

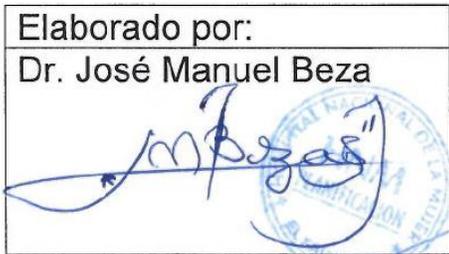
MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES  
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER  
"DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ".

HOSPITAL  
NACIONAL DE  
LA MUJER



# Informe de Resultados de enero a septiembre 2021

San Salvador, noviembre de 2021

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



## Tabla de contenido

<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>5</b>
<b>I RESULTADOS</b> .....	<b>6</b>
MORTALIDAD MATERNA.....	9
<b>UNIDAD DE PACIENTES CRITICOS</b> .....	<b>12</b>
<b>MORBIMORTALIDAD INFANTIL</b> .....	<b>16</b>
<b>SUPERVIVENCIA INFANTIL Y DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO</b> .....	<b>21</b>
OFTALMOLOGÍA Y RETINOPATÍA DEL PREMATURO.....	22
TAMIZAJE AUDITIVO.....	27
ULTRASONOGRAFÍA TRANSFONTANELAR.....	27
<b>II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.</b> .....	<b>29</b>
<b>III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL</b> .....	<b>33</b>
LA PREMATUREZ COMO PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA.....	36
FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ.....	37
MANEJO DEL BINOMIO MADRE-BEBÉ EN LA ERA COVID-19.....	38
<b>IV. ATENCION ONCOLOGICA</b> .....	<b>39</b>
HOSPITALIZACIONES.....	39
QUIMIOTERAPIAS Y CUIDADOS PALIATIVOS.....	40
<b>V. COVID 19</b> .....	<b>42</b>
ATENCIÓN DEL CÁNCER DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.....	42
COVID 19 Y COMORBILIDADES.....	44
COVID-19 PROLONGADO.....	44
<b>VI. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS</b> .....	<b>46</b>
<b>VII. ACTIVIDADES DE GESTION</b> .....	<b>55</b>



## INTRODUCCION

Para 2021 a nivel global se está dando una tercera oleada de casos de COVID 19 con cambios en la patogenicidad del virus que deberán ser consideradas para el mantenimiento de las medidas de control, incluyendo la cobertura de vacunación para la población como una estrategia medular de la atención preventiva a nivel nacional.

Se sabe que el riesgo de enfermar gravemente tras infectarse por SARS-CoV-2 es mayor en personas mayores y en aquellas con afecciones de salud subyacentes.

Conocer la cantidad de individuos con mayor riesgo de padecer la COVID19 con síntomas graves puede fundamentar el diseño de estrategias de protección, manejo y cuidado de las afecciones crónicas, así como orientar la distribución de vacunas. (OMS).

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, a su vez, efecto de múltiples factores y cuya inercia determina la atención de recuperación y rehabilitación en los establecimientos de los diferentes niveles de atención y principalmente en la red hospitalaria.

El total de muertes hospitalarias incluyendo a los recién nacidos y mujeres adultas se incrementó en 16% y, si bien, el número de muertes maternas en el período ha disminuido en relación con 2020 la tendencia mensual sugiere un incremento importante para el último trimestre del año 2021, ya que en solo en septiembre han ocurrido el 40% de las 20 acaecidas desde enero 2021 y 9 de las 20 (45%) fueron por COVID 19 desde el mes de agosto a septiembre. De 2017 a 2021 el porcentaje de muertes maternas que ocurren en nuestro hospital han incrementado de 19% a 56%, lo cual sugiere la pertinencia de mejorar el fortalecimiento de la red hospitalaria nacional en los servicios de maternidad y peri-neonatología a nivel nacional.

En general, el 72% de las muertes hospitalarias corresponden a recién nacidos, 46% por afecciones originadas en el período perinatal, 20% por malformaciones congénitas y 5% por ciertas enfermedades infecciosas.

## I RESULTADOS

Durante 2021 se ha visto una reducción en las hospitalizaciones por las principales causas de egreso que, para el período de enero a septiembre, a 2021 siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio" (5,131 egresos), "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (2,132 egresos) ambos con variaciones relacionadas con la tendencia de embarazos que han disminuido para 2021. Los "Tumores (neoplasias)" (1,176 egresos), que, se han incrementado en relación con 2020 (1,124). (Gráfico 1)

**GRAFICO 1**

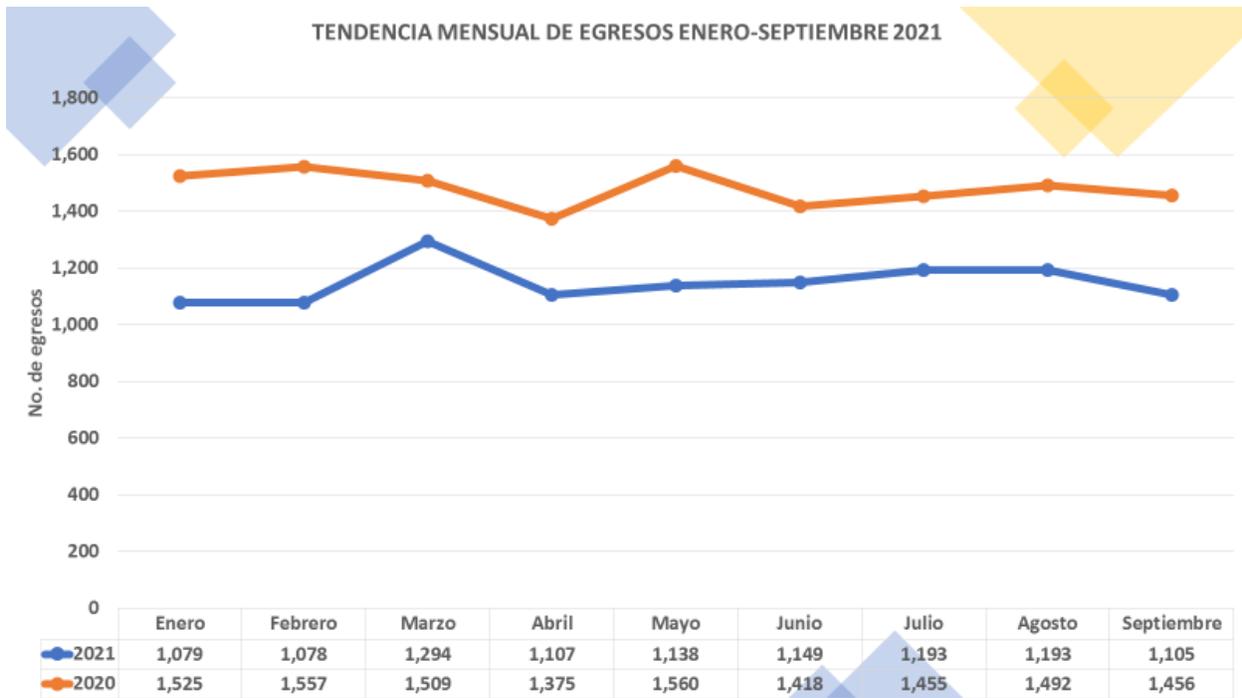


Fuente: SIMMOW-, Atención hospitalaria, enero-septiembre 2017-2021

Al revisar la tendencia mensual de egresos de enero a septiembre de los años 2020 y 2021 a nivel nacional, en el GRAFICO 2 se puede observar una brecha que se redujo en marzo y abril pero que ha evolucionado al incremento desde abril hasta septiembre.

## GRAFICO 2

TENDENCIA MENSUAL DE EGRESOS ENERO-SEPTIEMBRE 2021



Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria MINSAL, enero-septiembre 2020-2021

En ambos gráficos destaca la reducción en las hospitalizaciones durante 2021 con relación a 2020.

**TABLA 1**  
**Lista de Morbilidad por Capítulos**

<b>Lista de Morbilidad por Capítulos enero-septiembre 2021, Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"</b>							
<b>No.</b>	<b>Grupo de causas</b>	<b>Muertes</b>	<b>Egresos</b>	<b>Tasa de Egreso</b>	<b>Tasa de Letalidad</b>	<b>Tasa de Mortalidad</b>	<b>Días Estancia</b>
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	8	5,135	75.9	0.16	0.12	17,036
2	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	112	2,132	31.51	5.25	1.66	27,963
3	Tumores (neoplasias) (C00-D48)	31	1,176	17.38	2.64	0.46	3,137
4	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	2	469	6.93	0.43	0.03	1,399
5	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicos (E00-E90)	0	242	3.58	0	0	687
6	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	1	217	3.21	0.46	0.01	894
7	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1	197	2.91	0.51	0.01	608
8	Código de propósitos especiales (U00-U97)	12	186	2.75	6.45	0.18	1,241
9	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	49	143	2.11	34.27	0.72	894
10	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	20	129	1.91	15.5	0.3	1,694
	Demás causas	6	310	0	0	0.09	1,325
	2021	242	10,336	152.77	0	3.58	56,878
	2020	209	13,347	197.27	0	3.09	71,223
	Variación en relación a 2020	16%	-23%	-23%	ND	16%	-20%

**Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero-septiembre 2021**

Según la tabla 1 se puede observar un incremento de 16% en el número de muertes y

una reducción de -23% en el total de egresos con reducción de -20% en los días de estancia en relación con el año 2020.

## **MORTALIDAD MATERNA**

A nivel institucional, MINSAL reporta una reducción de 6 muertes maternas en relación con el período de enero a septiembre de 2020 (de 42 a 36 muertes maternas). En el Hospital ocurrieron 20 muertes maternas, 2 menos que en 2020, con un promedio mayor que los años previos de 2017 a 2019 (Gráfico 3).

Según la Tabla 2: una muerte ocurrió en el mes de enero, 2 en el mes de marzo, 2 en el mes de abril, 1 en mayo, 2 en junio, 1 en julio, 3 en agosto y 8 en septiembre. De las 20 muertes, 6 ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de hemorragia, preeclampsia severa, coagulación intravascular diseminada, y sepsis.

Por procedencia 11 del área rural y 9 del área urbana: Ahuachapán 1, Cabañas 1, Chalatenango 2, La Libertad 3, La Paz 2, San Miguel 1, San Salvador 4, Santa Ana 2 y Sonsonate 4.

Por edades: fallecieron una adolescente de 16 años, 3 mujeres de 20 a 24 años, 5 de 25 a 29 años, 4 de 30 a 34 años, 6 de 35 a 39 años y 1 de 41 años.

De las 4 mujeres que murieron en las primeras 24 horas 2 eran procedentes del área urbana y 2 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 que viven en condiciones de hacinamiento, ausencia de servicios básicos, baja escolaridad, pobreza y las barreras geográficas, económicas y culturales. (TABLA 2)

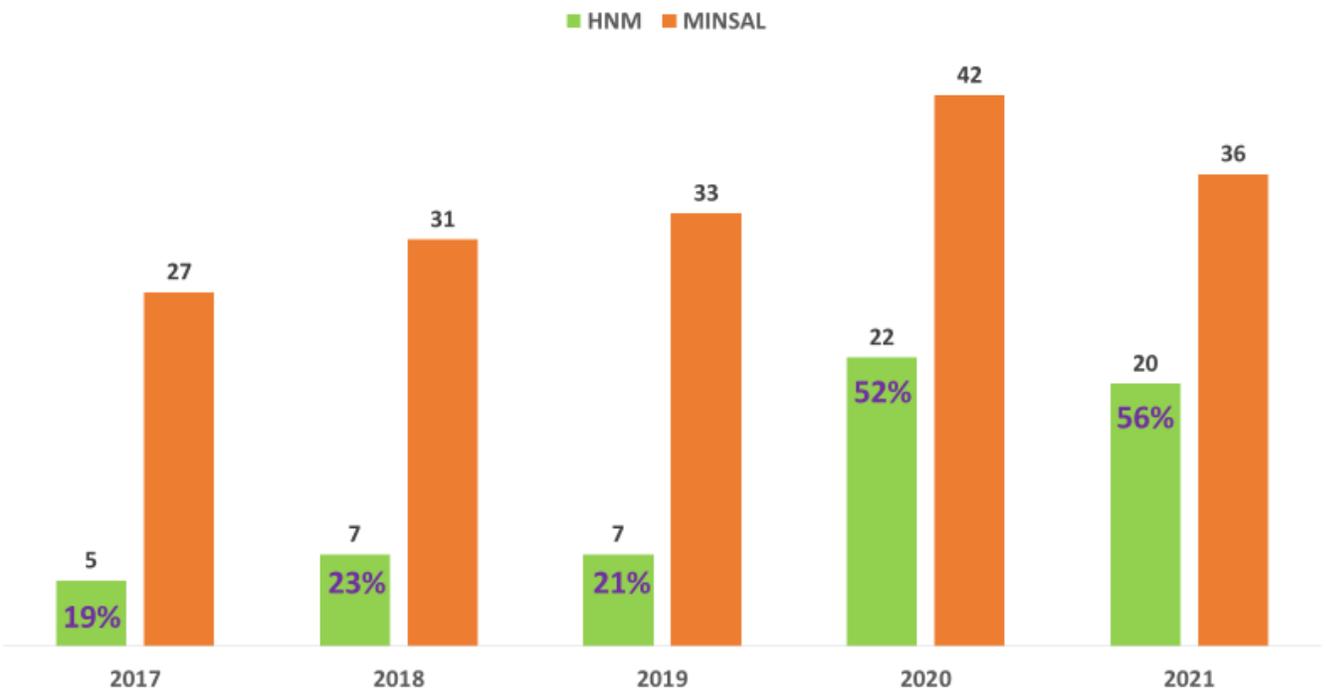
**TABLA 2**

MUERTES MATERNAS ENERO - SEPTIEMBRE 2021, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ"								
No.	Fecha de defunción	Departamento	Municipio	Area de residencia	Edad	Diagnóstico Principal	Servicio	Días de Estancia
1	19/01/2021	San Salvador	ILOPANGO	U	27	Hemorragia postparto	EMERGENCIA	1
2	16/03/2021	San Salvador	APOPA	U	28	Neumonía	INFECTOLOGIA	21
3	10/03/2021	Sonsonate	CUISNAHUAT	R	35	Mola hidatiforme	OBSTETRICIA	2
4	01/04/2021	Sonsonate	NAHUIZALCO	U	24	Otras hemorragias postparto	INFECTOLOGIA	6
5	20/04/2021	San Salvador	APOPA	U	25	Preeclampsia severa	CIRUG.OBSTETRIC	1
6	29/05/2021	Chalatenango	CONCEPCION QUEZALTEPEQUE	R	21	Coagulación intravascular diseminada	CIRUG.OBSTETRIC	1
7	07/06/2021	Cabañas	SENSUNTEPEQUE	R	16	Mola hidatiforme	OBSTETRICIA	6
8	02/07/2021	La Paz	SAN LUIS DE LA HERRADURA LP	R	32	Aborto Séptico	INFECTOLOGIA	2
9	30/06/2021	La Libertad	LA LIBERTAD LL	R	31	Sepsis no especificada	INFECTOLOGIA	1
10	16/08/2021	Chalatenango	SANTA RITA CH	U	25	COVID-19	INFECTOLOGIA	13
11	23/08/2021	La Libertad	ZARAGOZA	U	38	COVID-19	INFECTOLOGIA	14
12	08/09/2021	San Salvador	DELGADO	U	27	COVID-19	INFECTOLOGIA	16
13	31/08/2021	San Miguel	CHAPELTIQUE	R	30	COVID-19	INFECTOLOGIA	29
14	19/09/2021	Ahuachapán	CONCEPCION DE ATACO	R	39	Eclampsia en el embarazo	CIRUG.OBSTETRIC	8
15	21/09/2021	La Paz	SAN FRANCISCO CHINAMECA	R	41	COVID-19	INFECTOLOGIA	13
16	10/09/2021	Sonsonate	SAN JULIAN	R	39	Sospecha COVID-19	INFECTOLOGIA	31
17	23/09/2021	La Libertad	SAN JOSE VILLANUEVA	U	24	Aborto Séptico	INFECTOLOGIA	3
18	25/09/2021	Sonsonate	ARMENIA	U	39	COVID-19	INFECTOLOGIA	13
19	25/09/2021	Santa Ana	SAN SEBASTIAN SALITRILLO	R	37	COVID-19	INFECTOLOGIA	12
20	28/09/2021	Santa Ana	SANTA ANA	R	31	COVID-19	INFECTOLOGIA	18

Fuente: SIMMOW- Defunciones maternas, enero-septiembre 2021

### GRAFICO 3

No. de muertes maternas enero septiembre, HNM-MINSAL, 2017-2021



Fuente: SIMMOW-, defunciones maternas, enero-septiembre 2017-2021

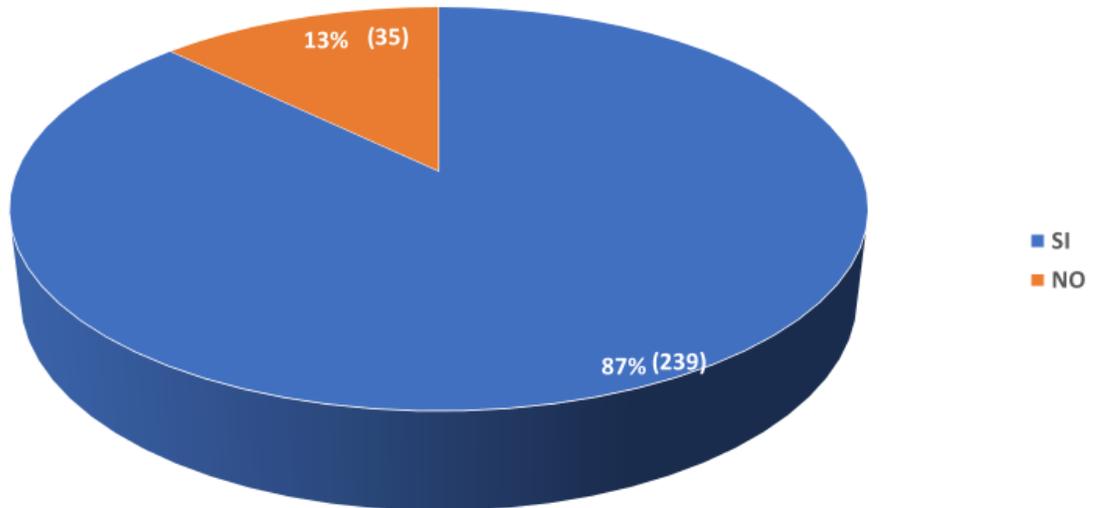
De 2017 a 2021 el porcentaje de muertes maternas que ocurren en nuestro hospital han incrementado de 19% a 56%, lo cual sugiere una mejora en el fortalecimiento de la red hospitalaria nacional en los servicios de maternidad y peri-neonatología a nivel nacional.

## UNIDAD DE PACIENTES CRITICOS

Se ingresaron un total de 274 mujeres durante el período, el 87% (239) con Morbilidad Obstétrica Extrema (MOE), y 13% por padecimiento gineco-oncológico (35). (Gráfico 4)

### GRAFICO 4

Casos de Morbilidad Obstétrica Extrema en Unidad de Pacientes Críticos, enero - septiembre, 2021, HNM. N: 274



La efectividad del servicio fue de 87% con un traslado de 239 pacientes en condición estable.

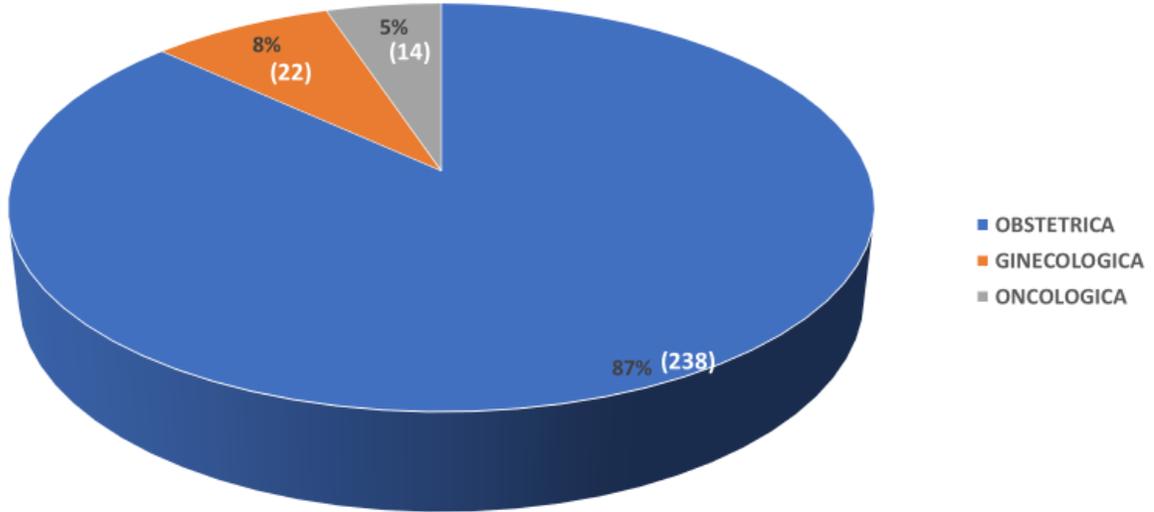
En total se ingresaron 84 pacientes sospechosas de COVID 19 de los cuales fueron confirmados 77.

Según rangos de edad el 74% de las mujeres ingresadas para cuidados críticos fueron entre 20 y 39 años, 14 % fueron mayores de 40 años y 11% fueron adolescentes entre 14 y 19 años.

El 87% de las pacientes ingresadas a UCP fueron obstétricas y el 13 % fueron gineco oncológicas (Gráfico 5)

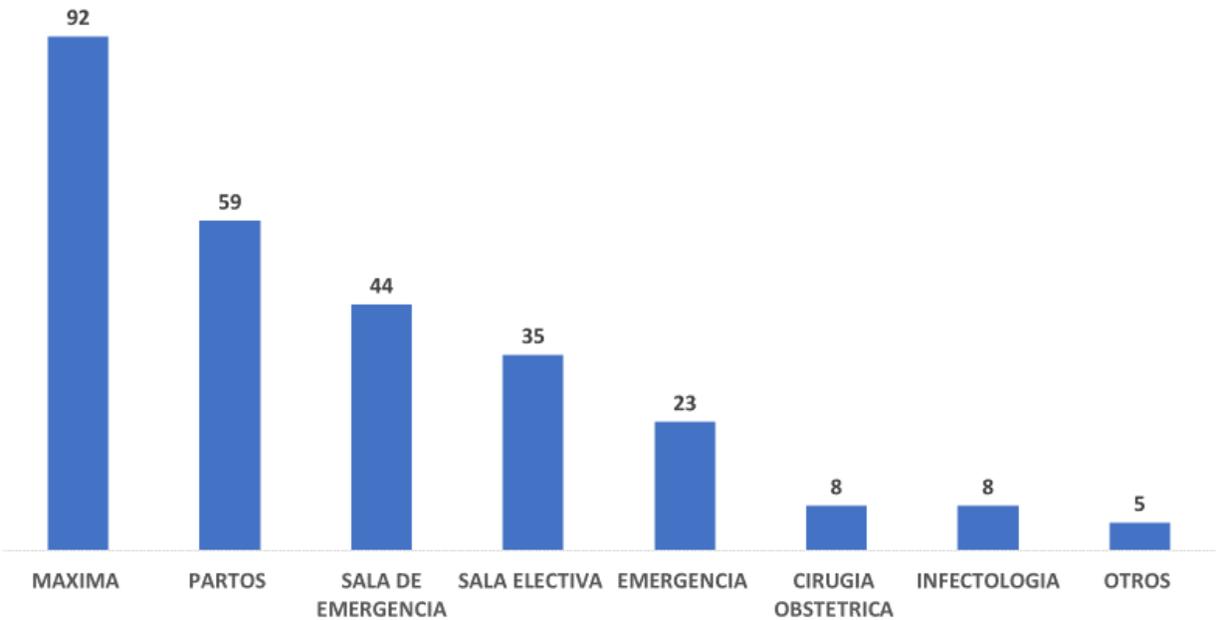
## GRAFICO 5

Distribución por tipo de paciente, enero septiembre 2021, HNM. N: 274



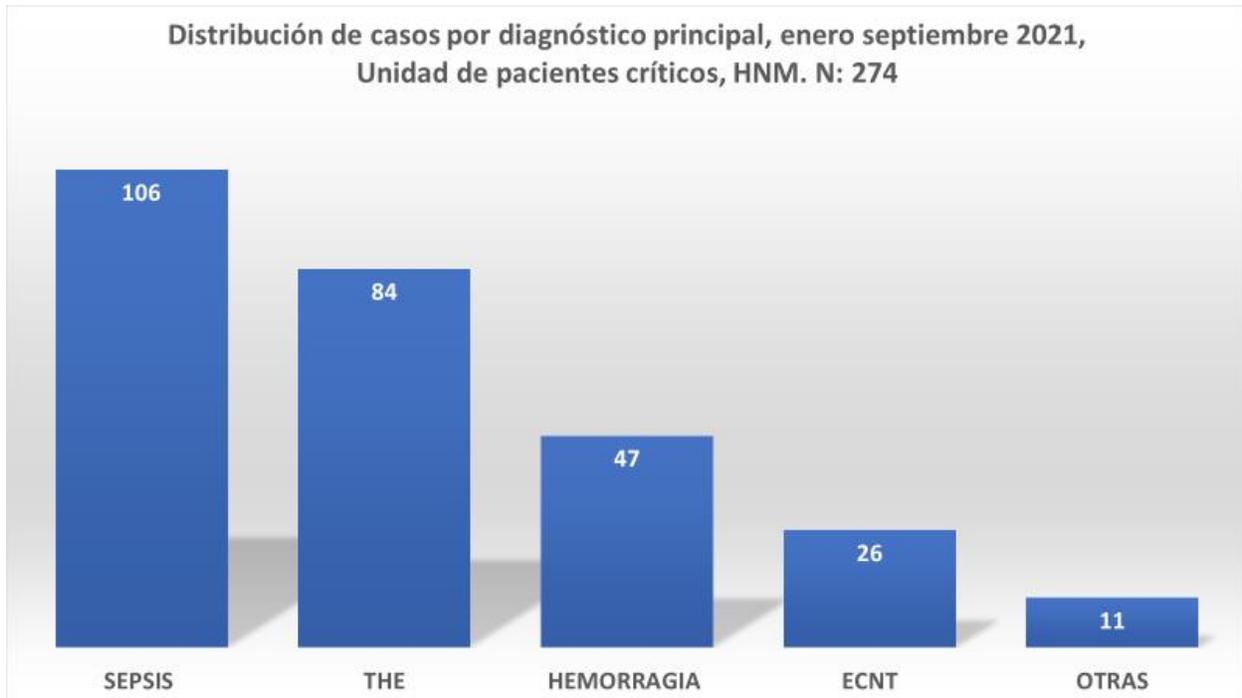
## GRAFICO 6

Servicio de procedencia, enero septiembre 2021, HNM. N: 274



El 56% de las transferencias a la Unidad de Pacientes Críticos se realizan desde los servicios de Máxima Urgencia y Partos, el 21% de las salas de cirugía electiva (13%) y de la sala de emergencia (8%). El 8% son casos graves transferidos directamente del servicio de emergencia, el restante 8% son mujeres que se complican en los servicios de cirugía obstétrica (3%) Infectología (3%) y otros (2%). (Gráfico 6)

### GRAFICO 7



La principal causa de transferencia a la UPC son las infecciones, seguida de los trastornos hipertensivos del embarazo, las hemorragias en tercer lugar y las comorbilidades de ECNT (diabetes, hipertensión, tumores y neoplasias, enfermedad renal) y otras (anafilaxis, hígado graso. edema agudo de pulmón, hemangioma cerebral, litiasis uretral)

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 49% (135) hubo necesidad de ventilación mecánica. Las estancias arriba de los 10 días corresponden al 16% con 43 casos y las estancias menores de 10 días representan el 84% con 231 casos con un promedio de estancia de 6 días.

**TABLA 3**

PERFIL DE MORTALIDAD DE LA UNIDAD DE PACIENTES CRITICOS, HNM.				
No.	TIPO DE PACIENTE	EDAD	DIAS DE ESTANCIA	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
1	ONCOLOGICA	59	5	CHOQUE MIXTO
2	OBSTETRICA	28	22	PANCREATITIS AGUDA
3	OBSTETRICA	35	2	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA
4	GINECOLOGICA	23	2	ABDOMEN SEPTICO
5	OBSTETRICA	24	2	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA
6	GINECOLOGICA	43	23	NEUMONIA GRAVE
7	OBSTETRICA	21	2	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA
8	OBSTETRICA	16	7	CHOQUE MIXTO
9	OBSTETRICA	31	2	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
10	OBSTETRICA	32	3	CHOQUE SEPTICO
11	ONCOLOGICA	47	1	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
12	ONCOLOGICA	70	2	CHOQUE SEPTICO
13	GINECOLOGICA	86	4	CHOQUE HEMORRAGICO
14	OBSTETRICA	30	30	NEUMONIA GRAVE
15	OBSTETRICA	25	14	NEUMONIA GRAVE
16	OBSTETRICA	38	15	NEUMONIA GRAVE
17	OBSTETRICA	39	32	NEUMONIA GRAVE
18	ONCOLOGICA	27	7	CHOQUE SEPTICO
19	OBSTETRICA	27	14	NEUMONIA GRAVE
20	OBSTETRICA	31	21	NEUMONIA GRAVE
21	OBSTETRICA	41	13	NEUMONIA GRAVE
22	OBSTETRICA	39	14	NEUMONIA GRAVE
23	OBSTETRICA	37	13	NEUMONIA GRAVE
24	OBSTETRICA	31	23	NEUMONIA GRAVE
25	OBSTETRICA	36	20	NEUMONIA GRAVE
26	OBSTETRICA	33	42	NEUMONIA GRAVE
27	OBSTETRICA	28	18	NEUMONIA GRAVE
28	OBSTETRICA	26	18	NEUMONIA GRAVE
29	OBSTETRICA	15	12	NEUMONIA GRAVE
30	OBSTETRICA	35	22	NEUMONIA GRAVE

**Fuente: Censo UPC, enero septiembre 2021**

En el servicio fallecieron 30 pacientes de las cuales 23 fueron pacientes obstétricas, 3 ginecológicas por complicaciones quirúrgicas y 4 oncológicas con cáncer de ovario (2) y cáncer de cérvix (2). (Tabla 3)

### MORBIMORTALIDAD INFANTIL

La focalización agregada en la situación de la pandemia por Covid 19 agrega riesgos biopsicosociales 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. En relación con 2020 el total de muertes neonatales (de 150 a 174) y la tasa de mortalidad incrementaron en 19% (de 2.22 a 2.57), y los egresos y la estancia hospitalaria disminuyeron en -27% y -23% respectivamente. (Tabla 4).

**TABLA 4**

Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo enero - septiembre 2021 HNM							
Servicio: Neonatología							
No.	Grupos de causas	Muertes	Egresos	Tasa de Egreso	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Días de Estancia
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	112	2134	31.54	5.25	1.66	28112
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	49	120	1.77	40.83	0.72	839
3	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	12	24	0.35	50	0.18	1114
4	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	0	19	0.28	0	0	167
5	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	0	3	0.04	0	0	60
6	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	1	2	0.03	50	0.01	72
7	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	0	2	0.03	0	0	15
8	Código de propósitos especiales (U00-U97)	0	1	0.01	0	0	4
9	Tumores(neoplasias)(C00-D48)	0	1	0.01	0	0	3
10	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	0	1	0.01	0	0	31
	Demás causas	0	1	0	0	0	28
	2021	174	2308	34.11	0	2.57	30445
	2020	150	3174	46.91	ND	2.22	39520
	Variación 2021 en relación con 2020	16%	-27%	-27%	ND	16%	-23%

**Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero - septiembre 2020-2021**

En general el 72% de las muertes hospitalarias (242) corresponden a recién nacidos (174), 46% (112) por afecciones originadas en el período perinatal, 20% (49) por malformaciones congénitas y 5% por ciertas enfermedades infecciosas (12)

En todo el quinquenio de 2017 a 2021, comparando el resultado de 2021, la mortalidad infantil en el hospital ha variado gradualmente cada año: incrementó 52% relación con 2017, 22% en relación con 2018, 11% en relación con 2019, con incremento de 61% en relación con 2020 con una variación promedio al alza de 37% en el transcurso de los 5 años. (Tabla 5).

**TABLA 5**

	Variación anual			
	21-17	21-18	21-19	21-20
<b>T.M. MORTALIDAD INFANTIL</b>	<b>52%</b>	<b>22%</b>	<b>11%</b>	<b>61%</b>

**Fuente: Elaboración Propia, Defunciones en menores de 5 años SIMMOW enero - junio 2020-2021**

Es importante considerar que de 2020 a 2021 el número de muertes neonatales e infantiles aumentaron en 10% (de 134 a 147) y 15% (de 151 a 174) respectivamente, el número de nacidos vivos disminuyó en 28% (de 6,920 en 2020 a 4,960 en 2021), en consecuencia, las tasas de mortalidad neonatal e infantil por mil nacidos vivos incrementaron en 53% (de 19.4 a 29.6) y 61% (de 21.8 a 35.1) respectivamente (TABLA 6).

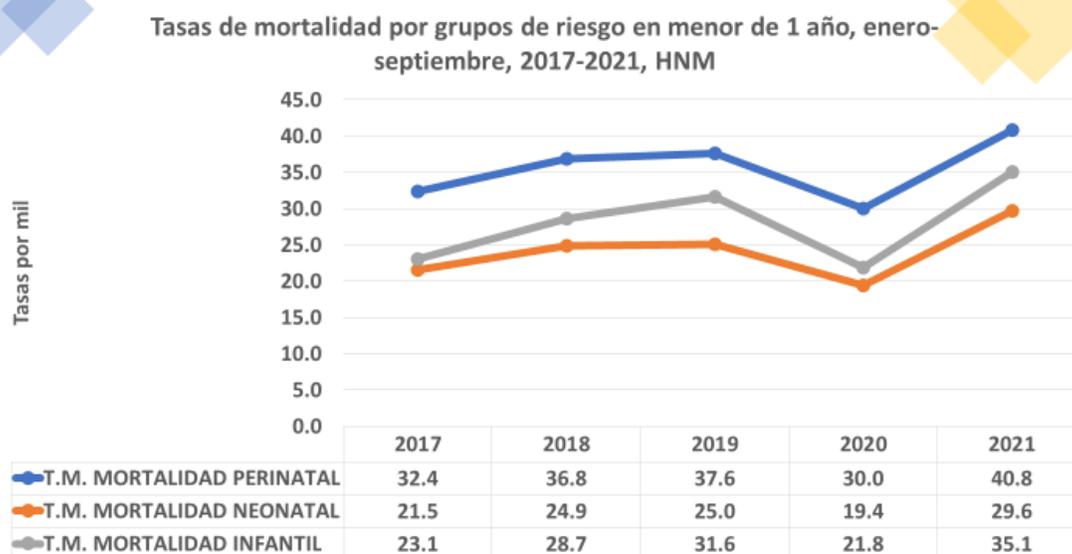
**TABLA 6**

<b>No. DE MUERTES Y TASAS DE MORTALIDAD DE ENERO A SEPTIEMBRE 2017-2021 HNM</b>					
<b>HNM</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Nacido muerto	98	90	98	89	86
M. Neonatal temprana	110	110	113	121	120
M. Perinatal	208	200	211	210	206
M. Neonatal tardía	26	23	25	13	27
M. Neonatal	136	133	138	134	147
M. Infantil	146	153	174	151	174
m. Menor de 5 años	146	153	174	151	174
M. Materna	5	7	7	22	20
Nacido vivo	6,323	5,339	5,509	6,920	4,960
Nacimientos	6,421	5,429	5,607	7,009	5,046
T.M. FETAL	15.3	16.6	17.5	12.7	17.0
T.M. MORTALIDAD PERINATAL	32.4	36.8	37.6	30.0	40.8
T.M. MORTALIDAD NEONATAL	21.5	24.9	25.0	19.4	29.6
T.M. MORTALIDAD INFANTIL	23.1	28.7	31.6	21.8	35.1
T.M. MORTALIDAD < 5 a.	23.1	28.7	31.6	21.8	35.1
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA POR MIL N.V.	0.8	1.3	1.3	3.2	4.0

**Fuente: SIMMOW, Defunciones enero septiembre Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2017-2021**

Como resultados de impacto, en el gráfico 8, se incluyen las tasas de mortalidad calculadas con los datos acumulados de enero a septiembre de 2017 a 2021, con el fin de analizar el comportamiento de la tendencia de los indicadores. La tendencia quinquenal de las tasas de mortalidad por los grupos de riesgo en el hospital presenta un repunte en el año 2021 en relación con 2020, muy similar a la tendencia de 2018 y 2019.

**Gráfico 8**



Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-septiembre 2017-2021

**TABLA 7**

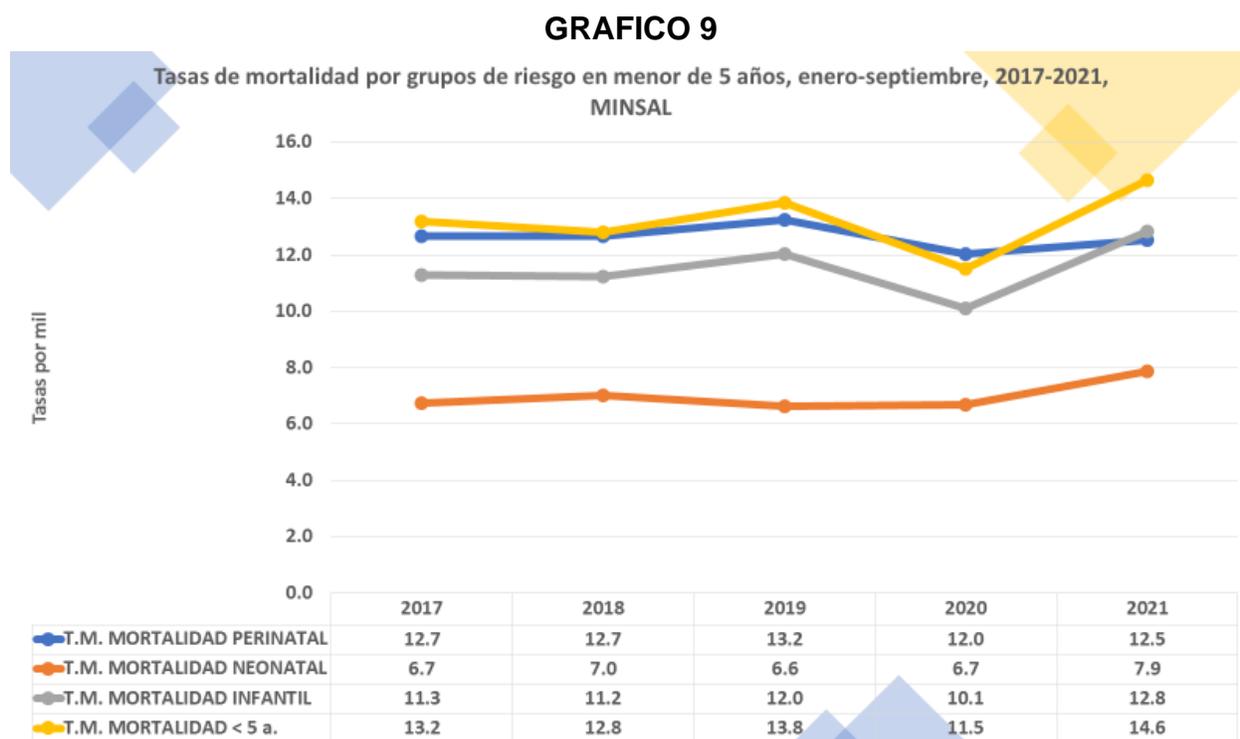
No. DE MUERTES Y TASAS DE MORTALIDAD DE ENERO A SEPTIEMBRE 2017-2021 MINSAL					
	2017	2018	2019	2020	2021
M. Infantil	583	570	570	483	527
m. Menor de 5 años	680	650	656	550	602
M. Materna	27	31	33	42	36
Nacido vivo	51,580	50,709	47,382	47,773	41,104
T.M. MORTALIDAD INFANTIL	11.3	11.2	12.0	10.1	12.8
T.M. MORTALIDAD < 5 a.	13.2	12.8	13.8	11.5	14.6

Fuente: SIMMOW, Defunciones enero-septiembre Nivel Central, Ministerio de Salud 2017-2021

A nivel institucional, de 2020 a 2021 el número de muertes infantiles y de los menores de 5 años aumentaron en 9%, el número de nacidos vivos disminuyó en 14% (de 47,773 en 2020 a 41,104 en 2021), (Tabla7) en consecuencia, las tasas de mortalidad neonatal, mortalidad infantil y del menor de 5 años por mil nacidos vivos incrementaron en 18% (de 6.7 a 7.9), 27% (de 10.1 a 12.8) y 27% (de 11.5 a 14.6) respectivamente. (Gráfico 9).

El número de muertes perinatales se redujo en 11% (de 579 a 518) y la tasa de mortalidad perinatal por mil nacimientos solo incrementó un 4% en relación con 2020 (12 a 12.5).

El mismo gráfico muestra la tendencia quinquenal de las tasas de mortalidad institucionales del nivel central de MINSAL por los grupos de riesgo, con un repunte en el año 2021 en relación con 2020, muy similar a la tendencia de 2018 y 2019 a excepción de la tasa de mortalidad perinatal que presentó cierta estabilidad con leve incremento en 2021 con valores mínimos con relación a los años 2017 a 2019.



Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-septiembre 2017-2021

Para prevenir incrementos en la mortalidad infantil, 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 en la cobertura de vacunación contra COVID 19 y demás intervenciones preventivas desde el primer nivel de atención, relacionadas con los diferentes grupos poblacionales por curso de vida y hay que tratar de mantener las medidas de bioseguridad hospitalaria que han permitido, en el pasado, atenuar el riesgo de morbimortalidad infantil a nivel nacional.

El desafío a nivel sistémico en toda la red de servicios de salud desde el primer nivel de atención es contener los efectos de epidemias mientras se atienden sus efectos sobre la madre y la salud infantil, y asegurar que los servicios de salud esenciales sean continuos y sostenibles en el tiempo.

### **Supervivencia infantil y Desarrollo Infantil Temprano**

La Política Nacional de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano “CRECER JUNTOS”, en el ámbito de derechos, incluye el Derecho a la Vida, la supervivencia y el desarrollo. En consecuencia, el Hospital Nacional de la Mujer implementa la provisión Servicios especializados de Obstetricia y Neonatología para el bienestar fetal y la supervivencia neonatal con el soporte técnico asistencial de Cuidados Intensivos de mujeres embarazadas y los Cuidados Intensivos, Intermedios y Mínimos de los recién nacidos, incluyendo intervenciones para el control prenatal de embarazadas de alto riesgo, promover el neurodesarrollo y prevenir discapacidades que puedan afectar el desarrollo sicomotriz y el potencial de aprendizaje para las diferentes etapas de la vida.

En general la supervivencia infantil es un indicador que en nuestro país supera el 90%, no obstante, es importante analizar la situación de la tendencia según las tasas de mortalidad infantil para verificar el comportamiento de la supervivencia por cada mil nacidos vivos.

Las tasas de supervivencia infantil en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” han variado hacia el descenso por la relación de la situación perinatal asociada a la baja edad gestacional y la alta incidencia de prematurez como la principal complicación neonatal del embarazo.

En materia de neurodesarrollo, es importante señalar que los datos de mortalidad, morbilidad y supervivencia no reflejan por sí solos la complejidad del problema; un índice de sobrevivencia alto no significa que un elevado porcentaje de los sobrevivientes sea normal.

Es posible (con el apoyo ventilatorio intenso y prolongado) lograr índices bajos de mortalidad en neonatos que han sufrido hipoxia grave, hemorragia intracraneana o ambas, pero que después desarrollan secuelas neurológicas graves y deficiencias intelectuales.

En general, los índices de mortalidad se han reducido sustancialmente; sin embargo, los defectos neurológicos de los sobrevivientes pueden ser más serios con mayor frecuencia de secuelas neurológicas graves.

Lo anterior justifica las **intervenciones neonatales** que permiten la detección temprana de complicaciones que pueden dejar secuelas neurológicas que afectan de manera directa el **neurodesarrollo de los recién nacidos** y la primera infancia. Estas intervenciones son:

## **Oftalmología y Retinopatía del Prematuro**

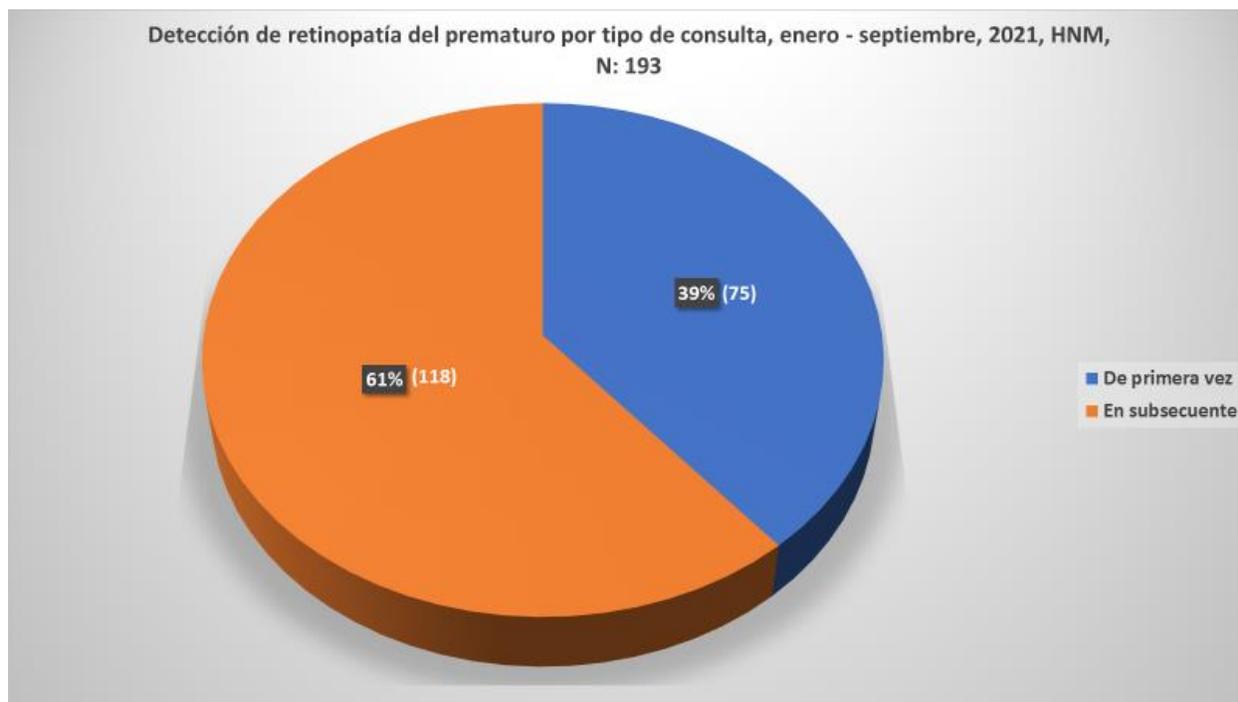
La retinopatía del prematuro generalmente afecta a los bebés nacidos antes de la semana 31 de embarazo y que pesan 1,250 gramos o menos al nacer. En la mayoría de los casos, la retinopatía del prematuro se resuelve sin tratamiento, sin causar daño. La retinopatía del prematuro avanzada, sin embargo, puede causar problemas de visión permanentes o ceguera, lo cual representa alto riesgo de discapacidad para el neurodesarrollo y el aprendizaje. <https://www.mayoclinic. La retinopatía del prematuro>.

En el hospital se realiza **detección activa de casos de retinopatía** en el 100% de recién nacidos prematuros, para prevenir problemas de visión permanentes o ceguera.

Un mínimo porcentaje requiere de terapia con láser, para salvar la vista en la parte principal del campo visual, pero a costa de la visión lateral o periférica.

De enero a septiembre de 2021 se realizaron 910 evaluaciones oftalmológicas para la detección de retinopatía, 482 de primera vez y 428 subsecuentes con una concentración de 1.9 evaluaciones. Se detectaron 193 pacientes con retinopatía, 75 en evaluación de primera vez (39%) y 118 en evaluación subsecuente (61%) (Gráfico 10), lo cual sugiere el posible efecto de la hipoxia y la necesidad de oxigenoterapia que puede disminuir la vasculogénesis de la retina, posterior a la primera evaluación del recién nacido prematuro.

## GRAFICO 10

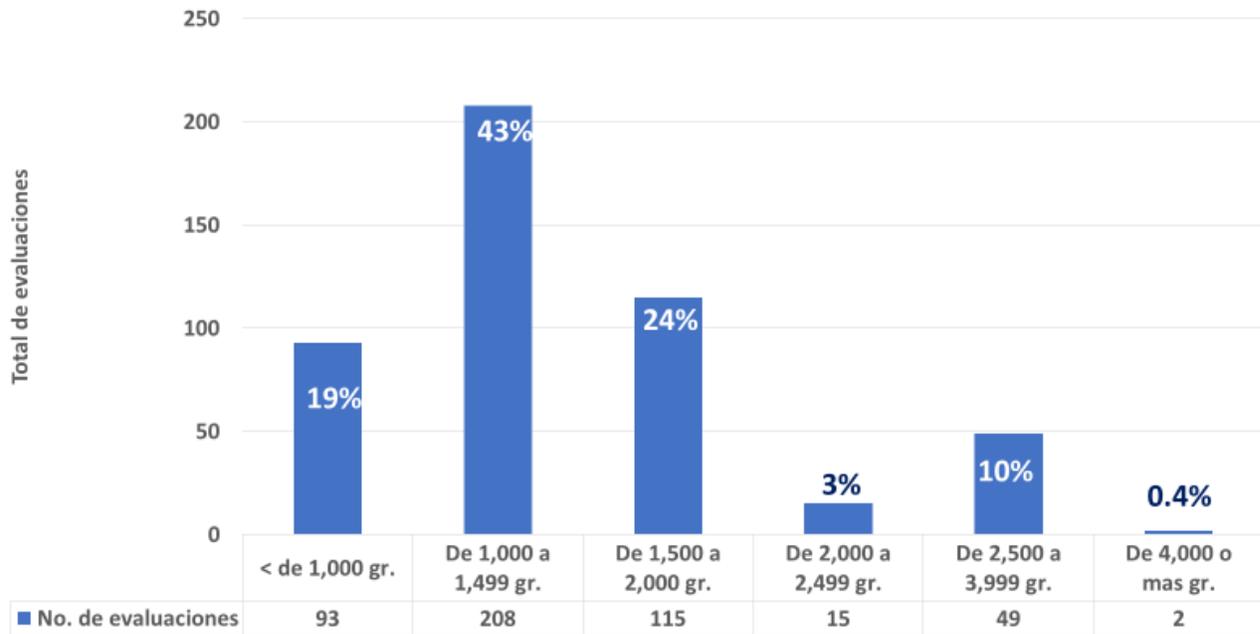


A nivel internacional en el Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, los protocolos de cribado para hacer las evaluaciones se concentra principalmente en todo recién nacido con peso al nacimiento inferior a 1,251 gramos o edad gestacional inferior a 31 semanas, y todo recién nacido sobreviviente de una enfermedad neonatal grave o intervenido quirúrgicamente en el primer mes de vida.

De las 482 evaluaciones de primera vez el 19% (93) se realizaron a menores de 1,000 gramos, 43% (208) en Recién Nacidos de 1,000 a 1,499 gramos, 24% (115) con peso de 1,500 a 2,000 gramos, y solamente el 14% (66) en recién Nacidos con peso mayor de 2,000 gramos. (Gráfico 11)

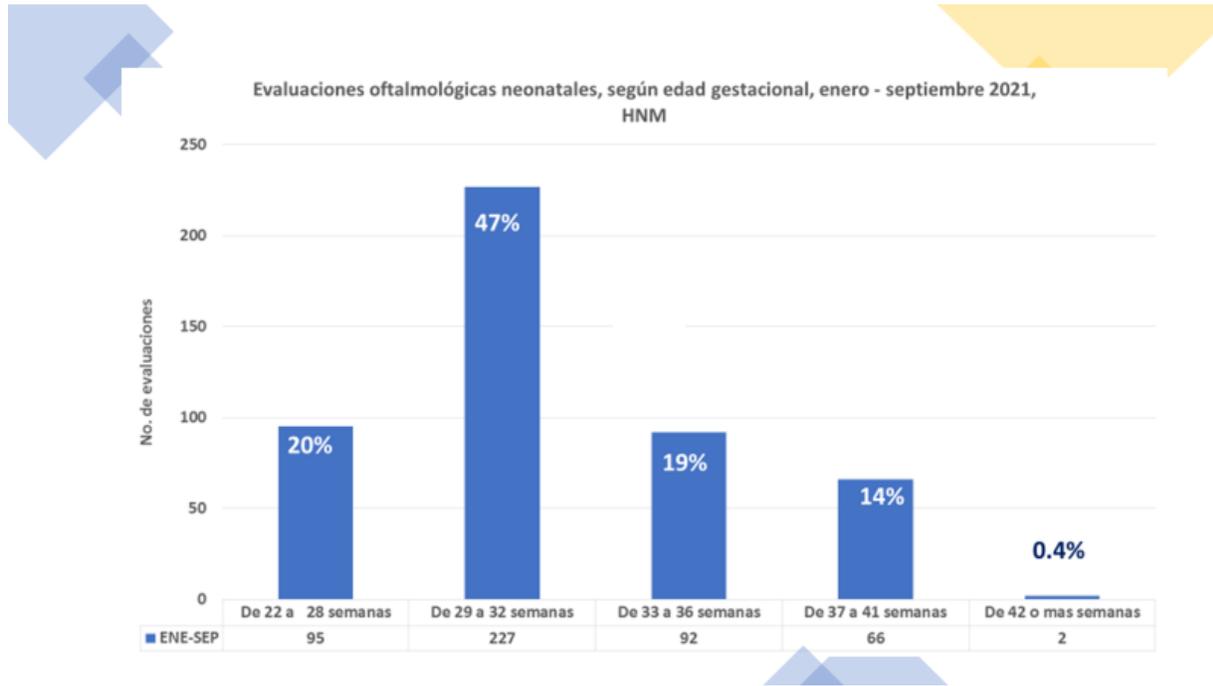
### Gráfico 11

Evaluaciones oftalmológicas neonatales según peso al nacer, enero - septiembre 2021, HNM

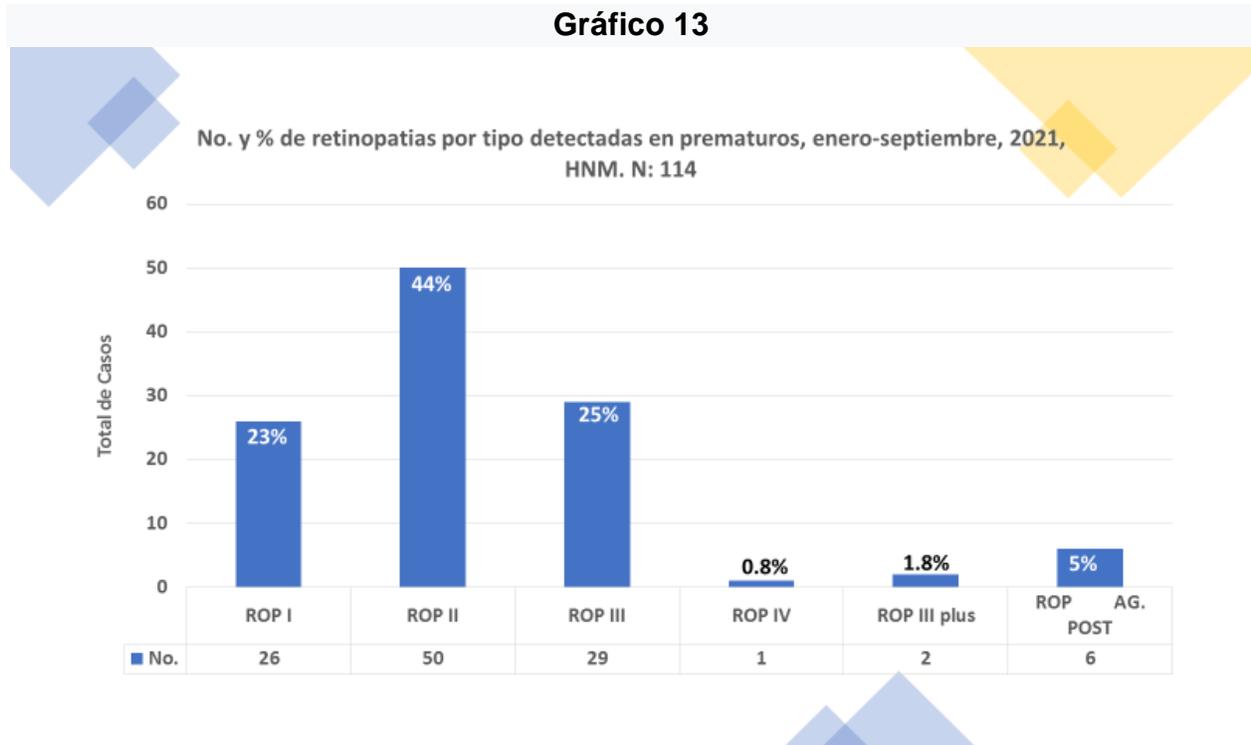


Casi en el mismo perfil de proporciones, las evaluaciones según la edad gestacional se realizaron el 67% entre las 22 y las 32 semanas de gestación (322). (Gráfico 12).

## GRAFICO 12

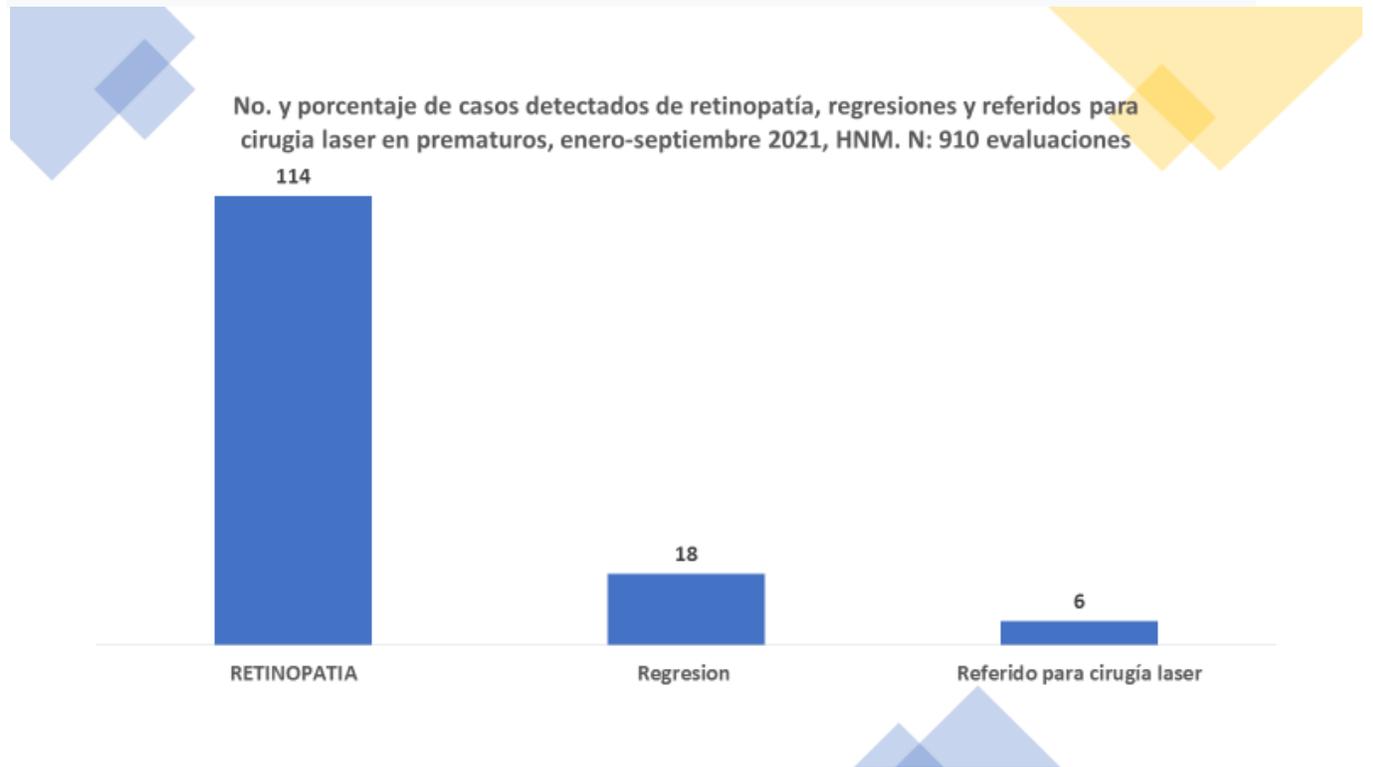


Se detectaron 114 casos, de los cuales el 92% presentaron retinopatía en estadios ROP I, ROP II y ROP III. (Gráfico 13)



De 910 evaluaciones, las 114 que se detectaron con retinopatía (13%), 18 presentaron regresión de la retina (3%) y 6 casos fueron referidos al Hospital Bloom para Tratamiento quirúrgico con láser (0.6%). (Gráfico 14)

**Gráfico 14**



### **Tamizaje auditivo**

*“La hipoacusia o sordera es un problema que, de no ser detectado en forma temprana, influye notablemente en el desarrollo y adaptación biológica, psicológica y social de la persona. Su detección precoz permite la implementación oportuna de medidas que mejoran la calidad de vida. Los niños y niñas diagnosticados y rehabilitados en forma temprana (entre los 3 y los 6 meses de edad) tienen un desarrollo de lenguaje sin diferencias con sus pares normales contra aquellos que son detectados en forma tardía y que tienen un retraso importante de lenguaje y más difícil de revertir. La audición, junto con el resto de los sentidos, permite el establecimiento de relaciones sociales con el entorno, y es el medio que posibilita el aprendizaje y la escolarización normal desde la primera infancia”.* (<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>)

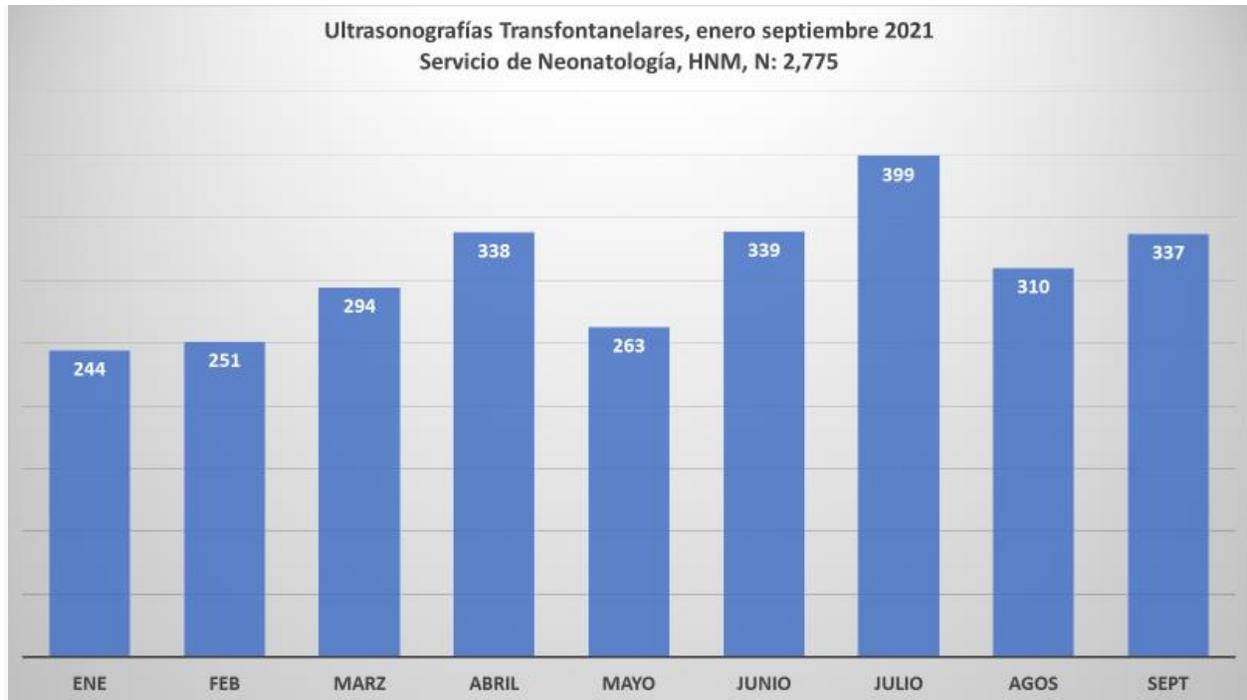
### **Ultrasonografía Transfontanelar.**

Durante el período se realizaron 2,775 ultrasonografías Transfontanelares con el fin de observar el interior del cráneo de los recién nacidos, y poder estudiar las arterias, el cerebelo y el resto de los órganos que se ubican dentro de la cavidad craneal y diagnosticar patologías asociadas a estos órganos. (Gráfico 15)

Unos resultados anormales en una ecografía transfontanelar pueden ser la detección de alguna patología o malformación en un órgano. Pueden desarrollarse desde lesiones, hemorragias, tumores, infartos y trombos, entre otras enfermedades.

Si el especialista obtiene un resultado anormal tras la prueba es posible que remita al paciente a otro especialista para poder realizar un tratamiento adecuado según la patología que sufra el recién nacido.

**Gráfico 15**



Fuente: Unidad de Ultrasonografía, enero septiembre 2021. HNM

II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

**TABLA 8**

<b>Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo</b>				
<b>Período enero – septiembre</b>				
<b>Reportados por Hospital Nacional San Salvador SS de la Mujer</b>				
<b>Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)</b>				
<b>No.</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Egresos</b>		<b>Variación %</b>
		<b>2020</b>	<b>2021</b>	
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	2,009	903	-55%
2	Preeclampsia severa	417	318	-24%
3	Parto por cesárea electiva	372	240	-35%
4	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	371	274	-26%
5	Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto	308	188	-39%
6	Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto a término por cesárea	264	271	3%
7	Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo	264	273	3%
8	Oligohidramnios	244	177	-27%
9	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	203	141	-31%
10	Trabajo de Parto Prematuro sin Parto	172	85	-51%
<b>Totales</b>		<b>7,291</b>	<b>5,149</b>	<b>-29%</b>

**Fuente: SIMMOW, enero - septiembre 2020-2021**

En la tabla 8 se puede apreciar una reducción del 29% de los egresos por embarazo, parto y puerperio, sin embargo, las hospitalizaciones de embarazadas con Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo se mantienen al alza, incrementando 3% en 2021. Las hospitalizaciones por parto único espontáneo, sin otra especificación se redujeron sustancialmente en 2021 (-55%) por la reducción de las referencias de embarazos de bajo riesgo de las maternidades de segundo nivel, que se incrementaron en 2020 a raíz de la pandemia por COVID 19.

**TABLA 9**

Servicio: INFECTOLOGIA

Período enero – septiembre				
No.	Grupo de causas	Egresos		Variación %
		2020	2021	
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	347	309	-11%
2	Código de propósitos especiales (U00-U97)	129	175	36%
3	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	58	46	-21%
4	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	44	35	-20%
5	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	35	53	51%
6	Tumores(neoplasias)(C00-D48)	35	35	0%
7	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	28	12	-57%
8	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	24	13	-46%
9	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	5	2	-60%
10	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	4	1	-75%
	<b>Demás causas</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>-30%</b>
	<b>Totales</b>	<b>719</b>	<b>693</b>	<b>-4%</b>

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Infectología, enero-septiembre 2020-2021

En relación con los egresos en el servicio de Infectología, destacan el incremento Código de propósitos especiales (U00-U97) que consigna los casos sospechosos y confirmados de COVID 19, lo cual sugiere un incremento de los casos que ameritan la promoción y educación en salud sobre las medidas de prevención y buenas prácticas de bioseguridad en la población.

**TABLA 10**

<b>Servicio: PUERPERIO</b>				
<b>Período enero – septiembre</b>				
<b>No.</b>	<b>Grupo de causas</b>	<b>Egresos</b>		<b>Variación %</b>
		<b>2020</b>	<b>2021</b>	
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación (O80.9)	1,827	887	-51%
2	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas (O42.0)	248	154	-38%
3	Otros tipos de obesidad (E66.8)	145	93	-36%
4	Preeclampsia severa (O14.1)	120	70	-42%
5	Atención materna por déficit del crecimiento fetal (O36.5)	80	36	-55%
6	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (O23.4)	68	34	-50%
7	Hipertensión materna, no especificada (O16)	68	85	25%
8	Oligohidramnios (O41.0)	60	42	-30%
9	Desgarro perineal de segundo grado durante el parto (O70.1)	60	52	-13%
10	Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación (O42.9)	58	51	-12%
	Demás causas	595	440	-26%
	<b>Totales</b>	<b>3,652</b>	<b>2,209</b>	<b>-40%</b>

**Fuente: SIMMOW- Lista por causas específicas, Servicio de Puerperio, enero-septiembre 2020-2021**

En el servicio de puerperio disminuyó la demanda en -40% con una reducción de puérperas que presentaron ruptura prematura de membranas, otros tipos de obesidad y Preeclampsia severa. De las 10 causas la Hipertensión Materna incrementó 25% en 2021.

**TABLA 11**

<b>Servicio: MEDICINA MATERNO FETAL</b>				
<b>Período enero – septiembre</b>				
<b>No.</b>	<b>Grupo de causas</b>	<b>Egresos</b>		<b>Variación %</b>
		<b>2020</b>	<b>2021</b>	
1	Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente, en el embarazo (O24.1)	187	191	2%
2	Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo (O24.0)	67	88	31%
3	Oligohidramnios (O41.0)	62	38	-39%
4	Hipertensión esencial (primaria) (I10)	48	66	38%
5	Pesquisa prenatal, sin otra especificación (Z36.9)	37	27	-27%
6	Otros tipos de obesidad (E66.8)	36	23	-36%
7	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (O23.4)	36	16	-56%
8	Hipertensión materna, no especificada (O16)	29	22	-24%
9	Aborto no especificado, incompleto, sin complicación (O06.4)	29	17	-41%
10	Atención materna por incompetencia del cuello uterino (O34.3)	20	14	-30%
	<b>Demás causas</b>	<b>477</b>	<b>335</b>	<b>-30%</b>
	<b>Totales</b>	<b>1,165</b>	<b>1,039</b>	<b>-11%</b>

Fuente: SIMMOW- Lista por causas específicas, Servicio de Medicina Materno Fetal, enero-septiembre 2020-2021

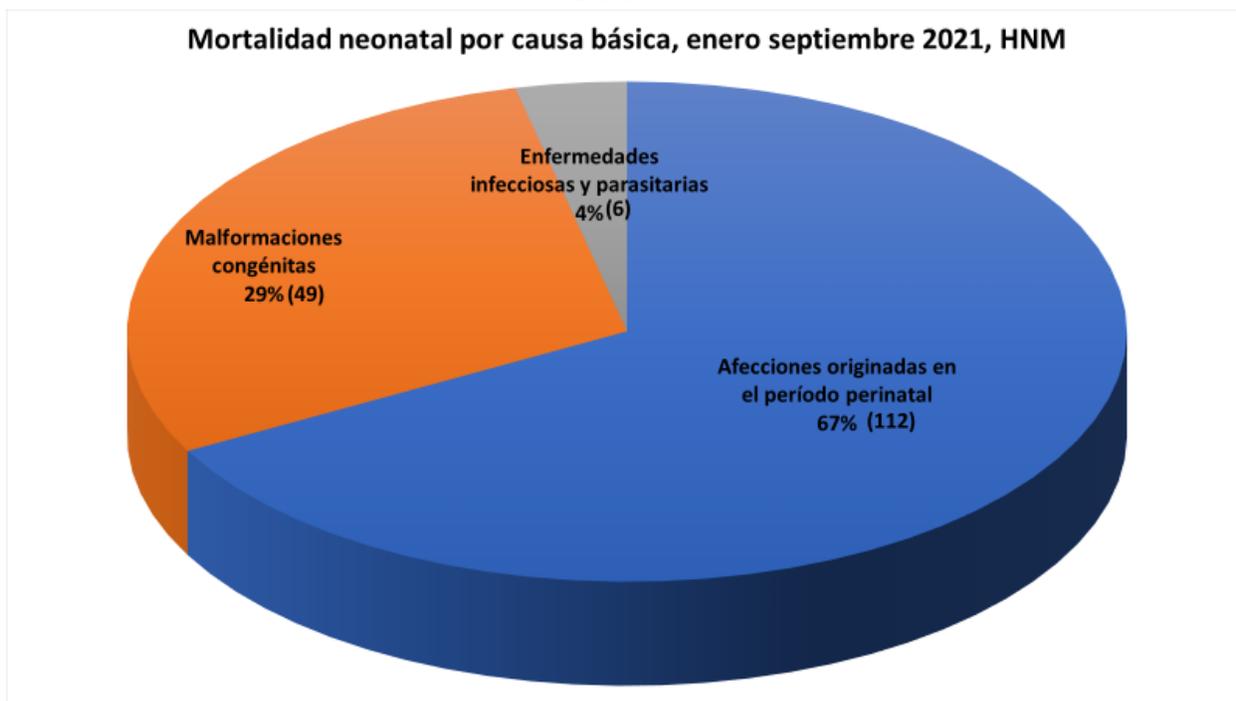
En el servicio de Medicina Materno Fetal los egresos por diabetes mellitus tipo 2 y tipo 1, incrementaron 2% y 31% respectivamente durante 2021 con un descenso de 11% en el total de egresos de embarazadas hospitalizadas. (Tabla 11).

### III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 74% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 26%. (GRAFICO 16)

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, las malformaciones congénitas y las enfermedades infecciosas en tercer lugar.<sup>1</sup>

**GRAFICO 16**



Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Departamento de Neonatología, enero-septiembre 2021

<sup>1</sup> SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-diciembre HNM, 2021

**TABLA 12**

<b>Perfil de morbilidad neonatal</b>		<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Variación</b>
<b>A</b>	<b>No. de muertes neonatales</b>	<b>150</b>	<b>174</b>	<b>16%</b>
<b>B</b>	<b>Principales causas de muerte neonatal</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Variación</b>
<b>1</b>	<b>Ciertas afecciones originadas en el período perinatal</b>	<b>110</b>	<b>112</b>	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>Otros recién nacidos de pretérmino</b>	<b>48</b>	<b>39</b>	<b>-19%</b>
<b>3</b>	<b>Inmadurez extrema</b>	<b>34</b>	<b>48</b>	<b>41%</b>
<b>4</b>	<b>Malformaciones congénitas</b>	<b>35</b>	<b>49</b>	<b>40%</b>
<b>5</b>	<b>Septicemia</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>-14%</b>
<b>C</b>	<b>Egresos</b>	<b>3,174</b>	<b>2,410</b>	<b>-24%</b>
<b>D</b>	<b>Letalidad</b>	<b>4.70%</b>	<b>7.20%</b>	<b>53%</b>

Fuente: SIMMOW- Lista internacional de mortalidad, Servicio de Neonatología, enero-septiembre 2020-2021

Según la tabla 12, el número total de muertes neonatales incrementaron en 16%. Dada la reducción de -24% en el número de egresos se incrementó la letalidad en 53%.

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.<sup>2</sup>

La sepsis como causa de muerte neonatal se ha reducido, gracias a mejora en las prácticas de bioseguridad durante la atención.

Al ver la tendencia trimestral en relación con el período de enero a septiembre de 2020 la variación en el total de egresos fue de -24% en 2021, al desagregar por causas principales de muerte neonatal, se tuvo el impacto negativo al incrementar en 2% las muertes por ciertas afecciones en el período perinatal y 40% por malformaciones congénitas. Los fallecidos por prematuridad incrementó en 6% (de 82 a 87) no obstante el desagregar por "Otros recién nacidos de pretérmino" este presentó una variación de -19% (de 48 a 39) y la Inmadurez extrema incrementó en 41% (de 34 a 48).

<sup>2</sup> SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-diciembre HNM, 2019-2020

**TABLA 13**

<b>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) Enero-septiembre 2021</b>		
	<b>Diagnóstico</b>	<b>Muertes</b>
1	Anencefalia	12
2	Síndrome de Patau, no especificado	5
3	Síndrome de Edwards, no especificado	5
4	Síndrome de Potter	4
5	Hernia diafragmática congénita	3
6	Malformación congénita del corazón, no especificada	3
7	Hidrocefalo congénito, no especificado	2
8	Síndromes de malformaciones congénitas asociadas principalmente con estatura baja:	1
9	Otras anomalías hipoplásicas del encéfalo	1
10	Defecto del tabique auricular	1
11	Síndrome de costilla corta	1
12	Anomalía de Ebstein	1
13	Ausencia, atresia y estenosis congénita del duodeno	1
14	Anomalía de la pleura	1
15	Síndrome de Arnold-Chiari	1
16	Quiste renal solitario congénito	1
17	Atresia de los agujeros de Magendie y de Luschka	1
18	Malformación congénita, no especificada	1
19	Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados, no clasificados en otra parte	1
20	Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	1
21	Trisomía 18, por falta de disyunción meiótica	1
21	Otras malformaciones congénitas del corazón, especificadas	1
	<b>Totales</b>	<b>49</b>

**SIMMOW. Malformaciones congénitas, (Q00-Q99). Neonatología, enero-septiembre 2021**

Es importante recordar que las malformaciones congénitas mayores de los sistemas cardiovascular, nervioso central (SNC), genitourinario y esquelético están relacionadas con la diabetes materna y el servicio de Medicina Materno Fetal registró incrementos por diabetes mellitus tipo 2 y tipo 1, en 2% y 31% respectivamente durante 2021.

### **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 Medicina Materno Fetal 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 en los diferentes niveles de atención para la maduración pulmonar del feto.

Esto último es muy importante 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, la 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 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 prematurez y el bajo peso en la comunidad con el primer nivel de atención y la salud familiar.

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 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 PREMATUREZ**

La historia natural de la prematurez 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 prematurez, 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, 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 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.

La aplicación del enfoque de determinación social bajo una situación de inestabilidad socioeconómica y social, principalmente de la población vulnerable bajo la línea de pobreza, representa un desafío para el personal de salud en términos de ampliar la perspectiva de abordaje y respuesta, con elementos de protección en el 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 que tienen antecedentes familiares y personales, 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 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 para un parto prematuro.

### **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, muestra 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”.*

#### **IV. ATENCION ONCOLOGICA**

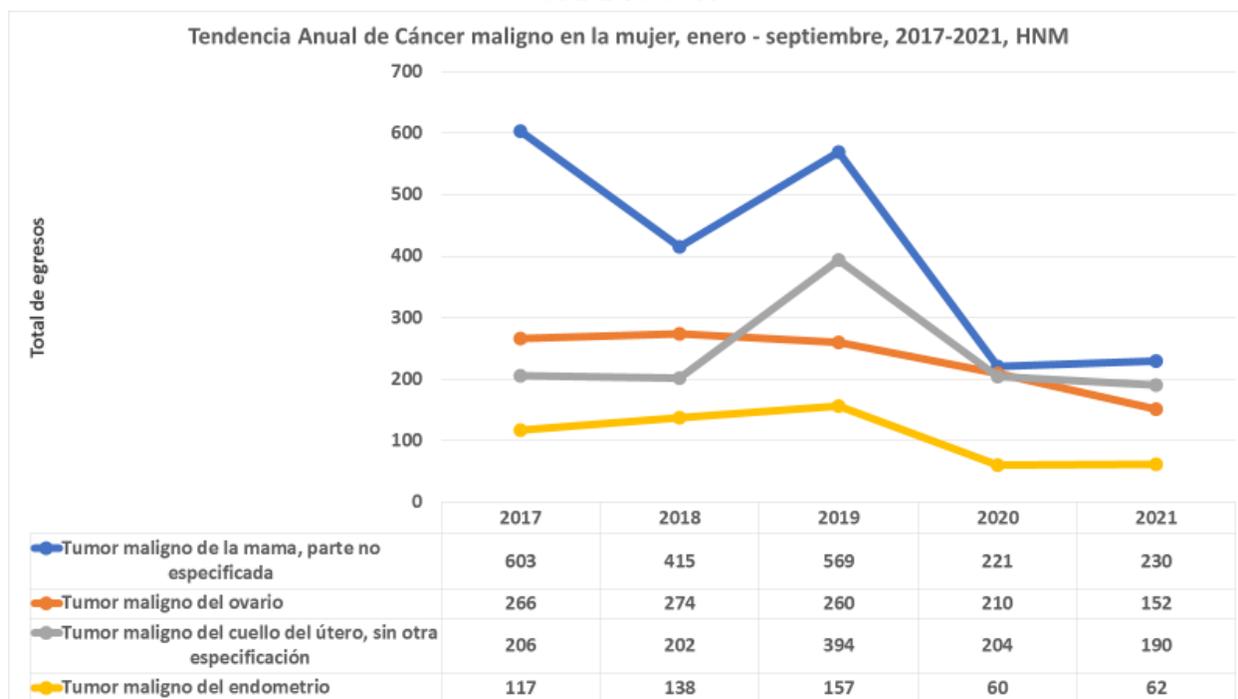
Brindar atención a pacientes con cáncer durante la crisis de pandemia, ha sido un desafío dado los riesgos competitivos de muerte por cáncer versus muerte o complicaciones graves por SARS-CoV-2, y la probable mayor mortalidad de COVID-19 en huéspedes inmunocomprometidos.

##### **Hospitalizaciones**

Desde 2020 y durante el período de enero a septiembre de 2021 se han reducido las hospitalizaciones y las cirugías oncológicas con el dilema de que los pacientes que son saludables y tienen cánceres curables y que requieren la implementación oportuna de cirugía, han sido beneficiados con la quimioterapia, ante el riesgo de contraer COVID-19, recibiendo tratamiento ambulatorio en la modalidad de hospital de día, obteniendo los beneficios del tratamiento contra el cáncer.

Del período de enero a septiembre de 2020 a 2021, los egresos por cáncer de mama se incrementaron de 221 a 230, los egresos por cáncer de cuello uterino se disminuyeron de 204 a 190, el cáncer de ovario de 210 a 152 y el cáncer de endometrio subió de 60 a 62. (GRAFICO 17). El incremento en el acceso a la quimioterapia ambulatoria fue un factor muy positivo para tratar los casos potencialmente curables.

**GRAFICO 17**



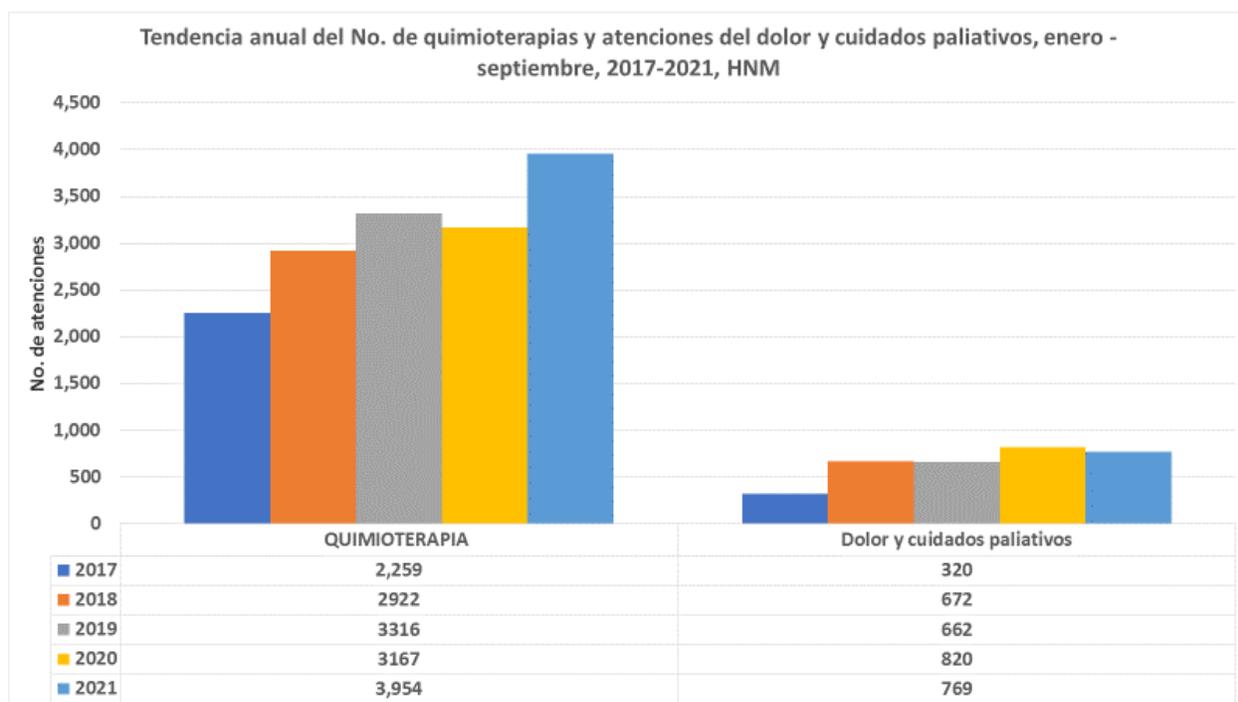
Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-septiembre 2017-2021

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.

### Quimioterapias y cuidados paliativos

El número de quimioterapias contra cáncer se ha incrementado gradualmente durante el quinquenio (enero-septiembre), de 2,259 realizadas en los servicios de hospitalización en 2017 a 3,954 en 2021, lo cual representa un incremento 1.7 veces mayor gracias a la consulta externa especializada como hospital de día, y al servicio de hospitalización en Oncología. La misma tendencia se ha tenido en las atenciones del dolor y cuidados paliativos, aunque en una menor dimensión. (Gráfico 18).

## GRAFICO 18



Fuente: SIMMOW- atención ambulatoria por especialidad, enero-septiembre 2017-2021

En cuanto a la letalidad, se reportaron, durante el período 23 muertes contra 729 egresos con una tasa de letalidad de 3.2% aumentando la letalidad en 12% en relación con 2020 que reportó 2.8 % con 22 muertes contra 783 egresos. (Gráfico 19).

## GRAFICO 19



Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-septiembre 2017-2021

## V. COVID 19

Atención del cáncer durante la pandemia COVID-19

**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 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. El enfoque para la mayoría de los pacientes, que se basa en las pautas disponibles y las "mejores prácticas", es mantener inmunosupresores hasta al menos 14 días desde el inicio de los síntomas, y si 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  $\geq$  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".*

## COVID 19 y comorbilidades

Si bien es ampliamente reconocido que la presencia de comorbilidades como la hipertensión, la diabetes mellitus y la ECV está asociada con un curso más grave de COVID-19, la obesidad es un factor de riesgo principal para estas comorbilidades y, en general, para el deterioro de la salud metabólica (como la dislipidemia y la resistencia a la insulina) y, por tanto, está relacionada con un mayor riesgo de neumonía.

La pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) expone vulnerabilidades cardiovasculares inesperadas y la necesidad de mejorar la salud cardio metabólica.

La lesión miocárdica es común en el COVID-19 grave en función de las comorbilidades basales, la edad avanzada y la disfunción orgánica global.

La lesión renal aguda en Covid-19 se asocia con un mayor riesgo de muerte al estar asociada a la diabetes e hipertensión lo cual infiere un mayor riesgo de infección grave.

Por otra parte, hay Secuelas post-infecciosas cardiovasculares con afectación cardíaca e inflamación miocárdica.

([https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53253/OPSIMSPHECOVID-19210003\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53253/OPSIMSPHECOVID-19210003_spa.pdf))

## COVID-19 prolongado

*“El término COVID prolongado (síndrome post-COVID o COVID-19 prolongado) comenzó a ganar reconocimiento en las comunidades científicas y médicas... “La descripción más común es que los síntomas continúan **3 meses** después de haberse iniciado. Una definición que surgió a partir de una revisión dice que los síntomas más frecuentes de COVID prolongado son la **fatiga y la disnea**.”* La naturaleza multifacética de COVID prolongado, involucra múltiples sistemas de órganos. *“Una característica desconcertante del COVID prolongado es que afecta a los sobrevivientes de COVID-19, independientemente de la gravedad de la enfermedad”.* Muchos otros informes también han hallado evidencia radiológica de fibrosis pulmonar duradera, hasta 6 meses después del alta hospitalaria”.

*“**Daño tisular a largo plazo.** el daño a largo plazo de otros órganos también puede estar involucrado en COVID prolongado Específicamente, al menos una anomalía radiológica de los pulmones, corazón, hígado, páncreas, riñones o bazo estaban presentes en el 66% de los supervivientes estudiados.”*

**“Inflamación patológica.** La persistencia del SARS-CoV-2 en el cuerpo es posible, que puede inducir algún nivel de activación inmunitaria, contribuyendo a la prolongación de COVID-19.

Una revisión ha propuesto que la disfunción de las células T puede promover la fisiopatología prolongada de COVID, semejante a las enfermedades autoinmunes. En particular, las revisiones sobre el lupus y la artritis reumatoide también tienen semejanzas sintomáticas con COVID prolongado: fatiga, artralgias, dificultades de concentración y cefalea.

“se ha observado que entre 2 y 6 semanas después del SARSCoV-ocurren numerosos casos del **síndrome de inflamación multisistémica (SIM)**.”

“En pacientes con COVID-19 persistente durante al menos 10 a 30 días después de la resolución de la enfermedad, se ha observado la alteración del **microbioma intestinal** (disbiosis intestinal) la cual modula los circuitos de neurotransmisores en el intestino y el cerebro, a través del eje microbiota-intestino-cerebro. Por lo tanto, la disbiosis intestinal persistente puede también contribuir a las enfermedades gastrointestinales y síntomas neurológicos de COVID prolongado”.

“Una encuesta internacional halló que el 85,9% de los participantes con COVID prolongado experimentaron recaída de los síntomas luego de actividades mentales o físicas. Incluso es posible que las personas con condiciones similares al COVID prolongado no respondan favorablemente a la rehabilitación, que incluye a pacientes con problemas como el síndrome de taquicardia ortostática postural (STOP) o encefalomiелitis miálgica (EnM) o síndrome de fatiga crónica (SFC), con fatiga o malestar post esfuerzo”.

“Se requieren más investigaciones para determinar cuál programa de rehabilitación funcionaría para los pacientes de COVID prolongado que comparten síntomas con STOP, EnM y SFC. En casos específicos se pueden aplicar la terapia cognitivo conductual y la terapia de ejercicio gradual.”

(Shin Jie Yong ReadSpeaker webReader: Listen Focus Review Article Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments Shin Jie Yong [Infectious Diseases, 53:10, 737-754](#))

## VI. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS

Durante el período de enero a septiembre 2021, se han logrado las metas sobre el 80% de desempeño, los servicios finales lograron 87% de desempeño, los servicios intermedios 106% y los servicios generales 99%. En hospitalización de las camas censables y no censables se alcanzó el 93% de desempeño con 82% en la producción de egresos y 112% en la producción de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre. (Gráfico 20)

El perfil de funcionamiento descrito se ha logrado gracias a la eficiencia en el uso de los limitados recursos presupuestarios que se han consumido en los 9 meses ejecutados.

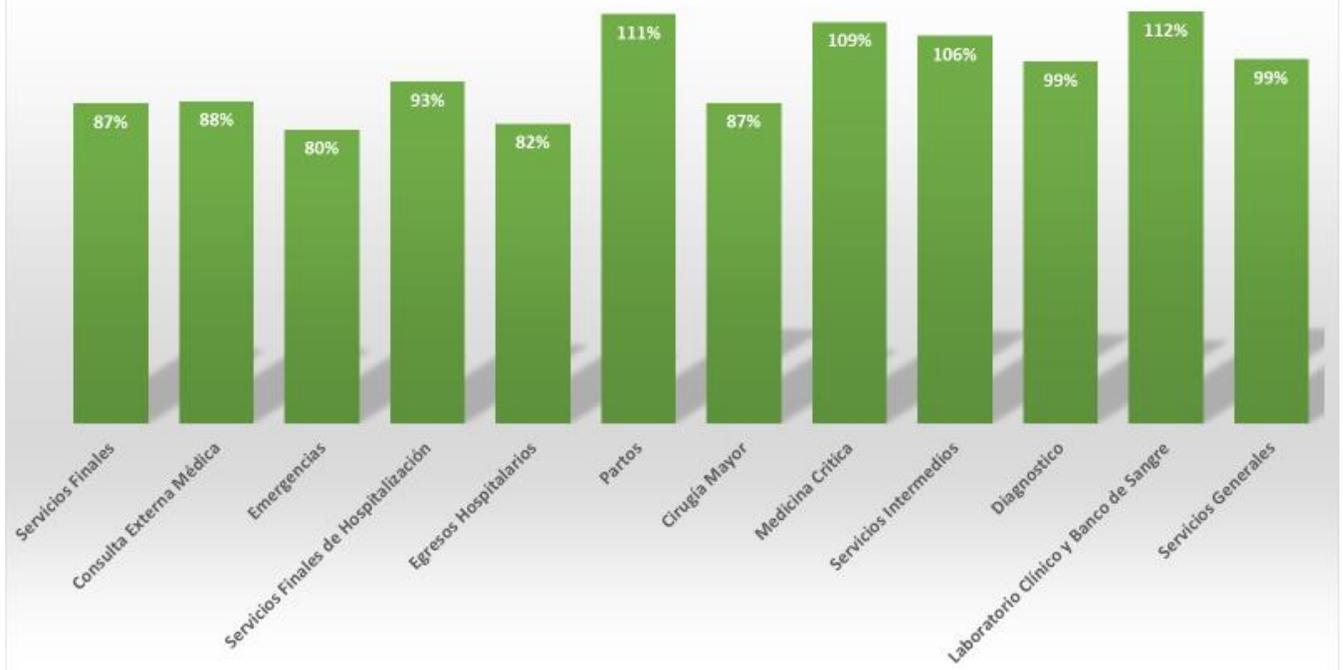
Durante este período se resolvieron limitantes estructurales en cuanto al desabastecimiento de algunos rubros críticos, sobrecarga laboral ante la escasa disponibilidad de personal y los riesgos y efectos de la pandemia COVID 19, tanto en los servicios clínicos como en los de apoyo diagnóstico y de servicios generales.

Por múltiples factores relacionados con la pandemia, el centro de vacunación COVID 19 y la demanda de información de datos para diferentes iniciativas como el Sistema de Producción, Eficiencia Rendimiento y Costos PERC, y el SPME; la gestión de datos de producción se ha obtenido desde las fuentes primarias en los diferentes servicios, para compensar la sobrecarga de trabajo del personal de estadística y tener la mayor cantidad de datos de producción.

A nivel del Comité Estratégico de Gestión se han tomado decisiones con mucha creatividad y espíritu de cooperación para optimizar los recursos disponibles para el mejor funcionamiento del hospital, por la seguridad de las usuarias y los recién nacidos, incluyendo la gestión de refuerzos presupuestarios para cubrir el déficit financiero actual.

## GRAFICO 20

Desempeño en el cumplimiento de metas, enero - septiembre 2021



**Tabla 14**

Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Finales</b>	<b>118,593</b>	<b>103,352</b>	<b>87%</b>
<b>Consulta Externa Médica</b>	<b>57,294</b>	<b>50,237</b>	<b>88%</b>
<b>Especialidades</b>	<b>37,449</b>	<b>33,650</b>	<b>90%</b>
<b>Especialidades Básicas</b>	<b>9279</b>	<b>9598</b>	<b>103%</b>
Medicina Interna	819	1,453	177%
Cirugía General	369	123	33%
Ginecología	7,497	7,867	105%
Psiquiatría	144	155	108%
<b>Sub especialidades</b>	<b>28,170</b>	<b>24,052</b>	<b>85%</b>
Sub Especialidades de Medicina Interna	3,069	2,273	74%
Endocrinología	2,619	1,921	73%
Infectología	225	193	86%
Nefrología	225	159	71%
Sub Especialidades de Cirugía	900	775	86%
Anestesiología / Algología	900	775	86%
Sub Especialidades de Pediatría	513	78	15%
Infectología	144	78	54%
Sub Especialidades de Ginecología	14,994	13,300	89%
Clínica de Mamas	5,247	4,725	90%
Infertilidad	2,997	2,642	88%
Oncología	6,750	5,933	88%
Sub Especialidades de Obstetricia	8694	7626	88%
Embarazo de Alto Riesgo	8,244	7,445	90%
Genética Perinatal	450	181	40%

**Tabla 15**

Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Emergencias</b>	<b>29,844.0</b>	<b>23,862.0</b>	<b>80%</b>
<b>De Medicina Interna</b>	<b>522</b>	<b>599</b>	<b>115%</b>
Oncología	522	599	115%
<b>De Gineco-Obstetricia</b>	<b>13500</b>	<b>10855</b>	<b>80%</b>
Ginecología	2,250	2,011	89%
Obstetricia	11,250	8,844	79%
<b>Otras Atenciones Consulta Emergencia</b>	<b>15822</b>	<b>12408</b>	<b>78%</b>
Selección	15,750	12,408	79%
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>	<b>18801</b>	<b>16177</b>	<b>86%</b>
Colposcopia	8,244	8,685	105%
Nutrición	675	166	25%
Planificación Familiar	1,044	652	62%
Psicología	594	114	19%
Selección	7,497	6,560	88%
<b>Consulta Externa Odontológica</b>	<b>1044</b>	<b>410</b>	<b>39%</b>
Odontológica de primera vez	297	189	64%
Odontológica subsecuente	747	221	30%

**Tabla 16**

Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Finales de Hospitalización</b>	<b>31,455</b>	<b>29,253</b>	<b>93%</b>
<b>Egresos Hospitalarios</b>	<b>13,248</b>	<b>10,806</b>	<b>82%</b>
<b>Especialidades Básicas</b>	<b>1197</b>	<b>1153</b>	<b>96%</b>
Ginecología	972	859	88%
Obstetricia	225	294	131%
<b>Sub Especialidades</b>	<b>11,682</b>	<b>9,647</b>	<b>83%</b>
<b>Sub Especialidad de Medicina Interna</b>	<b>594</b>	<b>694</b>	<b>117%</b>
Infectología / Aislamiento	594	694	117%
<b>Sub Especialidades de Pediatría</b>	<b>2997</b>	<b>2746</b>	<b>92%</b>
Neonatología	2,997	2,746	92%
<b>Sub Especialidades de Ginecología</b>	<b>1494</b>	<b>731</b>	<b>49%</b>
Oncología	1,494	731	49%
<b>Sub Especialidades de Obstetricia</b>	<b>6,597</b>	<b>5,476</b>	<b>83%</b>
Cirugía Obstétrica	2,250	2,218	99%
Patología del Embarazo	1,350	1,049	78%
Puerperio	2,997	2,209	74%

**Tabla 17**

Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Partos</b>	<b>4122</b>	<b>4593</b>	<b>111%</b>
Partos vaginales	2,250	2,261	100%
Partos por Cesáreas	1,872	2,332	125%
<b>Cirugía Mayor</b>	<b>6,966</b>	<b>6,075</b>	<b>87%</b>
Electivas para Hospitalización	3,744	1,921	51%
Electivas Ambulatorias	594	312	53%
De Emergencia para Hospitalización	2,619	3,823	146%
De Emergencia Ambulatoria	9	19	211%
<b>Medicina Crítica</b>	<b>7119</b>	<b>7779</b>	<b>109%</b>
<b>Unidad de Emergencia</b>	<b>1647</b>	<b>1846</b>	<b>112%</b>
Admisiones	900	1,152	128%
Transferencias	747	694	93%
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>	<b>1350</b>	<b>877</b>	<b>65%</b>
Admisiones	675	447	66%
Transferencias	675	430	64%
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>	<b>4122</b>	<b>5056</b>	<b>123%</b>
Admisiones	1,125	2,081	185%
Transferencias	2,997	2,975	99%

**TABLA 18**

Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Intermedios</b>	<b>735,851</b>	<b>777,744</b>	<b>106%</b>
<b>Diagnostico</b>	<b>355,948</b>	<b>351,905</b>	<b>99%</b>
<b>Imagenología</b>	<b>65313</b>	<b>54126</b>	<b>83%</b>
Fluoroscopias	45	101	224%
Radiografías	29,997	24,202	81%
Ultrasonografías	30,483	26,596	87%
Mamografías Diagnósticas	2,619	1,278	49%
Mamografías de Tamisaje	2,169	1,949	90%
<b>Anatomía Patológica</b>	<b>13,504</b>	<b>13,612</b>	<b>101%</b>
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	3,771	3,702	98%
Biopsias Cuello Uterino	1,887	2,067	110%
Biopsias Mama	1,735	1,438	83%
Biopsias Otras partes del cuerpo	6,111	6,405	105%
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>	<b>5,391</b>	<b>5,720</b>	<b>106%</b>
Colposcopias	2,619	3,309	126%
Ecocardiogramas	522	11	2%
Electrocardiogramas	2,250	2,400	107%
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>	<b>246,779</b>	<b>251,656</b>	<b>102%</b>
Cirugía Menor	2,250	2,400	107%
Conos Loop	297	296	100%
Crioterapias	297	436	147%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	10,274	9,596	93%
Inhaloterapias	3,375	1,520	45%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	47,964	42,736	89%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	171,000	193,526	113%
Terapias Respiratorias	11,250	1,146	10%
<b>Trabajo Social</b>	<b>24,961</b>	<b>26,791</b>	<b>107%</b>
Casos Atendidos	24,961	26,791	107%

**Tabla 19**

Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Laboratorio Clínico y Banco de Sangre</b>	<b>379,903</b>	<b>425,839</b>	<b>112%</b>
<b>Hematología</b>	<b>92,305</b>	<b>90,009</b>	<b>98%</b>
Consulta Externa	13,380	16,541	124%
Hospitalización	55,200	52,539	95%
Emergencia	21,443	18,801	88%
Referido / Otros	2,282	2,128	93%
<b>Inmunología</b>	<b>26,355</b>	<b>29,993</b>	<b>114%</b>
Consulta Externa	4,564	6,339	139%
Hospitalización	15,381	16,787	109%
Emergencia	4,624	5,193	112%
Referido / Otros	1,786	1,674	94%
<b>Bacteriología</b>	<b>23,152</b>	<b>21,442</b>	<b>93%</b>
Consulta Externa	1,498	1,022	68%
Hospitalización	17,239	16,963	98%
Emergencia	3,220	2,538	79%
Referido / Otros	1,195	919	77%
<b>Parasitología</b>	<b>742</b>	<b>655</b>	<b>88%</b>
Consulta Externa	368	303	82%
Hospitalización	212	204	96%
Emergencia	113	106	94%
Referido / Otros	49	42	86%
<b>Bioquímica</b>	<b>117,297</b>	<b>132,427</b>	<b>113%</b>
Consulta Externa	16,469	21,539	131%
Hospitalización	69,395	75,325	109%
Emergencia	24,698	27,368	111%
Referido / Otros	6,735	8,195	122%
<b>Banco de Sangre</b>	<b>107,622</b>	<b>138,708</b>	<b>129%</b>
Consulta Externa	32,400	48,392	149%
Hospitalización	66,600	81,848	123%
Emergencia	4,050	3,726	92%
Referido / Otros	4,572	4,742	104%
<b>Urianálisis</b>	<b>12,430</b>	<b>12,605</b>	<b>101%</b>
Consulta Externa	3,587	4,000	112%
Hospitalización	3,868	3,647	94%
Emergencia	4,815	4,879	101%
Referido / Otros	160	79	49%

**Tabla 20**

Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Generales</b>	<b>3694,887</b>	<b>3666,429</b>	<b>99%</b>
<b>Alimentación y Dietas</b>	<b>2523,258</b>	<b>2507,907</b>	<b>99%</b>
<b>Hospitalización</b>	<b>2523,258</b>	<b>2507,907</b>	<b>99%</b>
Medicina	2,052	4,328	211%
Ginecología	4,851	8,076	166%
Obstetricia	16,443	20,406	124%
Neonatología	287,064	307,094	107%
<b>Lavandería</b>	<b>1141,335</b>	<b>1122,666</b>	<b>98%</b>
<b>Hospitalización</b>	<b>1071,513</b>	<b>1045,337</b>	<b>98%</b>
Medicina	48,447	57,358	118%
Ginecología	302,715	181,614	60%
Obstetricia	461,502	548,614	119%
Neonatología	215,307	217,587	101%
<b>Consulta</b>	<b>21,771</b>	<b>20,082</b>	<b>92%</b>
Consulta Médica Especializada	21,771	20,082	92%
<b>Emergencias</b>	<b>48,051</b>	<b>57,247</b>	<b>119%</b>
Emergencias	48,051	57,247	119%
<b>Mantenimiento Preventivo</b>	<b>297</b>	<b>408</b>	<b>137%</b>
Números de Orden	297	408	137%
<b>Transporte</b>	<b>29997</b>	<b>35448</b>	<b>118%</b>
Kilómetros Recorridos	29,997	35,448	118%

## VII. ACTIVIDADES DE GESTION

TABLA 21									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Programado	Realizado	%	Interpretación y análisis complementario
1	<b>Objetivo: Fundamentar las bases para un hospital propio de tercer nivel en la atención especializada a la mujer y al recién nacido.</b>								
1.1	<b>RESULTADO: Evaluación concurrente de la atención especializada a la mujer y al recién nacido</b>								
1.1.1	Análisis de situación de la demanda hospitalaria de tercer nivel	1	No.	POA 2021	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	Se realizó en el último trimestre de 2020
1.1.2	Análisis de la oferta y capacidad instalada de tercer nivel en el hospital.	1	No.	POA 2021	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	
1.1.3	Implementar Sala Situacional de Salud	12	No.	Informes	U. Epidemiología	9	9	100%	En marzo 2020 se inició la inclusión de datos epidemiológicos sobre COVID 19
1.1.4	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas durante 2021.	4	No.	Informe trimestral	Dirección / Comité Médico Asesor	3	3	100%	Durante el período de enero a septiembre

1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	77,484	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	<b>38,196</b>	<b>34,174</b>	<b>89%</b>	2021, los servicios finales lograron 87% de desempeño, los servicios intermedios 106% y los servicios generales 99%. En hospitalización de las camas censables y no censables se alcanzó el 93% de desempeño con 82% en la producción de egresos y 112% en la producción de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre
1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	39,792	%	SPME	Jefe de Emergencia	<b>19,896</b>	<b>16,812</b>	<b>84%</b>	
1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	42432	%	SPME	Jefe de la División Médica	<b>20,970</b>	<b>19,321</b>	<b>92%</b>	
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	<b>471,204</b>	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	<b>235,950</b>	<b>232,505</b>	<b>99%</b>	
1.1.4.5	Brindar servicios de laboratorio y banco de sangre	<b>508,296</b>	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	<b>254,148</b>	<b>189,996</b>	<b>75%</b>	
1.1.4.6	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	<b>1920,216</b>	%	SPME	Jefe de División Administrativa	<b>960,108</b>	<b>932,513</b>	<b>97%</b>	
1.1.5	Apertura Programática de tercer nivel de atención y programación de metas para 2021.	1	No.	SPME	U. Planificación	1	1	<b>100%</b>	Se realizó el tercer trimestre 2020
<b>2</b>	<b>Objetivo: Contribuir al Desarrollo Infantil Temprano por medio de la atención especializada a la mujer y al recién nacido</b>								
2.1	<b>RESULTADO: Maternidad segura con atención especializada a la mujer embarazada</b>								

2.1.1	Brindar atenciones especializadas en salud reproductiva (infertilidad + PF)	5,388	%	SPME	U. de Planificación	4,041	3,294	82%	Se ajustó la meta por reapertura de la Consulta Externa desde enero 2021.
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	10,992	%	SPME	U. de Planificación	8,244	7,445	90%	La consulta de control de embarazos de alto riesgo se priorizó en la consulta externa y se tuvo incremento de la demanda de los partos esperados con un 49% de partos vaginales.
2.1.3	Atención especializada de Perinatología	1,800	%	SPME	U. de Planificación	1,350	1,049	78%	
2.1.4	Atención especializada del parto	5496	%	SPME	U. de Planificación	<b>4122</b>	<b>4593</b>	<b>111%</b>	
2.1.5	Atención especializada de Puerperio	3,996	%	SPME	U. de Planificación	2,997	2,209	74%	
2.1.6	Monitoreo de la morbilidad obstétrica extrema	100%	%	Registro de MOE	Unidad de Epidemiología /U. De Planificación	9	9	100%	Se creó Código verde para los casos sospechosos de COVID 19

2.1.7	Monitoreo mensual de la muerte materna	12	No.	SIMMOW	Unidad de Epidemiología /U. De Planificación	9	9	100%	A nivel institucional, MINSAL reporta una reducción de 6 muertes maternas en relación con el período de enero a septiembre de 2020 (de 42 a 36 muertes maternas). En el Hospital ocurrieron 20 muertes maternas, 2 menos que en 2020
<b>2.2</b>	<b>RESULTADO: Supervivencia neonatal con atención especializada a los recién nacidos</b>								
2.2.1	Atención especializada a recién nacidos	4,337	%	SPME	U. Planificación	2,997	2,746	92%	El número total de muertes neonatales incrementaron en 16%. Dada la reducción de -24% en el número de egresos se
2.2.2	Monitoreo de la prematuridad 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%	<p>incrementó la letalidad en 53%. 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.<sup>3</sup> La sepsis como causa de muerte neonatal se ha reducido, gracias a la mejora en las prácticas de bioseguridad durante la atención.</p>
-------	---	----	----------------	----------	---------------------	---	---	------	---

<sup>3</sup> SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-diciembre HNM, 2019-2020

2.2.4	Referir recién nacidos para programa madre canguro a nivel nacional	100%	%	Informes	Depto. Neonatología	75	75	100%	Se reabrió la consulta externa desde enero 2021
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	9	9	100%	En general, La tendencia la mortalidad neonatal en el hospital presenta un repunte en el año 2021 en relación con 2020. Se han incluido datos de producción
2.2.6	Atención especializada en Cuidados Intensivos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	las <b>evaluaciones oftalmológicas de los prematuros, el tamizaje auditivo, tiroideo y las ultrasonografías Transfontanelares para detectar</b>
2.2.7	Atención especializada en Cuidados Intermedios del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	secuelas neurológicas que puedan afectar

2.2.8	Atención especializada en Cuidados Mínimos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	de manera directa el <b>neurodesarrollo de los recién nacidos.</b>
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.
<b>3</b>	<b>Objetivo: Mejorar la salud de la mujer mediante la Atención Oncológica Integral, con enfoque de curso de vida.</b>								
3.1	<b>Resultado: Mujeres con mayor expectativa y calidad de vida ante padecimiento de tumores y neoplasias</b>								
3.1.1	Brindar atenciones para la búsqueda activa de casos con tumores y neoplasias en consulta externa	9,000	%	SPME	Médico encargado del programa	6,750	5,933	88%	El número de quimioterapias contra cáncer se ha incrementado desde 2017

3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cáncer	1,992	%	SPME	Médico encargado del programa	1,494	731	49%	(enero-septiembre), que tuvo 2,559 a 3,954 en 2021, lo cual representa un valor agregado en el tratamiento gracias a la consulta externa especializada, como hospital de día, y al servicio de hospitalización en Oncología.
3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	1200	%	Registros	Médico encargado del programa	900	775	86%	
4	<b>OBJETIVO: Mejorar la calidad de la fuerza laboral con altos estándares de desempeño y bioética asistencial</b>								
4.1	<b>Resultado: Médicos especialistas en Ginecología/ obstetricia, Neonatología y Oncología con alta calidad técnico-científica y con un perfil firme en principios éticos y morales</b>								
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	9	9	100%	Se han modernizado todas las actividades académicas por medio de tecnologías digitales
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	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	ENERO-JUNIO			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog	Realiz	%	
<b>5</b>	<b>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.</b>								
5.1	Elaboración y evaluación de PAO 2021	1	PAO Elaborada	PAO 2021	Saneamiento Ambiental	1	1	100%	Registro incompleto de actividades en tabulador diario.
<b>5.2</b>	<b>Resultado esperado: Calidad de agua para el consumo humano.</b>								
5.2.1	Inspección al sistema de abastecimiento de agua intrahospitalario	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 24 de agua.	Saneamiento Ambiental.	9	9	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.	12	16	133%	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 fisicoquímicas de agua potable	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 de agua potable	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.	2	3	150%	
5.2.6	Lecturas de cloro residual	720	Numero de lecturas de cloro diaria	Bitácoras de lecturas de cloro diario.	Saneamiento Ambiental.	360	342	95%	Inexistencia de reactivo para las lecturas de cloro.
<b>5.3</b>	<b>Resultado esperado: Vigilancia de aguas residuales de tipo ordinaria y especial.</b>								
5.3.1	Vigilancia sanitaria a la PTAR	12	Numero de supervisiones programadas	Reportes de la empresa de la APK.	Saneamiento Ambiental.	9	9	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
<b>5.4</b>	<b>Resultado esperado: Seguridad en el manejo de desechos bioinfecciosos y sustancias químicas.</b>								
5.4.1	Supervisiones de áreas generadoras de DB	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 23 de Desechos Bioinfecciosos.	Saneamiento Ambiental.	9	9	100 %	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.4.2	Supervisión a las áreas que almacenan sustancias químicas.	4	Numero de supervisiones programadas	Informes	Saneamiento Ambiental.	3	3	100 %	

<b>5.5 Resultado: Vigilancia a sitios de alta concurrencia con vigilancia sanitaria</b>									
5.5.1	Supervisión a Morgue Hospitalaria	2	Numero de supervisiones programadas	Ficha de evaluación, Informes	Saneamiento Ambiental.	1	1	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.5.2	Manejo de cadáveres por COVID-19	Fallecidas por COVID-19	Hoja de autorización de traslado de cadáver por COVID 19	Saneamiento Ambiental	12	6	6	100 %	
<b>5.6 Resultado esperado: Vigilancia y control de alimentos.</b>									
5.6.1	Envió de muestras microbiológicas (Leche maternizada)	36	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	18	22	166 %	Entrega de muestras en horario y día no asignado.
5.6.2	Envió 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.	2	5	200 %	
5.6.3	Supervisión cafetines dentro del hospital	8	Numero de supervisiones programadas	Instrumento de inspección, Informes	Saneamiento Ambiental.	4	3	150 %	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
<b>5.7 Resultado esperado: Vigilancia y control del dengue.</b>									

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	1	100%	
<b>5.8</b>	<b>Resultado esperado: Vigilancia de otras actividades de salud ambiental.</b>								
5.8.1	Atención a denuncias	3	Número de denuncias atendidas	Notas de denuncias, Informes	Saneamiento Ambiental.	1	0	0%	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	3	150%	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.	1	1	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	1	17%	Inasistencia de los integrantes del comité

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	%	
<b>6</b>	<b>Objetivo: Brindar un mantenimiento sostenible en los ambientes laborales para la seguridad de población usuaria y personal</b>								
6.1	<b>Resultado esperado: Funcionamiento óptimo de la infraestructura y equipo del hospital</b>								
6.1.1	Reparar el Sistema contra Incendios del Hospital.	1	No.	Informe de avance	División Administrativa			0%	Pendiente de asignación financiera.
6.1.2	Gestionar la mejora y el mantenimiento preventivo de los elevadores del hospital	11	No.	Informe de avance	División Administrativa	11	11	100%	Reparación completada por contrato de mantenimiento
6.1.3	Gestionar equipos para el Centro de Esterilizaciones	1	No.	Informe de adquisición	División Médica			0%	
6.1.4	Gestionar personal y equipo para el Servicio de Arsenal	1	No.	Informe de adquisición	División Médica			0%	Pendientes de asignación financiera
6.1.5	Mejorar el funcionamiento del Sistema de Energía Eléctrica, Plantas de Emergencia, UPS centrales y Paneles de Transferencia	1	No.	Informe de adquisición	Dirección/ División Administrativa			0%	Gestión y coordinación interinstitucional efectiva a partir del tercer trimestre.
6.1.6	Adquisición de transporte colectivo para el personal	1	No.	Informe de adquisición colectivo	Dirección/ División Administrativa	1	1	100 %	Funcionando

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	%	
7	<b>Objetivo: Desarrollo de innovaciones tecnológicas para mejorar la gestión clínica y administrativa del hospital</b>								
7.1.	<b>Resultado esperado: Tecnologías de información y comunicación desarrolladas para mejorar la eficiencia institucional y la calidad de la atención a usuarios internos y externos.</b>								
7.1.1.	Implementar la comunicación virtual con madres usuarias de Método Canguro según demanda.	100 %	%	Informe de avance	Médico especialista encargado de programa	100	100	100%	Se cuenta con personal técnico para la aplicación de comunicación virtual y la participación de personal multidisciplinario materno infantil.
7.1.2.	Implementar las teleconferencias para capacitación de personal y conexión virtual según convocatorias de MINSAL.	40	No.	Informe de avance	Unidad de Desarrollo Profesional.	30	30	100%	Se cuenta con personal técnico para la aplicación de comunicación virtual.