



MINISTERIO
DE SALUD



Evaluacion enero-septiembre 2019

Elaborado por: Dr. José Manuel Beza	Autorizado por: Dr. René Mauricio Arévalo Mata
--	---



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	4
RESULTADOS	5
1. PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO.....	5
2. MATERNIDAD SEGURA.....	6
3. SUPERVIVENCIA INFANTIL.....	10
4. MORTALIDAD INFANTIL.....	16
CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	16
FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ.....	19
ANOMALÍAS CONGÉNITAS	22
5. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.....	22
6. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NEONATAL	24
7. GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL Y DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.....	25
8. ATENCION ONCOLOGICA.....	25
9. UNIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO	32
10. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	38
11. ACTIVIDADES DE GESTION	47

INTRODUCCION

El Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, como el hospital especializado de ginecobstetricia y neonatología dentro de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud del país, en el marco de la transición hacia una nueva gestión de gobierno con el **Plan Cuscatlán**, retoma las innovaciones sobre el contenido programático en materia de salud, como una excelente oportunidad para mejorar las brechas históricas, aún no resueltas, en materia de salud pública y políticas de calidad de los servicios de salud a nivel nacional.

El Ministerio de Salud, continúa con el reto de proveer servicios especializados de excelencia en las 4 especialidades básicas (ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía) en los hospitales de segundo nivel para asegurar el bienestar materno y neurodesarrollo fetal, el manejo especializado de las enfermedades crónicas y responder eficazmente a la alta demanda de cirugía por cuadros abdominales agudos, lesiones de causa externa consecuentes de accidentes y violencia.

Esto ha significado asumir los costos directos de padecimientos de baja complejidad y altos costos de oportunidad para el desarrollo tecnológico de la atención más compleja y especializada en beneficio de la población.

En nuestro hospital se atienden referencias de mujeres embarazadas por la ausencia de ginecólogos en hospitales de segundo nivel, lo cual afecta internamente la cobertura oportuna de médicos especialistas y enfermeras en los diferentes servicios, principalmente en los de choque como emergencia y partos, quienes derivan demanda a los servicios de neonatos, puerperio, cirugía obstétrica, perinatología, infectología y oncología en algunos casos.

A nivel nacional, la tendencia de usuarias activas de métodos de planificación familiar de 2015 a 2019 ha disminuido gradualmente, lo cual incrementa el riesgo de mortalidad materna de embarazadas de alto riesgo por padecimientos crónicos, falta de acceso a servicios de planificación familiar y por referencia inoportuna desde el primero y segundo nivel de atención, llegan por demanda espontánea en condiciones de morbilidad obstétrica extrema, no obstante, en nuestro hospital, a septiembre de 2019 se ha mantenido la reducción del número absoluto de muertes maternas en relación a los años 2015-2016.

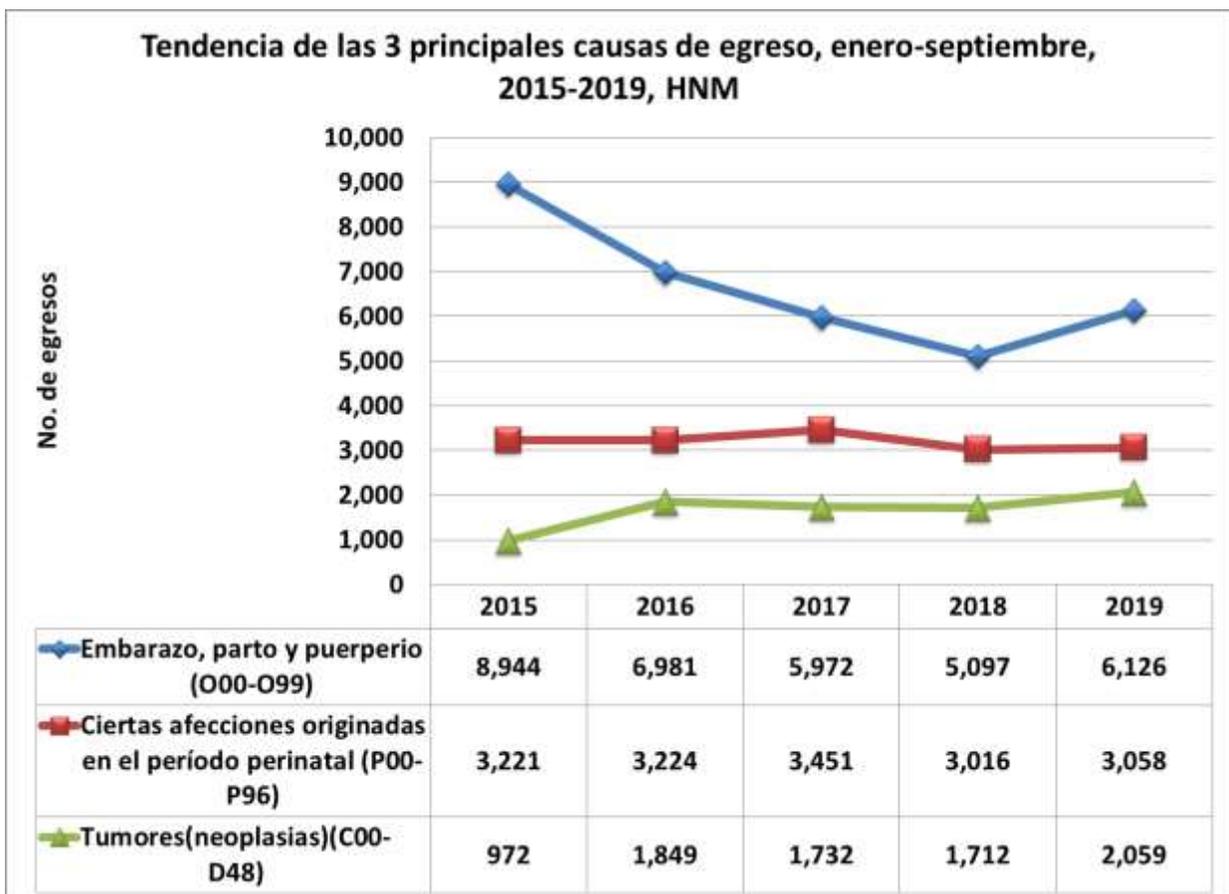
En cuanto a la salud neonatal, la condición del peso fetal al nacer y la edad gestacional adecuados, continúan siendo factores cualitativos de la atención que requieren de un trabajo más integrado y sinérgico con el primer nivel de atención y el personal comunitario, para asegurar el bienestar fetal y materno, y revertir las causas de muerte neonatal por medio del control prenatal calificado.

RESULTADOS

1. PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO

Durante el período de enero a septiembre de 2019 las principales causas de egreso siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio" (6,126 egresos), "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (3,058 egresos) y los "Tumores (neoplasias)" (2,059 egresos).¹ (GRAFICO 1)

GRAFICO 1



¹ simmow, Lista de Morbilidad por Capítulos por grupo etéreo, enero-septiembre HNM, 2019.

2. MATERNIDAD SEGURA²

La evidencia ha demostrado que la **planificación familiar previene la mortalidad materna** hasta en un 30%, así se dio a conocer durante el foro “Planificación Familiar como estrategia para la reducción de la mortalidad materna”. El acceso a la planificación familiar voluntaria **podría reducir las muertes maternas entre el 25% y el 40%, y las muertes infantiles en hasta el 20%**. La planificación familiar voluntaria es una de las inversiones más rentables que puede hacer un país en su futuro. Por cada dólar que se invierte en planificación familiar, los Gobiernos pueden ahorrarse hasta 6 dólares que pueden invertirse en mejorar la salud, la vivienda, el agua, el saneamiento y otros servicios públicos.

El No. de usuarias activas de enero a septiembre se redujo en 8% en 2019 (GRAFICO 2), esto supone incremento de embarazos de alto riesgo no deseados, morbilidad obstétrica extrema, mortalidad materna y neonatal, y por tanto una necesidad de mejoras en la estructura de la oferta con más y mejores médicos, enfermeras, insumos y medicamentos.

GRAFICO 2

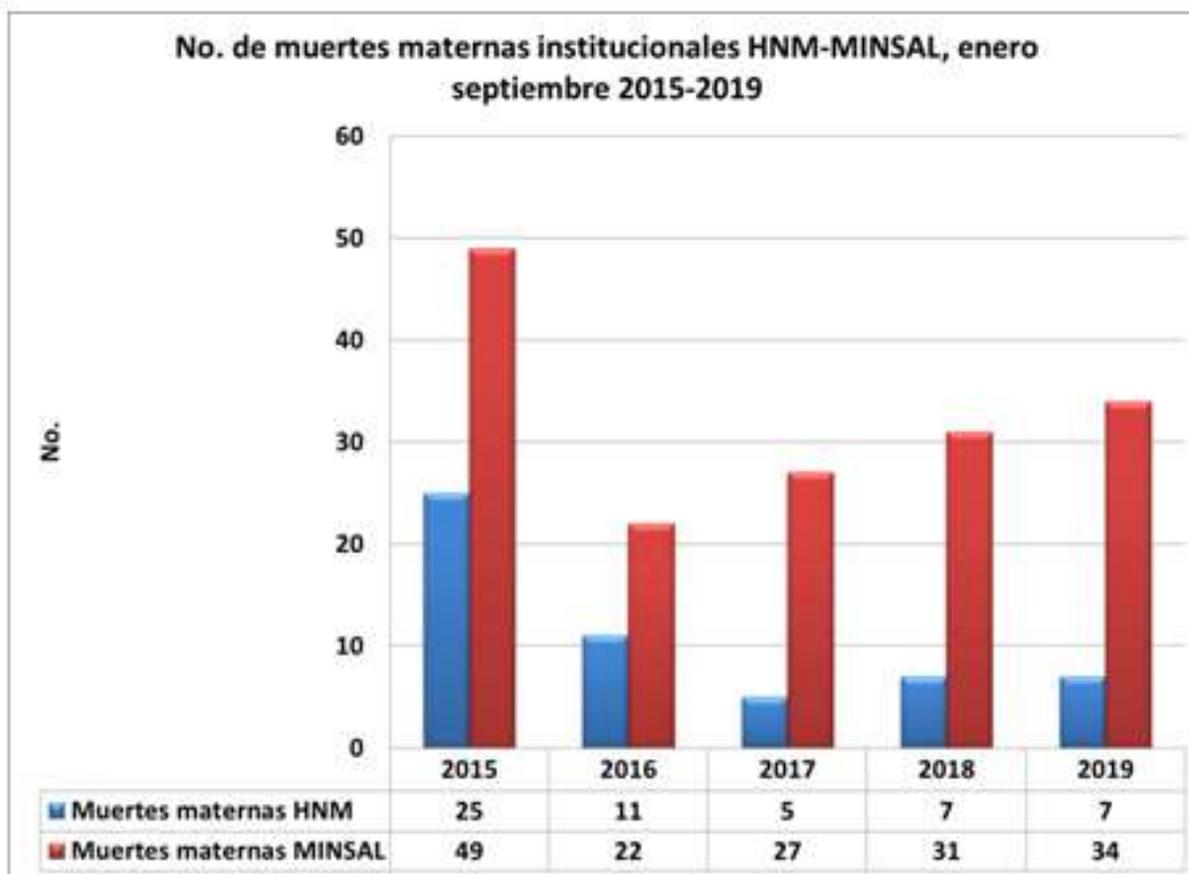


Fuente: SIMMOW, atención ambulatoria, preventivo, planificación familiar, enero septiembre, 2011-2019

² De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. (ODS 3.1)

A septiembre de 2019 se ha mantenido la reducción del número absoluto de muertes maternas (7) en relación a los años 2015-2016 y la proporción de muertes en relación con el nivel central del MINSAL es menor del 25% desde 2017 a la fecha. (GRAFICO 3). Las tendencias de abastecimiento de métodos anticonceptivos, las inscripciones y usuarias activas de planificación familiar a nivel nacional merecen un análisis de correlación con las tendencias de mortalidad materna registradas en el nivel central de MINSAL y el comportamiento de la demanda en las maternidades.

GRAFICO 3



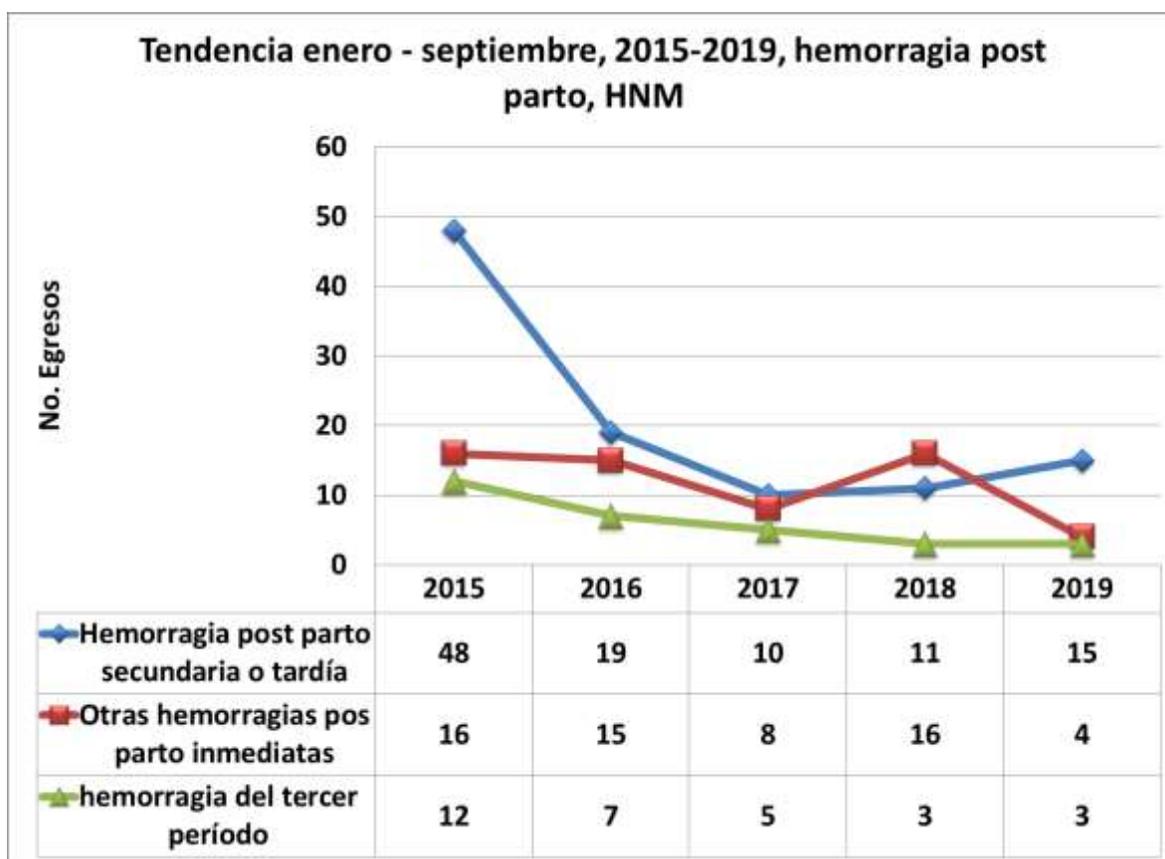
Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, defunciones, enero septiembre, 2015-2019

Por los antecedentes de la correlación del desabastecimiento de medroxiprogesterona a nivel nacional en 2014 y el repunte de la mortalidad materna en 2015, sería bueno y conveniente conocer la tendencia del abastecimiento durante el período 2015-2019, ya que las inscripciones y las usuarias activas de métodos de planificación familiar han

disminuido gradualmente.

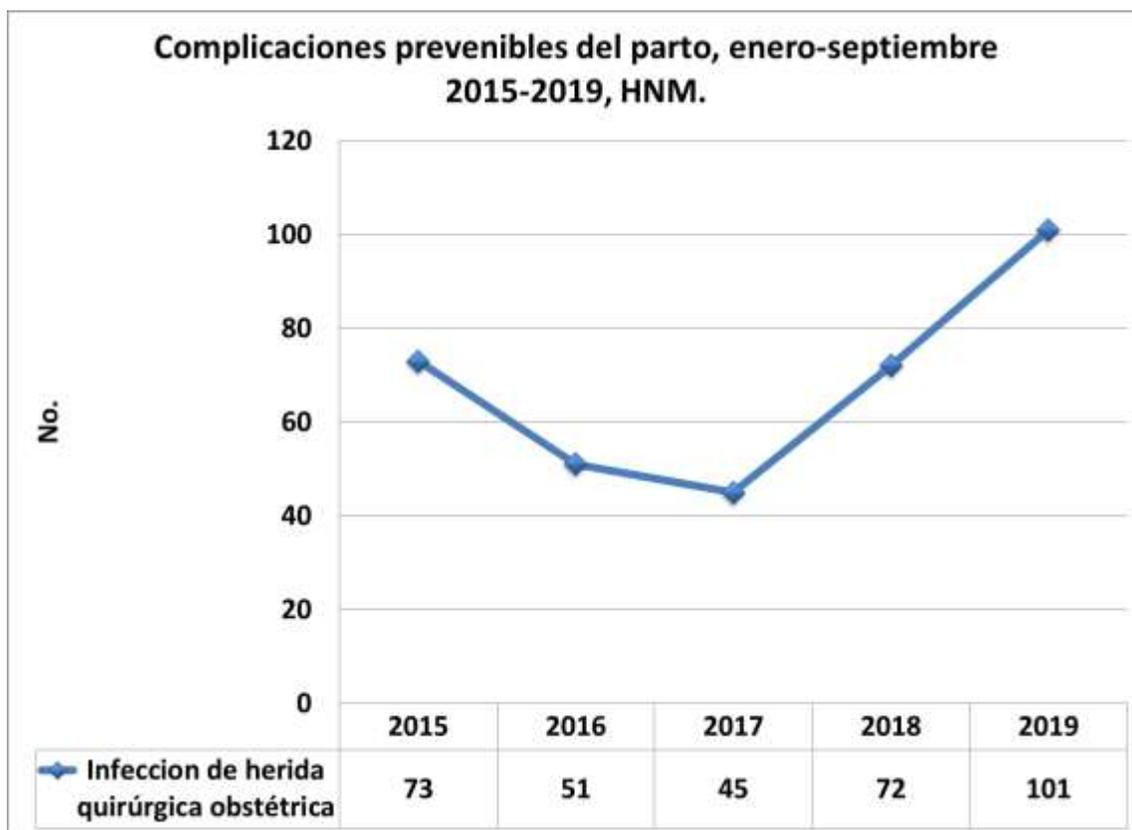
A septiembre de 2019 se mejoró la prevención de la hemorragia en embarazadas de algo riesgo (GRAFICO 4) y se redujeron los egresos por los diferentes tipos de hemorragia con el uso de Carbetocina (Lonactene) en mujeres sin contraindicación por trastornos hipertensivos, la cual se ha adquirido con fondos propios y para 2020 se ha propuesto su inclusión en el cuadro básico de medicamentos de nuestro hospital, para el tratamiento preventivo de la atonía uterina tras el parto por cesárea principalmente.

GRAFICO 4



Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, embarazo parto y puerperio, hemorragias, enero septiembre, 2015-2019

GRAFICO 5



Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, embarazo parto y puerperio, enero septiembre, 2015-2019

Dada la tendencia ascendente de los egresos por infección de la herida quirúrgica obstétrica (GRAFICO 5), la razón de infecciones en relación al total de cesáreas subió de 2% durante 2015- 2017 a 4% en los últimos dos años (2018-2019). Por lo anterior, la Dirección ha hecho mucho énfasis al cuerpo colegiado de staff y residentes sobre la importancia de la técnica quirúrgica individual y el buen criterio para escoger las medidas de profilaxis más apropiadas para prevenir las infecciones de la herida quirúrgica.

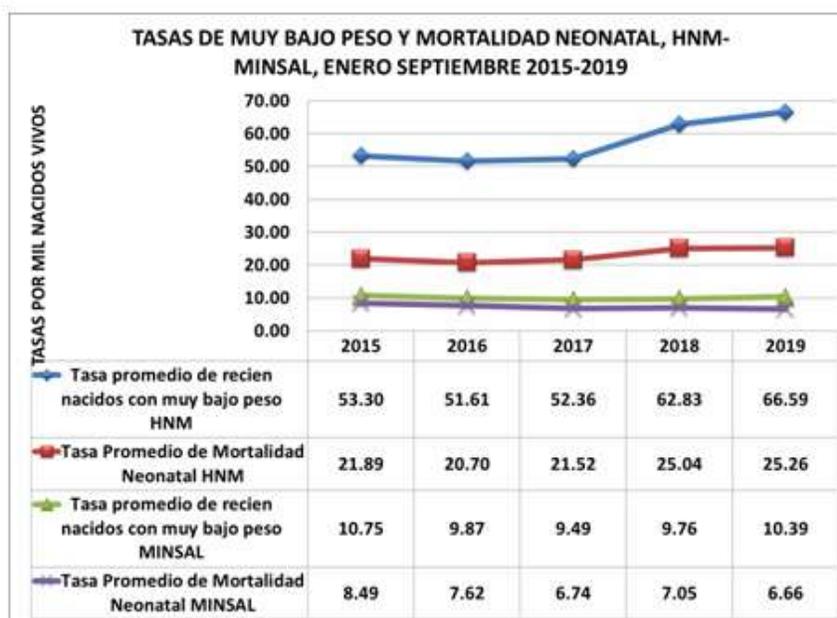
Entre las principales recomendaciones se pueden mencionar: La ducha preoperatoria con agua y jabón, descontaminación de la piel del campo quirúrgico con solución alcohólica de clorhexidina o povidona, sin secar, dejar actuar la solución por 2-3 minutos; incisión en piel con bisturí frío y no abusar de la electrocoagulación, hacer cierre aponeurótico con suturas monofilamento, profilaxis antibiótica sistémica 30-

60 min antes de la incisión con dosis plenas, uso preferente de cefalosporinas de 1.^a y 2.^a generación.

3. SUPERVIVENCIA INFANTIL

En nuestro país, mas del 60% de la supervivencia infantil se valora por la posibilidad de sobrevivida en el período neonatal, por tanto el monitoreo y evaluación de las tasas de mortalidad neonatal y sus causas son fundamentales para el diseño de intervenciones tributarias a la supervivencia de los recién nacidos. Desde 2014 a 2018, las tasas de mortalidad neonatal calculadas con los datos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) y las procesadas con datos de nivel central del MINSAL, muestran variaciones mínimas sin una franca tendencia al incremento ni a la disminución; no obstante esa estabilidad en el conglomerado de datos sobre muerte neonatal y el muy bajo peso al nacer, se explica por la derivación de embarazos prematuros al tercer nivel, el cual tiene un efecto incremental en los indicadores procesados en el Hospital Nacional de la Mujer (GRAFICO 6), donde el tratamiento especializado incrementa las posibilidades de sobrevivida de recién nacidos con prematuridad y bajo peso procedentes de todo el país, a través de la demanda espontánea y la referencia desde los hospitales de segundo nivel de atención, principalmente de aquellos que no cuentan con personal especializado en ginecología y obstetricia, ni en pediatría y neonatología las 24 horas.

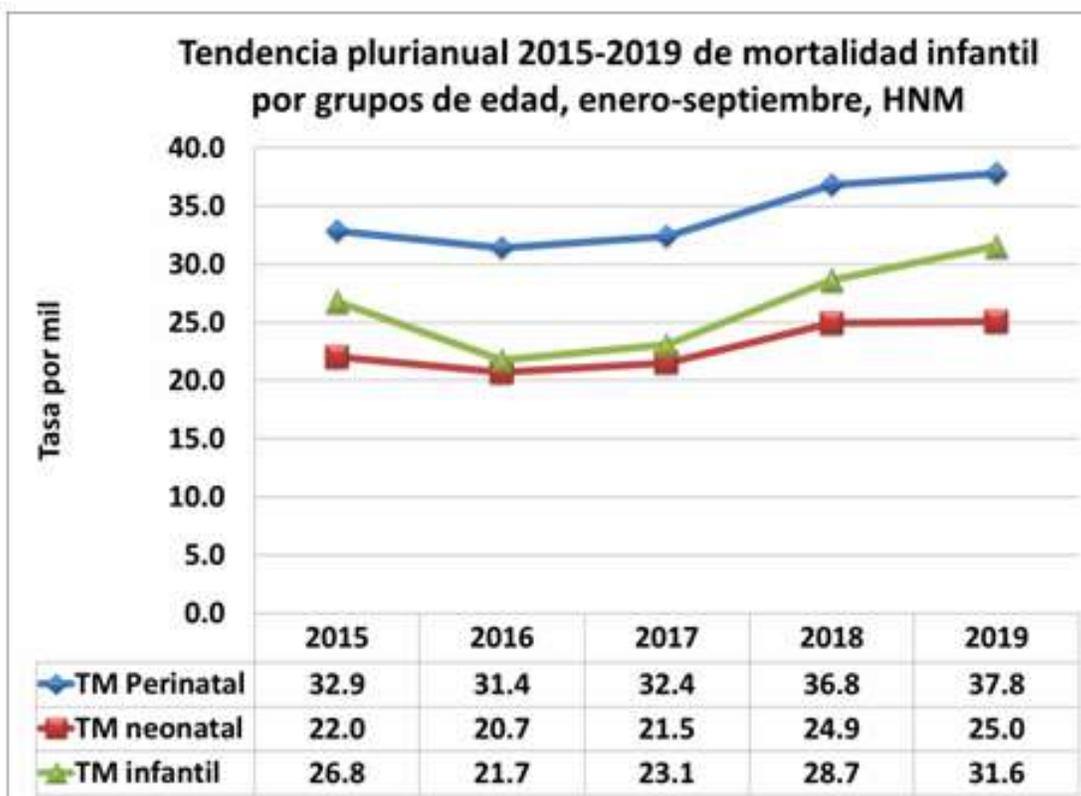
GRAFICO 6



Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, defunciones menores de 5 años, enero septiembre, 2015-2019

En los periodos de enero a septiembre, se han incrementado las tasas de mortalidad neonatal, perinatal e infantil de 2015 a 2019 (GRAFICO 7). Las principales causas de muerte hospitalaria en general, se concentran en la inmadurez extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.³

GRAFICO 7



Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, defunciones menores de 5 años, enero septiembre, 2015-2019

La condición del peso fetal al nacer y la edad gestacional adecuados, continúan siendo factores cualitativos de la atención que requieren de un trabajo mas integrado y sinérgico con el primer nivel de atención y el personal comunitario, para **asegurar el bienestar fetal y materno**, por medio del **control prenatal calificado** y la **atención preconcepcional en mujeres de alto riesgo social** (madres solteras, con bajos ingresos, violencia y otras condiciones de alto estrés) alto riesgo reproductivo,

³ SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etáreo, enero-septiembre HNM, 2019

adolescentes y mujeres adultas con enfermedades crónicas de base (obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otras).

De acuerdo a los indicadores de seguimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.1, la información oficial del Sistema de morbimortalidad del Ministerio de Salud (**TABLA I**), en la tendencia mensual del número de muertes maternas a septiembre, se mantuvo en "0" durante 5 meses, ocurrieron tres en el mes de marzo, una en junio, otra en julio y 2 en agosto. **Las tasas promedio de mortalidad infantil y neonatal presentaron un incremento en coherencia con las tasas promedio de recién nacidos con muy bajo peso** durante 2019.

Esta correlación de morbimortalidad infantil sugiere una oportunidad de mejora en la red asistencial a nivel nacional con un potencial de reducción muy importante en la **prevención de la inmadurez extrema y la prematuridad desde la Unidad de Gestión Clínica Materno Infantil, con los cuidados obstétricos y el cuidado del bienestar fetal desde el primer nivel de atención con mayores esfuerzos y compromisos en las intervenciones de planificación familiar para mujeres de alto riesgo, principalmente en adolescentes y mujeres con enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y otras cardiopatías, enfermedad renal y colagenopatías.**

TABLA I

HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENERO SEPTIEMBRE 2015-2019											
Indicador	Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	PROMEDIO
Tasa Recien Nacidos Muy Bajo Peso	2015	52.04	38.98	56.01	62.89	56.32	65.3	61.4	42.83	43.95	53.30
	2016	48.27	42.29	52.03	60.31	53.35	68.2	41.1	49.85	49.16	51.61
	2017	46.18	53.45	56.72	56.06	58.75	37.3	48.41	52.2	62.15	52.36
	2018	46.99	66.9	45.83	70.45	76.79	78	67.1	56.24	57.19	62.83
	2019	77.3	69.94	62.18	70.45	68.33	62.7	63.08	68.45	56.9	66.59
Tasa Mortalidad Neonatal	2015	16.11	9.74	24.5	18.5	21.25	36.3	25.22	25.9	19.53	21.89
	2016	14.85	13.64	20.3	21.04	32.83	20.9	21.92	17.6	23.29	20.70
	2017	20.2	25.86	20.9	19.7	27.5	13.3	19.36	20.6	26.24	21.52
	2018	22.03	21.13	19.64	32.65	28.57	29.2	24.55	22.85	24.73	25.04
	2019	11.51	20.79	38.66	32.65	25	36.6	20	20.83	21.34	25.26
Tasa Mortalidad Infantil	2015	21.07	13.4	30.34	23.43	25.5	42.3	29.61	31.87	22.46	26.67
	2016	16.09	13.64	20.3	22.44	34.2	22.3	23.29	20.53	23.29	21.78
	2017	23.09	29.31	20.9	22.73	27.5	13.3	20.75	23.35	27.62	23.17
	2018	27.9	22.89	21.28	34.36	35.71	31.2	29.46	26.36	29.37	28.72
	2019	18.09	32.14	47.06	32.65	30	45.3	27.69	29.76	24.18	31.87
Razon Mortalidad Materna	2015	495.7	121.8	0	246.6	212.5	242	657.9	298.8	488.28	307.05
	2016	371.3	272.85	380.7	0	136.8	0	0	0	258.73	157.82
	2017	144.3	0	149.3	0	0	0	0	137.36	276.24	78.57
	2018	0	0	327.3	0	0	0	163.7	702.99	0	132.67
	2019	0	0	504.2	0	0	174	153.9	297.62	0	125.54
Egresos	2015	1,616	1,632	1,802	1,658	1,772	1,761	1,933	1,917	1,974	1,785
	2016	1,605	1,639	1,692	1,689	1,677	1,637	1,648	1,510	1,645	1,638
	2017	1,529	1,376	1,608	1,491	1,736	1,686	1,655	1,601	1,589	1,586
	2018	1,509	1,432	1,519	1,363	1,366	1,307	1,489	1,346	1,499	1,426
	2019	1,396	1,423	1,547	1,438	1,485	1,412	1,510	1,602	1,522	1,482

Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, monitoreo de indicadores, enero septiembre, 2015-2019

TABLA II.

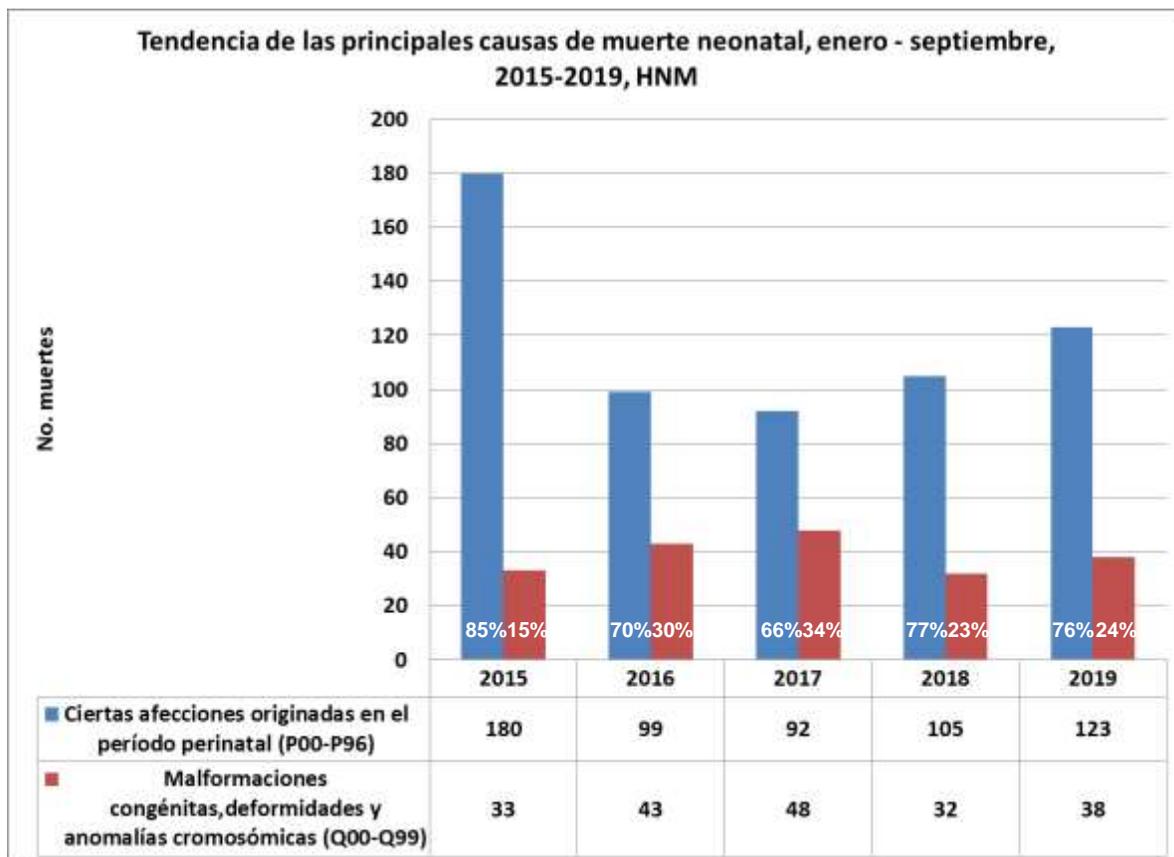
HNM	ENERO SEPTIEMBRE 2015-2019				
	2015	2016	2017	2018	2019
Nacido Muerto	131	109	98	90	99
Neonatal temprana	136	104	110	110	113
Neonatal tardía	40	34	26	23	25
Neonatal	176	138	136	133	138
Menor de 1 año	214	145	146	153	174
Menor de 5 años	214	145	146	153	174
Nacido Vivo	7,988	6,668	6,323	5,339	5,509
Nacidos	8,119	6,777	6,421	5,429	5,608
Muertes maternas HNM	25	11	5	7	7
TM fetal	16.1	16.1	15.3	16.6	17.7
TM neonatal temprana	17.0	15.6	17.4	20.6	20.5
TM Perinatal	32.9	31.4	32.4	36.8	37.8
TM neonatal tardía	5.0	5.1	4.1	4.3	4.5
TM neonatal	22.0	20.7	21.5	24.9	25.0
TM infantil	26.8	21.7	23.1	28.7	31.6
TM menor de 5 años	26.8	21.7	23.1	28.7	31.6
Razon de Mortalidad Materna HNM X 1000 N.V.	3.13	1.65	0.79	1.31	1.15

Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-septiembre 2015-2019

En la Tabla II se incluyen datos absolutos y relativos acumulados a septiembre de 2015 a 2019, con el fin de analizar el comportamiento y la interpretación de los indicadores.

En relación a 2018 la variación cuantitativa de la muerte fetal se incrementó en 9 %, las muertes neonatales incrementaron 4%.

GRAFICO 8



Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, lista internacional de mortalidad, servicio de Neonatología, enero septiembre, 2015-2019

El departamento de Neonatología reportó 123 muertes prevenibles por afecciones asociadas al período perinatal destacando las prematuridad (102) como primera causa y las malformaciones congénitas con 38 muertes (GRAFICO 8).

4. MORTALIDAD INFANTIL

En general, las tasas de mortalidad perinatal, neonatal e infantil van a la alza a 2019, tanto en términos absolutos como en tasas por mil (**GRAFICO 7**). Es importante reiterar que las causas de morbimortalidad neonatal requieren de servicios de alta complejidad y óptimo desempeño profesional especializado en los servicios de neonatología, destacando que **se requiere de más personal de estaff especializado para cubrir las 24 horas los 365 días del año**; principalmente considerando las limitantes en el número de médicos y enfermeras especializadas para la cantidad de camas de servicios de cuidados intensivos e intermedios de neonatología, que tienen que responder a una demanda cada vez mas cargada de casos de prematurez e inmaduridad extrema.

CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías preveniblesy en segunda instancia las malformaciones congénitas. Las principales causas de muerte hospitalaria de los recién nacidos en general, se concentran en la inmaduridad extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.⁴

⁴ SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etáreo, enero-septiembre HNM, 2019

TABLA III

Mortalidad neonatal por Causas Específicas enero – septiembre 2019						
N o.	Causas	Muertes	Egresos	Letalidad	Mortalidad	Estancia
1	Inmaduridad extrema (P07.2)	57	88	64.77	0.85	3,728
2	Otros recién nacidos pretérmino (P07.3)	45	973	4.62	0.67	22,500
3	Septicemia, no especificada (A41.9)	11	17	64.71	0.16	722
4	Anencefalia (Q00.0)	8	8	100	0.12	8
5	Síndrome de Edwards, no especificado (Q91.3)	8	8	100	0.12	115
6	Neumonía congénita, organismo no especificado (P23.9)	7	75	9.33	0.1	679
7	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada (P36.9)	6	180	3.33	0.09	1,635
8	Síndrome de Patau, no especificado (Q91.7)	4	4	100	0.06	4
9	Síndrome de Potter (Q60.6)	4	4	100	0.06	4
10	Conducto arterioso permeable (Q25.0)	2	4	50	0.03	93
	Demás causas	22	1,924	1.14%	0.33	11,667
	Totales	174	3,285	5.30%	2.6	41,155

GRAFICO 9



Fuente: SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etáreo, enero-septiembre HNM, 2019

El índice de prematurez, en el hospital se mantiene alto, dado que la norma de protección definida es que las embarazadas de 34 semanas o menos con amenaza de parto prematuro o parto inminente debe ser referida al tercer nivel.

El incremento de la demanda de casos con prematurez amerita mejorar la disponibilidad y le uso seguro de tocolíticos eficaces como el Tractocile (Atosiban) el cual es un antagonista competitivo de los receptores de oxitocina humana, que disminuye la frecuencia de las contracciones y el tono de la musculatura uterina, inhibiendo las contracciones uterinas. Para el bienestar fetal se incluye la aplicación de esteroides para la maduración pulmonar.

Esto último es muy importante para la consideración de la RIISS desde el primero y segundo nivel de atención para prevenir la prematurez y el bajo peso, tratando

oportunamente las causas reconocidas como la desnutrición materna, las infecciones y las enfermedades crónicas en la mujer, determinación socio ambiental relacionada a violencia estructural, vulnerabilidad social (pobreza, exclusión social, madres solteras). El manejo clínico efectivo e integral de la amenaza de parto prematuro con la maduración pulmonar del feto incluye el trabajo social y apoyo psicológico en casos de violencia familiar o comunitaria.

El potencial de reducción de la mortalidad infantil y la calidad de vida y de neurodesarrollo del feto y la salud familiar es mucho mayor con la prevención de la prematuridad y el bajo peso en la comunidad con el primer nivel de atención.

Lo anterior significa menores costos al sistema de salud en el corto plazo y menores costos familiares durante toda la vida para los cuidados de los recién nacidos, por las secuelas potenciales y discapacidades durante el curso de vida en todas las áreas de desarrollo personal.

I. Schapiraa, N. Aspresa, A. Beníteza, S. Vivasb, G. Rodríguezb, G. Geromettab, A. Galindoa, M. Cangelosic, M.L. Cúneo Libaronad y A. Fiorentinof, concluyen en su artículo "Desarrollo Alejado de Niños Nacidos Prematuros" que un cuarto de los niños <1.500g obtuvo un puntaje de desarrollo psicomotor en riesgo/retraso, siendo el área motora la más afectada. Además, se observó que patologías severas como la Displasia Bronco Pulmonar (DBP) y la Retinopatía del prematuro (ROP) comprometen el desarrollo a largo plazo de los niños afectados, y se relacionan significativamente con puntajes de desarrollo psicomotor en riesgo/retraso, y podrían generar problemas de escolaridad.

El objetivo de la referencia es ofrecer la mejor atención a la madre y al recién nacido prematuro, el cual necesitará soporte de cuidados intensivos, principalmente porque más del 60% de las muertes neonatales ocurren en los bebés que pesan menos de 1,500 gramos y de estos la sobrevivencia es nula si el peso es menor de 600 gramos.

FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ

La historia natural de la prematuridad como causa de muerte se caracteriza principalmente por la determinación de factores socioambientales (estrés e infección) y factores genéticos (alteraciones cromosómicas, hemorragia subcorial y distensión uterina).

Factores socioambientales

Impacto del estrés en el bienestar materno fetal.

Bajo el contexto socioambiental actual en El Salvador, es importante destacar que a la base de la prematuridad y el neurodesarrollo fetal, la **activación prematura del eje hipotalámico-pituitario-suprarenal (HPS)** materno o fetal como respuesta a estrés materno o fetal supone un alto % de los nacimientos prematuros y problemas en el neurodesarrollo, principalmente cuando no hay una causa inflamatoria por infección materna. El estrés en mujeres de alto riesgo social (madres solteras, con bajos ingresos, víctimas de violencia y otras condiciones de alto estrés) aumenta la secreción de cortisol suprarenal materno y fetal, y este aumenta la concentración de hormona liberadora de corticotropina (HLC), la cual desencadena la producción de prostaglandinas. Las prostaglandinas provocan contracciones y maduración cervical. La HLC también produce aumento en la producción de estrógeno placentario al estimular la secreción desde la glándula suprarenal fetal. El efecto final de los estrógenos en el miometrio, desemboca en contracciones, cambios cervicales y en partos prematuros.

“En el feto, los eventos adversos con la **respuesta anormal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarenal (HPS) puede ser resultado del estrés durante períodos críticos del desarrollo cerebral.** O’Connor y cols., en 2002, describe cómo la ansiedad de la madre gestante incrementa el riesgo de problemas comportamentales en la infancia, lo cual sugiere que éstos podrían deberse al efecto directo de la ansiedad de la madre sobre el desarrollo cerebral fetal. El más sorprendente hallazgo es que **los niveles de ansiedad de la madre en la gestación tardía estuvieron asociados con hiperactividad e inatención en los niños y problemas comportamentales y emocionales en ambos, niños y niñas.** El estudio de Austin y colaboradores evaluó el vínculo existente entre las características de la ansiedad materna, los eventos vitales estresantes y la depresión y el temperamento del infante. El estudio concluye que **las características de la ansiedad materna fueron predictoras de temperamento difícil en el niño,** independiente de la depresión concomitante y las variables sociodemográficas y los factores de riesgo obstétrico”

El **estrés materno y fetal** como causa, trasciende el enfoque biomédico de las intervenciones sanitarias durante los cuidados obstétricos y fetales desde la atención prenatal y sugiere intervenciones de promoción de la salud más integrales con la participación intersectorial de diferentes instancias más vinculadas al bienestar y el desarrollo social (gobiernos locales), principalmente en los territorios más afectados por la pobreza, la exclusión social y la violencia estructural.

La aplicación del enfoque de determinación social, representa un desafío para el personal de salud en términos de ampliar la perspectiva de la “historia clínica” y las auditorías de morbilidad materna e infantil con elementos del contexto sico-social y ambiental del binomio madre bebé.

Control Prenatal, Infección e inflamación

Un excelente control prenatal puede prevenir las infecciones urogenitales, la enfermedad periodontal u otra infección sistémica localizada en otra área, lo cual supone aproximadamente la prevención del 40% de los nacimientos prematuros, que finalmente ocurren debido a activación de citocinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas y producción de metaloproteinasas de la matriz extracelular, lo que deriva en la rotura de las membranas fetales y la maduración del cuello del útero.

Corioamnionitis y neurodesarrollo

“En 2011 René H Barrera-Reyes, Hilda Ruiz-Macías, Enrique Segura-Cervantes del Instituto de Ginecología y Obstetricia de México concluyeron que los prematuros expuestos a corioamnionitis presentaron alteraciones neurológicas en 56.5%, que en el grupo sin corioamnionitis (29.6%). Las alteraciones motoras fueron las más frecuentes al año de edad.” Fuente: Artículo original “Neurodesarrollo al año de edad en recién nacidos pretérmino con antecedente de corioamnionitis materna”

Factores genéticos

Control prenatal, prevención y control de hemorragia en la decidua

A diferencia de las mujeres afectadas por los factores socioambientales, la hemorragia del endometrio que recubre el útero y que se encuentra en contacto con las membranas fetales y la placa basal de la placenta, son mujeres de mayor edad, casadas y alto nivel de escolaridad. En los antecedentes familiares y personales, pueden dar historia sobre coagulopatías hereditarias, consumo de tabaco, consumo de cocaína, historia de hipertensión crónica y preeclampsia, traumatismo materno y retardo del crecimiento intrauterino. El proceso bioquímico de una hemorragia por desprendimiento placentario que derive en un parto prematuro, está relacionado con la producción de trombina la cual estimula la coagulación y la producción de proteasas capaces de madurar el cuello y dañar las membranas fetales, conduciendo así a la ruptura prematura de membranas (RPM) y al inicio de contracciones uterinas.

Control prenatal de la distensión uterina

La distensión mecánica del útero, activa la producción de citocinas y prostaglandinas, por tanto es muy importante controlar oportunamente a mujeres con gestación multifetal y/o con polihidramnios para prevenir un parto prematuro.

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Además de la prematuridad y bajo peso como una de las principales causas de muerte neonatal, se tiene también la sepsis y las malformaciones congénitas que en su mayor proporción son incompatibles con la vida (Gráfico 10).

GRAFICO 10



Fuente: SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etáreo, enero-septiembre HNM, 2019

5. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

Según datos del Sistema de Morbimortalidad SIMMOW, las 2 morbilidades más frecuentes de los 381 embarazadas ingresadas en el servicio de infectología fueron la infección de la bolsa amniótica o de las membranas (144) la cual ha sido

correlacionada con las complicaciones neonatales por sepsis temprana. La infección de la herida quirúrgica obstétrica (97) que ha sido relacionada con la calidad de la técnica quirúrgica, el trato de los tejidos, el lavado de manos y las medidas de bioseguridad, la esterilización, la antisepsia y la preparación del campo operatorio en sala de operaciones. En el servicio de Ginecología destacan los tumores y neoplasias (437) y las enfermedades del sistema genitourinario (374) de un total de 940 egresos.

En el servicio de puerperio se produjeron 2,937 hospitalizaciones de las cuales 905 fueron por parto único espontáneo, seguida de trabajo de parto prematuro (326) ruptura prematura de membranas (227) y preclampsia severa (157). En el servicio de obstetricia, de los 187 egresos 164 tuvieron como diagnóstico de egreso la mola hidatiforme. En el servicio de perinatología, de los 1,452 egresos, se hospitalizaron 977 embarazadas, la principal causa de egreso de estas fue la diabetes mellitus con 348 egresos, seguida de trabajo de parto prematuro (227), oligohidramnios (54) y aborto incompleto (51).

El departamento de Neonatología reportó que, de los 3,285 egresos ocurrieron 123 muertes prevenibles por afecciones asociadas al período perinatal destacando las prematurez como primera causa (102) y por las causas incompatibles con la vida, las malformaciones congénitas (38).

6. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD NEONATAL

La prematuridad como primera causa y con mayor cantidad de días de estancia hospitalaria y la inmadurez extrema con la mayor letalidad constituyen las causas más demandantes de atención especializada en neonatología. Es importante destacar que los grupos de causas están interrelacionadas por la prematuridad y las condiciones mórbidas de la madre que pueden prevenirse en las comunidades.

TABLA IV

MORBILIDAD NEONATAL POR CAUSAS ESPECIFICAS ENERO-SEPTIEMBRE 2019						
No.	Grupo de causas	Muertes	Egresos	Letalidad	Mortalidad	Estancia
1	Otros recién nacidos pretérmino (P07.3)	45	973	4.62	0.67	22,500
2	Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada (P22.9)	0	247	0	0	1,376
3	Ictericia neonatal, no especificada (P59.9)	0	216	0	0	1,084
4	Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas (P01.1)	0	187	0	0	822
5	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada (P36.9)	6	180	3.33	0.09	1,635
6	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre (P00.0)	0	156	0	0	675
7	Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional (P70.0)	0	131	0	0	363
8	Otro peso bajo al nacer (P07.1)	2	120	1.67	0.03	505
9	Feto y recién nacido afectados por enfermedades renales y de las vías urinarias de la madre (P00.1)	0	110	0	0	530
10	Inmadurez extrema (P07.2)	57	88	64.77	0.85	3,728
	Demás causas	64	877	0	0.95	7,937
	Totales	174	3,285	0	2.6	41,155

Fuente: SIMMOW, Lista de Morbilidad por causas específicas, Neonatología enero-septiembre HNM, 2019

7. GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL Y DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

La mejor opción para la gestión clínica materno infantil es la promoción de la **salud reproductiva en los territorios** en el primer nivel de atención y prevenir la prematuridad y el bajo peso con la **vigilancia del embarazo de alta calidad**, principalmente en lo concerniente al **monitoreo del incremento del peso materno y la altura uterina durante la gestación**; así como la detección oportuna de los **signos de peligro del bienestar fetal**. **No obstante, respecto al desarrollo infantil temprano, se tienen nuevos retos para mejorar la atención prenatal.** En la actualidad, la evaluación neurológica del feto es una medida necesaria para el seguimiento del embarazo y la identificación temprana de patologías. La introducción de técnicas de mayor resolución espacial y temporal, particularmente la ecografía en tres y cuatro dimensiones, está aportando interesantes conocimientos sobre el comportamiento fetal (CF) y su estrecha relación con el neurodesarrollo. A su vez, diferentes factores, intra- y extrauterinos, pueden inducir respuestas del feto que tienen consecuencias inmediatas y conforman una predisposición futura definida como programación fetal.

La Estimulación Prenatal es una combinación de estímulos sensoriomotores que inducen respuestas en el feto y contribuyen al desarrollo del apego, el neurodesarrollo y comportamiento del bebé.



La salud materna y sus condiciones biosociales determinan el desarrollo biofísico, cognitivo, y socio emocional para el resto de la vida del bebé.

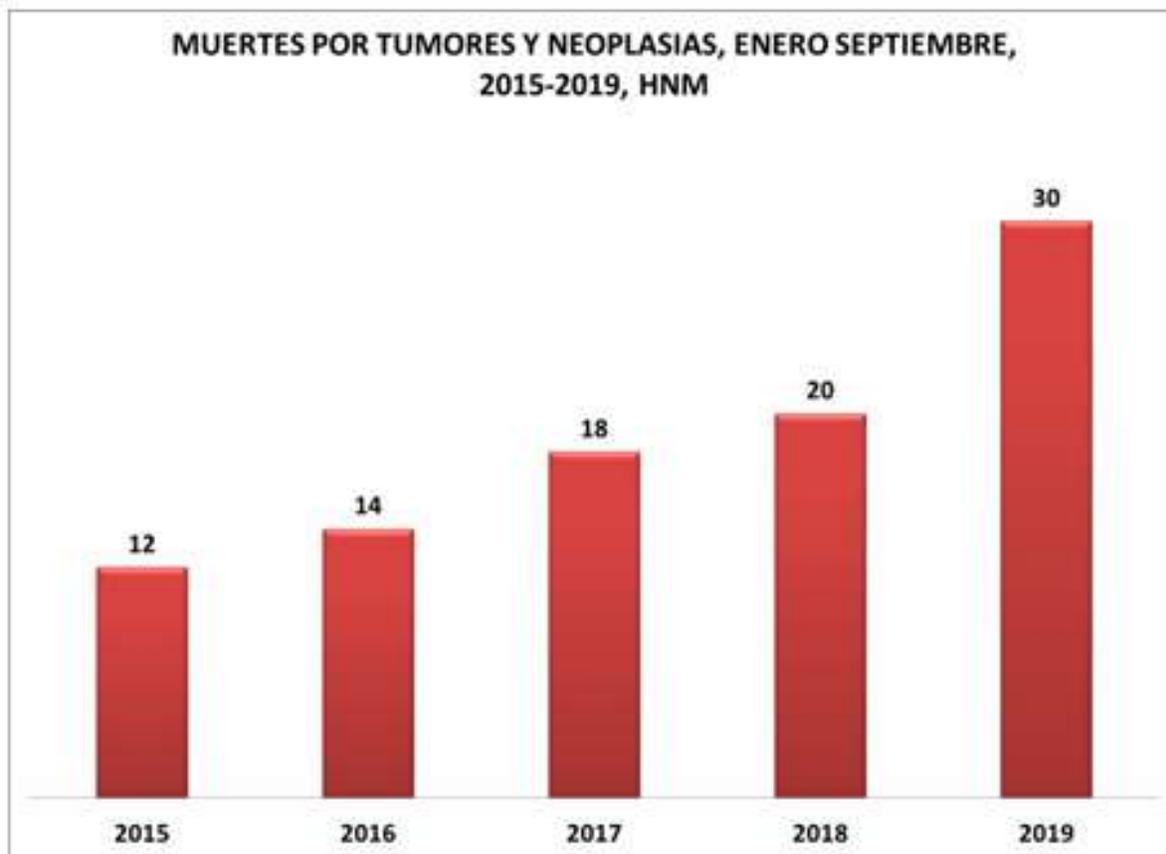
(J. Cabanyes Truffino, Departamento de Neurología. Clínica Universidad de Navarra. Madrid. España, El comportamiento fetal: una ventana al neurodesarrollo y al diagnóstico temprano)

8. ATENCION ONCOLOGICA

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, la tendencia del cáncer ginecológico y de mama ha incrementado desde 2015 a la fecha (GRAFICO 11), y nuestro servicio de oncología se ha visto demandado con incrementos sustanciales de

la necesidad de más personal especializado, insumos y medicamentos oncológicos. La letalidad por egresos se ha mantenido en 2% (GRAFICO 12), no obstante el incremento de la hospitalización de casos en diferentes estadios de la enfermedad (GRAFICO 13) incluyendo pacientes en tratamiento de soporte paliativo, debido a la situación socioeconómica de los parientes quienes no cuentan con los recursos para los cuidados en sus respectivos hogares y prefieren la estancia en nuestro hospital como una forma de protección financiera contra lo catastrófico de la enfermedad.

GRAFICO 11

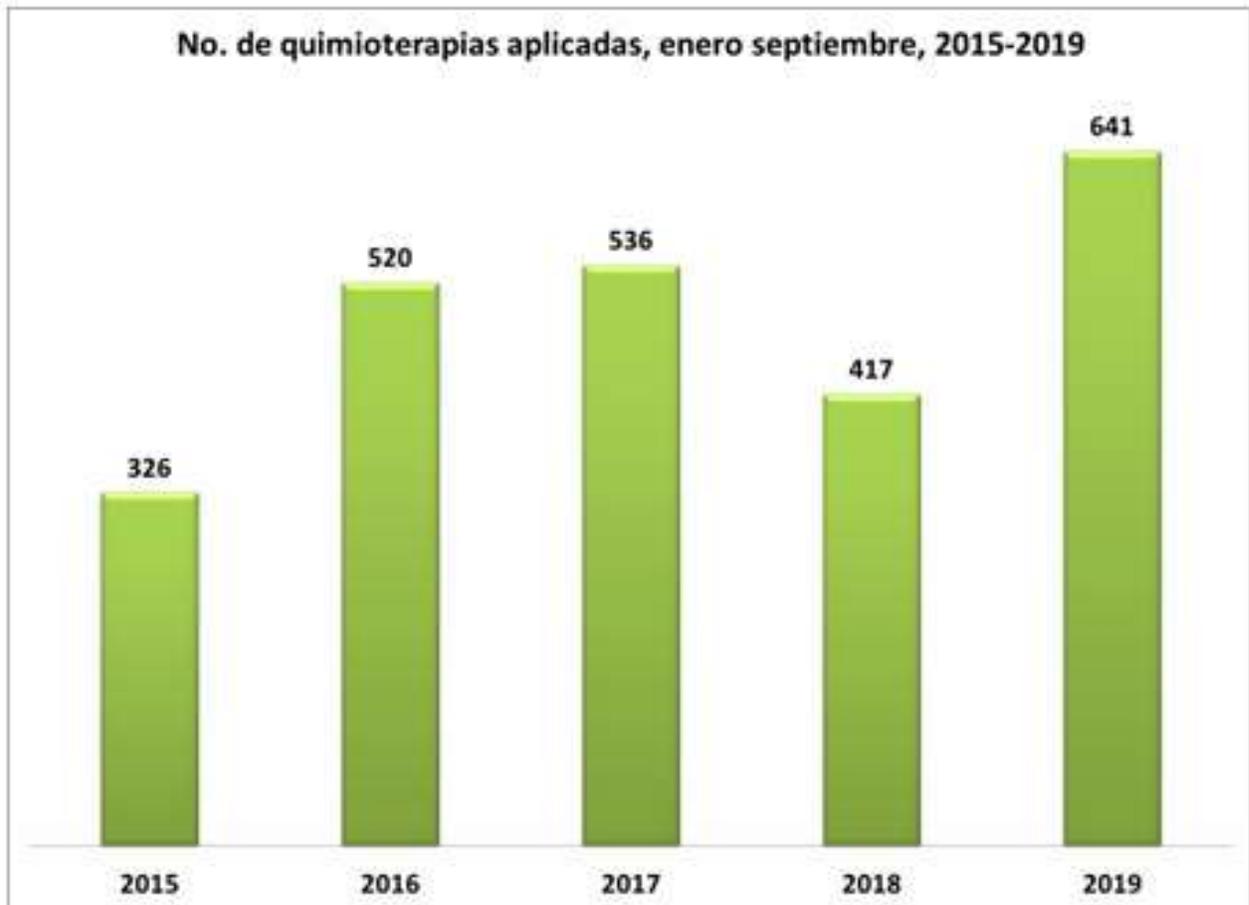


Fuente: SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad, Oncología, enero-septiembre HNM, 2015-2019

Durante 2019 se ha mejorado la oferta de servicios con servicios alternativos de radioterapia y la gestión de donaciones de medicamentos oncológicos, observándose un incremento en relación a 2018, que de 1,147 egresos se incrementó a 1,493

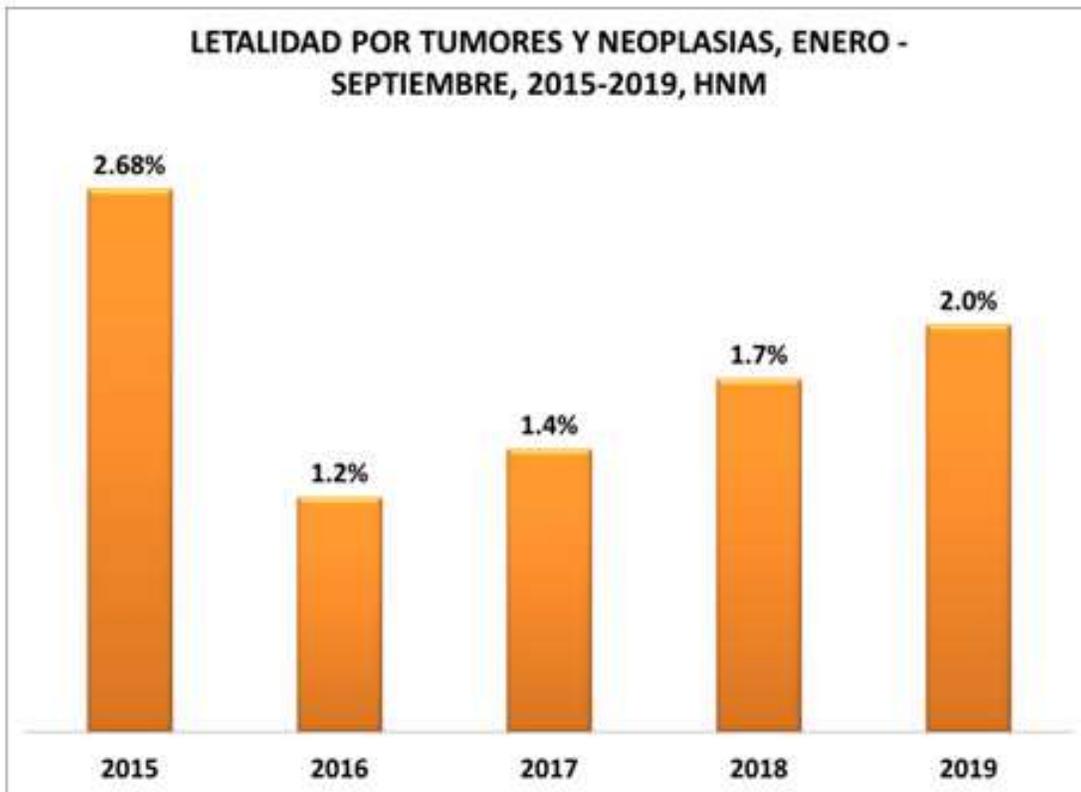
(GRAFICO 14). Los egresos por cáncer de mama se incrementaron de 415 a 269, los egresos por cáncer de cuello uterino, de 202 a 394, en cáncer de ovario se tuvo una pequeña reducción, de 274 a 260. (GRAFICO 15). Las aplicaciones de quimioterapia se incrementaron de 417 a 641 (GRAFICO 12). La letalidad por cáncer se mantuvo en 2 % (GRAFICO 13). Una situación crucial en la evolución de los casos de cáncer es la disponibilidad oportuna de las tecnologías (medicamentos, radiación y cirugía especializada) ya que esto determina el impacto en la progresión de la enfermedad.

GRAFICO 12



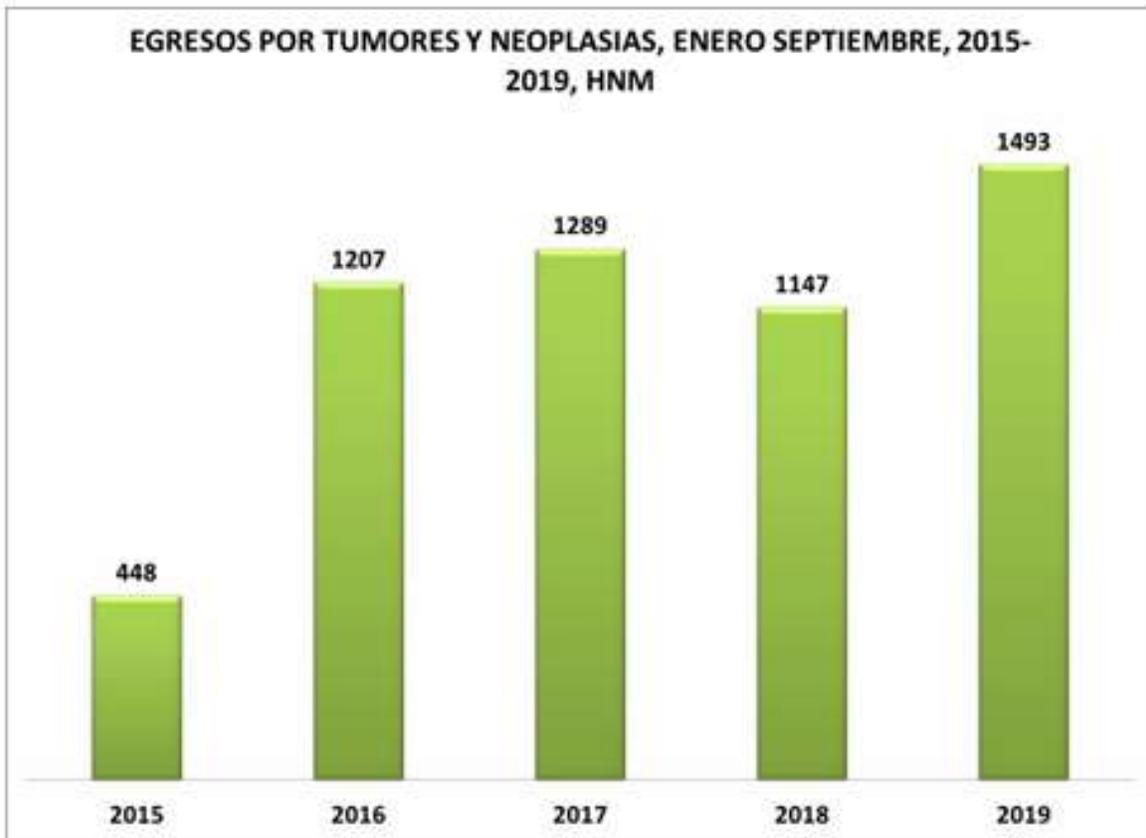
Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, procedimientos médicos, Oncología, enero-septiembre HNM, 2015-2019

GRAFICO 13



Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, Oncología, enero-septiembre HNM, 2015-2019

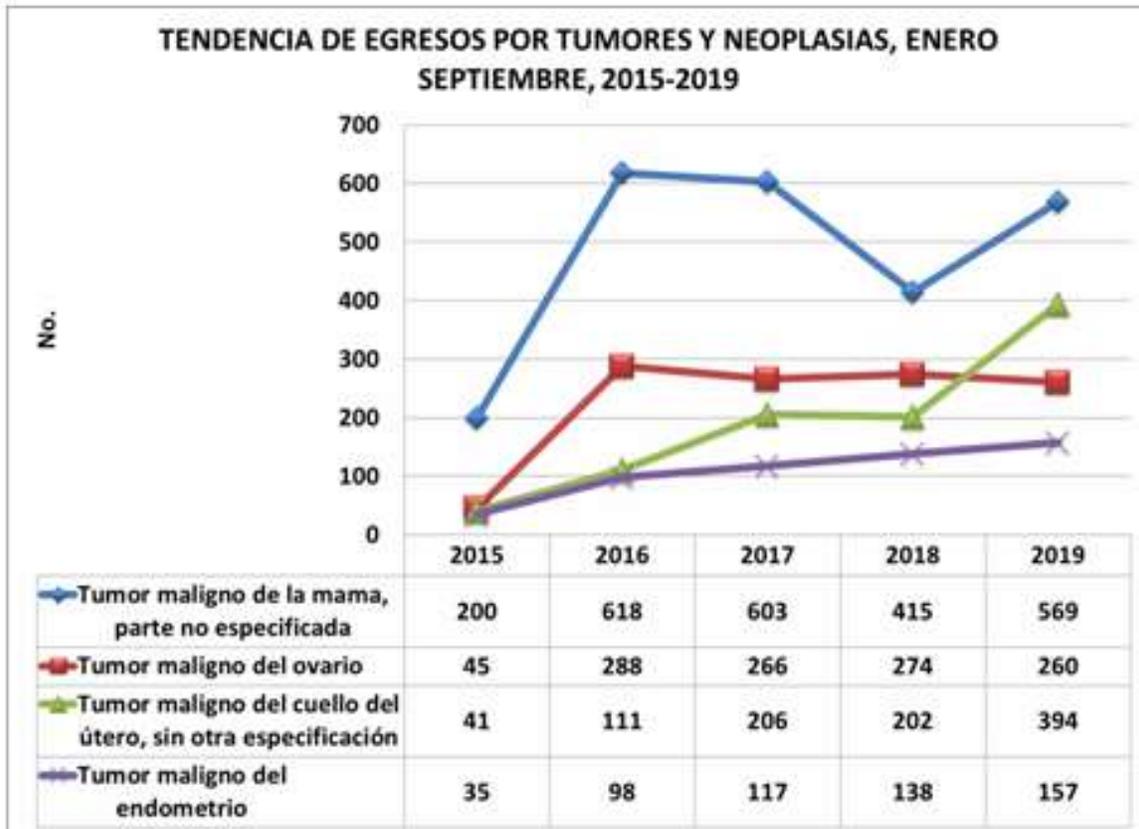
GRAFICO 14



Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, Oncología, enero-septiembre HNM, 2015-2019

La neoplasias malignas, muestran tendencias ascendentes desde 2015, principalmente en el desagregación por los tipos de tumor de mama y de cuello uterino, seguidos por el cáncer de endometrio no así en el cáncer de ovario. (GRAFICO 15)

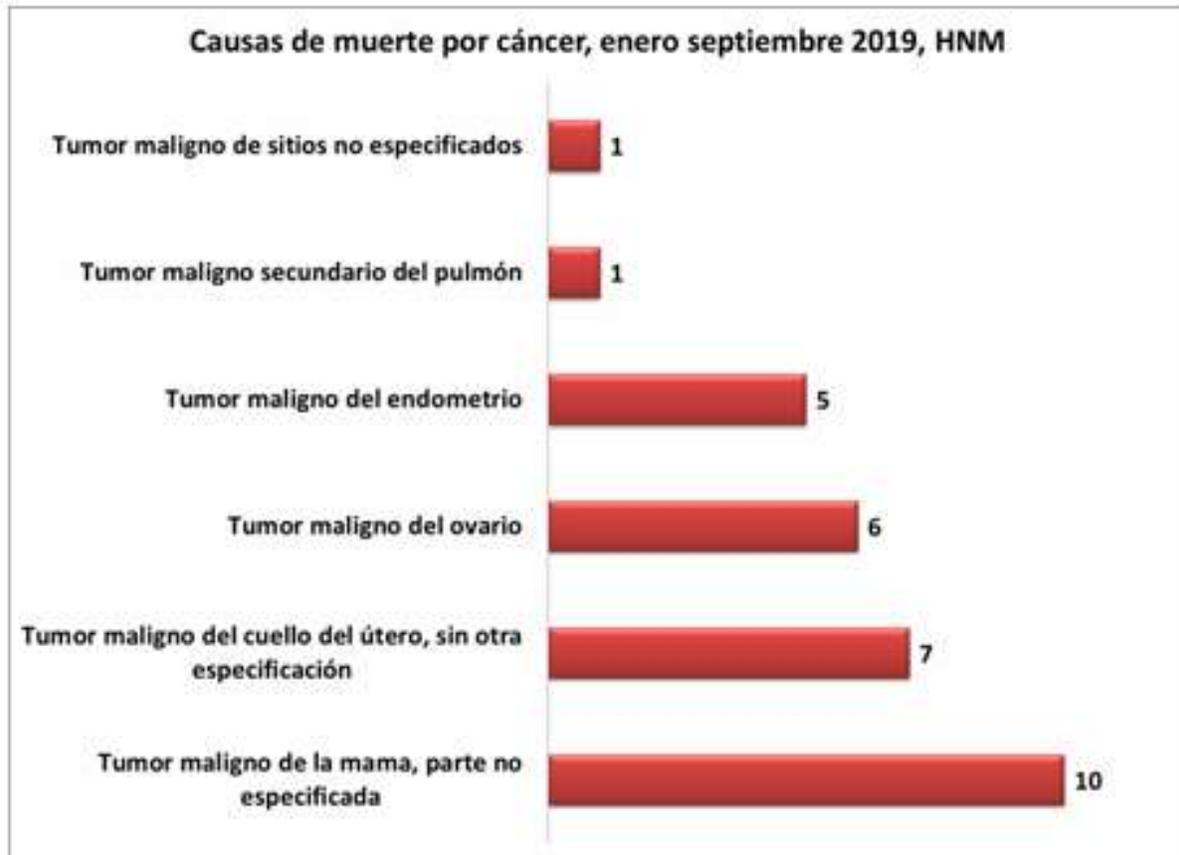
GRAFICO 15



Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, Oncología, enero-septiembre HNM, 2015-2019

GRAFICO 16

De enero a junio de 2019 ocurrieron 30 muertes por cancer, siendo el tumor maligno de la mama y el del cuello uterino las principales causas.



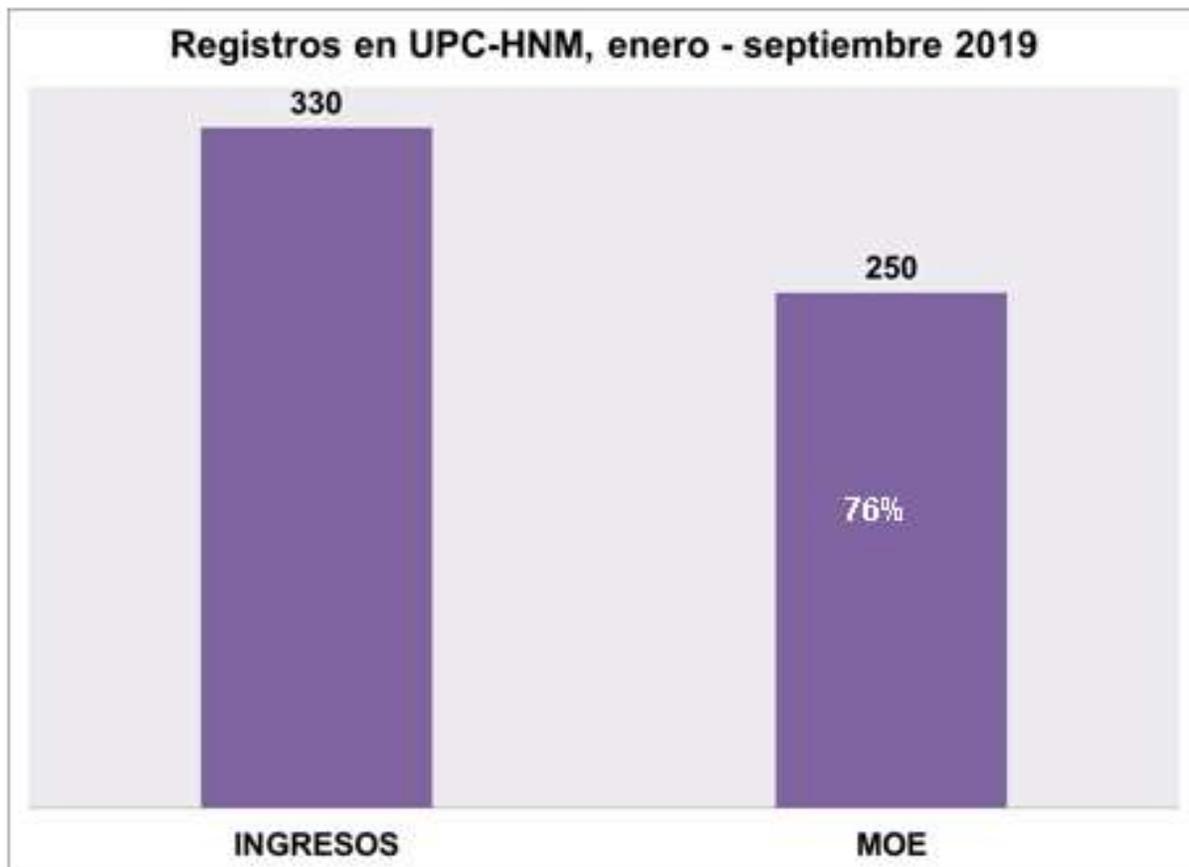
Fuente: SIMMOW, atención hospitalaria, Lista internacional de mortalidad, Oncología, enero-septiembre HNM, 2019

9. UNIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO

Esta unidad es la encargada de brindar atención especializada a pacientes obstétricas y ginecológicas críticamente enfermas, en condiciones inestables con necesidad de observación y monitoreo continuo, que sin la intervención inmediata no sobrevivirían.

A septiembre 2019 se ingresaron 330 mujeres, de las cuales el 76% (250) presentaron una morbilidad obstétrica severa como una complicación que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

GRAFICO 17

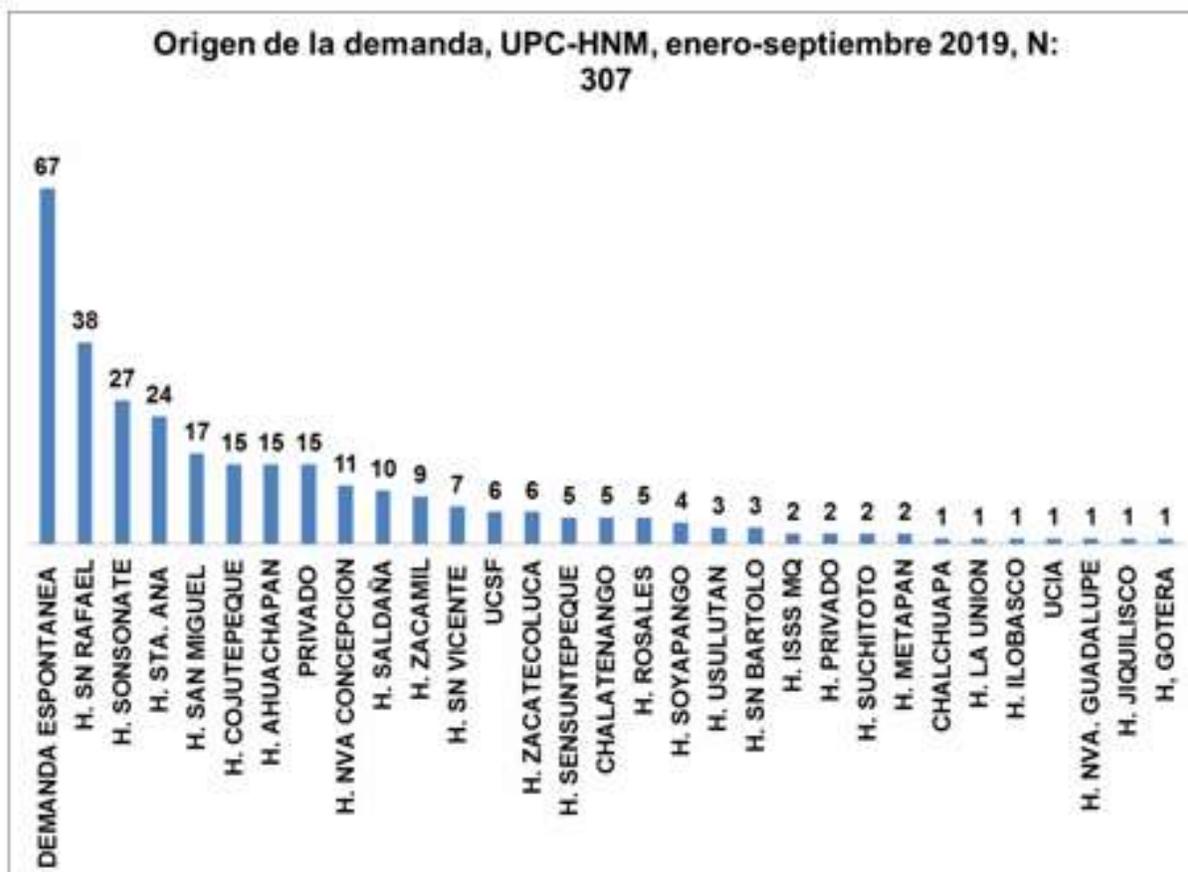


Fuente: Base de datos, Unidad de Paciente Crítico, enero-septiembre HNM, 2019

El origen de la demanda es principalmente de manera espontánea en el 21%, lo cual sugiere limitaciones en el control preventivo a nivel territorial por parte del primer nivel de atención en casos de alto riesgo reproductivo, el 79% de los casos provinieron de

toda la red hospitalaria a nivel nacional, principalmente del Hospital San Rafael (38, 12%), Hospital de Sonsonate (27, 9%), Hospital de Santa Ana (24, 8%), Hospital de San Miguel (17, 6%), Hospital de Cojutepeque (15,), Hospital de Ahuachapán (15, 5%), sector privado (15, 5%), Hospital de Nueva Concepción (11, 4%) y Hospital Saldaña (10, 3%). (GRAFICO 18)

GRAFICO 18



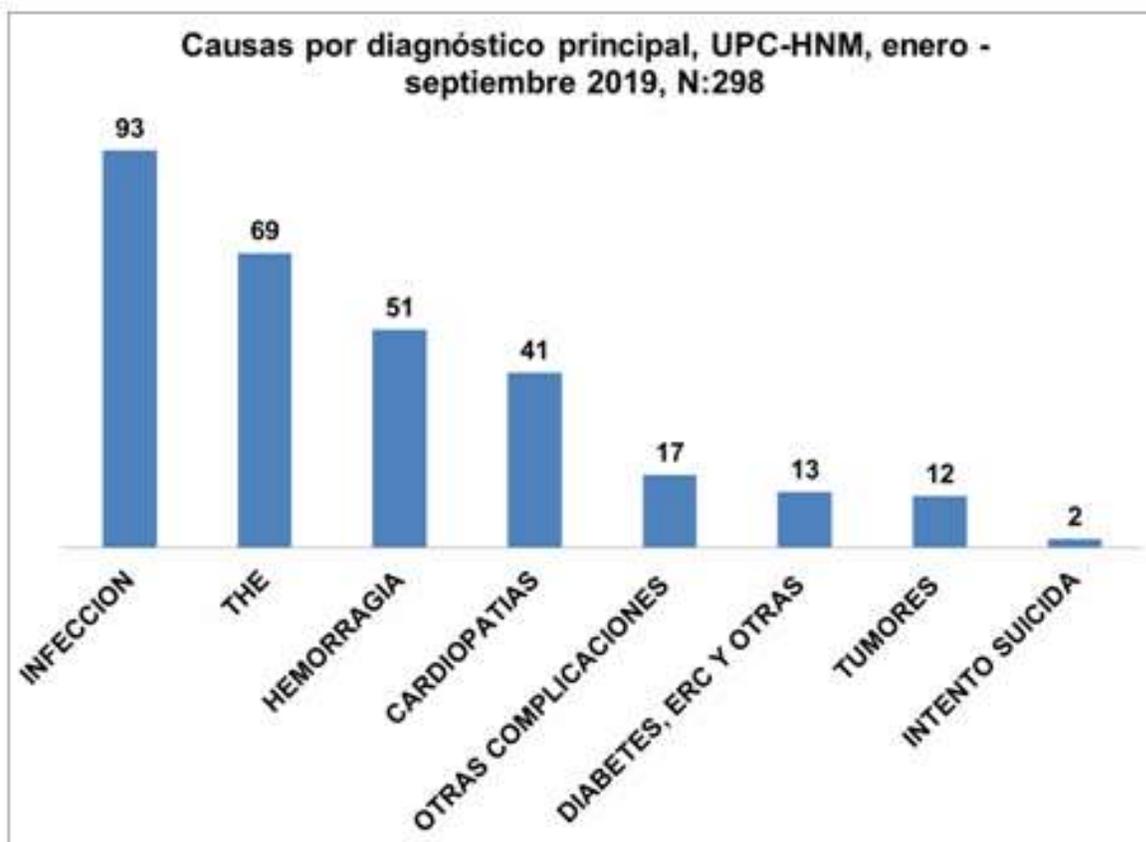
Fuente: Base de datos, Unidad de Paciente Crítico, enero-septiembre HNM, 2019

Dentro del hospital, más del 60% de los casos proceden de la sala de partos y máxima urgencia, seguido del 15% que procede de sala de operaciones.

Las causas mas frecuentes durante el período de enero a septiembre 2019 fueron las Infecciones complicadas con shock séptico (31%), los trastornos hipertensivos del embarazo (23%), hemorragia (17%) y cardiopatías (14%), las menos frecuentes fueron

otras complicaciones, diabetes, ERC y tumores, se reportaron dos casos de intento suicida. (GRAFICO 19)

GRAFICO 19



Fuente: Base de datos, Unidad de Paciente Crítico, enero-septiembre HNM, 2019

El 95% de las mujeres ingresadas a la unidad, fueron trasladadas a otros servicios en condición estable para su recuperación y alta hospitalaria. La proporción de pacientes que fallecieron fue 3% (GRAFICO 20) y los factores asociados con la mortalidad fueron la gravedad, el nivel de intervención terapéutica y la necesidad de ventilación mecánica.

De las 11 pacientes fallecidas 4 llegaron por demanda espontánea, 5 ocurrieron en las primeras 24 horas en condiciones muy graves con shock hipovolémico por hemorragia severa y shock séptico. Otras presentaron complicaciones sistémicas como la coagulación intravascular diseminada. La paciente con 20 días de estancia presentó un cuadro séptico por salmonelosis complicado con Linfohistiofagocitosis y falla

multiorgánica con óbito fetal. Una señora de 62 años con cuadro crónico terminal presentó muerte súbita.

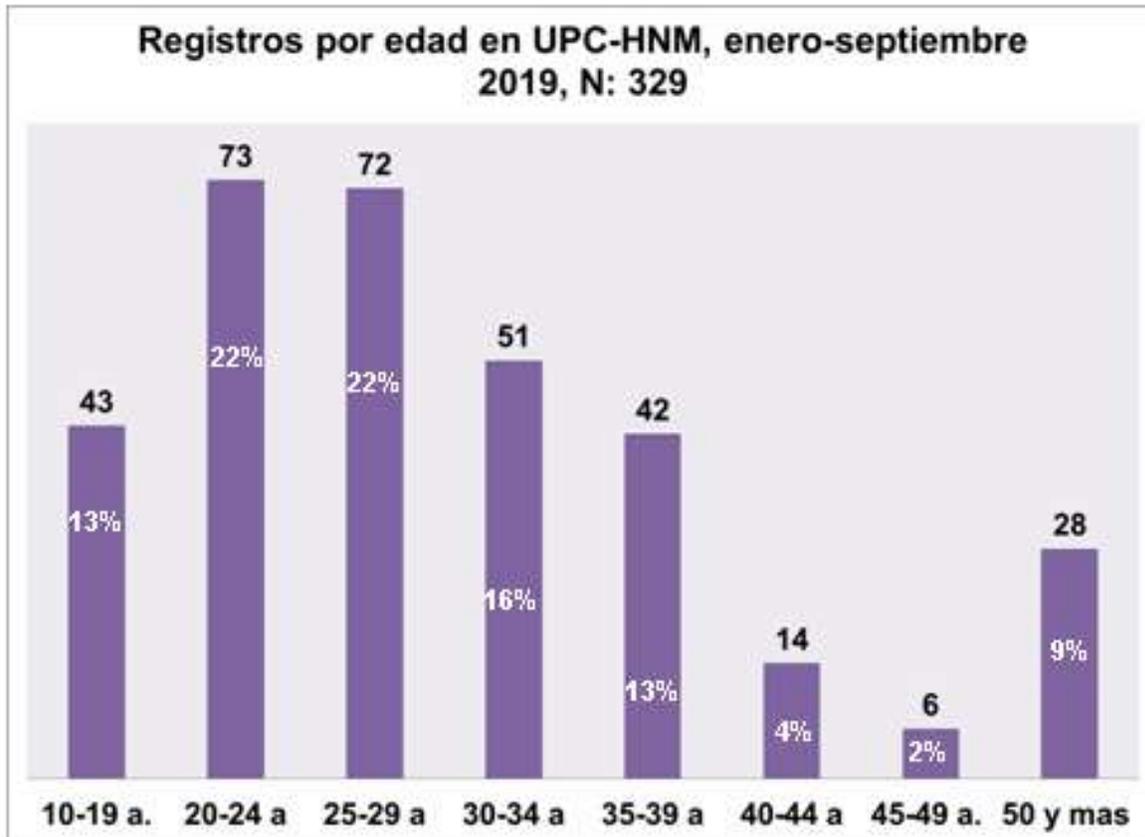
GRAFICO 20



Fuente: Base de datos, Unidad de Paciente Crítico, enero-septiembre HNM, 2019

Por edad, las mujeres de 20 a 29 años constituyeron el 44% de los ingresos, seguidamente las de 30 a 34 con 16%, no obstante el 13% de las ingresadas fueron adolescentes quienes salieron estables para recuperación en el 100%, lográndose la mejor proporción de años potenciales de vida salvados.

GRAFICO 21



Fuente: Base de datos, Unidad de Paciente Crítico, enero-septiembre HNM, 2019

En cuanto a los días de estancia, el 61 % estuvo de 1 a 3 días (198), el 33% de 4 a 10 días, el 5% de 11 a 19 días y el 2% estuvo más de 20 días con un valor máximo de 38 días. Esto ha significado una mejora en la eficacia de la recuperación de las pacientes y en la eficiencia del servicio con la reducción de los costos en los últimos 4 años desde que se mejoró la contratación de uciólogos 24/7 durante el año.

GRAFICO 22



10. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS

GRAFICO 23

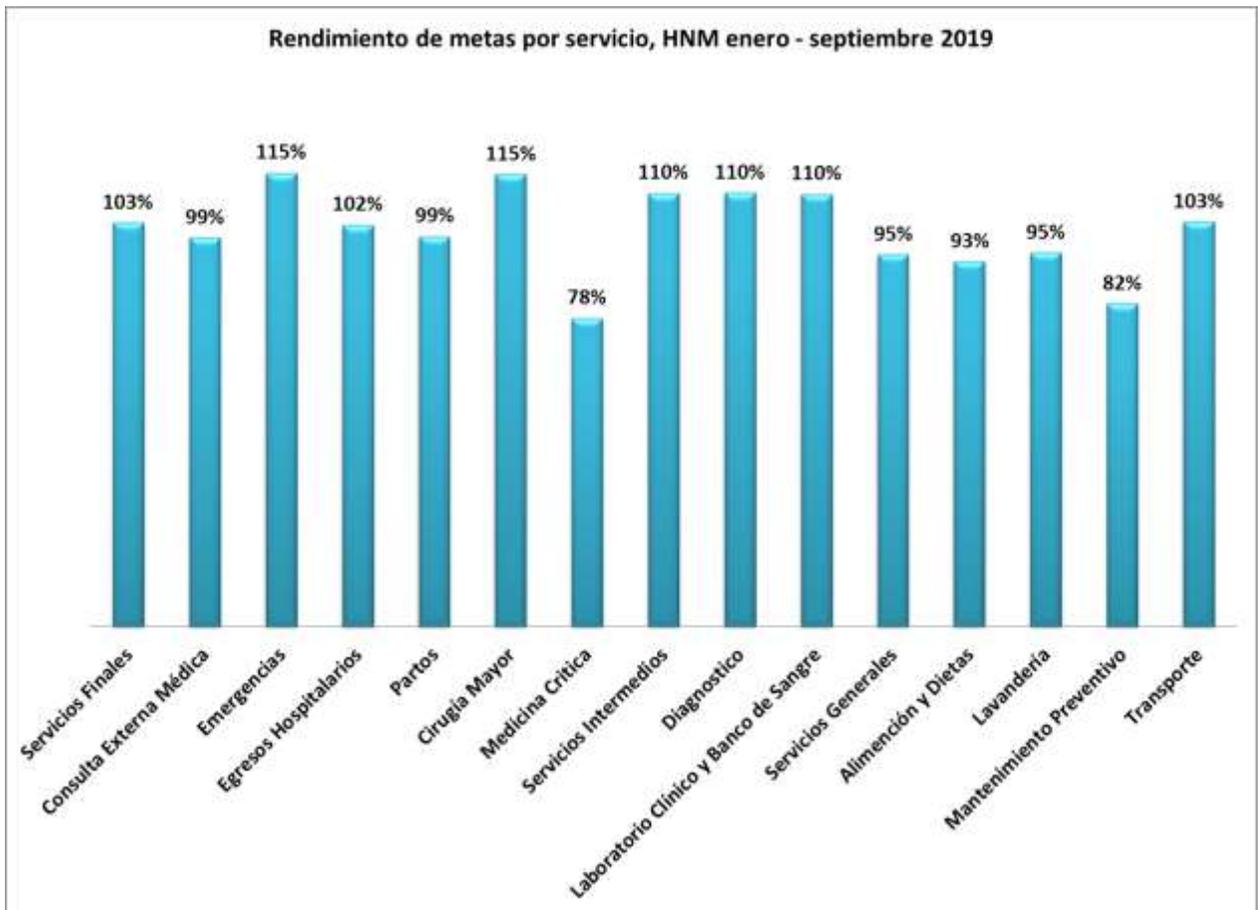


TABLA V

DESEMPEÑO EN CUMPLIMIENTO DE METAS			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2019		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	100,395	103,213	103%
Consulta Externa Médica	63,081	62,439	99%
Emergencias	22,095	25,499	115%
Hospitalización	28,332	28,670	101%
Egresos Hospitalarios	13,113	13,395	102%
Partos	5,490	5,450	99%
Cirugía Mayor	5,994	6,896	115%
Medicina Crítica	3,735	2,929	78%
Servicios Intermedios	602,163	663,669	110%
Diagnostico	300,690	332,005	110%
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	301,473	331,664	110%
Servicios Generales	1,597,815	1,513,390	95%
Alimentación y Dietas	377,091	350,322	93%
Lavandería	1,190,295	1,131,827	95%
Mantenimiento Preventivo	369	303	82%
Transporte	30,060	30,938	103%

DESEMPEÑO EN CUMPLIMIENTO DE METAS			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2019		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	100,395	103,213	103%
Consulta Externa Médica	63,081	62,439	99%
Especialidades	41,607	42,682	103%
Especialidades Básicas	12015	10402	87%
Medicina Interna	711	841	118%
Cirugía General	405	367	91%
Ginecología	10,494	9,040	86%
Psiquiatría	405	154	38%
Sub especialidades	29,592	32,280	109%
Sub Especialidades de Medicina Interna	4,392	3,763	86%
Endocrinología	2,970	2,589	87%
Infectología	405	249	61%
Nefrología	405	275	68%
Neumología	612	650	106%
Sub Especialidades de Cirugía	2664	2382	89%
Anestesiología / Algología	2,052	1,849	90%
Urología	612	533	87%
Sub Especialidades de Pediatría	603	565	94%
Infectología	405	168	41%
Neonatología	198	397	201%
Sub Especialidades de Ginecología	15,696	16,257	104%
Clínica de Mamas	5,472	6,006	110%
Infertilidad	3,177	3,108	98%
Oncología	7,047	7,143	101%
Sub Especialidades de Obstetricia	6,237	9,313	149%
Embarazo de Alto Riesgo	5,211	8,865	170%
Genética Perinatal	1,026	448	44%

DESEMPEÑO EN CUMPLIMIENTO DE METAS			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2019		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Emergencias	22,095	25,499	115%
De Medicina Interna			
Oncología	261	359	138%
De Gineco-Obstetricia	12,888	14,154	110%
Ginecología	1,953	2,873	147%
Obstetricia	10,935	11,281	103%
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Selección	8,946	10,986	123%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Colposcopia	9,639	8,787	91%
Nutrición	873	624	71%
Planificación Familiar	1,368	960	70%
Psicología	513	574	112%
Selección	7,380	7,653	104%
Consulta Externa Odontológica			
Odontológica de primera vez	567	372	66%
Odontológica subsecuente	1,134	787	69%

DESEMPEÑO EN CUMPLIMIENTO DE METAS			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2019		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Egresos Hospitalarios	13,113	13,395	102%
Especialidades Básicas	1116	1127	101%
Ginecología	999	940	94%
Obstetricia	117	187	160%
Sub Especialidades	11,997	12,268	102%
Sub Especialidad de Medicina Interna			
Infectología / Aislamiento	648	713	110%
Sub Especialidades de Pediatría			
Neonatología	3,366	3,285	98%
Sub Especialidades de Ginecología			
Oncología	1,161	1,521	131%
Sub Especialidades de Obstetricia			
	6,822	6,749	99%
Cirugía Obstétrica	1,971	2,360	120%
Patología del Embarazo	1,440	1,452	101%
Puerperio	3,411	2,937	86%

DESEMPEÑO EN CUMPLIMIENTO DE METAS			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2019		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Partos	5,490	5,450	99%
Partos vaginales	3,510	2,915	83%
Partos por Cesáreas	1,980	2,535	128%
Cirugía Mayor	5,994	6,896	115%
Electivas para Hospitalización	2,664	3,661	137%
Electivas Ambulatorias	486	540	111%
De Emergencia para Hospitalización	2,817	2,679	95%
De Emergencia Ambulatoria	27	16	59%
Medicina Critica	3735	2929	78%
Unidad de Emergencia	2340	2189	94%
Admisiones	1,386	1,342	97%
Transferencias	954	847	89%
Unidad de Máxima Urgencia	1395	740	53%
Admisiones	702	368	52%
Transferencias	693	372	54%

DESEMPEÑO EN CUMPLIMIENTO DE METAS			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2019		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios	602,163	663,669	110%
Diagnostico	300,690	332,005	110%
Imagenología	68373	64278	94%
Fluoroscopias	135	59	44%
Radiografías	32,994	33,301	101%
Ultrasonografías	30,744	26,136	85%
Mamografías Diagnósticas	1,800	2,585	144%
Mamografías de Tamisaje	2,700	2,197	81%
Anatomía Patológica	14,760	9,529	65%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	5,400	0	0%
Biopsias Cuello Uterino	1,872	1,303	70%
Biopsias Mama	1,494	1,867	125%
Biopsias Otras partes del cuerpo	5,994	6,359	106%
Otros Procedimientos Diagnósticos	3,798	4,538	119%
Colposcopias	3,600	2,552	71%
Ecocardiogramas	153	461	301%
Electrocardiogramas	45	1,525	3389%
Tratamiento y Rehabilitación	187,794	232,477	124%
Cirugía Menor	3,303	2,949	89%
Conos Loop	324	270	83%
Crioterapias	531	250	47%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	8,811	10,614	120%
Hemodiálisis	108	0	0%
Inhaloterapias	243	1,266	521%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	37,998	43,222	114%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	136,305	172,947	127%
Terapias Respiratorias	171	959	561%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	25,965	21,183	82%

DESEMPEÑO EN CUMPLIMIENTO DE METAS			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2019		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	301,473	331,664	110%
Hematología	88,425	97,439	110%
Consulta Externa	8,622	16,585	192%
Hospitalización	59,895	59,884	100%
Emergencia	16,632	16,769	101%
Referido / Otros	3,276	4,201	128%
Inmunología	24,444	28,538	117%
Consulta Externa	3,807	4,484	118%
Hospitalización	14,922	17,066	114%
Emergencia	3,447	4,016	117%
Referido / Otros	2,268	2,972	131%
Bacteriología	21,798	22,192	102%
Consulta Externa	1,260	1,477	117%
Hospitalización	16,821	16,805	100%
Emergencia	2,772	2,807	101%
Referido / Otros	945	1,103	117%
Parasitología	801	708	88%
Consulta Externa	423	327	77%
Hospitalización	252	222	88%
Emergencia	99	114	115%
Referido / Otros	27	45	167%
Bioquímica	105,444	107,934	102%
Consulta Externa	14,481	15,646	108%
Hospitalización	62,514	63,001	101%
Emergencia	19,125	19,536	102%
Referido / Otros	9,324	9,751	105%
Banco de Sangre	47,088	62,247	132%
Consulta Externa	14,994	16,607	111%
Hospitalización	25,497	36,319	142%
Emergencia	4,050	6,671	165%
Referido / Otros	2,547	2,650	104%
Urianálisis	13,473	12,606	94%
Consulta Externa	3,933	3,697	94%
Hospitalización	4,572	3,982	87%
Emergencia	4,896	4,831	99%
Referido / Otros	72	96	133%

DESEMPEÑO EN CUMPLIMIENTO DE METAS			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2019		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	1,597,815	1,513,390	95%
Alimentación y Dietas	377,091	350,322	93%
Hospitalización	377,091	350,322	93%
Medicina	4,482	5,064	113%
Ginecología	5,625	6,132	109%
Obstetricia	21,267	21,436	101%
Neonatología	345,717	317,690	92%
Lavandería	1,190,295	1,131,827	95%
Hospitalización	1,118,385	1,052,939	94%
Medicina	57,789	58,515	101%
Ginecología	286,758	185,281	65%
Obstetricia	535,428	559,689	105%
Pediatría	0	0	ND
Neonatología	238,410	249,454	105%
Psiquiatría	0	0	ND
Consulta			
Consulta Médica Especializada	17,505	20,486	117%
Emergencias			
Emergencias	54,405	58,402	107%
Mantenimiento Preventivo	369	303	82%
Números de Orden	369	303	82%
Transporte	30,060	30,938	103%
Kilómetros Recorridos	30,060	30,938	103%

11. ACTIVIDADES DE GESTION

TABLA VI.									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Programado	Realizado	%	Interpretación y análisis complementario
1	Objetivo : Fundamentar las bases para un hospital propio de tercer nivel en la atención especializada a la mujer y al recién nacido .								
1.1	RESULTADO: Evaluación concurrente de la atención especializada a la mujer y al recién nacido								
1.1.1	Análisis de situación de la demanda hospitalaria de tercer nivel	1	No.	POA 2019	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	Se realizó en el último trimestre de 2018
1.1.2	Análisis de la oferta y capacidad instalada de tercer nivel en el hospital.	1	No.	POA 2019	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	
1.1.3	Implementar Sala Situacional de Salud	12	No.	Informes	U. Epidemiología	9	9	100%	
1.1.4	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas durante 2019.	4	No.	Informe trimestral	Dirección / Comité Médico Asesor	3	3	100%	El incremento de la demanda genera sobre producción en la consulta de emergencia. Los servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio son priorizados para
1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	89,127	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	63,081	62,439	99%	
1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	29,492	%	SPME	Jefe de Emergencia	22,095	25,499	115%	
1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	39,033	%	SPME	Jefe de la División Médica	28,332	28,670	101%	

1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	401,022	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	300,690	332,005	110%	los servicios de hospitalización, por la insuficiencias de insumos y reactivos.
1.1.4.5	Brindar servicios de laboratorio y banco de sangre	411,452	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	301,473	331,664	110%	
1.1.5	Apertura Programática de tercer nivel de atención y programación de metas para 2020.	1	No.	SPME	U. Planificación				Programado para el tercer trimestre 2019
2	Objetivo : Brindar un manejo integral a la mujer y al recién nacido para contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal.								
2.1	RESULTADO: Maternidad segura con atención especializada a la mujer embarazada								
2.1.1	Brindar atenciones especializadas en salud reproductiva (infertilidad + PF)	7,478	%	SPME	U. de Planificación	4,545	4,068	90%	
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	6,840	%	SPME	U. de Planificación	5,211	8,865	170%	El incremento de las ECNT en mujeres en edad fértil ha incrementado los embarazos de alto riesgo y la ocupación en el servicio de
2.1.3	Atención especializada de perinatología	1,924	%	SPME	U. de Planificación	1,440	1,452	101%	

									perinatología
2.1.4	Atención especializada del parto	7,322	%	SPME	U. de Planificación	5,490	5,450	99%	Durante el semestre se mejoró la prevención de la hemorragia en embarazadas de algo riesgo con el uso de Carbetocina.
2.1.5	Atención especializada de puerperio	4,548	%	SPME	U. de Planificación	3,411	2,937	86%	
2.1.6	Monitoreo de la morbilidad obstétrica extrema	100%	%	Registro de MOE	Unidad de Epidemiología/ U. De Planificación	9	9	100%	Al correlacionar las causas de MOE con las causas de mortalidad materna, se puede observar que no obstante los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia constituyen la mayor proporción en la estructura de

									demanda de servicios críticos no ocurrieron muertes después de 48 horas por estas causas.
2.1.7	Monitoreo mensual de la muerte materna	12	No.	SIMMOW	Unidad de Epidemiología/ U. De Planificación	9	9	100%	Durante enero y febrero no ocurrieron muertes maternas, en marzo hubo 3 muertes maternas, una en junio y julio y 2 en agosto
2.2	RESULTADO: Supervivencia neonatal con atención especializada a los recién nacidos								
2.2.1	Atención especializada a recién nacidos	4,488	%	SPME	U. Planificación	3,366	3,285	98%	Hay insuficiencia de neonatologos con faltas de enfermería por diversas causas y una alta ocupación de cunas que se mantiene sobre
2.2.2	Monitoreo de la prematurez y sus complicaciones	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	9	9	100 %	

2.2.3	Monitoreo de las muertes perinatales y neonatales	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	9	9	100 %	el 90%.
2.2.4	Implementar Cunero de Transición en servicio de Puerperio	20%	% de variación egresos de neonatología	Informes	Depto. Neonatología	15	0	0%	Insuficiente recursos de enfermería y medico para su implementación.
2.2.5	Referir recién nacidos para programa madre canguro a nivel nacional	100%	%	Informes	Depto. Neonatología	100	100	100 %	Se están refiriendo recién nacidos a hospitales de segundo nivel para seguimiento de crecimiento y desarrollo y al Hospital Bloom para tratamiento especializado.

2.2.6	Implementar programa de humanización de la atención al prematuro basado en el Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién nacido	12	% de variación estancia hospitalaria por Unidad de Servicio de Neonatología	Informes	Depto. Neonatología	9	9	100 %	En el contexto de las nuevas pautas internacionales y la situación de salud y desarrollo en nuestro país, es pertinente introducir como gestores "clínicos" de la salud materno infantil, la importancia de los Primeros Mil Días de Vida ya que este periodo es crítico para la conformación de la arquitectura cerebral, el crecimiento y la maduración corporal, que por sus repercusiones para toda la
-------	---	----	---	----------	---------------------	---	---	-------	--

									vida, exigen atención en salud de óptima calidad
2.2.7	Atención especializada en Cuidados Intensivos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100 %	La ocupación promedio de las 150 cunas del servicio de Neonatología sobre pasa del 90% y no se cuenta con recurso humano especializado suficiente para mejorar la calidad de la cobertura de cunas hospitalarias en el servicio de Neonatología.
2.2.8	Atención especializada en Cuidados Intermedios del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100 %	
2.2.9	Atención especializada en Cuidados Mínimos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100 %	

									Se procura mejorar la calidad de la atención de salud reproductiva y perinatal de acuerdo a lo establecido en las políticas y lineamientos pertinentes para el bienestar fetal y materno.
2.2.10	Implementar programa de cirugía neonatal	100%	% de casos detectados Programa Patología Fetal	Informes	Depto. Neonatología	100	100	100 %	Se han realizado cirugías cardiovasculares para reparar comunicaciones interventriculares y ligaduras de ductus arterioso persistente, cierre de onfalocele y colostomía por malformación ano rectal alta.
3	Objetivo: Disminuir la letalidad por tumores y neoplasias en las mujeres								

3.1	Resultado: Mujeres con mayor expectativa y calidad de vida ante padecimiento de tumores y neoplasias								
3.1.1	Brindar atenciones para la búsqueda activa de casos con tumores y neoplasias en consulta externa	10,214	%	SPME	Médico encargado del programa	7,047	7,143	101%	Se ha mejorado la oferta de servicios con servicios alternativos de radioterapia y la gestión de donaciones de medicamentos oncológicos, observándose un incremento en relación a primer semestre de 2018, que de 1,083 egresos se incrementó a 1,333.. La letalidad por cáncer se mantuvo en 1.7 %.
3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cáncer	1,629	%	SPME	Médico encargado del programa	1,161	1,521	131%	
3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	2,736	%	Registros	Médico encargado del programa	2,052	1,849	90%	
4	OBJETIVO: Entregar a la sociedad médicos especialistas en Ginecología/ obstetricia y en Neonatología con alta calidad técnico científica y con un perfil firme en principios ético y morales								

4.1	Resultado: Médicos especialistas en Ginecología/ obstetricia, Neonatología y Oncología con alta calidad técnico científica y con un perfil firme en principios ético y morales								
4.1.1	Revisar y actualizar el plan académico	1	plan académico o actualizado	Documento escrito	Coordinador académico	1	1	100%	Se han enriquecido los temas asistenciales según pertinencia en la demanda.
4.1.2	Elaborar programación mensual de temas a discutir con médicos residentes de subespecialidad para ejecutar el programa	10	programaciones realizadas	programación escrita	Coordinador académico	9	9	100%	Se han realizado 60 eventos (cursos, jornadas, talleres y actividades de desarrollo de formación) con 1,098 participaciones, con una inversión de \$ 9,171.94. Se Retroalimentaron 15 casos de mala praxis por parte de residentes en formación.
4.1.3	Ejecutar el Plan de enseñanza del Departamento	10	Resultados enviados	documento escrito	Coordinador académico	9	9	100%	
4.1.4	Supervisión capacitante facilitadora a personal en proceso de aprendizaje y monitoreo de la eficacia de las actividades de especialización	100%	%	Informes de supervisión, Registros clínicos	Coordinador académico/ Jefe de Residentes	75	75	100%	

4.1.6	Coordinar con la unidad de investigación la elaboración de los trabajos de investigación de los médicos residentes de tercer año en las diferentes especializaciones.	12	%	Protocolos de investigación	Medicos encargado de investigación y la unidad de investigación	12	12	100%	En total se han realizado 31 revisiones de los protocolos .
5	Objetivo: Respeto irrestricto a los derechos humanos de los trabajadores del Hospital Nacional de la Mujer								
5.1	Resultado: Personal del hospital satisfecho con el clima laboral	No.	1	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	1	1	100%	
5.1.2	Implementar estrategias para la dotación, administración, desarrollo y bienestar laboral efectivo del personal del hospital	No.	1	Informes	Dirección /Consejo Estratégico de Gestión	1	1	100%	Se realizan ajustes de programación por faltas, principalmente del personal de enfermería, tratando de compensar la sobrecarga laboral y la cobertura asistencial de la población.

5.1.2	Velar por el mantenimiento de un ambiente laboral satisfactorio que motive e induzca al personal a desarrollar sus funciones con eficiencia	No.	4	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	3	3	100%	Se promueve la cooperación multidisciplinaria en todos los niveles jerárquicos para distribuir la carga laboral.
5.1.3	Realizar un diagnóstico de las necesidades de capacitación institucional	No.	1	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	1	1	100%	En proceso de actualización considerando las necesidades asistenciales y desarrollo de competencias.
5.1.4	Evaluación del desempeño de personal del hospital	No.	2	Informes	Unidad de Recursos Humanos	2	2	100%	
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Programado	Realizado	%	Interpretación y análisis complementario
6	Objetivo: Incrementar la pertinencia de las Referencias de 1ero y 2do nivel hacia el HNM								
6.1	Resultado: Sistema de referencia y retorno mejorado	1	No.	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	1	1	100%	Se recibieron 2,833 referencias de todo el país y se hicieron 29

									referencias de recién nacidos a Hospital Bloom, 9 para tratamiento quirúrgico, 1 caso de Linfoma no Hodkin a Hospital Rosales y 6 recién nacidos prematuros para programa canguro en niveles locales. Se realizaron 8,333 retornos a nivel nacional.
6.1.1	Capacitación de Pregrado y Post grado sobre el Sistema de Referencia y Retorno	12	No.	Informes	Coordinador académico/U DP	6	0	0%	Reprogramación coordinada entre Consulta Externa y la UDP
6.1.2	Capacitación de Pregrado y Post grado sobre Guías Clínicas según niveles de complejidad de la RISS	12	No.	Informes	Coordinador académico/U DP	6	0	0%	Reprogramación coordinada entre Consulta Externa y la UDP
6.1.3	Supervisión de los criterios de pertinencia diagnóstica en	12	No.	Informes	Coordinador académico/U	6	6	100%	Se cuenta con software SIRC

	Consulta Externa				DP				para monitoreo y supervisión.
6.1.5	Mejorar los Lineamientos y la supervisión de la Referencia y Retorno	1	No.	Informes	Comité del PRRI	1	0	0%	Pendiente para segundo semestre 2019
6.1.6	IEC sobre el uso adecuado de los servicios a usuarios y personal de salud	12	No.	Informes	Comité del PRRI	12	12	100%	Ejecutado por Educadora de Unidad de Epidemiología.
6.1.7	Incrementar el Retorno según condición de salud al nivel adecuado	%	100	Informes	Comité del PRRI	8333	8,333	100%	
6.1.8	Contratar personal especializado las 24 horas en la RISS	%	100	Informes	DDRH MINSAL	100	0	0%	Pendiente refuerzo presupuestario

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Programado	Realizado	%	Interpretación y análisis complementario
7	Objetivo: Controlar los factores de riesgo que impactan la salud de la mujer y el recién nacido desde la gestión de la salud ambiental dentro del hospital y el medio ambiente como parte de la Promoción de la Salud hospitalaria.								
7.1	Resultado: Riesgos ambientales disminuidos en el hospital.	1	No.	Informes	Saneamiento Ambiental				
7.1.1	Inspección al sistema de abastecimiento de agua intrahospitalario	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 24 de agua.	Saneamiento Ambiental	9	9	100%	
7.1.2	Supervisiones de áreas generadoras de Desechos Bioinfecciones en el hospital.	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 23 de Desechos Bioinfecciosos.	Saneamiento Ambiental	9	11	122%	Se han realizado supervisiones junto con UCSF-Monserrat
7.1.3	Chequeo entomológico y	12	Numero de chequeos	Instrumento de	Saneamiento	9	11	122%	Se realizaron

	abatización.		entomológicos programados	inspección	Ambiental				campañas nacionales de abatización
7.1.4	Toma y envío de muestras microbiológicas	12	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental	9	14	155%	Se realizaron re muestreos por muestras fuera de norma
7.1.5	Lecturas de cloro residual	720	Numero de lecturas de cloro diaria	Bitácoras de lecturas de cloro diario.	Saneamiento Ambiental	540	516	96%	Actividades fuera del hospital.
7.1.6	Envío de muestras microbiológicas (Leche maternizada)	36	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental	27	31	114%	Se realizaron muestras extras a las ya programadas debido a brote de enterocolitis en

									Neonatos
7.1.7	Supervisión a las áreas que almacenan sustancias qcas.	4	Numero de supervisiones programadas	Informes	Saneamiento Ambiental	3	4	133%	

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Programado	Realizado	%	Interpretación y análisis complementario
8	Objetivo: Fortalecer la Promoción de la Salud, para mejorar el conocimiento y el fomento del autocuidado de la salud y el medio ambiente por parte de la población usuaria y el personal del hospital.								
8.1	Resultado: Mejores prácticas y estilos de vida en la población usuaria del hospital.	1	No.	Informes	Saneamiento Ambiental				
8.1.1	Brindar información sobre salud reproductiva	5	No.	Lista de asistencia	Educación para la salud	15	15	100%	
8.1.2	Educar sobre los signos de alarma en el embarazo.	10	No.	Lista de asistencia	Educación para la salud	10	13	130%	
8.1.3	Realizar promoción de la lactancia materna.	12	No.	Lista de asistencia	Educación para la salud	12	24	200%	
8.1.4	Educar sobre cuidados en el puerperio y del recién nacido.	18	No.	Lista de asistencia	Educación para la salud	18	25	139%	
8.1.5	Brindar información sobre cáncer priorizados (mama,	5	No.	Lista de	Educación	10	10	100%	

	cérvix, endometrio, y estomago)			asistencia	para la salud				
8.1.6	Promoción estilos de vida saludable.	5	No.	Lista de asistencia	Educación para la salud	5	5	100%	
8.1.7	Realizar actividades de promoción de salud laboral y prevención de enfermedades nosocomiales.	2	No.	Listas de asistencia	Educación para la salud	2	2	100%	