

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER
"DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ".



Evaluación enero-septiembre 2020

San Salvador, octubre de 2020

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

(Handwritten signatures and blue circular official stamps are present over the table content.)

Tabla de contenido

INTRODUCCION	5
CONTEXTO DE LA ATENCION PREVENTIVA ENERO SEPTIEMBRE 2019-2020	6
I RESULTADOS	9
MORTALIDAD MATERNA	12
UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICAS	14
MORTALIDAD INFANTIL	15
III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	22
FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ	24
IV. ATENCION ONCOLOGICA	27
V. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	32
VI. ACTIVIDADES DE GESTION	41

INTRODUCCION

En el contexto global de los determinantes de la demanda asistencial, en materia de salud pública, uno de los factores relevantes es la atención preventiva, que con la promoción y la educación para la salud permiten a la población permanecer libres de problemas de salud, que son efecto de múltiples factores y cuya inercia determina la atención de recuperación y rehabilitación a nivel de los establecimientos de los diferentes niveles de atención y principalmente en la red hospitalaria.

A nivel institucional el nivel central del MINSAL reporta una reducción del 13% en el total de nacidos vivos de enero a septiembre de 2016 a 2019 lo cual puede ser efecto de las tendencias descendentes de la fecundidad a nivel nacional. En consecuencia hay una reducción del 16% en la inscripción infantil y así sucesivamente en la atención materna no obstante el descenso en la producción de las inscripciones a consulta preventiva se redujo en mayor proporción para los diferentes ciclos de vida desde la atención preventiva de adolescentes y población adulta. La brecha en todos los ciclos de se incrementó en 2020 a raíz de la pandemia del COVID 19. Especial mención merece el acceso al examen de mama que a 2019 se incrementó en 1% pero cayó a -52% en 2020.

En general la tendencia de la morbilidad ha mostrado efectos negativos en cuanto al incremento del número de muertes maternas durante el período de enero a septiembre 2020 en los últimos 5 años (2016-2020). El riesgo de complicaciones del embarazo principalmente bajo estados de emergencia como ha sido en la pandemia por Coronavirus, ha sido mayor en las mujeres procedentes de áreas rurales por la determinación social de sus condiciones de vida, como el hacinamiento, sin servicios básicos, baja escolaridad, pobreza y con barreras geográficas, económicas y culturales.

No obstante con la situación epidémica de COVID 19 en el hospital se han extremado las medidas de bioseguridad y la sanitización de la infraestructura y equipo, con protocolos más rigurosos en los procedimientos clínicos por parte del personal médico, enfermería y las madres que participan en las prácticas de lactancia materna y otras tareas de nursería, lo cual en conjunto han significado un impacto muy positivo en la eficacia de la gestión clínica los servicios de neonatología en cuidados intensivos, cuidados intermedios y cuidados mínimos para reducir las complicaciones y la mortalidad neonatal.

La Consulta Externa ha suspendido la mayoría de servicios y se han priorizado las consultas de Embarazo de Alto Riesgo, en compensación se han incrementado las

consultas de Emergencia. En Hospitalización se han priorizado los servicios de Infectología, obstetricia, Partos, Puerperio, Perinatología y Neonatología.

Por otra parte, brindar atención a pacientes con cáncer durante la crisis de pandemia, ha sido un desafío dado los riesgos competitivos de muerte por cáncer versus muerte o complicaciones graves por SARS-CoV-2, y la probable mayor mortalidad de COVID-19 en huéspedes inmunocomprometidos.

Durante enero a septiembre de 2020 más del 90% de la quimioterapia se ha brindado por medio del hospital de día para disminuir el riesgo de los pacientes que son saludables y tienen cánceres curables que requieren la implementación oportuna de quimioterapia.

CONTEXTO DE LA ATENCION PREVENTIVA ENERO SEPTIEMBRE 2019-2020 TABLA 1

ATENCIONES PREVENTIVAS ENERO SEPTIEMBRE 2016, 2019 Y 2020 MINSAL			
ATENCIONES PREVENTIVAS	2016	2019	2020
NACIDOS VIVOS	54,641	47,382	47,773
% DE VARIACION		-	-
		13.3%	12.6%
INSCRIPCION INFANTIL	57,672	48,448	46,859
% DE VARIACION		-16%	-19%
INSCRIPCION DE ADOLESCENTES	57,292	43,910	20,764
% DE VARIACION		-23%	-64%
INSCRIPCION MATERNA	55,896	48,455	44,904
% DE VARIACION		-13%	-20%
PLANIFICACION FAMILIAR	150,874	133,504	91,546
% DE VARIACION		-12%	-39%
DETECCION PRECOZ Ca. DE CERVIX	213,523	193,665	79,259
% DE VARIACION		-9%	-63%
DETECCION PRECOZ CANCER DE MAMA	161,499	163,740	78,132
% DE VARIACION		1%	-52%
Fuente: SIMMOW, Atención Preventiva, Resumen Enero Septiembre 2020, MINSAL-FOSALUD			

TABLA 2

ATENCIONES PREVENTIVAS POR AREA DE RESIDENCIA, ENERO SEPTIEMBRE 2020 MINSAL			
ATENCIONES PREVENTIVAS	URBANO	RURAL	% VARIACION
INSCRIPCION INFANTIL	15,084	31,529	109%
ATENCIONES PRECONCEPCIONALES	902	2,392	165%
ATENCIONES DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO	1,183	1,768	49%
ATENCIONES MATERNAS	14,228	30,611	115%
DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE CERVIX	29,137	49,966	71%
DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE MAMA	354,406	786,452	122%
Fuente: SIMMOW, Atención Preventiva, Resumen Enero Septiembre 2020, MINSAL FOSALUD			

TABLA 3

**ATENCIÓN EN PLANIFICACION FAMILIAR Y DETECCION TEMPRANA DE
CANCER, ENERO SEPTIEMBRE 2020, POR DEPARTAMENTO Y AREA DE
RESIDENCIA**

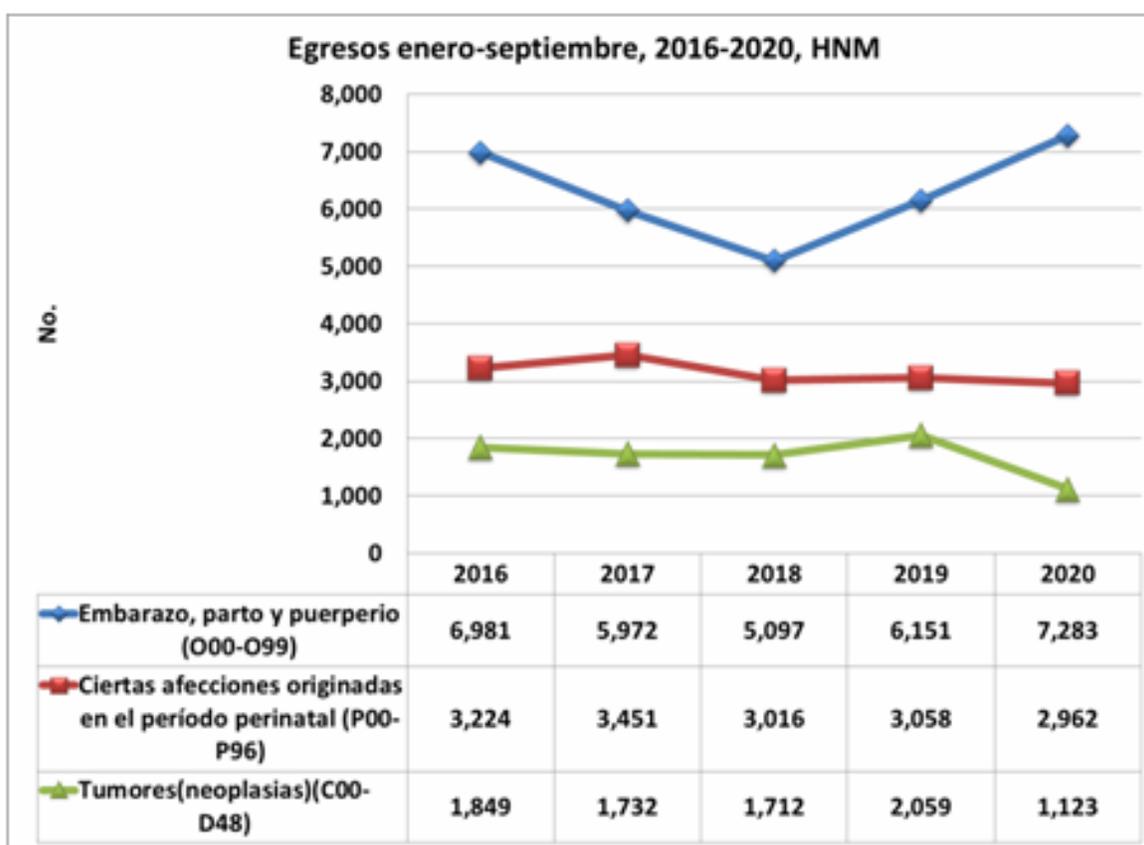
Departamento	Planificación Familiar años (10-55 años)		Examen clínico para detección precoz de cáncer (citología, próstata, IVAA y VPH)		Examen de mama	
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
Ahuachapán	866	6725	494	5243	339	4853
Santa Ana	866	6725	494	5243	339	4853
Sonsonate	2288	4756	2261	5136	2432	5816
Chalatenango	1428	4269	1414	4565	1566	4429
La Libertad	2481	4633	1180	3485	1207	2690
San Salvador	2965	7252	1505	3976	2442	6123
Cuscatlán	8148	2117	12854	3405	15356	4116
La Paz	1519	4758	1147	3443	1221	3049
Cabañas	1793	4532	1154	3272	978	3377
San Vicente	1145	3097	758	1629	519	1225
Usulután	1372	4376	844	2655	471	1315
San Miguel	1960	5096	1442	3489	1130	2685
Morazán	1818	4301	2989	4382	2378	3597
La Unión	789	3097	541	2364	704	2334
Total	812	2868	535	2764	251	1247
Variación	29388	61957	29137	49966	31024	46948
		111%		71%		51%

Fuente: SIMMOW, Atención Preventiva, Resumen enero septiembre 2020, Nivel Central, Urbano y Rural, MINSAL FOSALUD

I RESULTADOS

Durante el período de enero a septiembre de 2020 las principales causas de egreso siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio" (7,283 egresos) que ha incrementado en los últimos 4 años, "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (2,962 egresos) ambos con variaciones relacionadas con la tendencia de embarazos que aumentaron en 2020 debido al desabastecimiento de anticonceptivos durante 9 meses de 2019 y los "Tumores (neoplasias)" (1,123 egresos), que a pesar de mantener la continuidad de la oferta se redujo el número de egresos en relación a 2019 (2,059) por los factores de restricción en el acceso y el temor de contagio por la pandemia COVID 19 por parte de las usuarias con diagnóstico de cáncer.

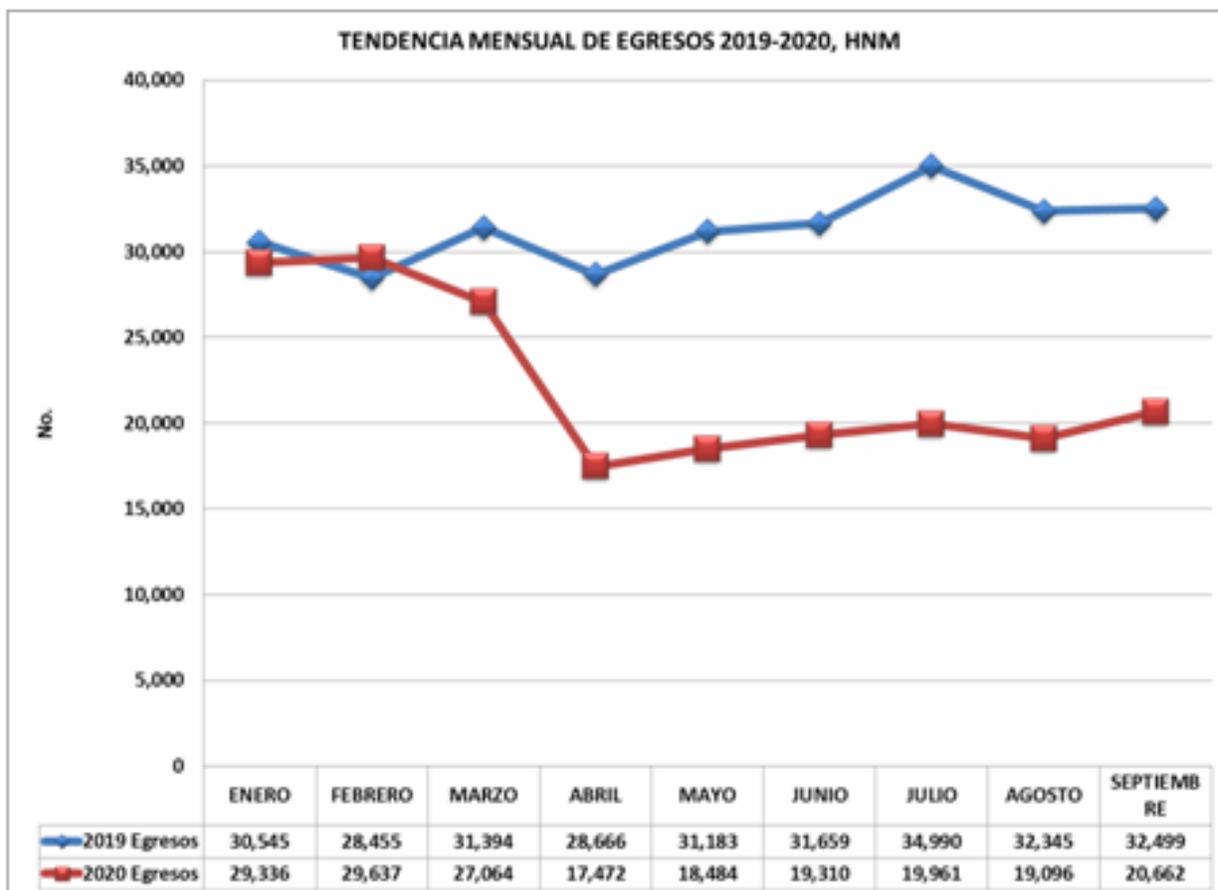
GRAFICO 1



Fuente: SIMMOW-, Atención hospitalaria, enero-septiembre 2016-2020

Al revisar la tendencia mensual de egresos de enero a septiembre de los años 2019 y 2020 se pudo observar que la caída de la producción 2020 fue a partir del mes de marzo cuando se declaró la pandemia de COVID 19.

GRAFICO 2



Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero-septiembre 2019-2020

TABLA 4

**Lista de Morbilidad por Capítulos
Utilizando DIAGNOSTICO PRINCIPAL
Período del 01/01/2020 al 30/09/2020
Reportados por Hospital Nacional San Salvador SS de la Mujer
Todo el País**

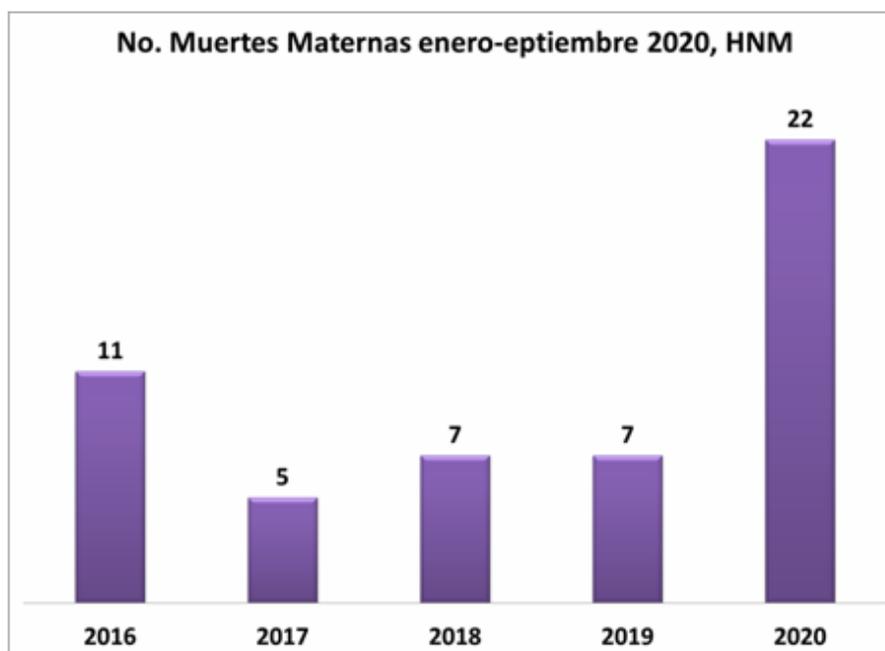
	Grupo de causas	Total				
		Muertes	Egresos	Tasa	Tasa	Días
				Letalidad	Mortalidad	Estancia
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	6	7283	0.08	0.09	21625
2	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	111	2962	3.75	1.64	36552
3	Tumores(neoplasias)(C00-D48)	30	1123	2.67	0.44	3281
4	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	0	341	0	0	1174
5	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicos (E00-E90)	0	335	0	0	738
6	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	1	210	0.48	0.01	1040
7	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	3	210	1.43	0.04	677
8	Malformaciones congénitas,deformidades y anomalías cronosomicas (Q00-Q99)	35	158	22.15	0.52	1815
9	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	0	133	0	0	962
10	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	6	130	4.62	0.09	681
	Demás causas	17	415	0	0.25	2432
	Totales	209	13,300	1.6%	3.09	70,977

Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero-septiembre 2020

MORTALIDAD MATERNA

A septiembre de 2020 se ha incrementado el número absoluto de muertes maternas (22) en relación a los años 2016-2019 (Gráfico 2). Durante los tres trimestres de 2020 una muerte ocurrió en el mes de enero, 3 en el mes de marzo, 2 en abril, 3 en mayo, 4 en junio, 4 en julio, 3 en agosto y 2 en septiembre. 9 de las 22 muertes ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de eclampsia, hemorragia cerebral, embolismo y SARS COV 2. Por procedencia 13 de las 22 fueron del área rural (59%) y 6 del área urbana de San Salvador y 1 de Ahuachapán, Santa Ana y San Luis Talpa, La paz respectivamente. Por causa básica, murieron 7 por COVID 19, 4 por hemorragia, 3 por neumonía, 3 por trastornos hipertensivos del embarazo, dos por sepsis, 2 por trastornos vasculares y 1 por envenenamiento. Por edades: 4 adolescentes de 15 a 19 años, 4 de 20 a 24 años, 3 de 25 a 29 años, 5 de 30 a 34 años, 3 de 35 a 39 años y 3 de 40 a 49 años. De las 9 mujeres que murieron en las primeras 48 horas 7 (78%) eran procedentes del área rural. El riesgo de complicaciones del embarazo principalmente por la demora comunitaria, el acceso geográfico y las condiciones de traslado bajo estados de emergencia como ha sido en la pandemia por Coronavirus, es mayor en las mujeres procedentes de áreas rurales por la determinación social de sus condiciones de vida, como el hacinamiento, ausencia de servicios básicos, baja escolaridad, pobreza y las barreras geográficas, económicas y culturales.

GRAFICO 3



Fuente: SIMMOW-, defunciones maternas, enero-septiembre 2016-2020

TABLA 5

MUERTES MATERNAS ENERO SEPTIEMBRE 2020, HNM				
FALLECIDAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRITICAS				
No.	EDAD	SERVICIO DE PROCEDENCIA	DIAS DE ESTANCIA	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
1	21	MAXIMA	18	ABDOMEN SEPTICO
2	26	PUERPERIO	2	EDEMA AGUDO DE PULMON
3	34	MAXIMA	7	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA
4	58	INFECTOLOGIA	2	CHOQUE SEPTICO
5	31	SALA DE EMERGENCIA	4	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA
6	36	CIRUGIA OBSTETRICA	2	CHOQUE SEPTICO
7	46	SALA DE EMERGENCIA	2	HIPERTENSION INTRACRANEANA
8	22	SALA DE EMERGENCIA	2	SOSPECHA COVID19
9	32	SALA DE EMERGENCIA	1	COVID19
10	36	MAXIMA	19	COVID19
11	43	MAXIMA	12	COVID19
12	30	MAXIMA	27	COVID19
13	35	MAXIMA	37	COVID19
14	17	MAXIMA	2	INTOXICACION CON FOSFURO DE ALUMINIO
15	19	MAXIMA	17	PARO CARDIACO
16	17	INFECTOLOGIA	2	SOSPECHA COVID19
17	44	INFECTOLOGIA	12	COVID19
18	27	SALA DE EMERGENCIA	9	MUERTE CEREBRAL
FALLECIDAS EN EMERGENCIA				
19	23	SALA DE EMERGENCIA	1	ECLAMPSIA
20	29	SALA DE EMERGENCIA	1	HEMORRAGIA
21	20	SALA DE EMERGENCIA	2	COVID 19
22	34	SALA DE EMERGENCIA	1	EMBOLIA

Fuente: SIMMOW- Defunciones maternas, enero-septiembre 2020

UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICAS

Se ingresaron un total de 312 mujeres durante el período, el 92% (293) con Morbilidad Obstétrica Extrema (MOE), 92% por causas obstétricas (294), durante el puerperio por complicaciones pos parto (163), 29% con embarazo (62) y 10% por padecimiento gineco-oncológico (21).

La efectividad del servicio fue de 95% con un traslado de 207 pacientes en condición estable.

La causas más frecuente de ingreso fue por Trastornos Hipertensivos del Embarazo, hemorragia, las cardiopatías principalmente las crisis hipertensivas, la sepsis, la neumonía y el SARS COV 2. (TABLA 6)

En total se ingresaron 21 pacientes sospechosos de COVID 19 de los cuales fueron confirmados 11. De estos 10 con diagnóstico de Neumonía recuperándose a 9. Cinco pacientes recibieron tratamiento con Tocilizumab, Ivermectina, azitromicina, Aluvia, Henoxaparina y esteroides, solo 3 recibieron ventilación mecánica invasiva y una fue tratada con plasma.

TABLA 6

Morbilidad UPC, enero-junio 2020		
Diagnóstico Principal	No.	%
THE	94	43%
Hemorragia	33	15%
Cardiopatía	26	12%
Sepsis	20	9%
Neumonía	14	6%
SARS COV 2	12	6%
Enfermedades Metabólicas	7	3%
Otros	5	2%
Síndrome Convulsivo	4	2%
Nefropatía	3	1%
	218	

Fuente: Base de datos del Censo de la Unidad de Pacientes Críticas, enero septiembre 2020

En el servicio fallecieron 18 pacientes de las cuales 17 fueron pacientes obstétricas y 1 oncológica con cáncer de cérvix II b; 13 fueron transferidas de los servicios de máxima urgencia y de la sala de emergencia, 8 en condiciones muy comprometidas con una estancia menor de 48 horas en la Unidad; 10 fueron referidas de hospitales periféricos de MINSAL, 2 de ISSS Amatepec (2) y 6 llegaron por demanda espontánea.

Las muertes en el servicio presentan una correlación de entidades asociadas que pueden determinar el desenlace hasta el fallecimiento. Independientemente de los servicios de procedencia de las transferencias, los días de estancia sugieren la evolución aguda de los casos y el esfuerzo de sostén terapéutico que en el 100% tuvo acceso a la ventilación mecánica invasiva. Las estancias arriba de los 10 días corresponden con 7 casos que se recibieron, 6 de máxima urgencia y 1 del servicio de Infectología, 7 con diagnóstico principal de COVID 19 con un cuadro de abdomen séptico con infección profunda de sitio quirúrgico y que se complicó con un neumotórax, y un caso de Tromboembolismo Pulmonar. (Tabla 5)

MORTALIDAD INFANTIL

La focalización agregada en la situación de la pandemia por Covid 19 agrega riesgos biosociales a la condición del peso fetal al nacer y la edad gestacional, dado que se requieren sobreesfuerzos en la prevención y protección con un trabajo más integrado y sinérgico con el primer nivel de atención y el personal comunitario, para asegurar el bienestar fetal y materno, por medio de la continuidad de las intervenciones materno infantiles. Lo anterior significa mayor protección en madres solteras, con bajos ingresos, violencia y otras condiciones de alto estrés, incluyendo a adolescentes y mujeres adultas con enfermedades crónicas de base (obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otras). Un factor muy positivo en la gestión clínica materno infantil ha sido el rigor en las medidas de bioseguridad para la atención hospitalaria lo cual ha dado resultados muy positivos en la morbilidad neonatal principalmente.

En la Tabla 7 y el gráfico 4, se incluyen las tasas de mortalidad calculadas con los datos acumulados de enero a septiembre de 2016 a 2020, con el fin de analizar el comportamiento y la interpretación de los indicadores. En todo el quinquenio de 2016 a 2020, comparando el resultado al año 2020 la mortalidad infantil en el hospital se ha reducido gradualmente cada año: 0% relación a 2016, -6% en relación a 2017, -24% en relación a 2018 y -30% en relación a 2019.

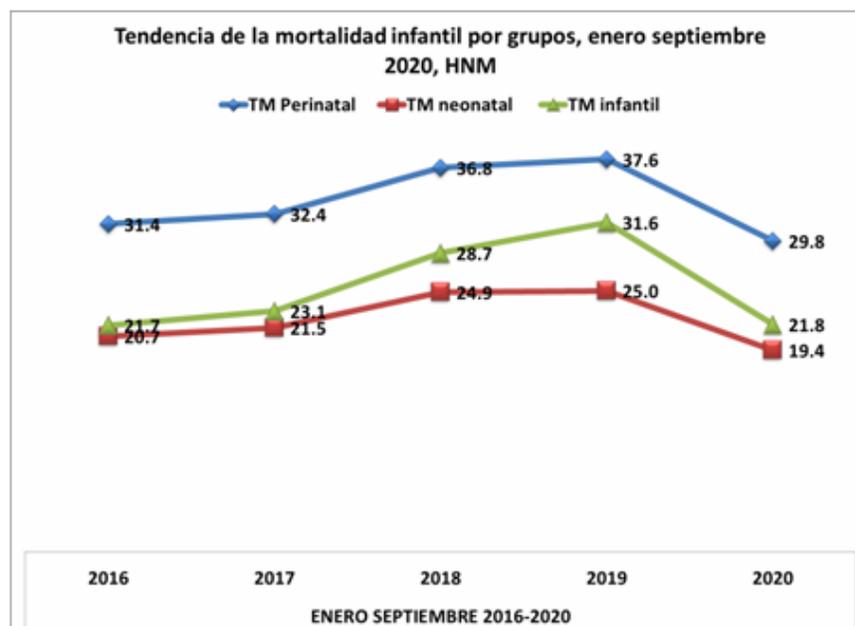
A nivel central en el MINSAL se tuvo una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 12 a 10.1 por mil nacidos vivos lo cual representa una variación a la baja de -16% en relación a 2019. (Gráfico 5).

TABLA 7

HNM	ENERO SEPTIEMBRE 2016-2020					VARIACION (%)			
	2016	2017	2018	2019	2020	20-16	20-17	20-18	20-19
TM Perinatal	31.4	32.4	36.8	37.6	29.8	-5%	-8%	-19%	-20.8%
TM neonatal	20.7	21.5	24.9	25.0	19.4	-6%	-10%	-22%	-22.7%
TM infantil	21.7	23.1	28.7	31.6	21.8	0%	-6%	-24%	-30.9%
Razón de MM por mil nacidos vivos	1.6	0.8	1.3	1.3	3.2	93%	302%	142%	150.1%
MINSAL	ENERO SEPTIEMBRE 2016-2020					VARIACION (%)			
	2016	2017	2018	2019	2020	20-16	20-17	20-18	20-19
TM Perinatal	12.8	12.7	12.7	13.2	12.0	-7%	-5%	-5%	-9.6%
TM neonatal	7.6	6.7	7.0	6.6	6.7	-12%	-1%	-5%	0.4%
TM infantil	13.0	11.3	11.2	12.0	10.1	-22%	-11%	-10%	-16.1%
Razón de MM por 100 mil nacidos vivos	40.3	52.3	61.1	69.6	87.9	118%	68%	44%	26.2%

Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-junio 2016-2020

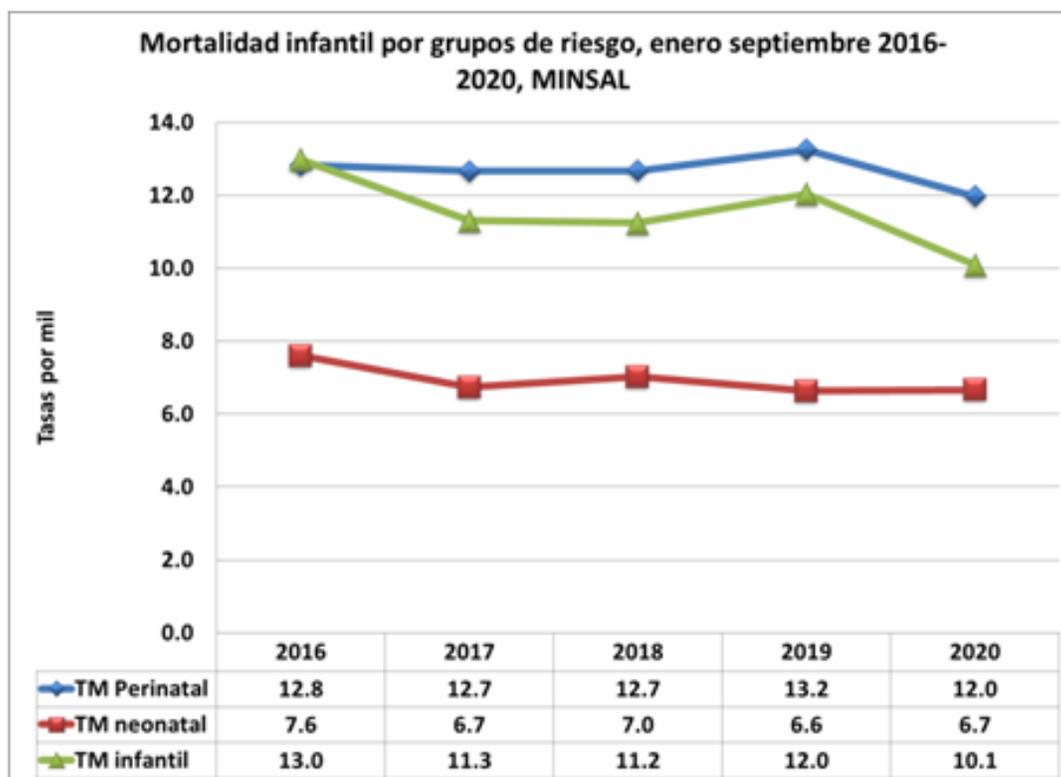
GRAFICO 4



Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-septiembre 2016-2020

Nuestra Jefe del Departamento de Neonatología explica que con la situación epidémica de COVID 19 se han extremado las medidas de bioseguridad y la sanitización de la infraestructura y equipo, con reorganización de los servicios para la atención de recién nacidos COVID (+) y la implementación de protocolos más rigurosos en los procedimientos clínicos por parte del personal médico, enfermería y las madres que participan en las prácticas de lactancia materna y otras tareas de nursería, lo cual en conjunto han significado un impacto muy positivo en la eficacia de la gestión clínica de los servicios de neonatología para reducir las complicaciones y la mortalidad infantil. Como buena práctica, ante eventos epidémicos y ambientales hay que hacer sobre esfuerzos en la gestión de riesgos y no descuidar los indicadores de seguimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, principalmente las intervenciones preventivas desde el primer nivel de atención relacionadas con los diferentes grupos poblacionales por curso de vida que se han visto afectadas en su producción por la pandemia COVID 19 y mantener las medidas de bioseguridad hospitalaria que han permitido atenuar el riesgo de morbimortalidad infantil a nivel nacional.

GRAFICO 5



Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-septiembre 2016-2020, MINSAL

Por otra parte, es importante destacar en el contexto nacional para efectos de programación para 2021, que en el año 2020 la atención preventiva se redujo según los datos de producción de inscripciones por grupos de riesgo y ciclo de vida: la atención materna de mujeres de 9 a 49 años se redujo en 20%; el control infantil se redujo en 19%, la consulta para el control de cáncer cervical se redujo en 63% y la detección precoz del cáncer de mama en 52%. (Tabla 1)

El desafío a nivel sistémico en toda la red de servicios de salud desde el primer nivel de atención es cómo contener los efectos de epidemias mientras se entienden sus efectos sobre la madre y la salud infantil y asegurar que los servicios de salud esenciales son mantenidos. Los programas nacionales deben mantener la provisión de las intervenciones centrales materno-infantiles incluso con el riesgo de transmisión de COVID-19. La provisión continua de estas intervenciones son esenciales para proteger a la población por ciclos de vida.

I. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

TABLA 8.

Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)				
No.	Diagnóstico	EGRESOS		% variación
		2019	2020	
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	906	2,009	122%
2	trabajo de parto prematuro espontaneo con parto	578	308	-47%
3	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo	497	264	-47%
4	Preeclampsia severa	475	417	-12%
5	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	332	371	12%
6	Parto por cesárea electiva	260	370	42%
7	Trabajo de Parto Prematuro sin Parto	230	172	-25%
8	Oligohidramnios	195	244	25%
9	Hipertensión materna, no especificada	186	123	-34%
10	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	176	203	15%
Totales		6,151	7,287	18%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, enero-septiembre 2019-2020

En la tabla 8 se puede apreciar: a) El incremento de egresos en 18%, b) se duplicó la demanda del parto único espontáneo debido a la referencia de embarazos de bajo riesgo obstétrico asociado a las limitantes por la pandemia COVID 19 desde el segundo nivel, c) Reducción de la demanda de complicaciones maternas como la prematurez, la preeclampsia, la diabetes y la hipertensión materna ante el incremento de la demanda de embarazos de bajo riesgo. se pudo ver una mejora sustancial en la gestión clínica de la atención perinatal ante el incremento del parto único espontáneo, y el parto por cesárea electiva que tiene un impacto positivo en la reducción de la mortalidad perinatal al brindar atención eficaz de las complicaciones como el sufrimiento fetal, la sepsis neonatal y otras complicaciones maternas como la preclamsia severa y el

deterioro materno.

TABLA 9

Servicio: INFECTOLOGIA				
No.	Diagnóstico	EGRESOS		% variación
		2019	2020	
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	381	347	-9%
2	Código de propósitos especiales (U00-U97) (COVID 19)	0	128	ND
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	87	35	-60%
3	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	65	58	-11%
4	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	76	44	-42%
	Totales	713	718	1%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Infectología, enero-junio 2019-2020

En relación con los egresos en el servicio de Infectología, es interesante la introducción de los casos sospechosos y confirmados de COVID 19 como segunda causa de egreso. A raíz de la bioseguridad fomentada por la pandemia del coronavirus, se han mejorado los resultados de seguridad de los pacientes ante el riesgo de morbilidad nosocomial.

TABLA 10

Servicio: PUERPERIO				
No.	Diagnóstico	EGRESOS		% variación
		2019	2020	
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	2,520	3,312	31%
2	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	215	165	-23%
3	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	60	43	-28%
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	49	54	10%
	Totales	2,937	3,652	24%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Puerperio, enero-junio 2019-2020

En el servicio de puerperio incrementó la demanda en 24% ante la tendencia de los partos normales de bajo riesgo que fueron atendidos durante el período.

TABLA 11

Servicio: PERINATOLOGIA				
No.	Diagnóstico	EGRESOS		% variación
		2019	2020	
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	1,003	804	-20%
2	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	111	98	-12%
3	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	100	64	-36%
	Totales	1,452	1,165	-20%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Perinatología, enero-junio 2019-2020

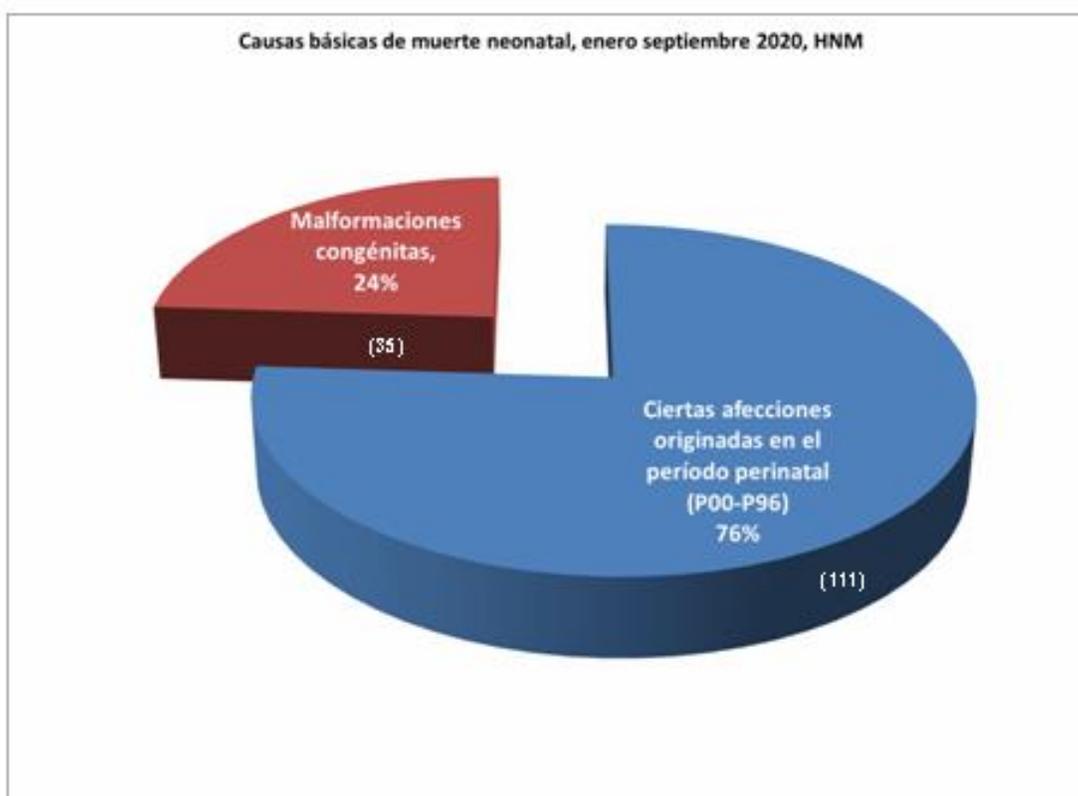
La reducción de las complicaciones más frecuentes por morbilidad materna se redujeron durante el período enero septiembre 2020 con una baja del 20% en el total de egresos de embarazadas hospitalizadas en Perinatología.

III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

De las 209 muertes hospitalarias durante el período 146 (70%) ocurrieron en recién nacidos. Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 72% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 28%. (GRAFICO 5)

Las principales causas de muerte hospitalaria de los recién nacidos 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.¹

GRAFICO 6



1 SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad, enero-septiembre HNM, 2020

TABLA 12

No.	Servicio: NEONATOLOGIA	Muertes	%	Egresos	%	Tasa Letalidad
	Grupo de causas					
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	110	73%	2,964	93.6%	3.71
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	35	23%	131	4.1%	26.72
3	Septicemia (A40-A41)	3	2%	3	0.1%	100
4	Resto de enfermedades del sistema nervioso (G04-G25,G31-G98)	1	1%	3	0.1%	33.33
5	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. (R00-R99)	1	1%	3	0.1%	33.33
Totales		150		3,167		4.7%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Neonatología, enero-septiembre 2020

Las principales causas de muerte neonatal 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.²

La prematurez como prioridad de salud pública

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.

Para el servicio de Perinatología sigue siendo vital la mejora de la disponibilidad de tocolíticos eficaces para tratar la amenaza de parto prematuro hasta las 37 semanas de gestación en todas las maternidades, incluyendo la aplicación de esteroides para la maduración pulmonar del feto en toda la RIISS.

Esto último es muy importante para la consideración de la RIISS desde el primer 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).

² SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-junio HNM, 2019-2020

El manejo clínico efectivo e integral de la amenaza de parto prematuro y la maduración pulmonar del feto incluyen 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 desarrollo de la niñez y su familia 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.

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.

Lo mejor de 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 incremento del peso materno, la altura uterina y la detección oportuna de los signos de peligro del bienestar fetal.

FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATURIDAD

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 (hemorragia en la decidua y distensión uterina).

Factores socioambientales

Impacto del estrés en el bienestar materno fetal.

Bajo el contexto socioambiental actual en El Salvador y los efectos de la pandemia COVID 19, es importante destacar que a la base de la prematuridad, la activación prematura del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPS) materno o fetal como respuesta a estrés materno o fetal supone un alto % de los nacimientos prematuros, 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, viviendas inseguras y otras condiciones de alto estrés) aumenta la secreción de cortisol suprarrenal 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 suprarrenal fetal. El efecto final de los estrógenos en el miometrio, desemboca en contracciones, cambios cervicales y en partos prematuros.

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 vulnerabilidad ambiental, la pobreza, la exclusión social, los centros de contención por cuarentena, los albergues por desastres naturales, epidemias y la violencia estructural.

La aplicación del enfoque de determinación social bajo una situación de pandemia con medidas restrictivas de movilización y acceso a fuentes de ingreso por parte de la familia, principalmente de la población vulnerable del sector informal de la economía, representa un desafío para el personal de salud en términos de ampliar la perspectiva con elementos del contexto sico-social y ambiental del binomio madre bebé.

Control Prenatal, Infección e inflamación

Ante la situación de pandemia por COVID 19, hay que incrementar los esfuerzos de bioseguridad para brindar un excelente control prenatal y prevenir las infecciones, lo cual supone aproximadamente la prevención del 40% de los nacimientos prematuros, que finalmente ocurren debido al grado de respuesta inflamatoria auto inmune de la madre con la 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.

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.

Manejo del binomio madre-bebé en la era COVID-19

(Melissa M Medvedev melissa.medvedev@lshtm.ac.uk Department of Pediatrics, University of California San Francisco, San Francisco, CA 94158, USA; and MARCH Centre, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK.)

“La evidencia sobre el riesgo de transmisión, presentación clínica y consecuencias del SARS-CoV-2 entre los recién nacidos de madres infectadas es escasa. El riesgo de transmisión vertical parece ser baja, que es consistente con otros coronavirus. El SARS-CoV-2 ha sido detectado dentro de las 48 h de nacimiento entre los recién nacidos de madres positivas; sin embargo, esto podría representar transmisión horizontal”.

“Los primeros informes indican que los recién nacidos con SARS-CoV-2 positivos generalmente son leves y los análisis realizados hasta la fecha sugieren que la leche materna es poco probable que sea una fuente de infección. Con las precauciones adecuadas, el alojamiento conjunto y el amamantamiento pueden superar los riesgos potenciales de transmisión.”

“La Academia americana de Pediatría aconseja separación de madres y recién nacidos desde el nacimiento, con leche materna de madres no infectadas hasta que se cumplan los criterios de bioseguridad.”

“En The Lancet Child & Adolescent Health, Christine Salvatore, muestran que el alojamiento conjunto y la lactancia materna son seguros con el uso de mascarilla, el lavado frecuente de manos e higiene mamaria. También muestra que la transmisión de los miembros de una familia infectada es poco probable, cuando se toman las precauciones adecuadas. Ningún recién nacido dio positivo por nasofaringe hisopo a las 12–24 horas, 5–7 días o 14 días, y todo los neonatos permanecieron asintomáticos”.

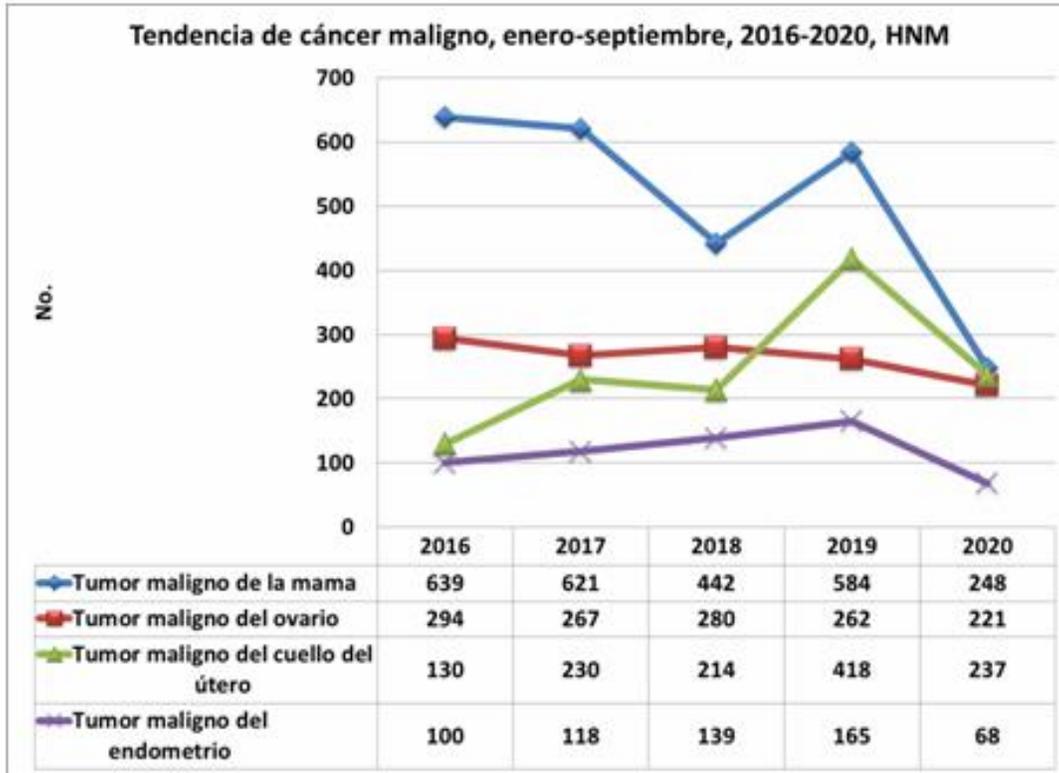
IV. ATENCION ONCOLOGICA

Brindar atención a pacientes con cáncer durante la crisis de pandemia, ha sido un desafío dado los riesgos competitivos de muerte por cáncer versus muerte o complicaciones graves por SARS-CoV-2, y la probable mayor mortalidad de COVID-19 en huéspedes inmunocomprometidos.

Durante enero a septiembre de 2020 se han reducido las cirugías y la quimioterapia con el dilema de que los pacientes que son saludables y tienen cánceres curables que requieren la implementación oportuna de cirugía, quimioterapia o radiación, lamentablemente consideran que el riesgo de contraer COVID-19 puede superar los beneficios del tratamiento contra el cáncer.

Durante 2019 se mejoró la oferta de servicios con servicios alternativos de radioterapia y la gestión de donaciones de medicamentos oncológicos, no obstante en 2020 se ha tenido una disminución en relación a primer semestre de 2019, que de 1,349 egresos se redujo a 852 en 2020. Los egresos por cáncer de mama se redujeron de 379 a 187, los egresos por cáncer de cuello uterino, de 291 a 173, el cáncer de ovario de 176 a 168. (GRAFICO 6).

GRAFICO 7



Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-septiembre 2016-2020

TABLA 13

Tumores(neoplasias)(C00-D48)				
No.	Diagnóstico	EGRESOS		% variación
		2019	2020	
1	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	584	248	-58%
2	Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación	418	237	-43%
3	Tumor maligno del endometrio	165	68	-59%
	Totales	2,059	1,123	-45%

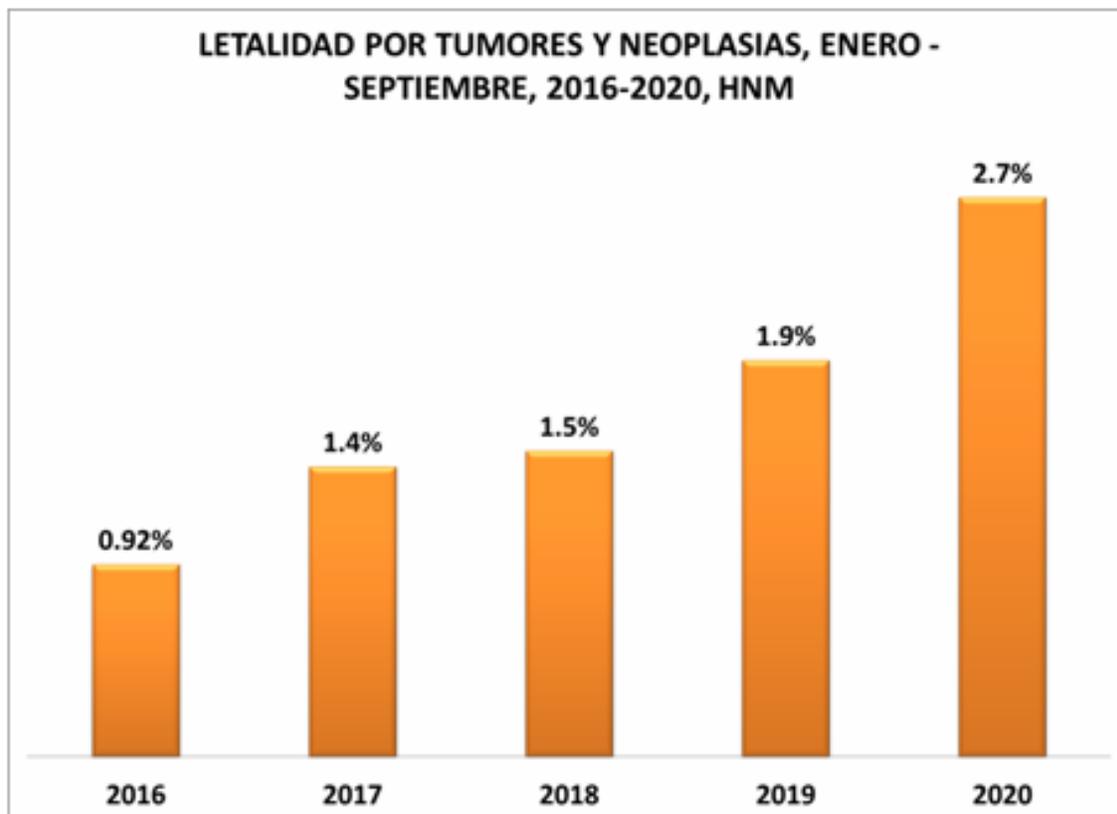
Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-septiembre 2020

Las primeras 4 causas de egreso por tumores malignos fueron: en mama con 248 egresos, en cuello del útero con 237 con la mayor tasa de letalidad (5.78%) y mortalidad (0.15 por 100 mil), endometrio 68 en tercer lugar. (Tabla 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.

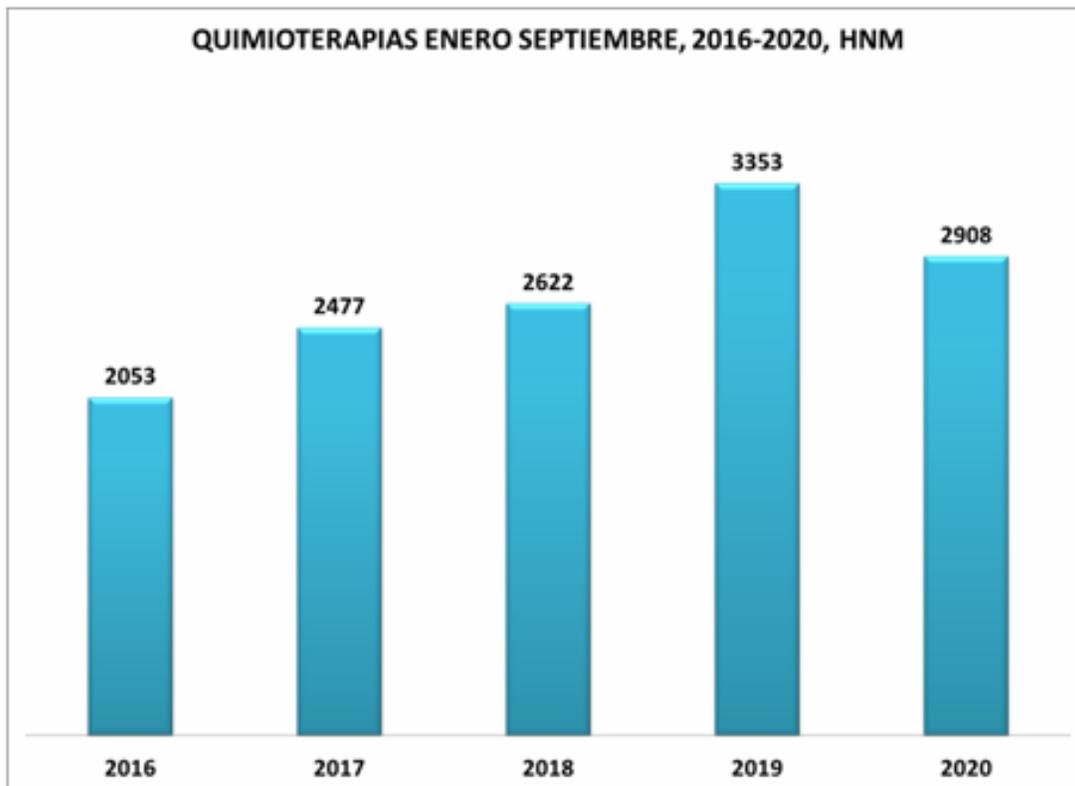
Por tumores y neoplasias se reportaron 30 muertes contra 1,123 egresos con una tasa de letalidad de 2.7% dada la reducción en el número de egresos incrementándose 42% en relación a 2019 que reportó 1.9 %. (Gráfico 8).

GRAFICO 8



El número de quimioterapias contra cáncer se redujo de 414 aplicadas en 2019 a 218 en 2020 (Gráfico 8).

GRAFICO 9



La letalidad de 2018 y la aplicación de quimioterapias sugieren una relación inversa beneficiosa para las pacientes que puede explicar la letalidad de 2019 y 2020, principalmente si el tratamiento se puede realizar en hospital de día sin necesidad de ingreso hospitalario. Más del 70% de las quimioterapias se dan en el hospital de día.

Recomendaciones

(Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): atención del cáncer durante la pandemia

Autores: Robert G Uzzo, MD, MBA, FACS, Alexander Kutikov, MD, FACS, Daniel M Geynisman, MD)

“Los médicos deben equilibrar los riesgos de retrasar los tratamientos contra el cáncer frente a los riesgos de exposición al CoV-2 del SARS y la posible mayor vulnerabilidad a los resultados adversos del COVID-19, mientras se navega por la interrupción en la atención asociada con el distanciamiento físico y los recursos limitados de atención

médica. La probabilidad de una enfermedad grave por COVID-19 es mayor entre pacientes adultos con cáncer, especialmente entre aquellos con enfermedad activa.

Para los pacientes con cáncer con síntomas y / o signos de las vías respiratorias inferiores (p. Ej., Fiebre, tos, disnea o hipoxia), o aquellos con exposición a alguien con COVID-19 confirmado, procedemos con las pruebas de SARS-CoV-2.

Para los pacientes que dan positivo, la mayoría de los tratamientos contra el cáncer inmunosupresor deben mantenerse al menos hasta que los síntomas de COVID-19 se hayan resuelto. Algunas terapias orales no inmunosupresoras pueden continuarse caso por caso.

Si bien no existen pautas universalmente aceptadas sobre cuándo las terapias de cáncer inmunosupresor pueden reiniciarse de manera segura después del diagnóstico de COVID-19, los efectos de suprimir o aumentar aún más el sistema inmunológico de un paciente rápidamente después de COVID-19 deben sopesarse en gran medida contra los riesgos de su tumor único. Nuestro enfoque para la mayoría de los pacientes, que se basa en las pautas disponibles y las "mejores prácticas" de los centros individuales, es mantener inmunosupresores hasta al menos 14 días desde el inicio de los síntomas, y los síntomas de COVID-19 se han resuelto durante al menos 72 horas. Una vez que los síntomas se han resuelto, hay que analizar el SARS-CoV-2 y proceder con las terapias contra el cáncer planificadas solo si se obtiene un resultado negativo y se confirma mediante una segunda prueba negativa ≥ 24 horas de diferencia.

Los pacientes con diseminación viral persistente a pesar de la resolución de los síntomas deben permanecer en precauciones / aislamiento hasta que se conviertan en una prueba negativa. Sin embargo, las decisiones deben ser individualizadas en estos casos, sopesando cuidadosamente los riesgos y beneficios de la retención versus el reinicio del tratamiento, particularmente si los tratamientos retenidos son potencialmente curativos.

La mayoría de las instituciones y prácticas clínicas requieren que los trabajadores de la salud, los pacientes y todos los visitantes usen una mascarilla quirúrgica dentro de la instalación, independientemente de los síntomas, para ayudar a prevenir la transmisión de personas infectadas que pueden ser asintomáticas. Todos los pacientes deben estar informados acerca de los síntomas de COVID-19 y capacitados en el lavado de manos, la higiene y minimizar la exposición a contactos enfermos y grandes multitudes.

La orientación sobre las pruebas de SARS-CoV-2 es que pueden realizarse de rutina a todos los pacientes con cáncer de 48 a 72 horas antes de las terapias inmunosupresoras y antes de los procedimientos médicos.

Dada la cantidad de oportunidades de transmisión viral para pacientes y cuidadores durante la atención del cáncer, se alienta el uso de video y / o visitas telefónicas, pero tanto los médicos como los pacientes deben aceptar los beneficios y los riesgos. Cuando los pacientes deben recibir atención en persona, se pueden utilizar estrategias específicas para lograr distanciamiento físico (por ejemplo, minimizar el tiempo en salas de espera, minimizar / restringir visitas, instituir entregas de farmacia y evitar visitas al departamento de emergencias, cuando sea posible).

En general, el distanciamiento físico y las medidas de protección de barrera son las formas más potentes de evitar COVID-19”.

V. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS

Durante el período enero septiembre 2020 se dieron limitantes estructurales en cuanto al personal ausente por riesgos y efectos de la pandemia COVID 19, tanto en los servicios clínicos como en los de apoyo administrativo, principalmente en la cadena de gestión de datos de producción desde las fuentes primarias hasta los procesadores estadísticos de nuestro hospital.

Por múltiples factores relacionados con la pandemia y demanda de información de datos para diferentes iniciativas como el Sistema de Programación de Recursos Humanos SPRH, el Sistema de Producción, Eficiencia Rendimiento y Costos PERC, y el SPME; la cadena de producción de datos desde las fuentes primarias en los diferentes servicios, por el personal encargado de las estadísticas, se ha ralentizado por deserción de personal debido a la cuarentena domiciliar, de manera que la recopilación y registro de datos tuvo retrasos.

En nuestro hospital, la Consulta Externa suspendió la mayoría de servicios y se priorizaron las consultas de Embarazo de Alto Riesgo, en compensación se incrementó la consulta de Emergencia.

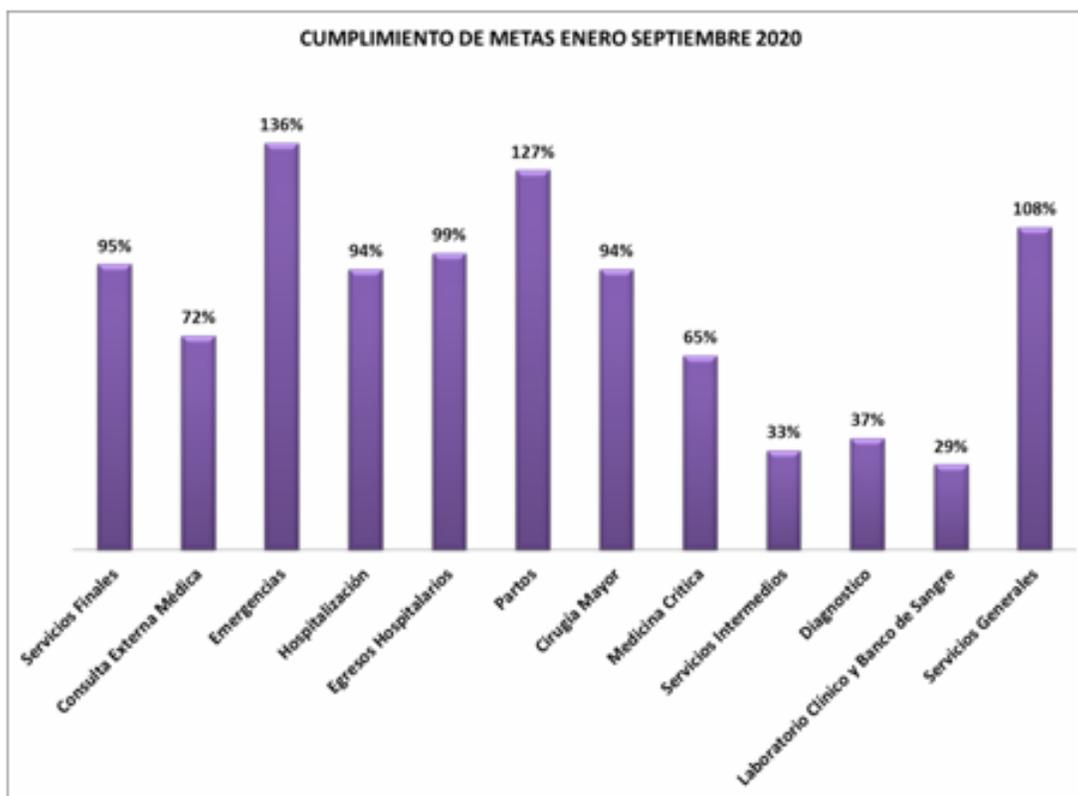
En Hospitalización se priorizaron los servicios de Infectología, Obstetricia, Partos, Puerperio, Perinatología, Neonatología y Oncología que tuvo deserción por cuarentena domiciliar de especialistas que realizan cirugía oncológica, no obstante se priorizó la cirugía con el personal disponible para casos que ameritan intervención emergente y se mantuvo la atención de la quimioterapia en hospital de día para disminuir el riesgo de infección de las pacientes oncológicas en servicio.

En los servicios intermedios de Diagnóstico y Apoyo, Laboratorio y Banco de Sangre

además de la deserción de personal por cuarentena domiciliar, se tuvo sub-registro por el retraso en la transmisión de datos a la Unidad de Estadística, ya que los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización priorizados en funcionamiento han estado indicando los servicios de diagnóstico y de laboratorio necesarios para la gestión clínica de nuestra demanda.

En Servicios Generales también hubo subregistro de datos, pero la producción de apoyo de lavandería, alimentación, mantenimiento y transporte se mantuvo a pesar del personal afectado por COVID 19.

GRAFICO 10



Los Servicios Intermedios de Diagnóstico, Laboratorio y Banco de Sangre, se han mantenido, no obstante por limitantes en la digitación de datos, los resultados aparecen bajos.

Tabla 14

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO SEPTIEMBRE 2020			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	96,543	92,168	95%
Consulta Externa Médica	38,781	27,767	72%
Especialidades	25,443	20,717	81%
Especialidades Básicas	7119	3746	53%
Medicina Interna	396	224	57%
Cirugía General	225	93	41%
Ginecología	6,273	3,310	53%
Obstetricia	0	11	ND
Psiquiatría	225	108	48%
Sub especialidades	18,324	16,971	93%
Sub Especialidades de Medicina Interna	2,403	1,532	64%
Endocrinología	2,007	1,155	58%
Infectología	252	139	55%
Neumología	144	238	165%
Sub Especialidades de Cirugía			
Anestesiología / Algología	486	712	147%
Sub Especialidades de Pediatría	288	117	41%
Infectología	180	78	43%
Neonatología	108	39	36%
Sub Especialidades de Ginecología	10,404	6,622	64%
Clínica de Mamas	3,924	1,996	51%
Infertilidad	1,980	1,028	52%
Oncología	4,500	3,598	80%
Sub Especialidades de Obstetricia	4,743	7,988	168%
Embarazo de Alto Riesgo	4,176	7,800	187%
Genética Perinatal	567	188	33%

Tabla 15

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO SEPTIEMBRE 2020			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Emergencias	24,192	32,892	136%
De Medicina Interna			
Oncología	270	730	270%
De Gineco-Obstetricia	13,338	16,039	120%
Ginecología	2,466	1,975	80%
Obstetricia	10,872	14,064	129%
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Selección	10,584	16,123	152%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	900	0	0%
Colposcopia	5,265	3,973	75%
Nutrición	972	184	19%
Planificación Familiar	756	405	54%
Psicología	423	105	25%
Selección	4,077	2,061	51%
Consulta Externa Odontológica	945	322	34%
Odontológica de primera vez	315	90	29%
Odontológica subsecuente	630	232	37%

Tabla 16

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO SEPTIEMBRE 2020			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Hospitalización	33,570	31,509	94%
Egresos Hospitalarios	13,392	13,286	99%
Especialidades Básicas	1107	731	66%
Ginecología	945	552	58%
Obstetricia	162	179	110%
Sub Especialidades	11,988	12,419	104%
Sub Especialidad de Medicina Interna			
Infectología / Aislamiento	666	718	108%
Sub Especialidades de Pediatría			
Neonatología	3,249	3,167	97%
Sub Especialidades de Ginecología			
Oncología	1,359	783	58%
Sub Especialidades de Obstetricia	6,714	7,751	115%
Cirugía Obstétrica	2,097	2,934	140%
Patología del Embarazo	1,458	1,165	80%
Puerperio	3,159	3,652	116%
Otros Egresos	297	136	46%
Bienestar Magisterial	297	134	45%
Emergencia	0	2	ND

Tabla 17

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO SEPTIEMBRE 2020			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Partos	5,337	6,778	127%
Partos vaginales	3,159	3,998	127%
Partos por Cesáreas	2,178	2,780	128%
Cirugía Mayor	6,237	5,851	94%
Electivas para Hospitalización	3,258	2,220	68%
Electivas Ambulatorias	450	204	45%
De Emergencia para Hospitalización	2,520	3,423	136%
De Emergencia Ambulatoria	9	4	44%
Medicina Critica	8,604	5,594	65%
Unidad de Emergencia	2,313	1,006	43%
Admisiones	1,386	592	43%
Transferencias	927	414	45%
Unidad de Máxima Urgencia	1,260	417	33%
Admisiones	630	235	37%
Transferencias	630	182	29%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	5,031	4,171	83%
Admisiones	1,548	988	64%
Transferencias	3,483	3,183	91%

TABLA 18

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO SEPTIEMBRE 2020			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios	699,975	232,925	33%
Diagnostico	370,071	138,433	37%
Imagenología	63,819	15,176	24%
Radiografías	31,500	7,700	24%
Ultrasonografías	27,819	6,369	23%
Mamografías Diagnósticas	1,800	532	30%
Mamografías de Tamisaje	2,700	575	21%
Anatomía Patológica	14,841	3,810	26%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	5,175	0	0%
Biopsias Cuello Uterino	1,872	589	31%
Biopsias Mama	1,719	574	33%
Biopsias Otras partes del cuerpo	6,075	2,647	44%
Otros Procedimientos Diagnósticos	5,004	1,819	36%
Colposcopias	2,250	1,141	51%
Ecocardiogramas	504	131	26%
Electrocardiogramas	2,250	547	24%
Tratamiento y Rehabilitación	261,540	111,834	43%
Cirugía Menor	2,997	2,980	99%
Conos Loop	279	103	37%
Crioterapias	324	149	46%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	10,215	5,096	50%
Inhaloterapias	6,102	2,138	35%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	47,997	19,893	41%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	171,000	73,747	43%
Terapias Respiratorias	22,626	7,728	34%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	24,867	5,794	23%

Tabla 19

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO SEPTIEMBRE 2020			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Diagnostico			
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	329,904	94,492	29%
Hematología	95,013	38,058	40%
Consulta Externa	11,619	5,493	47%
Hospitalización	63,081	22,782	36%
Emergencia	16,767	8,382	50%
Referido / Otros	3,546	1,401	40%
Inmunología	27,450	7,183	26%
Consulta Externa	4,482	734	16%
Hospitalización	16,677	3,959	24%
Emergencia	3,708	1,799	49%
Referido / Otros	2,583	691	27%
Bacteriología	23,022	6,227	27%
Consulta Externa	1,422	146	10%
Hospitalización	17,514	4,917	28%
Emergencia	2,952	861	29%
Referido / Otros	1,134	303	27%
Parasitología	963	173	18%
Consulta Externa	423	78	18%
Hospitalización	342	54	16%
Emergencia	135	31	23%
Referido / Otros	63	10	16%
Bioquímica	110,394	27,189	25%
Consulta Externa	17,901	2,987	17%
Hospitalización	64,251	15,091	23%
Emergencia	19,404	6,235	32%
Referido / Otros	8,838	2,876	33%
Banco de Sangre	59,445	12,877	22%
Consulta Externa	17,667	4,037	23%
Hospitalización	31,230	6,851	22%
Emergencia	6,669	1,559	23%
Referido / Otros	3,879	430	11%
Urianálisis	13,617	2,785	20%
Consulta Externa	3,888	600	15%
Hospitalización	4,815	981	20%
Emergencia	4,815	1,136	24%
Referido / Otros	99	68	69%

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO SEPTIEMBRE 2020			
Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	1,480,311	1,596,865	108%
Alimentación y Dietas	371,412	467,087	126%
Hospitalización	371,412	467,087	126%
Medicina	5,013	4,628	92%
Ginecología	5,238	4,911	94%
Obstetricia	21,024	25,493	121%
Neonatología	335,619	431,835	129%
Otros (Convenios)	4,518	220	5%
Lavandería	1,077,237	1,098,398	102%
Hospitalización	1,002,816	1,021,842	1.01897
Medicina	54,459	56,788	104%
Ginecología	155,826	179,807	115%
Obstetricia	556,479	543,160	98%
Neonatología	236,052	242,087	103%
Consulta			
Consulta Médica Especializada	19,944	19,880	100%
Emergencias			
Emergencias	54,477	56,676	104%
Mantenimiento Preventivo			
Números de Orden	729	390	53%
Transporte			
Kilómetros Recorridos	30,933	30,990	100%

VI. ACTIVIDADES DE GESTION

TABLA XVI.									
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 2020	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 2020	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	
1.1.3	Implementar Sala Situacional de Salud	12	No.	Informes	U. Epidemiología	9	9	100%	En marzo se incluyeron datos epidemiológicos sobre COVID 19
1.1.4	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas durante 2020.	4	No.	Informe trimestral	Dirección / Comité Médico Asesor	1	1	100%	Los 3 productos de servicios finales sobrepasaron el 80% y los productos intermedios de
1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	89,127	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	38,781	27,767	72%	

1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	29,492	%	SPME	Jefe de Emergencia	24,192	32,892	136%	apoyo diagnóstico y rehabilitación reflejan bajo rendimiento por sub registro de datos de producción. Las metas de Servicios Generales han sido rebasadas, principalmente en el servicio de lavandería que duplicó la producción de libras de ropa en hospitalización para responder a la demanda por la bioseguridad del personal.
1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	39,033	%	SPME	Jefe de la División Médica	33,570	31,509	94%	
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	401,022	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	370,071	138,433	37%	
1.1.4.5	Brindar servicios de laboratorio y banco de sangre	411,452	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	329,904	94,492	29%	
1.1.4.6	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	2,130,551	%	SPME	Jefe de División Administrativa	1,480,311	1,596,865	108%	
1.1.5	Apertura Programática de tercer nivel de atención y programación de metas para 2021.	1	No.	SPME	U. Planificación	1	1	100%	Programado para el tercer trimestre 2019
2	Objetivo : Contribuir al Desarrollo Infantil Temprano por medio de la atención especializada a la mujer y al recién nacido								
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	2,736	1,433	52%	Se está incrementando la consejería de P.F. en las embarazadas de alto riesgo en el puerperio inmediato.
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	6,840	%	SPME	U. de Planificación	4,176	7,800	187%	La consulta de control de embarazos de alto riesgo se priorizó en la consulta externa y se tuvo incremento de la demanda de partos.
2.1.3	Atención especializada de perinatología	1,924	%	SPME	U. de Planificación	1,458	1,165	80%	
2.1.4	Atención especializada del parto	7,322	%	SPME	U. de Planificación	5,337	6,778	127%	
2.1.5	Atención especializada de puerperio	4,548	%	SPME	U. de Planificación	3,159	3,652	116%	En el servicio de puerperio se incrementó la demanda por parto espontáneo
2.1.6	Monitoreo de la morbilidad obstétrica extrema	100%	%	Registro de MOE	Unidad de Epidemiología/ U. De Planificación	9	9	100%	A septiembre de 2020 se ha incrementado el número absoluto de muertes maternas (22) en relación a los

									años 2016-2019
2.1.7	Monitoreo mensual de la muerte materna	12	No.	SIMMOW	Unidad de Epidemiología/ U. De Planificación	9	9	100%	una muerte ocurrió en el mes de enero, 3 en el mes de marzo, 2 en abril, 3 en mayo, 4 en junio, 4 en julio, 3 en agosto y 2 en septiembre. 9 de las 22 muertes ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de eclampsia, hemorragia cerebral, embolismo y SARS COV 2
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	3,249	3,167	97%	la mortalidad infantil en el hospital se ha reducido gradualmente

2.2.2	Monitoreo de la prematurez y sus complicaciones	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	9	9	100%	cada año: 0% relación a 2016, -6% en relación a 2017, -24% en relación a 2018 y -30% en relación a 2019.
2.2.3	Monitoreo de las muertes perinatales y neonatales	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	9	9	100%	
2.2.4	Referir recién nacidos para programa madre canguro a nivel nacional	100%	%	Informes	Depto. Neonatología	100	50	50%	

2.2.5	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 de Neonatología	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	En el contexto de la pandemia COVID 19 se incrementaron las medidas de bioseguridad por parte del personal desde el mes de marzo.
2.2.6	Atención especializada en Cuidados Intensivos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal han disminuido en 2020 gracias al rigor en las medidas de bioseguridad.
2.2.7	Atención especializada en Cuidados Intermedios del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	
2.2.8	Atención especializada en Cuidados Mínimos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	

2.2.9	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 reparos de gastrosquisis.
3	Objetivo: Mejorar la salud de la mujer mediante la Atención Oncológica Integral, con enfoque de curso de vida.								
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	4,500	3,598	80%	Durante enero a septiembre de 2020 se han reducido las cirugías y se han incluido las la quimioterapias de hospitalización y de hospital de día por lo que superaron el 100%. Los pacientes que son saludables y
3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cancer	1,629	%	SPME	Médico encargado del programa	906	906	100%	

3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	2,736	%	Registros	Médico encargado del programa	486	712	147%	tienen cánceres curables que requieren la implementación oportuna de cirugía, quimioterapia o radiación, lamentablemente e consideran que el riesgo de contraer COVID-19 puede superar los beneficios del tratamiento contra el cáncer.
4	OBJETIVO: Mejorar la calidad de la fuerza laboral con altos estándares de desempeño y bioética asistencial								
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 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	6	6	100 %	Se pausaron todas las actividades académicas durante el mes de marzo por la pandemia COVID 19
4.1.3	Ejecutar el Plan de enseñanza del Departamento	10	Resultados enviados	documento escrito	Coordinador académico	9	6	66%	
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	9	9	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.	11	%	Protocolos de investigación	Médicos encargados de investigación y la unidad de investigación	11	11	100 %	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog	Realiz	%	
5	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 en el hospital.								
5.1	Elaboración y evaluación de PAO 2020	1	PAO Elaborada	PAO 2020	Saneamiento Ambiental	1	1	100%	Registro incompleto de actividades en tabulador diario.
5.2	Resultado esperado: Calidad de agua para el consumo humano.								
5.2.1	Inspección al sistema de abastecimiento de agua intrahospitalario	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 24 de agua.	Saneamiento Ambiental.	3	3	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)

5.2.2	Toma y envió de muestras microbiológicas	24	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	6	9	150%	Lecturas de cloro fuera de norma, inexistencia de frascos para toma de muestras, entrega de muestras en horario y día no asignado.
5.2.3	Toma y envió de muestras físico químicas	2	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	1	1	100%	
5.2.4	Toma y envió de muestras traza de metales	2	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	1	1	100%	
5.2.5	Toma y envió de muestras de pozo	3	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	1	2	200%	
5.2.6	Lecturas de cloro residual	720	Numero de lecturas de cloro diaria	Bitácoras de lecturas de cloro diario.	Saneamiento Ambiental.	189	183	97%	
5.3	Resultado esperado: Vigilancia de aguas residuales de tipo ordinaria y especial.								
5.3.1	Vigilancia sanitaria a la PTAR	12	Numero de supervisiones programadas	Reportes de la empresa de la APK.	Saneamiento Ambiental.	3	3	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)

5.4	Resultado esperado: Seguridad en el manejo de desechos bioinfecciosos y sustancias químicas.								
5.4.1	Supervisiones de áreas generadoras de DB	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 23 de Desechos Bioinfecciosos.	Saneamiento Ambiental.	3	3	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.4.2	Supervisión a las áreas que almacenan sustancias qcos.	4	Numero de supervisiones programadas	Informes	Saneamiento Ambiental.	1	2	200%	
5.5	Resultado: Vigilancia a sitios de alta concurrencia con vigilancia sanitaria								
5.5.1	Supervisión a Morgue Hospitalaria	2	Numero de supervisiones programadas	Ficha de evaluación, Informes	Saneamiento Ambiental.	0	0	0%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.6	Resultado esperado: Vigilancia y control de alimentos.								
5.6.1	Envío de muestras microbiológicas (Leche maternizada)	36	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	9	13	144%	Entrega de muestras en horario y día no asignado.
5.6.2	Envío de muestras microbiológicas de leche en lata por entrada de lote.	4	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	1	3	300%	

5.6.3	Supervisión cafetines dentro del hospital	8	Numero de supervisiones programadas	Instrumento de inspección, Informes	Saneamiento Ambiental.	2	2	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.7	Resultado esperado: Vigilancia y control del dengue.								
5.7.1	Chequeo entomológico	12	Numero de chequeos entomológicos programados	Instrumento de inspección	Saneamiento Ambiental.	3	3	100%	Falta de insumos para las campañas (abate, material educativo).
5.7.2	Campañas de abatización	2	Numero de campañas programadas	Chequeos entomológicos.	Saneamiento Ambiental y CSSO.	1	0	100%	
5.8	Resultado esperado: Vigilancia de otras actividades de salud ambiental.								
5.8.1	Atención a denuncias	3	Número de denuncias atendidas	Notas de denuncias, Informes	Saneamiento Ambiental.	1	1	100%	Información incompleta para realizar acciones de prevención
5.8.2	Capacitaciones internas	3	Numero de capacitaciones programadas	Lista de asistencia	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	1	1	100%	Inasistencia de personal asignado, cambio de programación del uso del auditorio.

5.8.3	Capacitaciones externas	2	Numero de capacitaciones programadas	Lista de asistencia	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	0	0	100%	
5.8.4	Reuniones con comités.	24	Numero de reuniones programadas.	Acta de reuniones	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	6	3	50%	Inasistencia de los integrantes del comité

