiencias buenas y malas.

Y aquí estoy... año 2022, nuevamente sentada en mi escritorio realizando mis labores administrativas ahora con nuevas experiencias, con algunas pérdidas importantes que sucedieron en estos dos años, que me han hecho reflexionar que la vida es muy frágil y que se puede ir en abrir y cerrar de ojos....

Pamela Pfeiffer Ruiz

E.U. Gestora de Compras del Centro Distribución y Gestión Implantes Quirúrgicos

Departamento de Abastecimiento

Dirección de Logística

V. Experiencia en Bodega Central de Fármacos

Durante la pandemia, la única forma de atender los requerimientos de los servicios clínicos fue mediante reuniones semanales junto al Jefe de Farmacia y Jefe de UPC. En estas reuniones la Jefe de Bodega Central de Fármacos presentaba la disponibilidad de los medicamentos COVID con las actualizaciones semanales, en cuanto a quiebres nacionales y requisamientos del MINSAL (lo que se traducía en fármacos centralizados por la CENABAST); dependiendo de la disponibilidad de fármacos, se realizaban planes terapéuticos alternativos.

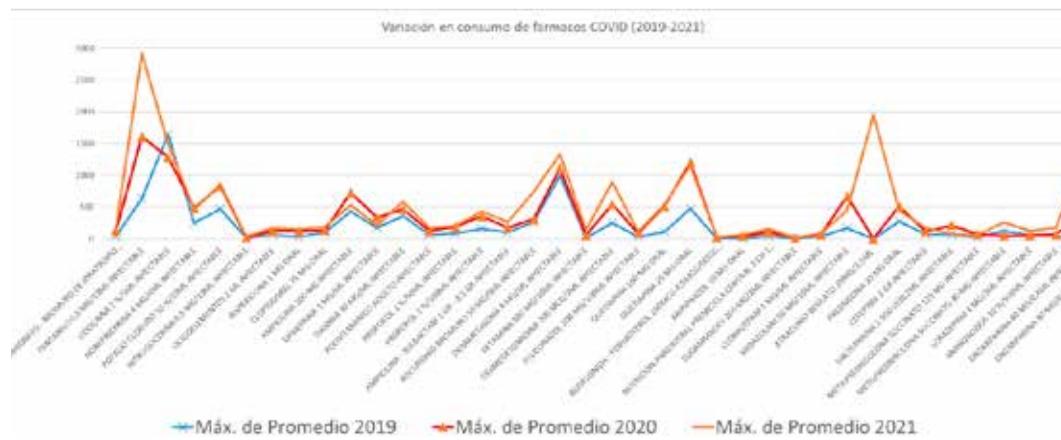
En la gráfica se muestran las variaciones de consumo de fármacos más representativos, comparando los promedios de los años 2020 y 2021 al promedio del año 2019. Se observan comportamientos muy similares en los tres años, evidenciando un incremento en cada año.

QF María Pía Cárcamo F.

Jefe Bodega Central de Fármacos

Departamento de Abastecimiento

Dirección de Logística



- 05 de febrero 2020**
Ministerio de Salud decreta Alerta Sanitaria en todo el país.
- 26 de febrero 2020**
Primer caso COVID-19 en América Latina, Brasil.
- 28 de febrero 2020**
Cenabast comprará anticipadamente 20 millones de unidades de Equipos de Protección personal para trabajadores del sector público de salud
- 03 de marzo 2020**
Autoridades de salud informan primer caso de COVID-19 en Chile
- 09 de marzo 2020**
Autoridades de Salud y Defensa disponen hospitales de las fuerzas Armadas para reforzar la red asistencial.
- 11 de marzo 2020**
OMS declara Pandemia Global.
- 16 marzo 2020**
Autoridades de Salud informan que Chile pasa a Fase 4 de la pandemia. Se anuncia cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas a partir del 18 de marzo.



VI. Experiencias sobre la pandemia COVID-19 año 2020.

Para el Depto. de Adquisiciones se pueden rescatar las siguientes experiencias relacionadas a la pandemia de Covid-19, relatadas a continuación:

1. Adaptarse a las jornadas de trabajo desde las casas (teletrabajo), donde el Departamento debió implementar turnos rotativos con la finalidad de reducir ostensiblemente la asistencia a las oficinas y cumplir con las labores cotidianas en relación a los procesos adquisitivos y en especial, aquellos directamente involucrados a la pandemia, lo que conllevó mayor esfuerzo y coordinación entre funcionarios y jefaturas directas;
2. La presión constante para ejecutar en tiempos muy reducidos las compras de aquellos elementos esenciales o básicos (fármacos e insumos clínicos) para afrontar la pandemia, donde se debía realizar las gestiones y soluciones inmediatas para asegurar a los proveedores que mantenían stock y sin sobrepasar la Ley de Compras Públicas,
3. A medida que aumentaban considerablemente los casos en la región metropolitana y ante la escasez de elementos, se dificultaba la disponibilidad de proveedores, por lo que las ordenes de compras se debían emitir a la brevedad con el propósito de asegurar stock para los meses siguientes (despacho parcializado), especialmente para aquellos elementos críticos o esenciales que presentaban mayor consumo o demanda a nivel país, por ejemplo los elementos de protección personal (mascarillas de todos los tipos, guantes desechables, pecheras desechables, entre otros).
4. Lo anterior permitió al HMS cumplir con las obligaciones en los procedimientos y protocolos del MINSAL y propios del HMS para atender apropiadamente a los pacientes COVID-19.
5. Se adoptaron disposiciones e instrucciones específicas en materia de compras para dar mayor agilidad y prioridad a las que correspondían a COVID-19.
6. La Dirección Logística del HMS a través del Departamento de Abastecimiento y Adquisiciones cumplieron un rol fundamental para asegurar stock suficiente de elementos de uso directo para el COVID-19, lo que permitió en los meses más complejos que las unidades clínicas y principalmente la UCIA adulto, UTI y Hospitalizados tuvieran la capacidad

y las condiciones humanas suficientes para cumplir en la atención de los pacientes que acudían a esta instalación de salud con posibles síntomas o sospechas, donde cada día aumenta considerablemente el número de pacientes propensos a contagiarse.

7. Durante el año 2020 para afrontar la pandemia sanitaria por el COVID-19, se realizaron compras por un monto total aproximado de \$2.200 millones, donde se destacaron las categorías de insumos clínicos, fármacos y reactivos (PCR).
8. Lo anterior, equivale a un 13% del total comprado (\$16.000 millones aproximado) .

Wladimir Nahuelñir Toloza
Jefe Departamento de Adquisiciones

Dirección de Logística

VII. Experiencias sobre la pandemia en Útiles de Aseo y Escriitorio.

En ambas bodegas por ser de consumo, su prioridad fue mantener el stock; de aquellos artículos de más relevancia para enfrentar la contingencia médica COVID -19.

El uso de estos artículos sufrió variantes significativas durante el período álgido de la pandemia, a modo de ejemplo las bolsas de diferentes medias, que su uso se registraba en servicio determinados a consecuencia de la pandemia su uso se masificó., debiendo reestructurar el uso de estas y, priorizando las unidades que requerían con urgencia y con mayor frecuencia, debido a las exigencias de la pandemia.

Para poder llevar a cabo esta tarea, se dejó de comprar insumos que no revestían prioridad, debido al momento que se estaba viviendo.

Los artículos a los cuales se les dio más importancia fueron los siguientes:

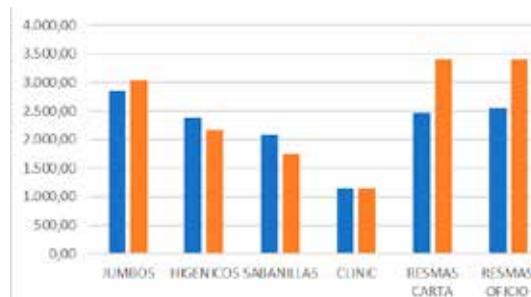
- Escritorio: Formularios de Imprenta, Resmas de carta y oficio.
- Aseo: Papelería Industrial (Toalla Jumbo, Higiénico Jumbo, Toalla Interfoliada, Sabanillas).

- Bolsas de diferentes medidas.
- Cloro

Águeda Demaría Figueroa
Jefe Bodega Útiles de Escritorio y Útiles de Aseo
Departamento de Abastecimiento

Dirección de Logística

Valores Papelería	VALOR 2021	VALOR 2022	DIFERENCIA % APROX.	DIFERENCIA REAL
JUMBOS	2.851,84	3.033,91	6%	6,384
HIGENICOS	2.387,74	2.162,43	-9%	-9,436
SABANILLAS	2.082,50	1.742,16	-16%	-16,343
CLINIC	1.139,95	1.139,95	0%	0,000
RESMAS CARTA	2.469,25	3.391,26	37%	37,340
RESMAS OFICIO	2.558,26	3.395,07	33%	32,710



El gráfico y la tabla nos muestran un comparativo de los elementos requeridos con mayor fluctuación en los años 2020 y 2021.

VIII. Experiencias sobre la pandemia en Departamento Gestión de Facturas y Liberación de Cuentas.

El Departamento Gestión de Facturas y Liberación de Cuentas trabajó arduamente durante la pandemia, ya que al ser un Departamento que realiza por un lado la devengación de las facturas y por otro efectúa el trámite de estas para su posterior pago, no podía dejar de funcionar por tema de abastecimiento de insumos y fármacos, ya que al no realizar sus funciones se corre el riesgo del no despacho de los insumos o fármacos por parte de los proveedores.

La Sección Liberación de Cuentas, a pesar que los pabellones estuvieron cerrados por algún tiempo, de igual modo liberaron

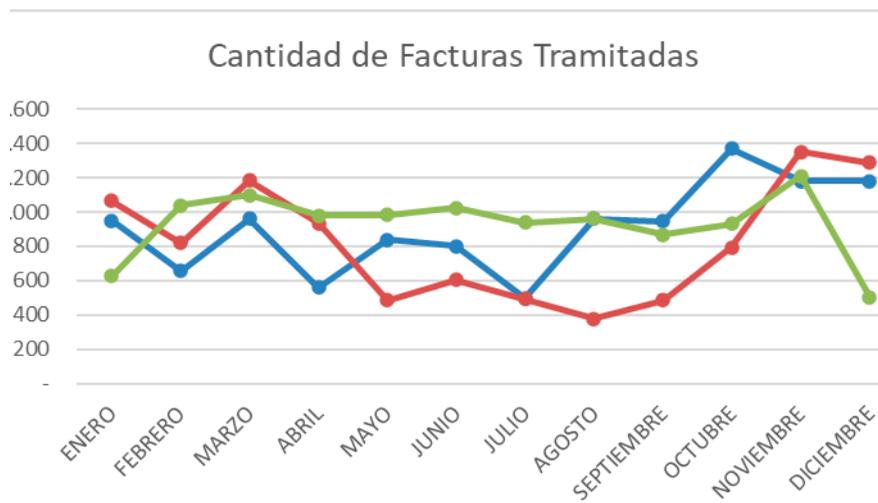
las cuentas de pacientes para poder generar ingresos a este HMS.. En relación al trabajo hubo algunos periodos de teletrabajo, pero muy cortos (un par de semanas), en donde hubo personal que se tuvo que ir a teletrabajo por enfermedades riesgosas lo que implicó una recarga en el trabajo en los funcionarios que siguieron trabajando de manera presencial cumpliendo cabalmente con sus funciones.

Se puede visualizar en los siguientes cuadros la cantidad de facturas tramitadas en iguales periodos del año 2019-2020-2021, donde se aprecia claramente que, a pesar de la disminución de personal por contagio, cuarentenas por contacto estrecho, de igual forma se realizó el trabajo para no detener el funcionamiento que fue absolutamente necesario en tiempos de pandemia.

- 18 de marzo 2020**
Gobierno declara estado de Excepción Constitucional de catástrofe por calamidad Pública en todo el país.
- 21 de marzo 2020**
Ministerio de Salud informa el primer fallecimiento asociado a COVID-19 en Chile.
- 22 de marzo 2020**
Gobierno anuncia toque de queda para todo el territorio nacional.
- 25 de marzo 2020**
Gobierno decreta las primeras cuarentenas totales en siete comunas de la Región Metropolitana
- 30 de marzo 2020**
Fuerza Aérea de Chile realizó primera evacuación aeromédica de pacientes sospechosos de COVID-19 desde Rapa Nui a Santiago.
- 30 de marzo 2020**
Por Resolución Exenta N°215 se dispone la postergación de todas las cirugías electivas cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud del paciente.
- 02 abril 2020**
MINSAL informa la adquisición de 793 nuevos ventiladores mecánicos para la Red de Salud. El país alcanza 3.300 camas con ventilación



Personal de Logística Útiles de Aseo y Escritorio.



AÑO	CANTIDAD	MONTO
2019	10.898	\$ 21.563.279.960
2020	9.878	\$ 20.341.469.345
2021	11.159	\$ 20.281.716.077

Este gráfico corresponde a la cantidad de facturas Tramitadas desde la Sección Gestión de Facturas a la Sección de Revisión y Análisis del Depto. de Finanzas (DAF).

Andrea Lobos Zamorano
 Jefe Departamento Gestión de Facturas y Liberación de Cuentas
 Dirección de Logística



BIOESTADÍSTICA



... by CDC
... shows the
... by



2011-2012

Sample 1 - Rep 1
of targeted cancer regions. Nearly all the read
Average Depth

El presente Informe contiene el comportamiento de los registros (cantidad atenciones, indicadores) en los años 2019, 2020 y 2021.

Se divide en 4 grandes áreas.

1. Ambulatoria.
2. Urgencia.
3. Hospitalizados.
4. Pabellón.

I. AMBULATORIA.

Consultas Médicas por Año.

Se observa el impacto de la pandemia en el flujo de consultas ambulatorias.

CONSULTA	MEDICAS
----------	---------

		2020			2021		
ESCALAFON	MES	CITAS DISP.	CITAS REAL	Rendim.%	CITAS DISP.	CITAS REAL	Rendim.%
MEDICOS	Ene	17.103	14.040	82,1%	13.792	11.177	81,0%
	Feb	11.618	10.046	86,5%	10.594	9.143	86,3%
	Mar	10.496	8.652	82,4%	17.081	14.388	84,2%
	Abr	1.658	800	48,3%	15.608	12.256	78,5%
	May	10.346	3.952	38,2%	15.218	12.239	80,4%
	Jun	10.242	4.760	46,5%	15.399	12.058	78,3%
	Jul	9.138	6.393	70,0%	15.188	12.424	81,8%
	Ago	13.986	10.830	77,4%	16.055	13.939	86,8%
	Sept	15.730	11.957	76,0%	15.231	12.849	84,4%
	Oct	16.703	12.666	75,8%	14.934	13.076	87,6%
	Nov	15.427	12.825	83,1%	16.016	14.270	89,1%
	Dic	13.595	10.576	77,8%	14.334	12.481	87,1%

16 de abril 2020
MINSAL instruye uso obligatorio de mascarillas en lugares públicos cerrados.

13 de mayo 2020
Se decreta cuarentena total en la Región Metropolitana.

23 de mayo de 2020
Ministerio de Salud instruye a clínicas privadas y hospitales institucionales aumentar su capacidad hospitalaria.

24 de junio de 2020
Chile supera el millón de exámenes de diagnóstico por PCR para COVID-19.

26 de junio 2020
Chile supera las 4600 camas ventiladas.

19 de julio 2020
Se pone en marcha el "Plan paso a paso nos cuidamos"

28 de agosto 2020
Se sitúa en el primer lugar de Latinoamérica en cantidad de exámenes de PCR por millón de habitantes.



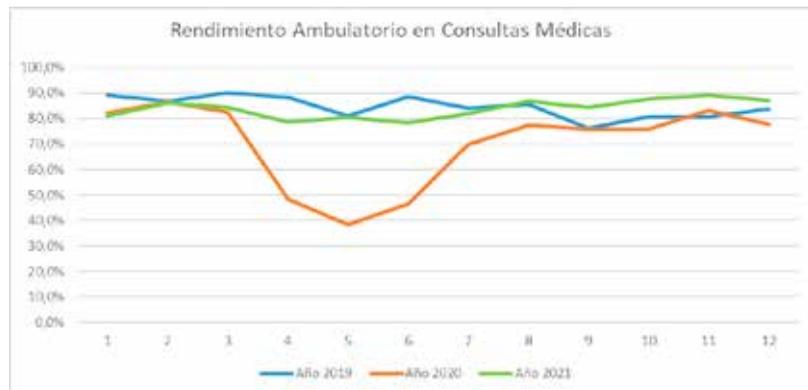
Atenciones Ambulatorias por Médicos, Año 2020-2021.

Se observa la caída de las atenciones el 2020

Por el efecto pandemia, el Año 2020, se cancelan las agendas en el mes de marzo 2020, quedando con 1.658 citas disponibles, con un rendimiento del 48,3%, siendo que el rendimiento en promedio es de 84%.

Para nombrar algunas especialidades que siguieron funcionando, Oncología, Urología, Psiquiatría, etc., no todas las especialidades se cerraron.

A nivel mensual, Importante hacer notar que los meses de abril, mayo y junio 2020, se produce una baja notoria en los rendimientos de las consultas médicas, 48,3%, 38,2% y 46,55%, respectivamente. Desde Julio las atenciones se fueron normalizando.



II. URGENCIA.

Distribución de los Ingresos de Urgencia por Año.

ATENCIONES DE URGENCIA					
MES	Año 2021	Año 2020	Año 2019	% Var 21/20	% Var 20/19
Ene	3.245	4.007	4.513	-19,0%	-11,2%
Feb	3.186	3.667	3.805	-13,1%	-3,6%
Mar	4.321	3.863	5.154	11,9%	-25,0%
Abr	3.099	2.302	5.533	34,6%	-58,4%
May	3.594	3.528	6.081	1,9%	-42,0%
Jun	3.797	3.201	6.101	18,6%	-47,5%
Jul	3.446	2.340	5.603	47,3%	-58,2%
Ago	3.906	2.744	5.636	42,3%	-51,3%
Sep	4.073	3.064	5.220	32,9%	-41,3%
Oct	4.313	3.182	4.743	35,5%	-32,9%
Nov	4.749	3.515	4.090	35,1%	-14,1%
Dic	4.168	3.567	4.581	16,8%	-22,1%
Total	45.897	38.980	61.060	17,7%	-36,2%

Cifras totales de Urgencia.

Se observa que el Año 2020, presenta una baja del 36,2% respecto al Año 2019 (año sin pandemia).

Las bajas más significativas se producen desde abril hasta septiembre.

Al contrario del Año 2021, que mostro un aumento del 17,7%.

Por Tipo de Urgencia.

INGRESOS DE URGENCIA		año		
Urgencia	TipoUrgencia	2019	2020	2021
Urgencia Adulto	General Adulto	34.082	19.140	19.464
	Respiratoria		8.008	9.611
Total Urgencia Adulto		34.082	27.148	29.075
Urgencia Pediátrica	General Pediátrico	12.881	3.157	3.107
	Respiratoria Pediátrico		563	2.692
Total Urgencia Pediátrica		12.881	3.720	5.799
Total general		46.963	30.868	34.874

No contiene: Cirurgías, Traumatología, Dental.

General Adulto - General Pediátrico (*).

En los Ingresos de Urgencia, Años 2019-2020.

A nivel Adulto, hubo una disminución de un 20% en los ingresos, y a nivel Pediátrico, hubo una disminución del 71%.

Por el efecto Pandemia, a nivel datos se comienzan a registrar los datos de Respiratorio por separado de Adulto (Año 2020), de manera que se observe el comportamiento de los datos.

En los Ingresos de Urgencia, Años 2020-2021.

En el Nivel Adulto, aumentó en un 7% y a nivel Pediátrico aumentó en un 56%.

En ambos niveles, los registros de respiratorios, han ido en aumento.

(*): no se tomó en cuenta los tipos de atención, como Cirugía, ni Dental, ni traumatológico para la comparación.



16 de noviembre 2020

Chile alcanza récord en Latinoamérica con más de 251 mil test PCR realizados por millón de habitantes.



24 de diciembre 2020

Presidente Sebastián Piñera recibe primer cargamento de vacunas. Se inicia campaña de **vacunación**, priorizando al personal de salud de primera línea.



26 de diciembre 2020

Más de cinco mil funcionarios de la Salud de unidades críticas del sector público, institucional y privado han fueron vacunados.



31 de diciembre 2020

Presidente de la República recibe segundo cargamento con 11.700 vacunas, destinadas a la inmunización del personal de salud.



21 de enero 2021

Se presenta oficialmente el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID- 19.



28 de enero 2021

Se recibe primer cargamento de casi dos millones de dosis Sinovac y se presenta calendario de vacunación masiva.



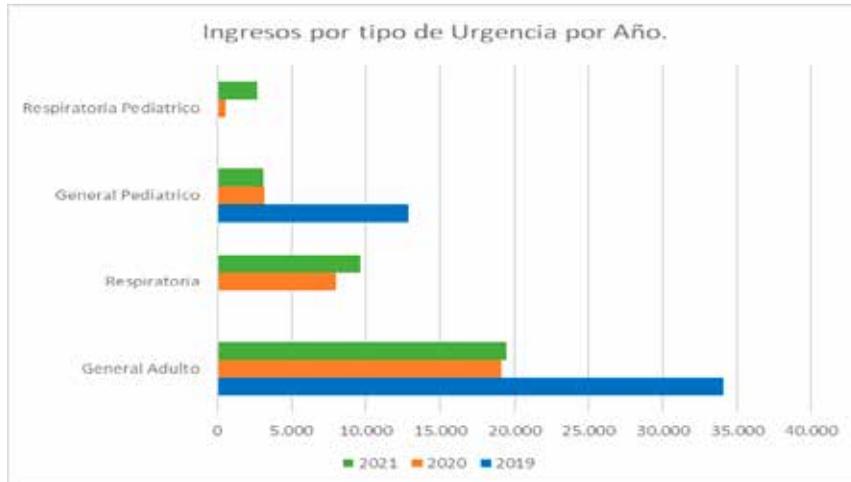
03 de febrero 2021

Se inicia vacunación masiva.



Distribución de los Ingresos de Urgencia por Años 2020-2021 y Mes

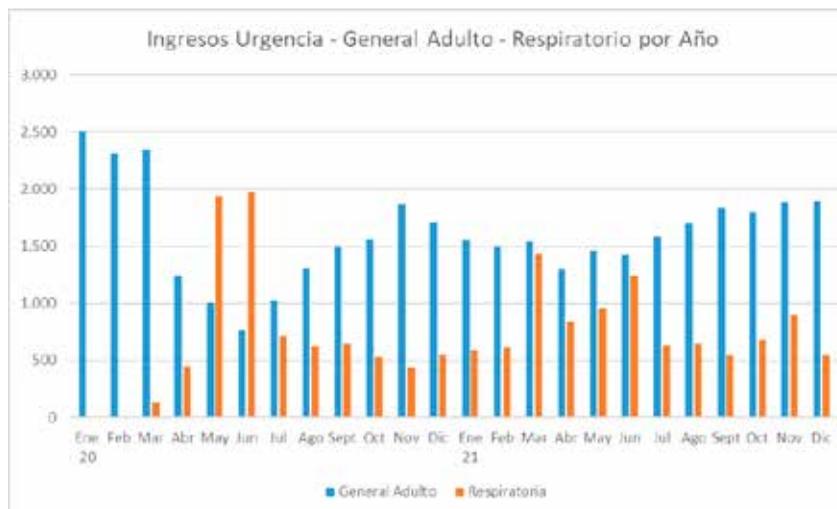
General Adulto - Respiratoria.



INGRESOS DE UGENCIA		TipoUrgencia	
año	mes	General Adulto	Respiratoria
2020	Ene 20	2.500	
	Feb	2.313	
	Mar	2.350	136
	Abr	1.237	449
	May	1.006	1.939
	Jun	762	1.976
	Jul	1.028	714
	Ago	1.305	622
	Sept	1.500	649
	Oct	1.562	529
	Nov	1.869	444
	Dic	1.708	550
2021	Ene 21	1.553	588
	Feb	1.499	620
	Mar	1.540	1.432
	Abr	1.302	833
	May	1.457	956
	Jun	1.422	1.239
	Jul	1.586	634
	Ago	1.702	646
	Sept	1.834	545
	Oct	1.796	681
	Nov	1.884	893
	Dic	1.889	544

Se observa en la gráfica que, dentro de los ingresos de urgencia mensual, la cantidad de casos respiratorio presenta un alto nivel en el mes de mayo y junio Año 2020.

Junto con ello, el mes de marzo y junio Año 2021.



III. HOSPITALIZADOS.

En los datos generales de pacientes Hospitalizados, se observa una clara disminución de un 32,8%, entre el Año 2019 y Año 2020, sobre todo desde los meses de abril, hasta Agosto (no se está hablando de gravedad).

Donde para el Año 2021 aumentó en un 12%, respecto al Año 2020.

Como en todas las áreas nombradas en el informe, no se llega a lo que representa un año “estándar”.

HOSPITALIZADOS					
MES	Año 2021	Año 2020	Año 2019	% Var 21/20	% Var 20/19
Ene	653	804	825	-18,8%	-2,5%
Feb	524	587	614	-10,7%	-4,4%
Mar	738	712	898	3,7%	-20,7%
Abr	516	366	910	41,0%	-59,8%
May	563	399	899	41,1%	-55,6%
Jun	602	462	940	30,3%	-50,9%
Jul	620	437	994	41,9%	-56,0%
Ago	688	451	1.047	52,5%	-56,9%
Sep	702	611	746	14,9%	-18,1%
Oct	769	737	1.003	4,3%	-26,5%
Nov	786	806	800	-2,5%	0,8%
Dic	778	717	875	8,5%	-18,1%
Total	7.939	7.089	10.551	12,0%	-32,8%

- 31 de marzo 2021**
 Ministerio de Salud instruye aumento de 30% de camas críticas en Red Integrada Público-Privada..
- 26 de mayo 2021**
 Comienza a regir el Pase de Movilidad.
- 23 de junio 2021**
 Chile cumple la meta de alcanzar 80% de la población objetivo mayor de 18 años con primera dosis de la vacuna.
- 4 de agosto 2021**
 Se han administrado más de 25 millones de dosis de vacuna contra COVID-19.
- 30 septiembre 2021**
 Finaliza Estado de Excepción Constitucional en Chile. Más de 91% de la población objetivo ha recibido primera o única dosis de vacuna.
- 3 diciembre 2021**
 Autoridades de Salud y del Ejército de Santiago encabezan Ceremonia de Izamiento de la Gran Bandera Nacional como homenaje a personal de salud.
- 04 diciembre 2021**
 MINSAL confirma primer caso de variante Ómicron en Chile.



Rendimiento de Hospitalizados en los Años 2020 y Año 2021, por Clínicas.

RENDIMIENTO HOSPITALIZADOS

CLINICAS	EGRESOS 2020			EGRESOS 2021		
	Alta	Fallec	Total	Alta	Fallec	Total
UCI Adulto Edificio A Piso 4	13	44	57	1	75	76
UCI Cardiovascular Edificio A Piso 4	104	15	119	92	28	120
UCI Pediátrica Edificio A Piso 4	117	4	121	296	0	296
UTI Edificio A Piso 4	53	14	67	41	24	65
UTI Quirúrgica Edificio A Piso 5	11	2	13	84	7	91
Recuperación Pabellones Edificio A Piso 5	9	3	12			
Total Unidades Críticas	307	82	389	514	134	648

INDICE OCUPACIONAL	
2020	2021
73,5%	82,6%
61,3%	71,9%
37,2%	60,1%
66,0%	69,9%
28,0%	41,8%
51,2%	0
60,2%	68,1%

Se observa en esta tabla el Rendimiento por Año 2020-Año 2021, de las Unidades Críticas en detalle y el total de las Unidades Indiferenciadas y Diferenciadas.

El Índice Ocupacional de las Unidades Críticas, observa un aumento del aproximadamente de un 8%.

Total Unidades Indiferenciadas	5.775	286	6.061	6.388	261	6.649
Total Unidades Diferenciadas	628	11	639	617	25	642
TOTAL GENERAL	6.710	379	7.089	7.519	420	7.939

48,6%	53,6%
51,3%	66,9%
50,6%	57,2%

Índice Ocupacional mensual (Días camas ocupadas/Días camas disponibles).

Se observa el Índice Ocupacional por mes en los años 2020 - 2021, donde se observa el comportamiento del hospital Militar. (en amarillo se destacan algunas Unidades).

INDICE OCUPACIONAL

CLINICAS	2020												Anual
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
MED.-QUIR. EDIF B PISO 3 / 1A UNIDAD	66,1%	72,8%	45,2%	48,3%	85,6%	80,7%	77,3%	73,9%	56,1%	36,2%	32,3%	33,2%	58,5%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 1A UNIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	9,2%	63,2%	80,0%	69,7%	51,6%	32,7%	0,0%	0,0%	0,0%	32,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 2A UNIDAD	71,0%	78,9%	55,6%	0,2%	46,6%	78,4%	20,1%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,2%
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 3A UNIDAD	14,0%	34,5%	3,8%	0,0%	1,9%	0,3%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 4A UNIDAD	34,6%	11,3%	22,9%	6,1%	2,3%	0,0%	2,1%	5,6%	3,6%	33,6%	45,2%	12,6%	15,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 1A UNIDAD	58,8%	50,8%	17,7%	65,4%	58,3%	74,9%	29,1%	0,2%	2,2%	37,6%	66,5%	56,8%	43,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 2A UNIDAD	2,5%	66,7%	30,9%	0,0%	11,4%	75,0%	24,0%	44,1%	33,0%	52,9%	62,6%	48,9%	35,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 4A UNIDAD	50,4%	49,8%	67,6%	51,0%	32,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	20,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 1A UNIDAD	73,2%	67,6%	75,8%	67,7%	67,3%	84,5%	52,6%	85,5%	79,7%	82,6%	85,0%	82,9%	75,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 2A UNIDAD	56,8%	53,1%	66,7%	67,7%	73,1%	0,0%	55,2%	81,6%	73,3%	79,4%	74,3%	65,2%	62,8%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 3A UNIDAD	62,9%	33,8%	63,5%	0,0%	33,0%	86,5%	78,7%	80,2%	72,7%	82,9%	80,7%	75,2%	62,7%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 4A UNIDAD	64,3%	63,4%	55,5%	0,0%	34,0%	82,5%	81,9%	79,1%	73,0%	83,2%	83,0%	76,8%	64,5%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 1A UNIDAD	86,0%	98,9%	67,7%	46,7%	47,3%	58,9%	35,5%	94,6%	94,4%	94,6%	93,3%	71,0%	74,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 2A UNIDAD	88,1%	89,0%	64,5%	69,7%	75,9%	61,7%	50,7%	92,6%	91,0%	90,6%	94,0%	79,0%	79,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 3A UNIDAD	81,6%	79,7%	84,2%	69,3%	69,3%	78,1%	91,0%	84,7%	90,7%	89,7%	90,0%	82,9%	82,6%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 4A UNIDAD	77,3%	78,3%	55,8%	0,0%	0,0%	0,0%	73,6%	91,0%	90,0%	91,9%	84,7%	77,7%	60,6%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 1A UNIDAD	68,8%	58,0%	56,5%	41,1%	51,1%	64,4%	72,0%	69,1%	41,6%	42,5%	66,1%	82,3%	59,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 2A UNIDAD	85,8%	85,2%	73,9%	67,7%	64,7%	88,1%	91,7%	84,0%	87,0%	93,2%	83,7%	76,8%	81,7%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 3A UNIDAD	86,6%	74,2%	59,0%	41,0%	69,6%	88,1%	85,9%	91,8%	85,1%	83,2%	84,7%	57,7%	74,5%
UCI ADULTO EDIFICIO A PISO 4	62,7%	44,4%	24,1%	46,3%	90,2%	98,3%	90,6%	66,5%	79,6%	73,5%	74,8%	52,0%	73,5%
UCI CARDIOVASCULAR EDIFICIO A PISO 4	56,3%	51,1%	39,0%	46,3%	68,1%	98,7%	81,5%	50,0%	75,0%	44,8%	67,9%	54,8%	61,3%
UCI PEDIATRICA EDIFICIO A PISO 4	9,7%	17,2%	16,8%	18,0%	27,7%	84,2%	83,3%	53,2%	47,8%	22,0%	27,2%	28,5%	37,2%
UTI EDIFICIO A PISO 4	83,3%	75,5%	58,9%	50,4%	64,5%	0,0%	0,0%	76,5%	69,2%	75,3%	64,3%	60,3%	66,0%
UTI QUIRURGICA EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	57,3%	68,6%	65,0%	25,9%	10,6%	2,7%	11,1%	4,3%	28,0%
RECUPERACION PABELLONES EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	46,8%	56,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	51,2%
ONCOLOGIA EDIF. B PISO 2 / 2A UNIDAD	49,0%	66,2%	28,5%	27,3%	37,3%	35,2%	44,7%	46,5%	44,3%	34,6%	40,4%	61,3%	41,1%
PSIQUIATRIA HOMBRES EDIF B PISO 3 / 3A UNIDAD	67,3%	0,0%	50,3%	35,6%	49,7%	81,9%	85,7%	96,1%	91,1%	59,5%	83,8%	63,7%	66,4%
PSIQUIATRIA MUJERES EDIF B PISO 2 / 3A UNIDAD	76,6%	96,1%	66,5%	16,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	87,2%	69,9%	70,9%	45,6%	42,3%
Total general	59,7%	62,8%	46,3%	34,1%	47,6%	60,8%	52,9%	48,9%	49,1%	48,8%	53,1%	45,6%	50,5%



10 diciembre 2021
Chile alcanza más de 41,9 millones de dosis de vacunas administradas



29 de diciembre 2021
el 92% de la población mayores de 18 años alcanza esquema completo de vacunación



07 de enero de 2022
MINSAL informa que más de 14 millones de personas completan esquema de vacunación





INDICE OCUPACIONAL

CLINICAS	2021												Anual
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
MED.-QUIR. EDIF B PISO 3 / 1A UNIDAD	34,7%	50,0%	62,9%	69,3%	63,0%	75,2%	41,6%	34,4%	35,5%	18,5%	34,0%	28,4%	47,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 1A UNIDAD	0,0%	0,0%	15,4%	12,0%	26,5%	56,7%	4,0%	1,3%	4,4%	2,2%	7,8%	7,5%	13,9%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 2A UNIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,2%	82,6%	81,1%	70,9%	81,2%	74,6%	39,4%
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 3A UNIDAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 4A UNIDAD	1,2%	0,0%	0,6%	3,3%	5,9%	7,6%	3,5%	2,1%	2,1%	38,7%	60,6%	34,0%	13,3%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 1A UNIDAD	57,1%	60,9%	68,0%	60,7%	56,6%	70,8%	77,6%	0,0%	19,4%	7,0%	8,3%	10,2%	49,8%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 2A UNIDAD	64,9%	36,0%	41,4%	0,6%	5,9%	8,1%	26,2%	56,5%	67,0%	71,3%	65,7%	63,1%	42,6%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 4A UNIDAD	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 1A UNIDAD	90,0%	80,7%	81,3%	80,0%	79,0%	78,7%	87,7%	86,8%	79,3%	87,7%	89,0%	87,7%	84,1%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 2A UNIDAD	75,2%	72,1%	66,8%	58,0%	71,2%	66,7%	81,9%	80,3%	81,7%	76,1%	81,7%	80,7%	74,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 3A UNIDAD	88,7%	81,4%	70,9%	67,3%	82,9%	75,7%	81,9%	87,1%	84,7%	89,0%	87,3%	68,4%	80,5%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 4A UNIDAD	87,4%	79,3%	83,2%	73,0%	80,6%	71,3%	83,9%	88,1%	82,3%	90,0%	87,3%	89,7%	83,1%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 1A UNIDAD	86,0%	59,5%	77,4%	84,4%	86,0%	90,0%	96,8%	91,4%	93,3%	87,1%	98,9%	86,0%	86,6%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 2A UNIDAD	90,6%	86,4%	81,9%	77,0%	78,1%	86,7%	95,1%	92,9%	85,3%	93,5%	95,3%	86,1%	87,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 3A UNIDAD	85,8%	84,3%	86,8%	75,3%	80,9%	85,7%	93,2%	91,9%	92,0%	84,5%	89,7%	82,2%	86,0%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 4A UNIDAD	89,0%	85,0%	83,2%	81,0%	73,5%	86,9%	91,0%	79,7%	73,0%	83,9%	94,3%	81,6%	83,5%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 1A UNIDAD	75,8%	75,6%	64,5%	64,4%	52,7%	50,0%	67,2%	81,2%	63,9%	51,1%	50,6%	28,5%	60,4%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 2A UNIDAD	82,3%	75,7%	83,9%	74,0%	80,3%	84,0%	90,3%	85,8%	89,0%	80,6%	89,3%	78,4%	82,8%
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 3A UNIDAD	65,2%	76,8%	91,9%	73,3%	79,7%	89,0%	82,9%	74,5%	80,0%	89,4%	85,7%	81,3%	80,8%
UCI ADULTO EDIFICIO A PISO 4	79,6%	86,9%	85,0%	91,4%	91,4%	91,2%	85,3%	83,2%	57,8%	49,8%	64,8%	70,8%	82,6%
UCI CARDIOVASCULAR EDIFICIO A PISO 4	65,7%	48,7%	77,0%	85,8%	94,0%	90,0%	77,3%	73,4%	65,8%	62,5%	67,5%	53,3%	71,9%
UCI PEDIATRICA EDIFICIO A PISO 4	49,5%	35,7%	51,6%	75,6%	89,8%	88,9%	64,0%	61,8%	53,3%	56,5%	36,1%	57,0%	60,1%
UTI EDIFICIO A PISO 4	63,8%	59,5%	81,6%	70,5%	0,0%	0,0%	73,3%	68,2%	78,2%	64,7%	72,2%	70,9%	69,9%
UTI QUIRURGICA EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,6%	23,1%	84,4%	76,1%	67,9%	46,3%	17,1%	25,6%	33,9%	34,4%	22,0%	41,8%
RECUPERACION PABELLONES EDIFICIO A PISO 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ONCOLOGIA EDIF. B PISO 2 / 2A UNIDAD	69,7%	58,6%	76,3%	70,7%	61,0%	55,3%	51,6%	45,8%	53,3%	54,5%	35,0%	42,9%	55,2%
PSIQUIATRIA HOMBRES EDIF B PISO 3 / 3A UNIDAD	63,2%	61,3%	78,4%	82,5%	66,9%	64,9%	89,0%	84,9%	56,3%	80,3%	87,3%	63,4%	73,9%
PSIQUIATRIA MUJERES EDIF B PISO 2 / 3A UNIDAD	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	85,0%	82,6%	91,4%	71,1%
Total general	56,4%	55,8%	53,8%	51,7%	56,0%	59,5%	57,1%	55,9%	64,2%	65,9%	69,5%	63,3%	58,7%

Número de Camas Disponibles.

CAMAS DISPONIBLES

CLINICAS	2020												Total 2020
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	
MED.-QUIR. EDIF B PISO 3 / 1A UNIDAD	20	20	20	14	14	20	20	19	20	20	20	20	225
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 1A UNIDAD	0	0	17	14	14	18	18	18	18	17	14	14	162
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 2A UNIDAD	18	18	18	14	13	18	18	18	18	18	18	18	206
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 3A UNIDAD	9	4	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	133
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 4A UNIDAD	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	132
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 1A UNIDAD	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	216
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 2A UNIDAD	18	2	17	18	18	18	18	18	18	18	18	18	199
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 4A UNIDAD	20	18	20	20	21	22	22	22	20	20	20	20	245
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 1A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	119
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 2A UNIDAD	10	10	10	10	10	9	10	10	10	10	10	10	118
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 3A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	9	10	10	10	10	119
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 4A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	7	10	10	10	10	117
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 1A UNIDAD	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 2A UNIDAD	10	10	10	10	10	9	9	10	10	10	10	10	118
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 3A UNIDAD	10	10	10	10	10	9	9	10	10	10	10	10	118
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 4A UNIDAD	10	10	10	10	10	9	10	9	10	10	10	10	117
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 1A UNIDAD	6	6	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	70
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 2A UNIDAD	10	10	10	10	10	9	9	8	10	10	10	10	116
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 3A UNIDAD	10	10	10	10	10	9	9	4	10	10	10	10	111
UCI ADULTO EDIFICIO A PISO 4	9	9	9	9	15	26	26	24	9	9	9	9	162
UCI CARDIOVASCULAR EDIFICIO A PISO 4	7	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	93
UCI PEDIATRICA EDIFICIO A PISO 4	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	66
UTI EDIFICIO A PISO 4	11	11	17	17	11			2	17	17	17	17	137
UTI QUIRURGICA EDIFICIO A PISO 5					3	6	5	6	6	6	6	6	44
RECUPERACION PABELLONES EDIFICIO A PISO 5						6	5						11
ONCOLOGIA EDIF. B PISO 2 / 2A UNIDAD	10	5	10	10	9	7	7	7	7	7	8	5	92
PSIQUIATRIA HOMBRES EDIF B PISO 3 / 3A UNIDAD	8	0	9	16	15	9	9	9	9	9	11	12	116
PSIQUIATRIA MUJERES EDIF B PISO 2 / 3A UNIDAD	8	8	8	8	8	8	8	8	6	6	7	8	91
Total general	271	233	298	292	291	304	306	290	301	300	302	301	3.489

Por orden Ministerial se inicia la Conversión de Camas UCI

En Mayo 1° ola

Por protocolo Sanitario en algunas unidades quedaron funcionando de 1 cama por habitación



1 diciembre 2019

Autoridades chinas reportan primeros casos de personas con neumonía atípica en Wuhan.



3 de enero 2020

Primer comunicado oficial de la OMS



22 enero 2020

Japón, Tailandia, República de Corea y EE.UU. reportan casos de coronavirus a la OMS. MINSAL emite Oficio 1553 sobre Alerta y Refuerzo ante brote de 2019-nCoV en China.



28 de enero 2020

Gobierno presenta plan de acción por Coronavirus y declara Fase I- Se crea Comité de Crisis



30 de enero 2020

OMS declara emergencia Internacional.



30 de enero 2020

OMS declara emergencia Internacional.



01 febrero 2020

Autoridad de Salud se reúne con el Director de Sanidad del Ejército para coordinar acciones frente a eventuales casos de nuevo coronavirus en el país



CAMAS DISPONIBLES

CLINICAS	2021												Total 2021
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	
MED.-QUIR. EDIF B PISO 3 / 1A UNIDAD	20	20	19	19	19	20	19	15	17	13	16	16	213
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 1A UNIDAD	14	13	15	18	18	18	18	18	6	6	6	6	156
MED.-QUIR. EDIF B PISO 4 / 2A UNIDAD	0	0	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	179
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 3A UNIDAD	0	0	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	24
PEDIATRIA EDIF B PISO 4 / 4A UNIDAD	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	132
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 1A UNIDAD	18	18	18	18	18	18	18	18	6	6	6	6	168
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 2A UNIDAD	18	10	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	208
MED.-QUIR. EDIF B PISO 5 / 4A UNIDAD	20	12	24	24	21	20	20	20	0	0	0	0	161
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 1A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 2A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 3A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
MED.-QUIR. EDIF B PISO 6 / 4A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 1A UNIDAD	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 2A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 3A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
MED.-QUIR. EDIF B PISO 7 / 4A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 1A UNIDAD	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	72
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 2A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
MED.-QUIR. EDIF B PISO 8 / 3A UNIDAD	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
UCI ADULTO EDIFICIO A PISO 4	9	9	12	25	26	26	24	11	9	9	9	9	177
UCI CARDIOVASCULAR EDIFICIO A PISO 4	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	96
UCI PEDIATRICA EDIFICIO A PISO 4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	72
UTI EDIFICIO A PISO 4	14	16	14	1	0	0	3	15	17	17	17	14	127
UTI QUIRURGICA EDIFICIO A PISO 5	6	6	6	7	12	15	12	10	6	6	6	6	98
RECUPERACION PABELLONES EDIFICIO A PISO 5													0
ONCOLOGIA EDIF. B PISO 2 / 2A UNIDAD	5	5	8	10	10	10	10	10	10	10	10	9	107
PSIQUIATRIA HOMBRES EDIF B PISO 3 / 3A UNIDAD	12	12	14	16	16	14	16	16	16	15	13	10	171
PSIQUIATRIA MUJERES EDIF B PISO 2 / 3A UNIDAD	7	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5	6	20
Total general	267	245	303	310	299	301	298	293	247	242	248	240	3.294

Por orden Ministerial se inicia la Conversión de Camas UCI

En Marzo 2° ola

Por protocolo Sanitario en algunas unidades quedaron funcionando de 1 cama por habitación

Se observa el movimiento de Camas Disponibles que se produce en el Año 2020 y Año 2021.

(en amarillo los cambios).

Cuadros de las patologías más frecuentes, según agrupación del CIE-10, por Año 2020-Año 2021.

		AÑO 2020												
		INF	SI											
		MES												
CAP.CIE10	DESCRIPCION CIE 10	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total general
1.-	ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00 - B99)	27	24	16	9	70	7	10	8	6	8	16	26	227
2.-	TUMORES (NEOPLASIAS) (C00 - D48)	137	72	111	54	55	49	66	89	98	111	109	89	1.040
3.-	ENF. SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS (D50 - D89)	8	17	12	10	7	7	9	7	10	14	17	13	131
4.-	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS (E00 - E90)	22	27	27	7	10	3	7	3	18	17	22	17	180
5.-	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMP. (F00 - F99)	15	13	25	12	13	11	15	14	26	25	27	25	221
6.-	ENF. SISTEMA NERVIOSO (G00 - G99)	19	9	17	4	8	9	6	9	7	16	16	13	133
7.-	ENF. OJO Y SUS ANEXOS (H00 - H59)	4	2	2	1	1	1	3	2	1	5	3		24
8.-	ENF. OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES (H60 - H95)	3	5	3	3	1	1	1	2		6	6		31
9.-	ENF. SISTEMA CIRCULATORIO (I00 - I99)	89	64	78	62	61	47	65	57	74	96	107	99	899
10.-	ENF. SISTEMA RESPIRATORIO (J00 - J99)	73	46	68	53	33	229	135	95	88	71	50	55	996
11.-	ENF. SISTEMA DIGESTIVO (K00 - K93)	111	112	97	54	47	48	55	61	93	141	134	119	1.072
12.-	ENF. PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	17	8	11	4	12	3	6	2	5	14	16	11	109
13.-	ENF. SISTEMA OSTEOM. Y TEJIDO CONJUNTIVO (M00 - M99)	57	29	61	4	4	2	9	8	39	51	71	43	378
14.-	ENF. SISTEMA GENITOURINARIO (N00 - N99)	87	66	72	27	22	13	19	35	36	47	98	79	601
15.-	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00 - O99)					1								1
16.-	AFECCIONES ORIG. PERIODO PERINATAL (P00 - P96)									1				1
17.-	MALFORM. CONGENITAS, DEFORM. Y ANOMALIAS CROMOS. (Q00 - Q99)	9	12	10		1				7	9	13	8	69
18.-	SINTOMAS, SIGNOS ANORMALES CLIN. Y LAB. NO CLASIF. (R00 - R99)	17	15	22	13	10	3	10	15	16	10	12	23	166
19.-	TRAUMATISMOS, ENVENEN. CONSEC. CAUSA EXTERNAS (S00 - T98)	83	63	70	48	42	27	23	42	69	76	61	64	668
21.-	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD (Z00 - Z99)	26	3	12	2	3	2	14	30	26	24			142
Total general		804	587	712	366	399	462	437	451	611	737	806	717	7.089

Según este cuadro se muestra las patologías más frecuentes en los capítulos del CIE-10

		AÑO 2021												
		INF	SI											
		MES												
CAP.CIE10	DESCRIPCION CIE 10	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total general
1.-	ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00 - B99)	21	14	16	8	9	17	15	9	17	11	18	12	167
2.-	TUMORES (NEOPLASIAS) (C00 - D48)	106	92	105	96	103	88	92	91	99	119	113	110	1.214
3.-	ENF. SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS (D50 - D89)	5	10	10	4	7	9	17	10	9	11	9	10	111
4.-	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS (E00 - E90)	13	12	28	7	11	15	19	14	19	27	28	23	216
5.-	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMP. (F00 - F99)	23	10	20	31	28	23	19	24	17	17	28	36	276
6.-	ENF. SISTEMA NERVIOSO (G00 - G99)	9	12	11	12	8	4	14	20	13	17	19	11	150
7.-	ENF. OJO Y SUS ANEXOS (H00 - H59)	3		5				6	4	4	2	2	4	30
8.-	ENF. OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES (H60 - H95)	4	6	5	2	5	7	5	3		8	2	8	55
9.-	ENF. SISTEMA CIRCULATORIO (I00 - I99)	86	67	81	57	88	92	100	90	97	90	88	105	1.041
10.-	ENF. SISTEMA RESPIRATORIO (J00 - J99)	52	64	112	98	107	124	92	71	75	63	69	75	1.002
11.-	ENF. SISTEMA DIGESTIVO (K00 - K93)	102	93	113	61	82	73	79	104	104	129	124	152	1.216
12.-	ENF. PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	11	3	9	9	7	6	5	5	13	11	12	7	98
13.-	ENF. SISTEMA OSTEOM. Y TEJIDO CONJUNTIVO (M00 - M99)	31	14	38	11	15	18	16	51	48	64	61	54	421
14.-	ENF. SISTEMA GENITOURINARIO (N00 - N99)	72	50	73	56	39	46	47	74	66	75	68	65	731
15.-	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00 - O99)							1						1
16.-	AFECCIONES ORIG. PERIODO PERINATAL (P00 - P96)										1			1
17.-	MALFORM. CONGENITAS, DEFORM. Y ANOMALIAS CROMOS. (Q00 - Q99)	7	6	7	5	4	4	3	7	3	6	10	4	66
18.-	SINTOMAS, SIGNOS ANORMALES CLIN. Y LAB. NO CLASIF. (R00 - R99)	13	5	8	8	13	7	11	8	17	16	16	15	137
19.-	TRAUMATISMOS, ENVENEN. CONSEC. CAUSA EXTERNAS (S00 - T98)	70	56	71	49	36	61	47	65	63	60	66	61	705
21.-	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD (Z00 - Z99)	25	10	26	2	1	8	32	38	38	42	53	26	301
Total general		653	524	738	516	563	602	620	688	702	769	786	778	7.939



05 de febrero 2020
Ministerio de Salud decreta Alerta Sanitaria en todo el país.



26 de febrero 2020
Primer caso COVID-19 en América Latina, Brasil.



28 de febrero 2020
Cenabast comprará anticipadamente 20 millones de unidades de Equipos de Protección personal para trabajadores del sector público de salud



03 de marzo 2020
Autoridades de salud informan primer caso de COVID-19 en Chile



09 de marzo 2020
Autoridades de Salud y Defensa disponen hospitales de las fuerzas Armadas para reforzar la red asistencial.



11 de marzo 2020
OMS declara Pandemia Global.



16 marzo 2020
Autoridades de Salud informan que Chile pasa a Fase 4 de la pandemia. Se anuncia cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas a partir del 18 de marzo.



Los 20 Diagnósticos más frecuentes en los Año 2020-Año 2021.

AÑO	2020
INF	SI

Pacientes		Vivo	Fallecido	Total general	
COD1	Descripción				
J128	NEUMONIA VIRICA (SARS-COV-2)	307	94	401	5,7%
K358	APENDICITIS AGUDA	132		132	1,9%
K802	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	107		107	1,5%
Z411	OTRAS CIRUGÍAS PLASTICAS POR RAZONES ESTETICAS	93		93	1,3%
J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	58	25	83	1,2%
I509	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	77	2	79	1,1%
I678	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS	66	12	78	1,1%
S720	FRACTURA DEL CUELLO DEL FÉMUR	73	2	75	1,1%
K810	COLECISTITIS AGUDA	75		75	1,1%
J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	61	14	75	1,1%
I219	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	67	6	73	1,0%
C73X	TUMOR MALIGNO DE LA GLÁNDULA TIROIDES	67	1	68	1,0%
B342	INFECCIÓN DEBIDA A CORONAVIRUS, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	50	15	65	0,9%
N201	CALCULO DEL URETER	63		63	0,9%
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	60	3	63	0,9%
I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	57	5	62	0,9%
J988	OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICADOS	40	18	58	0,8%
K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	57		57	0,8%
S832	DESGARRO ACTUAL DE MENISCOS (PRESENTE)	55		55	0,8%
N47X	PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	55		55	0,8%
Subtotal 20 patologías mas frecuentes		1.620	197	1.817	25,6%
Total General de Egresos HMS 2020		6.704	385	7.089	100%

Se seleccionaron los 20 Diagnósticos mas frecuentes

Se aprecia en forma clara el Diagnóstico de Neumonía Virica por Covid-19

AÑO	2021
INF	SI

Pacientes					
COD1	Descripción	Vivo	Fallecido	Total general	
J128	NEUMONIA VIRICA (SARS-COV-2)	380	102	482	6,1%
Z411	OTRAS CIRUGÍAS PLASTICAS POR RAZONES ESTETICAS	248		248	3,1%
K358	APENDICITIS AGUDA	149		149	1,9%
K802	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS	128		128	1,6%
I678	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS	111	15	126	1,6%
I509	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	100	9	109	1,4%
I219	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	97	5	102	1,3%
K810	COLECISTITIS AGUDA	96	1	97	1,2%
S720	FRACTURA DEL CUELLO DEL FÉMUR	88	2	90	1,1%
C509	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	89	1	90	1,1%
N390	INFECCION DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	84	1	85	1,1%
I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	72	13	85	1,1%
J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	40	41	81	1,0%
N47X	PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	77		77	1,0%
A419	SEPSIS, NO ESPECIFICADA	30	44	74	0,9%
M169	COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA	73		73	0,9%
C189	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	64	5	69	0,9%
C73X	TUMOR MALIGNO DE LA GLÁNDULA TIROIDES	67		67	0,8%
K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	65		65	0,8%
C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	59	4	63	0,8%
Subtotal 20 patologías mas frecuentes		2.117	243	2.360	29,7%
Total General de Egresos HMS 2021		7.517	422	7.939	100%



18 de marzo 2020

Gobierno declara estado de Excepción Constitucional de catástrofe por calamidad Pública en todo el país.



21 de marzo 2020

Ministerio de Salud informa el primer fallecimiento asociado a COVID-19 en Chile.



22 de marzo 2020

Gobierno anuncia toque de queda para todo el territorio nacional.



25 de marzo 2020

Gobierno decreta las primeras cuarentenas totales en siete comunas de la Región Metropolitana



30 de marzo 2020

Fuerza Aérea de Chile realizó primera evacuación aeromédica de pacientes sospechosos de COVID-19 desde Rapa Nui a Santiago.



30 de marzo 2020

Por Resolución Exenta N°215 se dispone la postergación de todas las cirugías electivas cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud del paciente.



02 abril 2020

MINSAL informa la adquisición de 793 nuevos ventiladores mecánicos para la Red de Salud. El país alcanza 3.300 camas con ventilación

**Pacientes fallecidos en los Años 2019, 2020 y Año 2021.****FALLECIDOS**

AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021	% 20/19	% 21/20
309	379	420	22,7%	10,8%

Se observa un aumento de aproximadamente del 23% entre el Año 2019 y Año 2020.

Importante nombrar que en el:

- Año 2019, las 20 patologías más frecuentes de los pacientes fallecidos, reasantan un 62,5%.
- Año 2020, las 20 patologías más frecuentes de los pacientes fallecidos, reasantan un 68,6%.
- Año 2021, las 20 patologías más frecuentes de los pacientes fallecidos, reasantan un 75,0%.

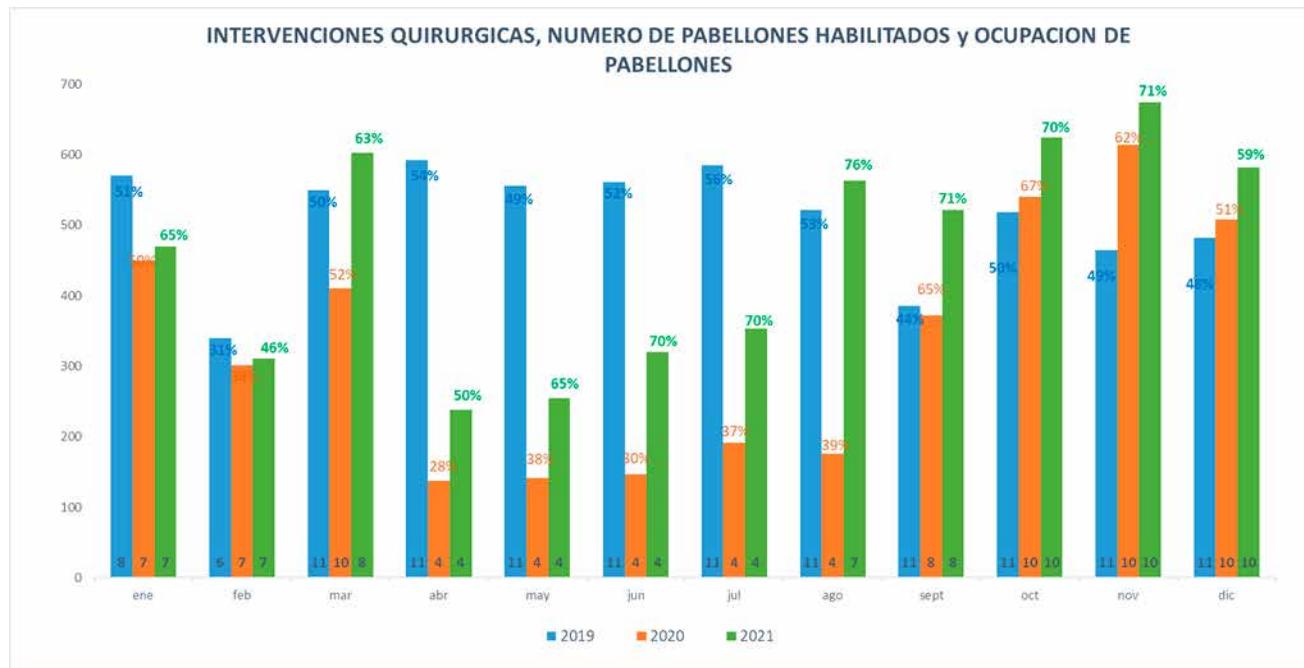
Dentro de las 20 patologías de cada grupo se encuentran en los primeros lugares:

- Neumonía vírica (sars-cov-2).
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada.
- Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito.

IV. PABELLÓN.**PABELLON CENTRAL**

MES	INTERVENCIONES QUIRURGICAS.				
	Año 2021	Año 2020	Año 2019	% Var 21/20	% Var 20/19
Ene	566	444	466	27,5%	-4,7%
Feb	336	301	311	11,6%	-3,2%
Mar	546	402	594	35,8%	-32,3%
Abr	587	132	234	344,7%	-43,6%
May	554	139	251	298,6%	-44,6%
Jun	555	142	314	290,8%	-54,8%
Jul	576	189	349	204,8%	-45,8%
Ago	518	175	561	196,0%	-68,8%
Sep	386	367	519	5,2%	-29,3%
Oct	512	535	620	-4,3%	-13,7%
Nov	454	608	663	-25,3%	-8,3%
Dic	478	504	578	-5,2%	-12,8%
Total	6.068	3.938	5.460	54,1%	-27,9%

Se observa que las Intervenciones Quirúrgicas (Pabellón Central), disminuyeron en altos porcentajes, si se observa en forma anual (Año 2020/ Año 2019), se nota menos en un 27,9%, pero si se analiza mensualmente, la disminución es son considerables, incluso en agosto fue un 68,8% (disminución).



La gráfica muestra los cambios experimentados en el área quirúrgica durante el Año 2019 – Año 2021, en relación a cantidad de operaciones, el número de pabellones habilitados y su ocupación.

En marzo 2020, al inicio de la pandemia, primeramente, se redujeron los pabellones electivos de 9 a 7, para el periodo abril a julio trabajar con 3 pabellones electivos y 1 de urgencias.

Desde el mes de agosto comienza su apertura paulatina.

Esta reducción, implicó una baja del 35% en el total anual de operaciones respecto del 2019.

Si bien el cierre eventual de pabellones se mantuvo durante el año 2021, el impacto respecto del total anual de operaciones fue menor, alcanzando al (-) 10%.

- 16 de abril 2020**

MINSAL instruye uso obligatorio de mascarillas en lugares públicos cerrados.
- 13 de mayo 2020**

Se decreta cuarentena total en la Región Metropolitana.
- 23 de mayo de 2020**

Ministerio de Salud instruye a clínicas privadas y hospitales institucionales aumentar su capacidad hospitalaria.
- 24 de junio de 2020**

Chile supera el millón de exámenes de diagnóstico por PCR para COVID-19.
- 26 de junio 2020**

Chile supera las 4600 camas ventiladas.
- 19 de julio 2020**

Se pone en marcha el "Plan paso a paso nos cuidamos"
- 28 de agosto 2020**

Se sitúa en el primer lugar de Latinoamérica en cantidad de exámenes de PCR por millón de habitantes.



Ocupación de Pabellón Central.

MES	N° PABELLONES			OCUPACION DE PABELLON CENTRAL		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019
ene	7	7	8	65%	50%	51%
feb	7	7	6	46%	38%	31%
mar	8	10	11	63%	52%	50%
abr	4	4	11	50%	28%	54%
may	4	4	11	65%	38%	49%
jun	4	4	11	70%	30%	52%
jul	4	4	11	70%	37%	56%
ago	7	4	11	76%	39%	53%
sept	8	8	11	71%	65%	44%
oct	10	10	11	70%	67%	50%
nov	10	10	11	71%	62%	49%
dic	10	10	11	59%	51%	48%

La Ocupación de Pabellón Central, se vio afectada, debido a que hubo cierres de Pabellones.

En la tabla se observa la cantidad de pabellones que quedaron activos, y se observa el rendimiento muy bajo en el Año 2020, con respecto al Año 2019.

El Año 2021, presenta una ocupación “alta” a lo que realmente el hospital realiza, se sabe que el año más “estándar” es el Año 2019.



PREVENCIÓN DE RIESGOS



DEPARTAMENTO PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SALUD PÚBLICA VETERINARIA HMS EN PANDEMIA

1. Sección de Prevención de Riesgos

A. Composición de seccion:

GRADO	NOMBRE	PUESTO
MAY	ALEJANDRA MEYER RODRÍGUEZ	JEFE DEPTO. PRSPV
PAC.	IGNACIO CARRASCO MORALES	JEFE SECC.PR
PAC.	IGNACIO QUEZADA QUIROGA.	ASESOR ING. PR
PAC.	BÁRBARA ROJAS LÓPEZ	ASESOR TEC. PR
LEY	MARCELO VARAS MÉNDEZ	MONITOR

B. Funciones Principales:

1. Con las herramientas técnicas de control integral prevenir los accidentes laborales y enfermedades profesionales implementando medidas de seguridad, control e higiene en la IS.
2. Identificar, analizar, evaluar y controlar los riesgos de Accidentes del Trabajo y consecuentes Enfermedades Profesionales.
3. Cumplir con la normativa legal vigente en materias de Seguridad y Salud Ocupacional.
4. Promover la formación de una cultura de prevención de riesgos ocupacionales como un valor fundamental, que debe ser considerado en el quehacer institucional.





A. Capacitaciones

<p>Riesgos y Medidas Preventivas asociadas al COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de mascarilla en forma permanente durante la jornada de trabajo. ✓ Higiene de manos frecuente, ✓ Distanciamiento social. ✓ Almorzar por turnos. <p>Campaña para prevenir contagio de COVID-19:</p> <p>Áreas clínicas y administrativas</p>	<p>Como objetivo final, se cumplió ya que resultado de las instancias de capacitación, se logró educar y reeducar al personal en una conducta preventiva laboral correcta.</p>	<p>Total, Personal Capacitado:</p> <p>1082</p>
---	--	---

B. Inspecciones Áreas administrativas

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspección de la correcta utilización de EPP. ✓ Verificación de stock de EPP disponibles. ✓ Verificación de señalética y delimitación preventiva. ✓ Comportamiento del personal. ✓ Uso de mascarilla en forma permanente durante la jornada de trabajo. ✓ Higiene de manos frecuente. ✓ Distanciamiento social. ✓ Almorzar por turnos. ✓ Desinfectar en forma frecuente el puesto de trabajo. 	<p>Como objetivo final, se cumplió con lo esperado ya que resultado de las múltiples Inspecciones, se logró vigilar, controlar y mitigar la probabilidad de ocurrencia de contagio en los ambientes laborales desde la vereda del autocuidado</p>	<p>Total, Inspecciones:</p> <p>80</p>
---	---	--

C. Actualización y Elaboración de Documentos frente al COVID-19:

1. Actualización de matrices de riesgo incluyendo el riesgo biológico SARS Covid-19.
2. Actualización del Reglamento Interno de Orden Higiene y Seguridad, se agrega anexo Riesgos y Medidas preventivas frente al Covid-19.
3. Se elabora Protocolo de Seguridad Sanitaria Laboral Covid-19 dando así cumplimiento a la Ley N°21.342 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
4. Se incluye riesgo por agente biológico en la Obligación de Informar los riesgos laborales.
5. Se difunde y capacita de manera permanente a través de intranet y correos masivos, al personal sobre:
 - Las vías de transmisión, signos y síntomas
 - Acciones si presenta síntomas, medidas preventivas.
 - Uso correcto de elementos de protección personal.

D. Manejo de funcionarios contagiados por SARS-CoV2:

1. Se logro a través del Instituto de Seguridad del Trabajo establecer una atención preferencial y dedicada al personal del HMS.
2. Se puso a disposición de todo el personal un numero de Apoyo Emocional 24/7 con el objetivo de prestar contención a nuestros funcionarios en momentos difíciles.

E. Imágenes de actividades materializadas:



Personal equipándose con sus EPP



Personal equipándose con sus EPP



Personal Sanitizando preventivamente



10 diciembre 2021

Chile alcanza más de 41,9 millones de dosis de vacunas administradas



29 de diciembre 2021

el 92% de la población mayores de 18 años alcanza esquema completo de vacunación



07 de enero de 2022

MINSAL informa que más de 14 millones de personas completan esquema de vacunación





Aplicando lista de verificación de cumplimiento de medidas sanitaria laborales con el Instituto de Seguridad del Trabajo.



Instalación de señalética en áreas de acumulación de personas.



Gestión para instalación de barreras físicas al personal de admisión.



Instalación de señalética en áreas clínicas y administrativas.



Capacitación la personal respecto a los riesgos y medidas preventivas frente al Covid-19



Instalación de señalética con medidas preventivas en áreas de comedores.

2. Sección de Salud Pública Veterinaria:

A. Composición de la sección:

GRADO	NOMBRE	PUESTO
MAY	ALEJANDRA MEYER RODRÍGUEZ	Jefe Depto. PRSPV
MAY	AGELA MARISIO SALAS	Jefe Secc. SPV
PAC	INÉS PIZARRO NARANJO	Coordinadora Secc. SPV
SAG.	OSVALDO GARATE SERRANO	Enfermero de Veterinaria
CB2	JOSUÉ SEGOVIA CISTERNA	Enfermero de Veterinaria

B. Funciones Principales:

- Planificar, organizar, asesorar, ejecutar, supervisar y promover acciones permanentes, que disminuyan los riesgos de enfermedad derivados de deficientes condiciones de limpieza, higiene y saneamiento básico en nuestras instalaciones.
- Cuidar la salud del personal, pacientes y público general, mediante la mitigación de permanente de peligros biológicos, en el marco de responsabilidades institucionales con los medios humanos y materiales que cuenta el HMS.
- Asesorar, capacitar y fiscalizar en el cumplimiento de la normativa legal vigente en materias de Inocuidad Alimentaria, Emisiones Ambientales (Ventanilla Única RETC), Control de Plagas Urbanas y Saneamiento Básico.



1 diciembre 2019

Autoridades chinas reportan primeros casos de personas con neumonía atípica en Wuhan.



3 de enero 2020

Primer comunicado oficial de la OMS



22 enero 2020

Japón, Tailandia, República de Corea y EE.UU. reportan casos de coronavirus a la OMS. MINSAL emite Oficio 1553 sobre Alerta y Refuerzo ante brote de 2019-nCoV en China.



28 de enero 2020

Gobierno presenta plan de acción por Coronavirus y declara Fase I- Se crea Comité de Crisis



30 de enero 2020

OMS declara emergencia Internacional.



30 de enero 2020

OMS declara emergencia Internacional.



01 febrero 2020

Autoridad de Salud se reúne con el Director de Sanidad del Ejército para coordinar acciones frente a eventuales casos de nuevo coronavirus en el país

**C. Capacitaciones**

SE CAPACITÓ EN	OBJETIVO	Total, Personal Capacitado
Limpieza y desinfección asociadas al COVID-19 en servicios no clínicos	Entregar conocimientos técnicos a personal de áreas no clínicas, y apoyar a IAAS para proteger a trabajadores y evitar diseminación de agentes patógenos	31 funcionarios en 5 ponencias
Plan de manejo de residuos del HMS (D.S. N° 6/2009)	Reforzar técnicas de segregación, transporte y eliminación de residuos peligrosos y especiales, los cuales se vieron aumentados en volumen debido a la pandemia	72 funcionarios en 12 ponencias

- D.** Se aumentó la frecuencia de declaraciones de Residuos de establecimientos de Salud (REAS) en ventanilla RETC dependiente del Ministerio de Medio Ambiente, junto al apoyo técnico en el manejo de los distintos tipos de residuos a Depto. de Externalización, debido al gran aumento de la generación de residuos domiciliarios, peligrosos y especiales, por aumento de pacientes hospitalizados por la pandemia.
- E.** En cumplimiento al Programa de la Sección Salud Pública Veterinaria y del Programa de manejo integrado de control de plagas urbanas del HMS, se incrementó la frecuencia de desinfecciones de baños públicos y vestidores del HMS y de cuadra de soldados profesionales, para disminuir los riesgos de contagio en las dependencias, según el siguiente gráfico:

Estado del Plan Paso a Paso en comuna de La Reina	Frecuencia de desinfección
Paso 1, Cuarentena	Semanal
Paso 2, Transición	Quincenal
Paso 3, Preparación	Quincenal
Paso 4, Apertura Inicial	Mensual
Confirmación de algún trabajador positivo a COVID (+) en algún servicio administrativo	Se realizó cada vez que fue solicitado por correo interno y/o llamada telefónica.

Ejecutándose un total de 10.250 m² de superficie desinfectada promedio para los años 2020 y 2021.

- F.** Desde febrero de 2021 a la fecha, se ha apoyado al Servicio de Vacunatorio, en la campaña de vacunación COVID e influenza.
- G.** Se apoyó al Depto. de IAAS y al Depto. de Externalización con la supervisión técnica de los aseos terminales de habitaciones de pacientes del edificio de hospitalizados, realizados por la empresa externa de aseo, durante el año 2021, con la finalidad de evitar la diseminación de agentes biológicos y por ende de infecciones intrahospitalarias.
- H.** Se implementó la preparación y distribución centralizada de soluciones cloradas desinfectantes, a solicitud del Depto. de IAAS a partir del mes de agosto de 2020 y continua hasta la fecha de la siguiente manera: entrega diaria por parte de la Secc. SPV en días hábiles a los servicios de: Urgencias, Hostelería, Ambulancia, Kinesiología y Seguridad, entregándose reportes mensuales sobre retiro y su uso a IAAS.

I. Se realizaron inspecciones y monitoreos permanentes según el siguiente detalle:

ATIVIDAD	OBJETIVO	FRECUENCIA
Monitoreo de cloro libre residual	Verificar potabilidad del agua de consumo	3 veces a la semana
Inspección de casinos y cafeterías	Verificar Buenas Prácticas de Manipulación alimentaria para asegurar la inocuidad alimentaria y medidas tomadas por pandemia	Mensual
Monitoreo de limpieza de superficies relacionadas a la manipulación de alimentos y áreas por bioluminiscencia	Evitar diseminación de agentes patógenos por superficies contaminadas en servicios de: Sala Cuna, SEDILE CEFE, Bodegas de Residuos, Cafeterías y central de alimentación.	Quincenal
Supervisión de Plan de Manejo de Residuos del HMS	Supervisar y apoyar técnicamente en la correcta segregación, transporte y almacenamiento de REAS.	Auditoría trimestral y apoyo técnico en forma permanente.



