



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍAS DE DEFUNCIONES POR NEUMONIA EN DOMICILIO

I. INTRODUCCIÓN

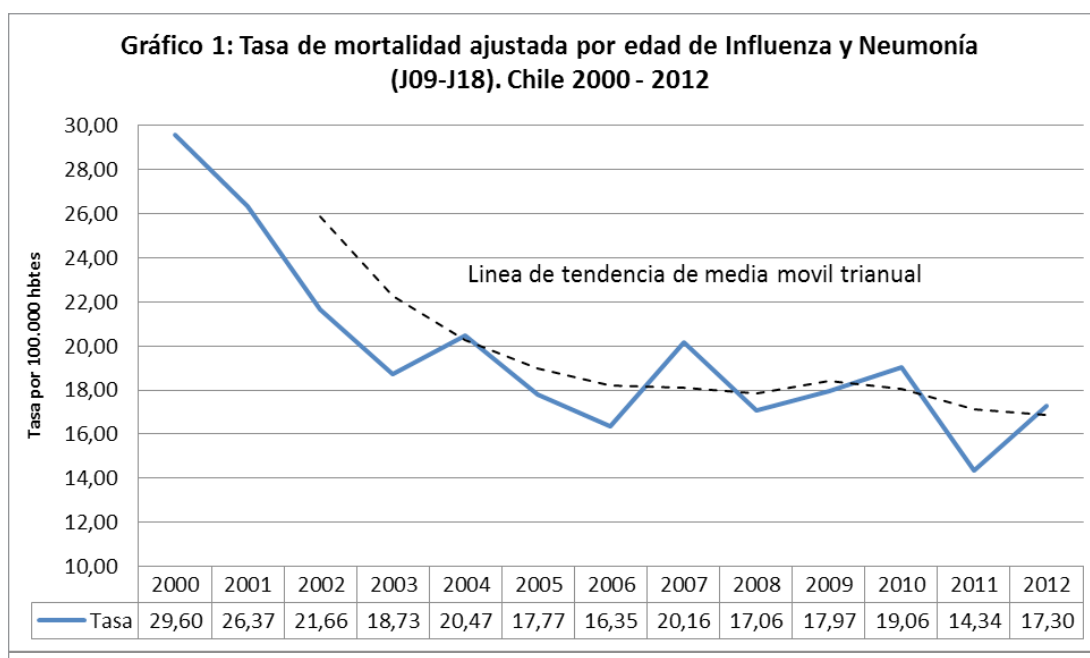
La estrategia nacional de salud 2011-2020 plantea como Objetivo Estratégico de “Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico” y entre sus metas de impacto está “Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas”. Una de las estrategias planteadas para alcanzar dichos logros está la re-implementación del *Sistema de Auditorías de Defunciones por Neumonía en Domicilio*.

Para contribuir a esta tarea es que el Ministerio de Salud, ha conformado un grupo de trabajo con representante de ambas Subsecretarías (resolución Exenta N°31 del 13 de Enero del 2013), para desarrollar planes de acción tendientes a alcanzar los objetivos sanitarios de esta década 2011-2020, enfocados principalmente en disminuir las muertes evitables por este grupo de enfermedades. Como primer objetivo este grupo se planteó actualizar y re-implementar el *Sistema de Auditorías por Neumonía en Domicilio*.

El propósito de esta normativa es entregar lineamiento técnicos para la ejecución de la actividad de “Auditorías de Defunciones por Neumonía en Domicilio”.

II. FUNDAMENTOS PARA LA AUDITORÍA DE PACIENTES FALLECIDOS POR NEUMONÍA (J09-J18) EN DOMICILIO

De acuerdo a la OMS, las infecciones del tracto respiratorio inferior y la neumonía adquirida en la comunidad están entre las causas más prevalentes de mortalidad prevenible en el mundo. En Chile el año 2012 las tasas de mortalidad por neumonía fluctuaban entre 1,16 /100.000 hbts en el grupo de 0 a 14 años y 473,20 en los mayores de 75 años. Esto ha significado 3.855 defunciones potencialmente evitables. Estos fallecimientos, no sólo dependen de factores biológicos tales como edad, nutrición, comorbilidades, y agresividad de los agentes microbiológicos, sino también de variables psico-sociales, acceso y oportunidad a los recursos sanitarios, y calidad de la atención médica.



Fuente: Base de datos de Defunciones DEIS. Ajuste de tasa y gráfico elaborado por División de Prevención y Control de Enfermedades, MINSAL.

En la actualidad existe una preocupación por evaluar la calidad de la atención y desarrollar sistemas de mejoría que redunden en un evidente impacto sanitario. Los sistemas de auditoría periódica y sistemática han demostrado ser capaces de proporcionar herramientas para focalizar medidas correctivas en los sistemas de salud.

El fallecimiento por neumonía en el domicilio es un potencial indicador de déficit de acceso oportuno a la atención médica. Su evaluación en años previos por medio de encuestas estandarizadas a las familias de los casos, ha permitido implementar estrategias que han contribuido a reducir significativamente la tasa de mortalidad por neumonía en Chile en todos los grupos etarios en el último decenio.

Un sistema de evaluación de fallecidos por neumonía en domicilio, que incorpore a todos los niveles de atención de salud, con una oportuna retroalimentación de la información y desarrollo de estrategias evaluables periódicamente a nivel nacional, contribuirá a no dudar en reducir las inequidades y mejorar la calidad de nuestras acciones de salud.

III. OBJETIVOS

1. Objetivo General

Determinar el perfil epidemiológico de la mortalidad por neumonía en domicilio, según CIE 10: J09-J18, registrado en el certificado de defunción, a nivel local, regional y nacional.

2. Objetivos Específicos

Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.

Desarrollar y validar una encuesta estandarizada aplicable a familiares cercanos, para obtener la información relevante.

Generar información que contribuya a la toma de decisiones y planes de mejora, a nivel local, regional y nacional, sobre las variables asociadas a procesos y resultados de mortalidad por neumonía en domicilio.

IV. GESTIÓN OPERATIVA DE AUDITORÍA DEFUNCIÓN POR NEUMONÍA EN DOMICILIO.

Los roles y responsabilidades serán especificadas según nivel de función.

Definición de roles según nivel operativo

a) Nivel Local: En este nivel es donde se lleva a cabo el procedimiento de auditoría por neumonía en domicilio.

El Director(a) del Establecimiento de atención primaria es el responsable de esta actividad, él que podrá delegar esta acción al/los profesional(es) que estime conveniente, él/los cual (es) deberán ser notificados formalmente.

Funciones del Establecimiento de Atención Primaria:

- Preparación de auditoría: Revisar recomendaciones para el encuestador (anexo 1) previo a ejecución de auditoría.
- Programación de visita domiciliaria: Ésta contempla organización de agenda; coordinación logística (movilización, aviso a familiares, etc.). Debe realizarse a lo menos 3 intentos de contacto con el informante adecuado. Prellenar formulario con datos obtenidos de registros clínicos por profesional delegado para ejecución de auditoría. En caso de no lograr realizar visita domiciliaria para completar auditoría, debe señalar causa en observaciones (error en el registro domicilio o no se encuentre un familiar o informante adecuado, entre otros). El no lograr hacer la visita, no libera de la obligación de completar la información clínica obtenida de los registros del establecimiento de salud.
- Ejecución de visita domiciliaria a familiares de fallecidos por neumonía dentro de los 30 días de recibida la información de los fallecidos que por residencia corresponde la ejecución en el establecimiento de Atención Primaria.
- Obtención del consentimiento informado. Una vez firmado, se entrega una de las 2 copias al informante y se inicia la aplicación de la encuesta.
- Aplicación de la encuesta siguiendo el orden de ella. Ante la falta de comprensión de algún acápite, debe repetirse la pregunta y si no se obtiene respuesta señalar "no sabe". La encuesta debe ser llenada en su totalidad. Las correcciones deben ser efectuadas "tachando el error sin borrarlo" y señalar en un costado la información correcta, junto con la firma del encuestador y fecha de la corrección.
- La información registrada en las encuestas deben ser enviadas oficialmente por el Director del Consultorio, al referente del Servicio de Salud correspondiente los primeros 10 días del mes siguiente de recibida la información. Una vez implementado sistema de registro, deberá ingresar en el mismo plazo la información de las auditorías.

b) Nivel Intermedio

- Servicio de Salud

El Director del Servicio de Salud será el responsable de supervisar la entrega oportuna y segura de los casos de defunciones por Neumonía en domicilio que la atención primaria deberá ejecutar. Esta autoridad podrá delegar esta actividad al profesional encargado de Salud Respiratoria de su Servicio u otro que estime conveniente.

Funciones del Servicio de Salud:

- El último día hábil de cada mes revisará las defunciones por Neumonía (CIE10 J09-J18) ocurrida en domicilio, correspondientes a su Servicio de Salud según residencia del caso. Esta información será entregada por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud.
- Comunicar a la Atención Primaria de Salud de su dependencia, los casos fallecidos por neumonía en domicilio que les corresponde según residencia del caso. Esto lo realizará como mínimo mensualmente.
- Monitoreo de la ejecución de esta actividad evaluando oportunidad y calidad del registro. Consolidará información de las encuestas de auditoría realizada por su Servicio y la enviará al referente de su SEREMI correspondiente de forma mensual.
- Efectuar capacitaciones al personal de la red asistencial, en coordinación con SEREMI correspondiente, sobre proceso de mejora continua de aplicación de instrumento de auditoría de defunciones por neumonía y sistema de registros.
- Elaboración de informe semestral (Enero y Julio) donde se especifique los principales resultados del Servicio de Salud con respecto a las variables obtenidas en esta actividad. Remitir a referente respiratorio de SEREMI correspondiente.
- Difundir informe de Servicios de Salud a los equipos locales de su jurisdicción.

- SEREMI de Salud

La SEREMI de Salud será la responsable de la supervisión del cumplimiento oportuno de esta actividad. Esta autoridad podrá delegar esta función al profesional encargado de Salud Respiratoria de su SEREMI u otro que estime conveniente.

Funciones del SEREMI de Salud:

- El último día hábil de cada mes revisará las defunciones por neumonía (CIE10 J09-J18) ocurrida en domicilio, correspondientes a su región. Esta información será entregada por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud.
- Supervisión de la ejecución de la actividad: Vigilará la oportuna realización de la auditoría y el correcto registro de la información. Consolidará información de las encuestas de auditoría realizada por su Región y la enviará a la comisión de enfermedades respiratorias del nivel central, de forma mensual.
- Efectuar capacitaciones en coordinación con Servicios de Salud correspondientes, sobre proceso de mejora continua de aplicación de instrumento de auditoría de defunciones por neumonía y sistema de registros.

- Elaboración de informe semestral (Agosto y Febrero) donde se especifique los principales resultados de la región con respecto a las variables obtenidas en esta actividad. Remitir a la Comisión de Enfermedades Respiratorias del nivel central informes regionales.
- Difundir informe regional a los equipos locales de su jurisdicción.

c) Nivel Central:

- DEIS

Será responsabilidad del Departamento de Estadística del Minsal (DEIS) mantener la información de mortalidad por neumonía actualizada y accesible a los encargados autorizados de los Servicios de Salud y SEREMIs de Salud.

Función del DEIS:

- Mantener actualizada base de datos de defunciones clasificadas según CIE 10 entre J09-J18.

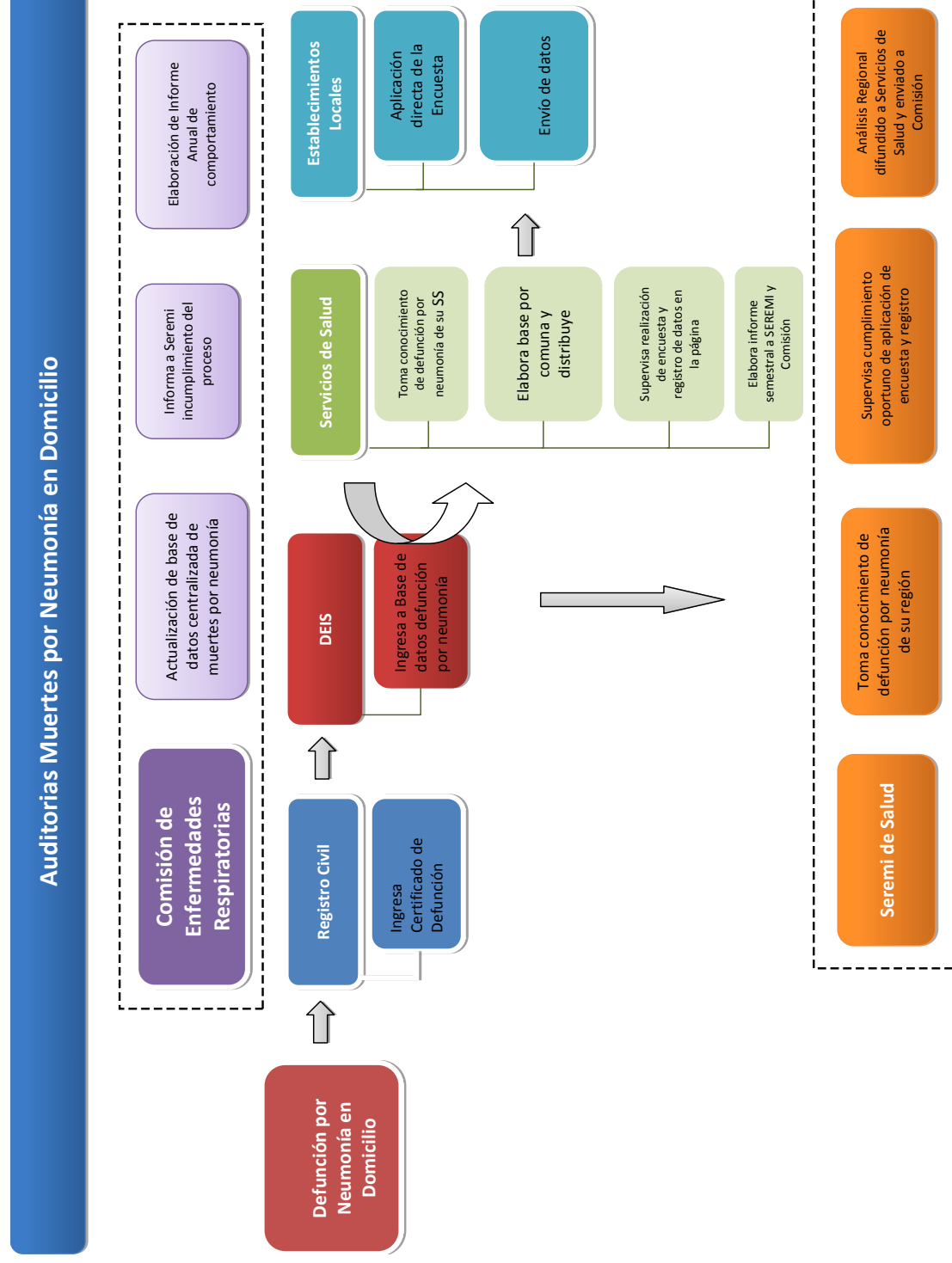
- Comisión de Enfermedades Respiratorias

Este grupo de trabajo evaluará de forma permanente la ejecución de la auditoría por neumonía en domicilio a nivel nacional, evaluando propuesta de mejoras continuas a los procesos de esta actividad.

Funciones de la Comisión:

- Velar por el cumplimiento oportuno del sistema de auditoría de fallecidos por neumonía.
- Mantener actualizada la información de las auditorías ejecutadas a nivel nacional con una desagregación comunal, por Servicio de Salud, regional y nacional.
- Elaborar un informe semestral (Septiembre y Marzo) de distribución nacional sobre el desarrollo del programa y el comportamiento de la mortalidad por neumonía en domicilio.
- Promover instancias de formación continua a fin de optimizar la aplicación de instrumento de auditoría de defunciones por neumonía y registro correspondiente.

V. FLUJOGRAMA



ANEXO 1: RECOMENDACIONES PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Perfil de encuestador:

Profesional del área salud: Kinesiólogo, Enfermera, Médico u otro profesional que se desempeñe en el establecimiento de salud. Se asume como competencias adquiridas en su formación universitaria: Habilidades comunicacionales, interacción humana y metodología de la investigación.

Empático y con buenas habilidades sociales. En lo posible buenos reportes de trato usuario.

Requisitos del informante:

18 años cumplidos al momento de responder la encuesta. Debe ser la persona que lo cuidaba o la persona más cercana.

Quedan excluidas personas con problemas de salud mental y personas bajo la influencia de alcohol o drogas.

En el caso del fallecimiento de niño/a de madre adolescente, la auditoría debe ser respondida por el adulto responsable.

¿CUÁNDO?	¿QUÉ SE DEBE HACER?	¿QUÉ NO SE DEBE HACER?
ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	Contar con el material necesario para la visita domiciliaria: 2 copias del consentimiento informado, instrumento y lápiz. Pre llenar la información que se obtiene de registros clínicos.	Anotar respuestas en otro lugar que no sea el instrumento.
	Tomar contacto con los familiares para fijar la visita al domicilio mediante una llamada telefónica u otra forma. Verificar datos de la identificación del domicilio, complementando la información disponible.	Ir sin aviso, ya que corre el riesgo de perder la visita por no encontrar a nadie, incomodar a las personas o llegar en un momento inapropiado.
DURANTE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	Explicar a los familiares en qué consiste la actividad y la importancia de firmar el consentimiento informado antes de contestar la encuesta.	Iniciar la entrevista sin dar explicaciones y sin firma del consentimiento informado.
	Leer las preguntas completas y exactamente como están redactadas y siguiendo el orden.	Suponer, inducir o inventar respuestas.
	Verificar que informante cumple con criterios establecidos. Presentarse como encuestador, mostrando credencial que lo identifique como funcionario.	Entrevistar informantes que no cumplan criterios. Delegar funciones a personas externas al establecimiento de salud.
	Despedirse y agradecer la colaboración del informante.	Contradecir las respuestas entregadas por informante. Hacer preguntas ajenas a las contenidas en el instrumento en el momento de realizar encuesta.
	Verificar que se haya completado la totalidad de la encuesta antes retirarse del domicilio.	Prometer beneficios resultantes de responder la encuesta.
	Cuidar que la entrevista no esté influenciada por sus opiniones personales, siendo breve en sus explicaciones y limitándose a escuchar las respuestas que da la persona entrevistada.	Mostrar sorpresa, aprobación o desaprobación con el tono de voz ni con la expresión del rostro ante las respuestas del entrevistado.
	Leer lentamente las preguntas para asegurar que el entrevistado haya comprendido lo que se le está preguntando.	Apresurar la entrevista. Explicar "a su parecer" el significado de las preguntas.

DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	Antes de ingresar la información a la plataforma de registro, revisar todo el contenido del cuestionario, verificando su consistencia y ausencia de preguntas no contestadas.	Divulgar y comentar la información obtenida, violando así el secreto estadístico.
--	---	---

RECUERDE:

Dejar un consentimiento informado en poder del encuestado.

Sugerencia:

Ser empático con el entrevistado. Evite en lo posible involucrarse emocionalmente en la situación de dolor, por la pérdida del familiar.

Una vez finalizada la entrevista informe sobre los servicios del centro de salud disponibles.

ANEXO 2: ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLACIONES AFECTAS A LA APLICACIÓN DE LA AUDITORÍA

Secreto Estadístico (Extractos de la Ley Orgánica 17.374 de creación del Instituto Nacional de Estadísticas, publicada el 10-12-1970.)	Artículo 29° – El Instituto Nacional de Estadísticas, los organismos fiscales, semifiscales y Empresas del Estado, y cada uno de sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a personas o entidades determinadas de que hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades. El estricto mantenimiento de estas reservas constituye el “Secreto Estadístico”. Artículo 30° – Los datos estadísticos no podrán ser publicados o difundidos con referencia expresa a las personas o entidades a quienes directa o indirectamente se refieran, si mediare prohibición del o los afectados.”
Derechos y Deberes del Paciente. (Extracto de la Ley 20.584 publicada en el diario oficial el 24-04-2012).	Artículo 12° – La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella. Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la ley N° 19.628.

Dado lo anterior en el procedimiento queda prohibido:

1. Mostrar datos a terceros no involucrados en el proceso.
2. Conservar datos físicos o electrónicos y utilizarlos para otros fines.
3. Comentar con terceros ajenos a la actividad situaciones detectadas en la aplicación de la auditoría, ya que vulnera la Ley 19.628.

ANEXO 3: INFORMACIÓN SOBRE PERSONA FALLECIDA POR NEUMONÍA EN DOMICILIO

Con el fin de mejorar la información sobre los casos de personas fallecidas por neumonía en su domicilio, el Ministerio de Salud desea identificar causas evitables de estos casos. Para lograrlo utilizará una entrevista efectuada a personas cercanas o familiares que conocieran de esta situación.

Para ello le solicitamos nos conteste algunas preguntas relacionadas con su familiar (o persona cercana), las que serán efectuadas por un profesional de salud del Establecimiento de Atención Primaria de su comuna que se identificará como tal.

Toda la información entregada por Ud. será absolutamente confidencial, es decir ni el informante ni sus respuestas serán conocidas por otra persona además de los profesionales de salud responsables de esta actividad.

Estos registros sólo serán utilizados para evaluar posibles modificaciones en programas de salud destinados a evitar en lo posible esta causa de muerte.

CONSENTIMIENTO

He leído (o alguien me ha leído) la información sobre los objetivos y utilización de los datos que yo proporcionaré en esta entrevista. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas a mi satisfacción. Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en participar contestando la encuesta relacionada con datos de mi familiar (o persona cercana) fallecido por neumonía en su domicilio.

He sido notificado que esta información personalizada, no será difundida ni se le dará otro uso del que me ha sido declarado. En este acto se me entrega una copia de este documento.

Nombre completo: _____

RUT: _____ Firma: _____

Datos del profesional de salud que solicita consentimiento informado:

Nombre completo: _____

RUT: _____ Firma: _____

Establecimiento de Salud: _____

Cargo: _____ Fecha: _____

ANEXO 4: ENCUESTAS DE AUDITORÍA SEGÚN GRUPO ETARIO



ENCUESTA DE AUDITORÍAS DE DEFUNCIÓN POR NEUMONÍA EN EL MENOR DE 1 AÑO

1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Completar con letra clara y legible)

1.1 Nombre completo del fallecido			
1.2 RUN		1.3 Sexo	☐ M ☐ F
1.4 Nacionalidad			
1.5 Fecha de nacimiento		1.6 Fecha de fallecimiento	
1.7 Dirección			
1.8 Comuna		1.9 Región	
1.10 Previsión		1.11 Tramo FONASA	
1.12 Inscrito en CES / CESFAM / otros (Nombre del Establecimiento)			

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

2.1 Nombre de Funcionario (Responsable del registro)	
2.2 Nombre de Establecimiento de Salud	
2.3 Hospital de referencia	
2.4 Servicio de Salud	



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR PUNTO 3: DATOS DE REGISTROS CLÍNICOS

Menores de 1 año

En esta sección de la Encuesta de Auditoría de Defunción por Neumonía en Domicilio, se basa en lo encontrado en los registros clínicos del centro de salud (ficha clínica, tarjeteros, sistemas de registros internos, entre otros) del caso fallecido.

3.1. Existencia de Registro de Comorbilidades o Factores de Riesgo:

Utilice los mismos criterios de score de riesgo de morir por neumonía encontrados en registros clínicos. En cada factor anote Sí o No.

- **Malformación Congénita:** Anomalías cromosómicas, malformaciones múltiples o malformaciones que comprometa a lo menos algún órgano vital o interfiera con el crecimiento y desarrollo.
- **Madre Fumadora:** La madre fuma, sin importar la cantidad de cigarrillos. No considera tabaquismo de otros miembros de la familia.
- **Hospitalización Anterior:** Hospitalización previa por cualquier causa no quirúrgica, exceptuando ictericia neonatal.
- **Desnutrición:** Peso/Edad menor o igual a -2 desviaciones estándar según Norma MINSAL.
- **Baja Escolaridad Materna:** Madre con menos de octavo año básico.
- **Bajo Peso al Nacer:** Peso de nacimiento inferior a 2.500 grs
- **Lactancia Materna Interrumpida:** el niño no se alimenta con pecho exclusivo hasta los 6 meses.
- **Madre Adolescente:** Madre menor de 20 años
- **SBOR:** Por lo menos 3 episodios de cuadros obstructivos o cuadros obstructivos persistentes (> 2 semanas)
- **Prematurez:** Se considera a todos aquellos recién nacidos con parto anterior a 37 semanas de gestación. Especifique el N° de semanas de gestación.
- **Otra Comorbilidad o Factor de Riesgo:** Patología o factor de riesgo que pudiera haber influenciado en muerte por neumonía, por ejemplo diabetes mellitus, algún cáncer, tratamiento inmunosupresor, entre otros. Especifique diagnóstico.

3.2. Inscrito en Programa de Centro de Salud

- **Programa Infantil:** Lactante estaba inscrito en control de niño sano, recibiendo los beneficios como alimentación complementaria, vacunas, entre otros.
- **Programa IRA:** Lactante inscrito en Sala IRA por patología respiratoria.
- **Programa de Niños con Necesidades Especiales:** Programa de salud de niños y niñas con prestaciones específica según problema de salud, por ejemplo niños y niñas con hipotiroidismo, fibrosis quística, enfermedad metabólica, riesgo psicosocial, etc
- **Programa de Prematuros:** Lactante inscrito en programa de seguimiento de prematuro, recibiendo los beneficios como alimentación complementaria especial, entre otros.
- **OTRO:** Lactante estaba inscrito en otro programa de salud. Especifique nombre de programa.

3.3. Inmunizaciones al día

Señalar si el lactante tenía su calendario de vacunas al día según su edad, anote Sí o No según corresponda. Especificar nombre de última vacuna administrada.

- **Vacunación INFLUENZA:** lactante mayor de 6 meses tenía al menos una dosis de vacuna contra la Influenza. Anote Sí o No según corresponda.

3.4. Soporte Ventilatorio Domiciliario

Señalar si el lactante tenía soporte ventilatorio domiciliario, anote Sí o No según corresponda.

- **Asistencia Ventilatoria Domiciliaria:** Soporte ventilatorio que se proporciona a un paciente a través de equipos generadores de flujo con entrega de presión positiva en la vía aérea.
- **Oxigenoterapia Domiciliaria:** Paciente portador de insuficiencia respiratoria crónica que requiere de administración de oxígeno en forma transitoria o permanente y en que el oxígeno determine un beneficio clínico objetivable.

3.5. Patologías GES

Lactante registra patologías GES (Garantía Explícita en Salud) según SIGGES (Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud). Anote Sí o No y especifique diagnósticos.



3. DATOS DE REGISTROS CLÍNICOS

(revisar Instructivo de este ítem)

Registrar SI o NO según existencia en registros clínicos

3.1 Existencia de Registro de Comorbilidades o Factores de Riesgo

- ☐ Malformación Congénita
☐ Madre Fumadora
☐ Hospitalización Anterior
☐ Desnutrición
☐ Baja Escolaridad Materna
☐ Bajo Peso al Nacer
☐ Lactancia Materna Interrumpida
☐ Madre Adolescente
☐ SBOR
☐ Prematurez Semana de Gestación
☐ Otra Comorbilidad o Factor de Riesgo
 Especifique otra comorbilidad o Factor de Riesgo

3.2 Inscrito en Programa de Centro de Salud

- ☐ Programa Infantil
☐ Programa IRA
☐ Programa de Niños con Necesidades Especiales
☐ Programa de Prematuros
☐ OTRO
 Especifique otro

3.3 Inmunizaciones al día ☐

Última vacuna recibida (Por PNI):

Vacunación Influenza ☐

3.4 Soporte Ventilatorio Domiciliario ☐

- ☐ Asistencia Ventilatoria en Domicilio
☐ Oxigenoterapia Domiciliaria

3.5 Registra Patologías GES ☐

Especifique

4. PREGUNTAS A CONTESTAR POR INFORMANTE

4.1 Señale teléfono de contacto del informante

(Ante eventual contacto)

Cod: N°:

4.2 ¿Cuál es la relación de parentesco de usted con la persona fallecida?

- ☐ Madre o Padre
☐ Esposo(a)
☐ Hijo(a)
☐ Otros Parientes
☐ Otros No Parientes

4.3 ¿Usted vivió con la persona fallecida los últimos tres meses de vida?

☐ Sí ☐ No

4.4 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida pertenecía a Pueblo Originario?

- ☐ Sí (Sólo si respuesta es SI responda pregunta 4.5)
☐ No (Si respuesta es NO o NO SABE siga con pregunta 4.6)
☐ No sabe



4.5 ¿Sabe Ud. a qué Pueblo Originario pertenecía la persona fallecida?

☐ Mapuche	☐ Colla
☐ Aimara	☐ Diaguita
☐ Rapa Nui	☐ Alacalufe o Kawashkar
☐ Atacameños	☐ Yámana o Yagán
☐ Quechua	☐ Otro
	Especifique otro

FACTORES DE RIESGO

(Marque sólo 1 opción)

4.6 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida estuvo hospitalizado en los últimos 12 meses?

☐ Sí	(Sólo si respuesta es Sí registre mes última hospitalización)
☐ No	
☐ No sabe	

4.6.1 Señale el mes

4.7 ¿Sabe Ud. si alguien fumaba en el interior del hogar de la persona fallecida?

☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

4.10 ¿Sabe Ud. qué sistema de calefacción ocupaba la persona fallecida?

☐ Gas
☐ Parafina
☐ Leña o derivados
☐ Carbón
☐ Electricidad
☐ No usa Sistema de Calefacción
☐ Otro
☐ No sabe

4.10.1 Especifique otro sistema

4.11.1 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida asistía a sala cuna?

☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

ACCESO A ATENCIÓN DE SALUD

(Marque sólo 1 opción)

4.14 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía dificultad para obtener atención de salud en caso de necesitarla?

☐ Sí
☐ No
☐ No sabe

4.15 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía dificultad para llegar al Centro de Salud?

☐ Sí
☐ No
☐ No sabe



ATENCIÓN RECIBIDA ÚLTIMO EPISODIO

(Marque sólo 1 opción)

4.16 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida recibió atención Médica en los 5 días previos a morir?

- ☐ **Sí** (Si respuesta es SÍ seguir con pregunta 4.18)
- ☐ **No** (Sólo si respuesta es NO contestar pregunta 4.17 y luego seguir con pregunta 4.19)
- ☐ **No sabe** (Si respuesta es NO SABE seguir con pregunta 4.19)

4.17 ¿Sabe Ud. cuál es la razón principal por la que no consultó la persona fallecida?

- ☐ Intentó pero no consiguió atención
- ☐ Impedimento de transporte o traslado
- ☐ No pensó que era grave
- ☐ Decisión de querer fallecer en hogar
- ☐ No querer recibir atención médica
- ☐ Otro
- ☐ No sabe

4.17.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial descripciones de pueblos originarios o creencias religiosas)

4.18 ¿Sabe Ud. cuántas veces consultó la persona fallecida en los últimos 5 días previo a fallecer?

- ☐ **Nº de consultas** (anote número)
- ☐ **No sabe**

4.19 ¿Sabe Ud. dónde consultó la persona fallecida la última vez previo a fallecer?

- ☐ Centro de Salud o CESFAM
- ☐ SAPU / SUR / SAR
- ☐ Urgencia hospitalaria
- ☐ Atención médico particular
- ☐ Atención domiciliaria (programa atención domiciliaria)
- ☐ Atención domiciliaria particular
- ☐ Otro
- ☐ No sabe

4.19.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial describa medicina tradicional de pueblos originarios, complementaria-alternativa).

4.20 En los últimos 30 días previo a fallecer ¿Sabe Ud. cuántos días estuvo enfermo la persona fallecida antes de consultar?

- ☐ **Nº de días** (Anote número)
- ☐ **No sabe**

4.21 ¿Sabe usted si a la persona fallecida le indicaron medicamentos en el último episodio?

- ☐ **Sí** (Si respuesta es SÍ seguir con pregunta 4.22)
- ☐ **No** (Si respuesta es NO o NO SABE seguir con pregunta 4.24)
- ☐ **No sabe**

4.22 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tomó los medicamentos según indicación médica?

- ☐ **Sí** (Si respuesta es SÍ seguir con pregunta 4.24)
- ☐ **No** (Sólo si la respuesta es NO contestar la pregunta 4.23)
- ☐ **No sabe** (Si respuesta es NO SABE seguir con pregunta 4.24)



4.23 ¿Sabe Ud por qué NO tomó los medicamentos según indicación?

☐	Olvido
☐	Mala tolerancia
☐	Mejora de los síntomas
☐	No contó con los medicamentos
☐	No tuvo quien se los diera
☐	Otros
☐	No sabe

4.24 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida se hizo radiografía de tórax en último episodio de neumonía?

☐	Sí
☐	No
☐	No sabe

4.23.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial describa medicina tradicional de pueblos originarios, complementaria-alternativa o creencias religiosas).

--

OBSERVACIONES

ELEMENTOS QUE CONSIDERE IMPORTANTES REPORTAR EN LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

FECHA DE LAS VISITAS DE ENTREVISTA				RESULTADO
Nº Intentos	DÍA	MES	AÑO	
1º				
2º				
3º				

Alternativas de Resultado:

1. No corresponde dirección. 2. Vivienda vacía. 3. No se encuentra a adulto responsable. 4. Rechazo a contestar encuesta. 5. Otros: Especificar



ENCUESTA DE AUDITORÍAS DE DEFUNCIÓN POR NEUMONÍA EN POBLACIÓN ENTRE 1 Y 19 AÑOS

1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Completar con letra clara y legible)

1.1 Nombre completo del fallecido			
1.2 RUN		1.3 Sexo	☐ M ☐ F
1.4 Nacionalidad			
1.5 Fecha de nacimiento		1.6 Fecha de fallecimiento	
1.7 Dirección			
1.8 Comuna		1.9 Región	
1.10 Previsión		1.11 Tramo FONASA	
1.12 Inscrito en CES / CESFAM / otros (Nombre del Establecimiento)			

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

2.1 Nombre de Funcionario (Responsable del registro)	
2.2 Nombre de Establecimiento de Salud	
2.3 Hospital de referencia	
2.4 Servicio de Salud	



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR PUNTO 3: DATOS DE REGISTROS CLÍNICOS

Población de 1 a 19 años

En esta sección de la Encuesta de Auditoría de Defunción por Neumonía en Domicilio, se basa en lo encontrado en los registros clínicos del centro de salud (ficha clínica, tarjeteros, sistemas de registros internos, entre otros) del caso fallecido.

3.1. Existencia de Registro de Comorbilidades

- **Malformación Congénita:** Anomalías cromosómicas, malformaciones múltiples o malformaciones que comprometa a lo menos algún órgano vital o interfiera con el crecimiento y desarrollo.
- **Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente:** Diagnóstico en menores de 4 años con 3 o más episodios de obstrucción bronquial en un periodo de 2 años.
- **Asma:** Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Malnutrición:** Diagnóstico nutricional con más de 1 desviación estándar (+ o -). Anote Sí o No según corresponda. Especificar malnutrición por déficit si es < -1 DS o malnutrición por exceso si es > + 1 DS.
- **Fumador:** Antecedente explicitado en registros clínicos
- **Otra Comorbilidad:** Patología que pudiera haber influenciado en muerte por neumonía, por ejemplo diabetes mellitus, algún cáncer, tratamiento inmunosupresor, entre otros. Especifique diagnóstico.

3.2. Inscrito en Programa de Centro de Salud

- **Programa Infantil:** Niño/a estaba inscrito en control de niño sano, recibiendo los beneficios como alimentación complementaria, vacunas, entre otros.
- **Programa IRA:** Persona inscrita en Sala IRA por patología respiratoria.
- **Programa de Niños con Necesidades Especiales:** Programa de Salud de niños y niñas con prestaciones específica según problema de salud, por ejemplo niños y niñas con hipotiroidismo, fibrosis quística, enfermedad metabólica, riesgo psicosocial, etc
- **Programa de Prematuros:** Niño/a inscrito en programa de seguimiento de prematuro, recibiendo los beneficios como alimentación complementaria especial, entre otros.
- **Programa de Atención Domiciliaria:** Persona que por condición de discapacidad severa estaba inscritos en programa de atención integral en su domicilio.
- **Programa de Cáncer:** Persona que recibía atención en el centro de salud por diagnóstico de cáncer, por ejemplo programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.
- **Programa de Salud Mental:** Persona inscrita en programa por patología de salud mental como depresión, trastorno bipolar, entre otros.
- **OTRO:** Persona estaba inscrito en otro programa de salud. Especifique nombre de programa.

3.3. Inmunizaciones al día

Señalar si el niño/a tenía su calendario de vacunas al día según su edad, anote Sí o No según corresponda. Especificar nombre de última vacuna administrada.

- **Vacunación INFLUENZA:** Persona tenía al menos una dosis de vacuna contra la influenza. Anote Sí o No según corresponda. Especifique año de última administración.

3.4. Soporte Ventilatorio Domiciliario

Señalar si la persona tenía soporte ventilatorio domiciliario, anote Sí o No según corresponda.

- **Asistencia Ventilatoria Domiciliaria:** Soporte ventilatorio que se proporciona a un paciente a través de equipos generadores de flujo con entrega de presión positiva en la vía aérea.
- **Oxigenoterapia Domiciliaria:** Paciente portador de insuficiencia respiratoria crónica que requiere de administración de oxígeno en forma transitoria o permanente y en que el oxígeno determine un beneficio clínico objetivable.

3.5. Patologías GES

Persona registra patologías GES (Garantía Explícita en Salud) según SIGGES (Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud). Anote Sí o No y especifique diagnósticos.



3. DATOS DE REGISTROS CLÍNICOS

(revisar Instructivo de este ítem)

Registrar SI o NO según existencia en registros clínicos

3.1 Existencia de Registro de Comorbilidades

- ☐ Malformaciones Congénitas
- ☐ Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente
- ☐ Asma
- ☐ Malnutrición ☐ Exceso ☐ Déficit
- ☐ Fumador
- ☐ Otra Comorbilidad

Especifique otra comorbilidad

3.2 Inscrito en Programa de Centro de Salud

- ☐ Programa Infantil
- ☐ Programa IRA
- ☐ Programa de Niños con Necesidades Especiales
- ☐ Programa de Prematuros
- ☐ Programa de Atención Domiciliaria
- ☐ Programa de Cáncer
- ☐ Programa de Salud Mental
- ☐ OTRO

Especifique otro

3.3 Inmunizaciones al día ☐

Última vacuna recibida (Por PNI):

Vacunación Influenza ☐

Año

3.4 Soporte Ventilatorio Domiciliario ☐

- ☐ Asistencia Ventilatoria en Domicilio
- ☐ Oxigenoterapia Domiciliaria

3.5 Registra Patologías GES ☐

Especifique

4. PREGUNTAS A CONTESTAR POR INFORMANTE

4.1 Señale teléfono de contacto del informante

(Ante eventual contacto)

Cod: N°:

4.2 ¿Cuál es la relación de parentesco de usted con la persona fallecida?

- ☐ Madre o Padre
- ☐ Esposo(a)
- ☐ Hijo(a)
- ☐ Otros Parientes
- ☐ Otros No Parientes

4.3 ¿Usted vivió con la persona fallecida los últimos tres meses de vida?

☐ Sí ☐ No

4.4 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida pertenecía a Pueblo Originario?

- ☐ Sí (Sólo si respuesta es SI responda pregunta 4.5)
- ☐ No (Si respuesta es NO o NO SABE siga con pregunta 4.6)
- ☐ No sabe



4.5 ¿Sabe Ud. a qué Pueblo Originario pertenecía la persona fallecida?

☐ Mapuche	☐ Colla
☐ Aimara	☐ Diaguita
☐ Rapa Nui	☐ Alacalufe o Kawashkar
☐ Atacameños	☐ Yámana o Yagán
☐ Quechua	☐ Otro
Especifique otro	

FACTORES DE RIESGO

(Marque sólo 1 opción)

4.6 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida estuvo hospitalizado en los últimos 12 meses?

☐ SÍ (Sólo si respuesta es SÍ registre mes última hospitalización)
☐ NO
☐ NO SABE

4.6.1 Señale el mes

4.7 ¿Sabe Ud. si alguien fumaba en el interior del hogar de la persona fallecida?

☐ SÍ
☐ No
☐ No sabe

4.8 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida era fumador de Tabaco?

☐ SÍ (Sólo si respuesta es SÍ especificar actual o ex fumador)
☐ No
☐ No sabe

4.8.1

☐ Actual (últimos 30 días)
☐ Ex fumador

4.9 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía consumo excesivo de Alcohol? O era un bebedor problema? (últimos 12 meses)

☐ SÍ
☐ No
☐ No sabe

4.10 ¿Sabe Ud. qué sistema de calefacción ocupaba la persona fallecida?

☐ Gas
☐ Parafina
☐ Leña o derivados
☐ Carbón
☐ Electricidad
☐ No usa Sistema de Calefacción
☐ Otro
☐ No sabe

4.10.1 Especifique otro sistema

Pregunta 4.11.2 se realiza SÓLO en caso de fallecidos < 2 años

4.11.2 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida asistía a sala cuna?

☐ SÍ
☐ No
☐ No sabe

Pregunta 4.11.3 se realiza SÓLO en caso de fallecidos de 2 a 5 años

4.11.3 ¿Sabe Ud si la persona fallecida asistía a jardín infantil?

☐ SÍ
☐ No
☐ No sabe



Pregunta 4.12 y 4.13 se realiza SÓLO en caso de fallecidos con Dependencia Grave o Total

4.12 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía cuidador? (formal o informal)

- ☐ Sí
- ☐ No

4.13 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida vivía sola?

- ☐ Sí
- ☐ No

ACCESO A ATENCIÓN DE SALUD

(Marque sólo 1 opción)

4.14 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía dificultad para obtener atención de salud en caso de necesitarla?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

4.15 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía dificultad para llegar al Centro de Salud?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

ATENCIÓN RECIBIDA ÚLTIMO EPISODIO

(Marque sólo 1 opción)

4.16 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida recibió atención Médica en los 5 días previos a morir?

- ☐ Sí (Si respuesta es SÍ seguir con pregunta 4.18)
- ☐ No (Sólo si respuesta es NO contestar pregunta 4.17 y luego seguir con pregunta 4.19)
- ☐ No sabe (Si respuesta es NO SABE seguir con pregunta 4.19)

4.17 ¿Sabe Ud. cuál es la razón principal por la que no consultó la persona fallecida?

- ☐ Intentó pero no consiguió atención
- ☐ Impedimento de transporte o traslado
- ☐ No pensó que era grave
- ☐ Decisión de querer fallecer en hogar
- ☐ No querer recibir atención médica
- ☐ Otro
- ☐ No sabe

4.17.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial descripciones de pueblos originarios o creencias religiosas)

4.18 ¿Sabe Ud. cuántas veces consultó la persona fallecida en los últimos 5 días previo a fallecer?

- ☐ N° de consultas (anote número)
- ☐ No sabe

4.19 ¿Sabe Ud. dónde consultó la persona fallecida la última vez previo a fallecer?

- ☐ Centro de Salud o CESFAM
- ☐ SAPU / SUR / SAR
- ☐ Urgencia hospitalaria
- ☐ Atención médico particular
- ☐ Atención domiciliaria (programa atención domiciliaria)
- ☐ Atención domiciliaria particular
- ☐ Otro
- ☐ No sabe

4.19.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial describa medicina tradicional de pueblos originarios, complementaria-alternativa).



4.20 En los últimos 30 días previo a fallecer ¿Sabe Ud. cuántos días estuvo enfermo la persona fallecida antes de consultar?

N° de días (Anote número) No sabe

4.21 ¿Sabe usted si a la persona fallecida le indicaron medicamentos en el último episodio?

Sí (Si respuesta es Sí seguir con pregunta 4.22)
 No (Si respuesta es NO o NO SABE seguir con pregunta 4.24)
 No sabe

4.22 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tomó los medicamentos según indicación médica?

Sí (Si respuesta es Sí seguir con pregunta 4.24)
 No (Sólo si la respuesta es NO contestar la pregunta 4.23)
 No sabe (Si respuesta es NO SABE seguir con pregunta 4.24)

4.23 ¿Sabe Ud por qué NO tomó los medicamentos según indicación?

Olvido
 Mala tolerancia
 Mejora de los síntomas
 No contó con los medicamentos
 No tuvo quien se los diera
 Otros
 No sabe

4.23.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial describa medicina tradicional de pueblos originarios, complementaria-alternativa o creencias religiosas).

4.24 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida se hizo radiografía de tórax en último episodio de neumonía?

Sí
 No
 No sabe

OBSERVACIONES

ELEMENTOS QUE CONSIDERE IMPORTANTES REPORTAR EN LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

FECHA DE LAS VISITAS DE ENTREVISTA				RESULTADO
N° Intentos	DÍA	MES	AÑO	
1º				
2º				
3º				

Alternativas de Resultado:

1. No corresponde dirección. 2. Vivienda vacía. 3. No se encuentra a adulto responsable. 4. Rechazo a contestar encuesta. 5. Otros: Especificar





ENCUESTA DE AUDITORÍAS DE DEFUNCIÓN POR NEUMONÍA EN POBLACIÓN DE 20 A 64 AÑOS

1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Completar con letra clara y legible)

1.1 Nombre completo del fallecido			
1.2 RUN		1.3 Sexo	☐ M ☐ F
		1.4 Nacionalidad	
1.5 Fecha de nacimiento		1.6 Fecha de fallecimiento	
1.7 Dirección			
1.8 Comuna		1.9 Región	
1.10 Previsión		1.11 Tramo FONASA	
1.12 Inscrito en CES / CESFAM / otros (Nombre del Establecimiento)			

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

2.1 Nombre de Funcionario (Responsable del registro)	
2.2 Nombre de Establecimiento de Salud	
2.3 Hospital de referencia	
2.4 Servicio de Salud	



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR PUNTO 3: DATOS DE REGISTROS CLÍNICOS

Población de 20 a 64 años

En esta sección de la Encuesta de Auditoría de Defunción por Neumonía en Domicilio, se basa en lo encontrado en los registros clínicos del centro de salud (ficha clínica, tarjeteros, sistemas de registros internos, entre otros) del caso fallecido.

3.1. Existencia de Registro de Comorbilidades

- **Hipertensión:** Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Diabetes:** Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **EPOC:** (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Asma:** Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Enfermedad Cerebro Vascular o AVE:** Antecedentes de diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Enfermedad Cardíaca:** Diagnósticos explicitados en registros clínicos tales como insuficiencia cardíaca (en todas sus etapas: congestiva y no congestiva), enfermedad isquémica del corazón, enfermedad reumática del corazón, entre otras.
- **Enfermedad Renal:** Diagnósticos explicitados en registros clínicos tales como insuficiencia renal crónica (en todas sus etapas), entre otras.
- **Malnutrición:** Diagnóstico nutricional explicitados en registros clínicos con IMC (Índice de Masa Muscular) fuera de rangos normales (IMC entre 20 y 24,9). Anote Sí o No según corresponda. Especificar malnutrición por déficit IMC < 20 o malnutrición por exceso si IMC es > 25.
- **Tuberculosis:** Antecedente de diagnóstico explicitado en registros clínicos (antiguo o reciente), incluir a secueledados por tuberculosis.
- **Trastornos de Salud Mental:** Antecedentes de diagnósticos explicitados en registros clínicos tales como depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, entre otros.
- **VIH:** Diagnósticos explicitados en registros clínicos
- **Dependiente Grave o Total:** Antecedente de discapacidad severa explicitado en registros clínicos.
- **Cáncer:** Diagnóstico de cualquier cáncer explicitado en registros clínicos.
- **Fumador:** Antecedente explicitado en registros clínicos
- **Terapias Crónicas con Corticoides Sistémicos o Inmunosupresores:** Uso de esteroides sistémicos (oral o parenterales) en forma regular (diario o días alternos por más de 1 mes en los últimos 60 días). No incluye corticoides inhalados. Uso de inmunosupresores por cualquier causa (enfermedades reumatológicas, autoinmunes, pulmonares), ejemplo: ciclofosfamida, biológicos, metotrexato).
- **Otra Comorbilidad:** Patología que pudiera haber influenciado en muerte por neumonía, por ejemplo tratamiento inmunosupresor, entre otros. Especifique diagnóstico.

3.2. Inscrito en Programa de Centro de Salud

- **Programa ERA:** Persona inscrita en Sala ERA por patología respiratoria.
- **Programa Cardiovascular:** Persona inscrita en programa de salud cardiovascular por presentar factores de riesgo tales como: hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo en mayores de 55 años y/o antecedentes de enfermedad cardiovascular.
- **Programa de Atención Domiciliaria:** Persona que por condición de discapacidad severa estaba inscritos en programa de atención integral en su domicilio.
- **Programa de Cáncer:** Persona que recibía atención en el centro de salud por diagnóstico de cáncer, por ejemplo programa de Alivio del dolor y Cuidados Paliativos.
- **Programa de Salud Mental:** Persona inscrita en programa por patología de salud mental como depresión, trastorno bipolar, entre otros.
- **OTRO:** Persona estaba inscrito en otro programa de salud. Especifique nombre de programa.

3.3. Inmunizaciones al día

- **Vacunación INFLUENZA:** Persona tenía al menos una dosis de vacuna contra la influenza. Anote Sí o No según corresponda. Especifique año de última administración.

3.4. Soporte Ventilatorio Domiciliario

Señalar si la persona tenía soporte ventilatorio domiciliario, anote Sí o No según corresponda.

- **Asistencia Ventilatoria Domiciliaria:** Soporte ventilatorio que se proporciona a un paciente a través de equipos generadores de flujo con entrega de presión positiva en la vía aérea.
- **Oxigenoterapia Domiciliaria:** Paciente portador de insuficiencia respiratoria crónica que requiere de administración de oxígeno en forma transitoria o permanente y en que el oxígeno determine un beneficio clínico objetivable.

3.5. Patologías GES

Persona registra patologías GES (Garantías Explícitas en Salud) según SIGGES (Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud). Anote Sí o No y especifique diagnósticos.



3. DATOS DE REGISTROS CLÍNICOS

(revisar Instructivo de este ítem)

Registrar SI o NO según existencia en registros clínicos

3.1 Existencia de Registro de Comorbilidades

- ☐ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ EPOC
- ☐ Asma
- ☐ Enfermedad Cerebro Vascular o AVE
- ☐ Enfermedad Cardíaca
- ☐ Enfermedad Renal
- ☐ Malnutrición ☐ Exceso ☐ Déficit
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Trastornos de Salud Mental
- ☐ VIH
- ☐ Dependiente Grave o Total
- ☐ Cáncer
- ☐ Fumador
- ☐ Terapias Crónicas con Corticoides Sistémicos o Inmunosupresores
- ☐ Otra Comorbilidad

Especifique otra comorbilidad

3.2 Inscrito en Programa de Centro de Salud

- ☐ Programa ERA
- ☐ Programa Cardiovascular
- ☐ Programa de Atención Domiciliaria
- ☐ Programa de Cáncer
- ☐ Programa de Salud Mental
- ☐ OTRO

Especifique otro

3.3 Inmunizaciones

Vacunación Influenza ☐

Año

3.4 Soporte Ventilatorio Domiciliario ☐

- ☐ Asistencia Ventilatoria en Domicilio
- ☐ Oxigenoterapia Domiciliaria

3.5 Registra Patologías GES ☐

Especifique

4. PREGUNTAS A CONTESTAR POR INFORMANTE

4.1 Señale teléfono de contacto del informante

(Ante eventual contacto)

Cod: N°:

4.2 ¿Cuál es la relación de parentesco de usted con la persona fallecida?

- ☐ Madre o Padre
- ☐ Esposo(a)
- ☐ Hijo(a)
- ☐ Otros Parientes
- ☐ Otros No Parientes

4.3 ¿Usted vivió con la persona fallecida los últimos tres meses de vida?

☐ Sí ☐ No

4.4 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida pertenecía a Pueblo Originario?

- ☐ **Sí** (Sólo si respuesta es SI responda pregunta 4.5)
- ☐ **No** (Si respuesta es NO o NO SABE siga con pregunta 4.6)
- ☐ **No sabe**



4.5 ¿Sabe Ud. a qué Pueblo Originario pertenecía la persona fallecida?

☐ Mapuche	☐ Colla
☐ Aimara	☐ Diaguita
☐ Rapa Nui	☐ Alacalufe o Kawashkar
☐ Atacameños	☐ Yámana o Yagán
☐ Quechua	☐ Otro
	Especifique otro

FACTORES DE RIESGO

(Marque sólo 1 opción)

4.6 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida estuvo hospitalizado en los últimos 12 meses?

☐ SÍ (Sólo si respuesta es SÍ registre mes última hospitalización)
☐ NO
☐ NO SABE

4.6.1 Señale el mes

4.7 ¿Sabe Ud. si alguien fumaba en el interior del hogar de la persona fallecida?

☐ SÍ
☐ No
☐ No sabe

4.8 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida era fumador de Tabaco?

☐ SÍ (Sólo si respuesta es SÍ especificar actual o ex fumador)
☐ No
☐ No sabe

4.8.1

☐ Actual (últimos 30 días)
☐ Ex fumador

4.9 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía consumo excesivo de Alcohol? O era un bebedor problema? (últimos 12 meses)

☐ SÍ
☐ No
☐ No sabe

4.10 ¿Sabe Ud. qué sistema de calefacción ocupaba la persona fallecida?

☐ Gas
☐ Parafina
☐ Leña o derivados
☐ Carbón
☐ Electricidad
☐ No usa Sistema de Calefacción
☐ Otro
☐ No sabe

4.10.1 Especifique otro sistema

Pregunta 4.12 y 4.13 se realiza SÓLO en caso de fallecidos con Dependencia Grave o Total

4.12 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía cuidador? (formal o informal)

☐ SÍ
☐ No

4.13 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida vivía sola?

☐ SÍ
☐ No



ACCESO A ATENCIÓN DE SALUD

(Marque sólo 1 opción)

4.14 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía dificultad para obtener atención de salud en caso de necesitarla?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

4.15 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía dificultad para llegar al Centro de Salud?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

ATENCIÓN RECIBIDA ÚLTIMO EPISODIO

(Marque sólo 1 opción)

4.16 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida recibió atención Médica en los 5 días previos a morir?

- ☐ Sí (Si respuesta es SI seguir con pregunta 4.18)
- ☐ No (Sólo si respuesta es NO contestar pregunta 4.17 y luego seguir con pregunta 4.19)
- ☐ No sabe (Si respuesta es NO SABE seguir con pregunta 4.19)

4.17 ¿Sabe Ud. cuál es la razón principal por la que no consultó la persona fallecida?

- ☐ Intentó pero no consiguió atención
- ☐ Impedimento de transporte o traslado
- ☐ No pensó que era grave
- ☐ Decisión de querer fallecer en hogar
- ☐ No querer recibir atención médica
- ☐ Otro
- ☐ No sabe

4.17.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial descripciones de pueblos originarios o creencias religiosas)

4.18 ¿Sabe Ud. cuántas veces consultó la persona fallecida en los últimos 5 días previo a fallecer?

- ☐ N° de consultas (anote número)
- ☐ No sabe

4.19 ¿Sabe Ud. dónde consultó la persona fallecida la última vez previo a fallecer?

- ☐ Centro de Salud o CESFAM
- ☐ SAPU / SUR / SAR
- ☐ Urgencia hospitalaria
- ☐ Atención médico particular
- ☐ Atención domiciliaria (programa atención domiciliaria)
- ☐ Atención domiciliaria particular
- ☐ Otro
- ☐ No sabe

4.19.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial describa medicina tradicional de pueblos originarios, complementaria-alternativa).



4.20 En los últimos 30 días previo a fallecer ¿Sabe Ud. cuántos días estuvo enfermo la persona fallecida antes de consultar?

N° de días (Anote número) No sabe

4.21 ¿Sabe usted si a la persona fallecida le indicaron medicamentos en el último episodio?

Sí (Si respuesta es Sí seguir con pregunta 4.22)
 No (Si respuesta es NO o NO SABE seguir con pregunta 4.24)
 No sabe

4.22 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tomó los medicamentos según indicación médica?

Sí (Si respuesta es Sí seguir con pregunta 4.24)
 No (Sólo si la respuesta es NO contestar la pregunta 4.23)
 No sabe (Si respuesta es NO SABE seguir con pregunta 4.24)

4.23 ¿Sabe Ud por qué NO tomó los medicamentos según indicación?

Olvido
 Mala tolerancia
 Mejora de los síntomas
 No contó con los medicamentos
 No tuvo quien se los diera
 Otros
 No sabe

4.23.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial describa medicina tradicional de pueblos originarios, complementaria-alternativa o creencias religiosas).

4.24 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida se hizo radiografía de tórax en último episodio de neumonía?

Sí
 No
 No sabe

OBSERVACIONES

ELEMENTOS QUE CONSIDERE IMPORTANTES REPORTAR EN LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

FECHA DE LAS VISITAS DE ENTREVISTA				RESULTADO
N° Intentos	DÍA	MES	AÑO	
1º				
2º				
3º				

Alternativas de Resultado:

1. No corresponde dirección. 2. Vivienda vacía. 3. No se encuentra a adulto responsable. 4. Rechazo a contestar encuesta. 5. Otros: Especificar



ENCUESTA DE AUDITORÍAS DE DEFUNCIÓN POR NEUMONÍA EN POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS

1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Completar con letra clara y legible)

1.1 Nombre completo del fallecido			
1.2 RUN		1.3 Sexo	☐ M ☐ F
1.4 Nacionalidad			
1.5 Fecha de nacimiento		1.6 Fecha de fallecimiento	
1.7 Dirección			
1.8 Comuna		1.9 Región	
1.10 Previsión		1.11 Tramo FONASA	
1.12 Inscrito en CES / CESFAM / otros (Nombre del Establecimiento)			

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

2.1 Nombre de Funcionario (Responsable del registro)	
2.2 Nombre de Establecimiento de Salud	
2.3 Hospital de referencia	
2.4 Servicio de Salud	



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR PUNTO 3: DATOS DE REGISTROS CLÍNICOS

Población de 65 años y más

En esta sección de la Encuesta de Auditoría de Defunción por Neumonía en Domicilio, se basa en lo encontrado en los registros clínicos del centro de salud (ficha clínica, tarjeteros, sistemas de registros internos, entre otros) del caso fallecido.

3.1. Existencia de Registro de Comorbilidades

- **Hipertensión:** Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Diabetes:** Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **EPOC:** (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Asma:** Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Enfermedad Cerebro Vascular o AVE:** Antecedentes de diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Enfermedad Cardíaca:** Diagnósticos explicitados en registros clínicos tales como insuficiencia cardíaca (en todas sus etapas; congestiva y no congestiva), enfermedad isquémica del corazón, enfermedad reumática del corazón, entre otras.
- **Enfermedad Renal:** Diagnósticos explicitados en registros clínicos tales como insuficiencia renal crónica (en todas sus etapas), entre otras.
- **Malnutrición:** Diagnóstico nutricional explicitados en registros clínicos con IMC (Índice de Masa Muscular) fuera de rangos normales (IMC entre 23,7 y 27,9). Anote Si o No según corresponda. Especificar malnutrición por déficit IMC < 23 o malnutrición por exceso si IMC es > 28.
- **Tuberculosis:** Antecedente de diagnóstico explicitado en registros clínicos (antiguo o reciente), incluir a secueles por tuberculosis.
- **Demencia:** Diagnóstico explicitado en registros clínicos
- **Trastornos de Salud Mental:** Antecedentes de diagnósticos explicitados en registros clínicos tales como depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, entre otros.
- **VIH:** Diagnósticos explicitados en registros clínicos
- **Dependiente Grave o Total:** Antecedente de Discapacidad severa explicitado en registros clínicos.
- **Trastorno de Deglución:** Antecedente de si la persona señalaba dificultad para alimentarse o era percibido por terceras personas.
- **Cáncer:** Diagnóstico de cualquier cáncer explicitado en registros clínicos.
- **Fumador:** Antecedente explicitado en registros clínicos
- **Terapias crónicas con Corticoides sistémicos o Inmunosupresores:** Uso de esteroides sistémicos (oral o parenterales) en forma regular (diario o días alternos por más de 1 mes en los últimos 60 días). No incluye corticoides inhalados. Uso de inmunosupresores por cualquier causa (enfermedades reumatológicas, autoinmunes, pulmonares), ejemplo: ciclofosfamida, biológicos, metotrexato).
- **Otra Comorbilidad:** Patología que pudiera haber influenciado en muerte por neumonía, por ejemplo tratamiento inmunosupresor, entre otros. Especifique diagnóstico.

3.2. Inscrito en Programa de Centro de Salud

- **Programa ERA:** Persona inscrita en Sala ERA por patología respiratoria.
- **Programa Cardiovascular:** Persona inscrita en programa de salud cardiovascular por presentar factores de riesgo tales como: hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo y/o antecedentes de enfermedad cardiovascular.
- **Programa Nacional del Adulto Mayor:** Adulto mayor con evaluación del EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor) con plan de atención específico según factores de riesgo detectados. Reciben los beneficios del programa como alimentación complementaria, vacunas, entre otros.
- **Programa de Atención Domiciliaria:** Persona que por condición de discapacidad severa estaba inscritos en programa de atención integral en su domicilio.
- **Programa de Cáncer:** Persona que recibía atención en el centro de salud por diagnóstico de cáncer, por ejemplo programa de Alivio del dolor y Cuidados Paliativos.
- **Programa de Salud Mental:** Persona inscrita en programa por patología de salud mental como Depresión, trastorno bipolar, entre otros.
- **OTRO:** Persona estaba inscrito en otro programa de salud. Especifique nombre de programa.



3.3. Inmunizaciones al día

- **Vacunación INFLUENZA:** Persona tenía al menos una dosis de vacuna contra la influenza. Anote Sí o No según corresponda. Especifique año de última administración.
- **Vacunación NEUMOCOCO:** Persona tenía al menos una dosis de vacuna contra el neumococo. Anote Sí o No según corresponda. Especifique año de última administración.

3.4. Soporte Ventilatorio Domiciliario

Señalar si la persona tenía soporte ventilatorio domiciliario, anote Sí o No según corresponda.

- **Asistencia Ventilatoria Domiciliaria:** Soporte ventilatorio que se proporciona a un paciente a través de equipos generadores de flujo con entrega de presión positiva en la vía aérea.
- **Oxigenoterapia Domiciliaria:** Paciente portador de insuficiencia respiratoria crónica que requiere de administración de oxígeno en forma transitoria o permanente y en que el oxígeno determine un beneficio clínico objetivable.

3.5. Patologías GES

Persona registra patologías GES (Garantía Explícita en Salud) según SIGGES (Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud). Anote Sí o No y especifique diagnósticos.



3. DATOS DE REGISTROS CLÍNICOS

(revisar Instructivo de este ítem)

Registrar SI o NO según existencia en registros clínicos

3.1 Existencia de Registro de Comorbilidades

- ☐ Hipertensión
☐ Diabetes
☐ EPOC
☐ Asma
☐ Enfermedad Cerebro Vascular o AVE
☐ Enfermedad Cardíaca
☐ Enfermedad Renal
☐ Malnutrición ☐ Exceso ☐ Déficit
☐ Tuberculosis
☐ Demencia
☐ Trastornos de Salud Mental
☐ VIH
☐ Dependiente Grave o Total
☐ Trastorno de Deglución
☐ Cáncer
☐ Fumador
☐ Terapias Crónicas con Corticoides Sistémicos o Inmunosupresores
☐ Otra Comorbilidad

Especifique otra comorbilidad

3.2 Inscrito en Programa de Centro de Salud

- ☐ Programa ERA
☐ Programa Cardiovascular
☐ Programa Nacional del Adulto Mayor
☐ Programa de Atención Domiciliaria
☐ Programa de Cáncer
☐ Programa de Salud Mental
☐ OTRO

Especifique otro

3.3 Inmunizaciones

Vacunación Influenza ☐ Año

Vacunación Neumococo ☐ Año

3.4 Soporte Ventilatorio Domiciliario ☐

- ☐ Asistencia Ventilatoria en Domicilio
☐ Oxigenoterapia Domiciliaria

3.5 Registra Patologías GES ☐

Especifique

4. PREGUNTAS A CONTESTAR POR INFORMANTE

4.1 Señale teléfono de contacto del informante

(Ante eventual contacto)

Cod: N°:

4.2 ¿Cuál es la relación de parentesco de usted con la persona fallecida?

- ☐ Madre o Padre
☐ Esposo(a)
☐ Hijo(a)
☐ Otros Parientes
☐ Otros No Parientes

4.3 ¿Usted vivió con la persona fallecida los últimos tres meses de vida?

☐ Sí ☐ No

4.4 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida pertenecía a Pueblo Originario?

- ☐ **Sí** (Sólo si respuesta es SI responda pregunta 4.5)
☐ **No** (Si respuesta es NO o NO SABE siga con pregunta 4.6)
☐ **No sabe**



4.5 ¿Sabe Ud. a qué Pueblo Originario pertenecía la persona fallecida?

☐ Mapuche	☐ Colla
☐ Aimara	☐ Diaguita
☐ Rapa Nui	☐ Alacalufe o Kawashkar
☐ Atacameños	☐ Yámana o Yagán
☐ Quechua	☐ Otro
	Especifique otro

FACTORES DE RIESGO

(Marque sólo 1 opción)

4.6 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida estuvo hospitalizado en los últimos 12 meses?

☐	SÍ (Sólo si respuesta es SÍ registre mes última hospitalización)
☐	NO
☐	NO SABE

4.6.1 Señale el mes

4.7 ¿Sabe Ud. si alguien fumaba en el interior del hogar de la persona fallecida?

☐	Sí
☐	No
☐	No sabe

4.8 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida era fumador de Tabaco?

☐	SÍ (Sólo si respuesta es SI especificar actual o ex fumador)
☐	No
☐	No sabe

4.8.1

☐	Actual (últimos 30 días)
☐	Ex fumador

4.9 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía consumo excesivo de Alcohol? O era un bebedor problema? (últimos 12 meses)

☐	Sí
☐	No
☐	No sabe

4.10 ¿Sabe Ud. qué sistema de calefacción ocupaba la persona fallecida?

☐	Gas
☐	Parafina
☐	Leña o derivados
☐	Carbón
☐	Electricidad
☐	No usa Sistema de Calefacción
☐	Otro
☐	No sabe

4.10.1 Especifique otro sistema

4.12 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía cuidador? (formal o informal)

☐	Sí
☐	No

4.13 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida vivía sola?

☐	Sí
☐	No



ACCESO A ATENCIÓN DE SALUD

(Marque sólo 1 opción)

4.14 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía dificultad para obtener atención de salud en caso de necesitarla?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

4.15 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tenía dificultad para llegar al Centro de Salud?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

ATENCIÓN RECIBIDA ÚLTIMO EPISODIO

(Marque sólo 1 opción)

4.16 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida recibió atención Médica en los 5 días previos a morir?

- ☐ **Sí** (Si respuesta es SÍ seguir con pregunta 4.18)
- ☐ **No** (Sólo si respuesta es NO contestar pregunta 4.17 y luego seguir con pregunta 4.19)
- ☐ **No sabe** (Si respuesta es NO SABE seguir con pregunta 4.19)

4.17 ¿Sabe Ud. cuál es la razón principal por la que no consultó la persona fallecida?

- ☐ Intentó pero no consiguió atención
- ☐ Impedimento de transporte o traslado
- ☐ No pensó que era grave
- ☐ Decisión de querer fallecer en hogar
- ☐ No querer recibir atención médica
- ☐ Otro
- ☐ No sabe

4.17.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial descripciones de pueblos originarios o creencias religiosas)

4.18 ¿Sabe Ud. cuántas veces consultó la persona fallecida en los últimos 5 días previo a fallecer?

- ☐ N° de consultas (anote número)
- ☐ No sabe

4.19 ¿Sabe Ud. dónde consultó la persona fallecida la última vez previo a fallecer?

- ☐ Centro de Salud o CESFAM
- ☐ SAPU / SUR / SAR
- ☐ Urgencia hospitalaria
- ☐ Atención médico particular
- ☐ Atención domiciliaria (programa atención domiciliaria)
- ☐ Atención domiciliaria particular
- ☐ Otro
- ☐ No sabe

4.19.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial describa medicina tradicional de pueblos originarios, complementaria-alternativa).



4.20 En los últimos 30 días previo a fallecer ¿Sabe Ud. cuántos días estuvo enfermo la persona fallecida antes de consultar?

N° de días (Anote número)

No sabe

4.21 ¿Sabe usted si a la persona fallecida le indicaron medicamentos en el último episodio?

Sí (Si respuesta es SÍ seguir con pregunta 4.22)

No (Si respuesta es NO o NO SABE seguir con pregunta 4.24)

No sabe

4.22 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida tomó los medicamentos según indicación médica?

Sí (Si respuesta es SÍ seguir con pregunta 4.24)

No (Sólo si la respuesta es NO contestar la pregunta 4.23)

No sabe (Si respuesta es NO SABE seguir con pregunta 4.24)

4.23 ¿Sabe Ud por qué NO tomó los medicamentos según indicación?

Olvido

Mala tolerancia

Mejora de los síntomas

No contó con los medicamentos

No tuvo quien se los diera

Otros

No sabe

4.23.1 ESPECIFIQUE OTRO (En especial describa medicina tradicional de pueblos originarios, complementaria-alternativa o creencias religiosas).

4.24 ¿Sabe Ud. si la persona fallecida se hizo radiografía de tórax en último episodio de neumonía?

Sí

No

No sabe

OBSERVACIONES

ELEMENTOS QUE CONSIDERE IMPORTANTES REPORTAR EN LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

FECHA DE LAS VISITAS DE ENTREVISTA				RESULTADO
Nº Intentos	DÍA	MES	AÑO	
1º				
2º				
3º				

Alternativas de Resultado:

1. No corresponde dirección. 2. Vivienda vacía. 3. No se encuentra a adulto responsable. 4. Rechazo a contestar encuesta. 5. Otros: Especificar

