

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER
“DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ”.**



**Evaluación trimestral
enero-marzo
2017**

San Salvador, abril de 2017

Dra. Adelaida de Lourdes Trejo de Estrada

Contenido

INTRODUCCION	4
I RESULTADOS	5
II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.	8
III. MORTALIDAD INFANTIL	8
IV. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	9
V. CUIDADOS CRITICOS DE LA ATENCIÓN EN LA MUJER	20
VI. PQD 2015-2019 PROYECCION A MEDIO TERMINO	25
VII. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	29

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud Pública, en su Plan Estratégico 2015-2019 plantea la reducción de la mortalidad materna por debajo de 35 por 100,000 nacidos vivos y mantener una tasa de mortalidad infantil de 8 por 1,000 nacidos vivos.

El Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” es el hospital de obstetricia y ginecología de referencia nacional como tercer nivel de atención dentro de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud del país, siendo un hospital de alta especialización profesional y complejidad funcional, pues realiza actividades asistenciales atendiendo a mujeres adolescentes, mujeres en su ciclo de vida reproductivo, adultas mayores y recién nacidos.

A la fecha, se ha avanzado en procesos operativos para valorar la calidad de la atención desde tres perspectivas: 1) **la perspectiva técnico-científica** que se refiere al contenido del saber médico y a la tecnología médica disponible para ofrecer la mejor alternativa a las mujeres y recién nacidos internados en nuestro hospital. La revisión diaria de los resultados del turno, ha constituido un ejercicio valioso para fortalecer los manejos clínicos de casos de alta complejidad y el aprendizaje del personal especializado sobre la protección y recuperación de las personas en los diferentes servicios, incluyendo la pertinencia de las referencias desde otros niveles de atención, las indicaciones de cesárea y la mejora continua de la atención. 2) **La perspectiva lógica** en lo concerniente a la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones conducentes a mejorar la prestación de los servicios, principalmente en lo relacionado a la disponibilidad de tecnologías (medico quirúrgicas, enfermería, apoyo diagnóstico, abastecimiento) y servicios generales (lavandería, esterilización, servicios básicos, alimentación) para la atención oportuna y eficaz de las personas y finalmente 3) **la perspectiva expansiva y óptima de la calidad** en cuanto a proponer distintas alternativas con los referentes profesionales médicos y auxiliares de los diferentes niveles de atención, durante evaluaciones de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), con el fin de mejorar la prevención y los cuidados obstétricos y neonatales, incluyendo las enfermedades crónicas de mujeres adultas desde el primero y segundo nivel de atención en las comunidades de sus áreas territoriales de influencia.

I RESULTADOS

Durante el primer trimestre de 2017 las principales causas de egreso siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio", "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" y los "Tumores (neoplasias)".¹

A marzo de 2017 se ha mantenido la reducción de la razón de mortalidad materna, en el servicio de oncología se totalizaron 420 egresos y las primeras 4 causas fueron los tumores malignos: en la mama en primer lugar (185), en ovario en segundo lugar (85), en cuello uterino (71) en tercer lugar y en endometrio (44) en cuarto lugar, no obstante la letalidad por cáncer se ha mantenido en 1% considerando que se han incrementado los servicios de atención paliativa de casos terminales para satisfacer las necesidades y preferencias de los familiares que optan por mantener a sus parientes bajo el cuidado hospitalario, hasta su fallecimiento.

Se han incrementado las tasas de mortalidad neonatal, perinatal e infantil. Las principales causas de muerte hospitalaria en general, se concentran en la inmadurez extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.²

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

De acuerdo a los indicadores de seguimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, la información oficial del Sistema de morbilidad y mortalidad del Ministerio de Salud (TABLA I), en la tendencia mensual durante el trimestre, se ha mantenido con la reducción de la razón de mortalidad materna en mas del 70%, no así en las tasas de mortalidad infantil y neonatal que además presentaron las mismas tendencias ascendentes con las tasas de recién nacidos con muy bajo peso y bajo peso durante febrero y marzo de 2017.

Esta correlación de morbilidad infantil sugiere un potencial de reducción muy

¹ simmow, Lista de Morbilidad por Capítulos por grupo etáreo, enero-marzo HNM, 2017.

² SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etáreo, enero-marzo HNM, 2017

importante en la prevención de la inmadurez extrema y la prematuridad desde la Unidad de Gestión Clínica Materno Infantil, con los cuidados obstétricos y el cuidado del bienestar fetal desde el primer nivel de atención.

TABLA I

TENDENCIA MENSUAL DE INDICADORES 2016-2017 TRIMESTRE I				
Indicador	Año	Enero	Febrero	Marzo
Tasa Recien Nacidos Muy Bajo Peso	2016	48.27	42.29	52.03
	2017	46.18	53.45	58.12
Tasa Recien Nacidos Bajo Peso	2016	240.10	221.01	238.58
	2017	223.67	260.34	248.88
Tasa Mortalidad Neonatal	2016	14.85	13.64	20.30
	2017	20.20	25.86	20.86
Tasa Mortalidad Infantil	2016	16.09	13.64	20.30
	2017	23.09	29.31	20.86
Razon Mortalidad Materna	2016	371.29	272.85	380.71
	2017	144.30	0.00	149.03
Egresos	2016	1,605	1,639	1,692
Egresos	2017	1,529	1,376	1,608

Fuente: SIMMOW-Atención hospitalaria-Monitoreo-Indicadores-HNM

El nivel de eficacia preventiva de la red en todos los niveles de atención, determina la eficiencia y la efectividad en el abordaje especializado de tercer nivel, principalmente por las limitantes en la disponibilidad de personal especializado en los servicios de neonatología así como el desabastecimiento de tecnologías sanitarias (medicamentos, insumos y equipo) en los servicios de atención materna como ha sido el caso de la carencia de tocolíticos de alta eficacia para el tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro y la prevención y control de la prematuridad.

TABLA II.

INDICADORES HNM	ENERO-MARZO		VARIACION
	2016	2017	
Nacido muerto hospitalario (#)	32	29	-9%
Nacido vivo (#)	2,324	1,941	-16%
Nacimientos (#)	2,356	1,970	-16%
M. neonatal temprana (#)	31	37	19%
M. neonatal tardía (#)	7	6	-14%
M. Neonatal (#)	38	43	13%
M. Perinatal (#)	63	66	5%
M. Infantil (#)	39	47	21%
M. menor de 5 a. (#)	39	47	21%
M. Maternas (#)	8	2	-75%
Abortos (#)	229	213	-7%
T.M. fetal x 1,000 nacimientos	13.6	14.7	8%
T.M. neonatal temprana X MIL N.V.	13.3	19.1	43%
TM. Neonatal tardía X MIL N.V.	3.0	3.1	3%
T.M. Neonatal X MIL N.V.	16.4	22.2	35%
T.M. Perinatal x 1,000 nacimientos	26.7	33.5	25%
T.M. Infantil X MIL N.V.	16.8	24.2	44%
T.M. Menor de 5 años	16.8	24.2	44%
R.M.M. X 100,000 N.V.	344.2	103.0	-70%
Razón de abortos x 1000 n.v.	98.5	109.7	11%

Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años Dep Mun, enero-marzo 2017

En la Tabla II se incluyen datos absolutos y relativos acumulados en el trimestre de 2016 y 2017, con el fin de analizar el comportamiento y la interpretación de los indicadores. La variación de la muerte fetal se redujo en 9%, las muertes neonatales

tardías disminuyeron 14% y los abortos en 7%; no obstante, dada la reducción concomitante de los nacimientos y los nacidos vivos como denominadores para el calculo de tasas y razones, estas mismas, se incrementaron en 8%, en 3% y en 11% respectivamente.

II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

Según datos del Sistema de Morbimortalidad SIMMOW, la morbilidad más frecuente de los 189 egresos en el servicio de infectología fue la infección del a bolsa amniótica o de las membranas (46), lo cual ha sido correlacionada con las complicaciones neonatales por sepsis temprana. En el servicio de Ginecología destaca el abuso sexual como tercera causa (19) después del Leiomioma del útero con 83 y el prolapso uterovaginal incompleto (20) de un total de 285 egresos.

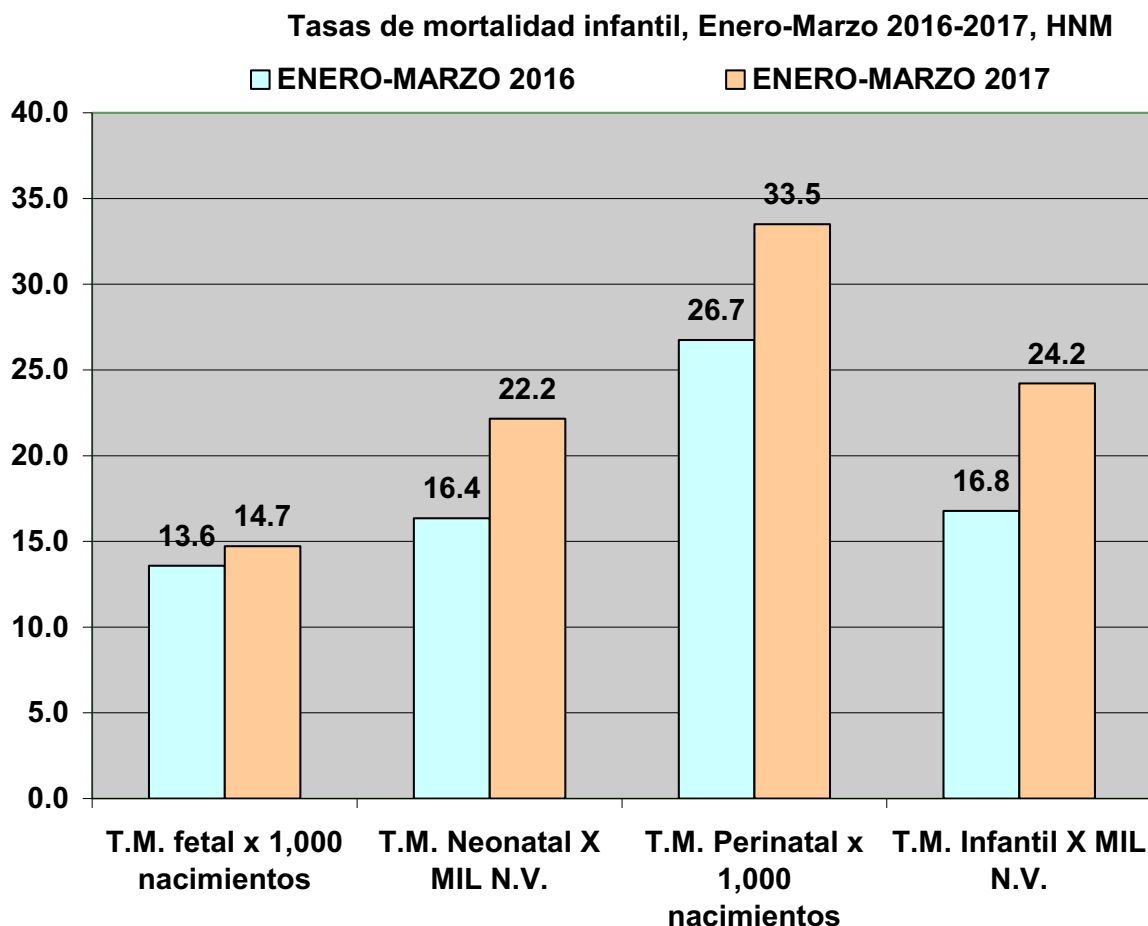
En el servicio de puerperio se produjeron 1,375 hospitalizaciones de las cuales 340 fueron por parto único espontáneo, seguida de preeclampsia severa, ruptura prematura de membranas y de otras enfermedades crónicas como la obesidad la hipertensión arterial, diabetes mellitus. En el servicio de obstetricia, de los 62 egresos 57 tuvieron como diagnostico de egreso la mola hidatiforme. En el servicio de perinatología, de los 468 egresos, la principal causa de egreso fue la diabetes mellitus con 82 egresos, seguida de enfermedad renal (38), infección de vías urinarias (20), hipertensión esencial primaria (10) y obesidad (11).

El departamento de Neonatología reportó que, de las 29 muertes fetales ocurridas, en 10 (34%) se presentaron comorbilidades maternas, principalmente diabetes mellitus, trastornos hipertensivos del embarazo, hipertensión arterial esencial, infección de vías urinarias, enfermedad del trofoblasto, glomerulopatía, infecciones por citomegalovirus y mononucleosis infecciosa. Además, en 3 de los 29 casos (10.3%) presentaron malformaciones congénitas incompatibles con la vida.

III. MORTALIDAD INFANTIL

En general, las tasas de mortalidad perinatal, neonatal e infantil incrementaron, tanto en términos absolutos como en tasas por mil (GRAFICO 1). Es importante reiterar que las causas de morbimortalidad neonatal requieren de servicios de alta complejidad y óptimo desempeño profesional especializado en los servicios de neonatología. Principalmente considerando las limitantes en el número de médicos y enfermeras especializadas para la cantidad de camas de servicios de cuidados intensivos e intermedios de neonatología.

GRAFICO I



Según el Gráfico I, la mortalidad infantil intrahospitalaria incrementó en 44% y la mortalidad neonatal 35% durante el trimestre.

IV. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las principales causas de muerte hospitalaria de los recién nacidos en general, se concentran en la inmadurez extrema (GRAFICO 3), otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.³

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 60% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 40%. (GRAFICO 2)

³ SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-marzo HNM, 2017

GRAFICO 2

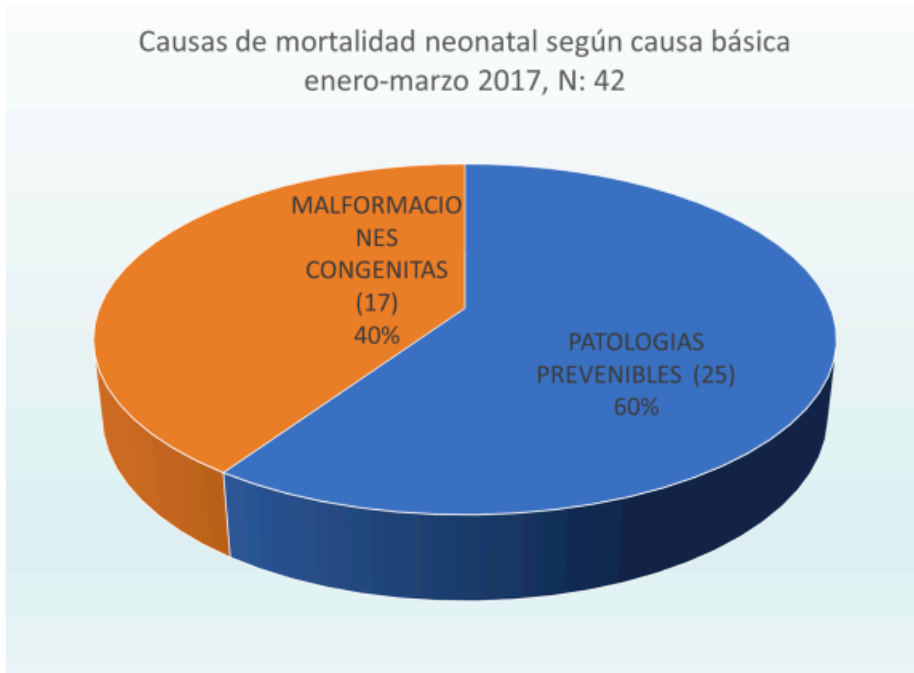
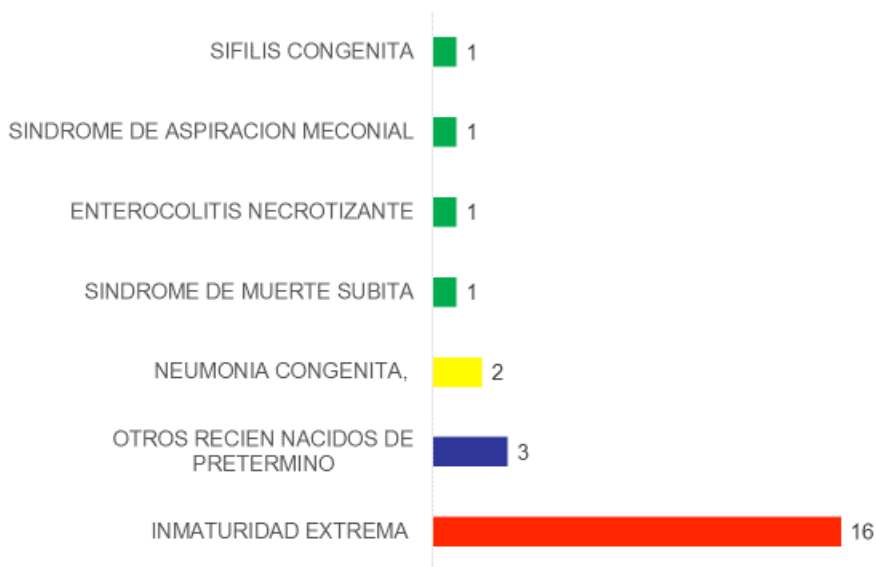


FIGURA I



GRAFICO 3

CAUSAS PREVENIBLES DE MORTALIDAD NEONATAL,
ENERO MARZO 2017, HNM



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 deben ser referidas al tercer nivel con el agravante de que las existencias de tocolíticos decayeron durante el trimestre para el tratamiento eficaz de las amenazas de parto prematuro.

Además de mejorar la disponibilidad de tocolíticos eficaces para tratar la amenaza de parto prematuro hasta las 34 semanas de gestación en las maternidades desde el segundo nivel de atención, es vital la aplicación de esteroides para la maduración pulmonar en toda la RIISS hasta las 37 semanas de edad gestacional. Los recién nacidos con edad gestacional menor de 28 semanas usualmente se complican por sepsis a diferencia de los que nacen con mayor edad gestacional entre 28 y 37 semanas que se complican más por dificultad respiratoria ya que son más resistentes a la sepsis, por lo que es importante reconsiderar la tocólisis y la maduración pulmonar en todos los casos que lo requieran antes de las 37 semanas de gestación.⁴

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

⁴ El hospital Materno Infantil de la Universidad de Barcelona recomienda betametazona 12 mg intramuscular a toda embarazada con riesgo de parto prematuro entre las 24 y 34 semanas con tandas de dos dosis cada 7 días, máximo 3 tandas de 2 dosis si persiste la APP.

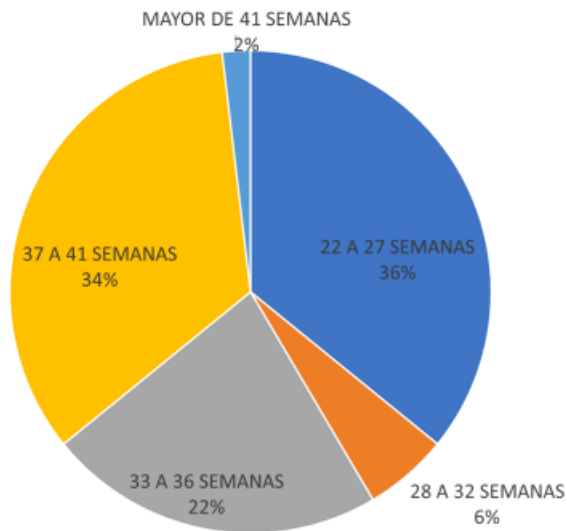
oportunamente las causas reconocidas como la desnutrición materna, las infecciones y las enfermedades crónicas en la mujer, determinación socio ambiental relacionada a violencia, vulnerabilidad social (pobreza, exclusión social, madres solteras) así como el manejo clínico efectivo de la amenaza de parto prematuro y la maduración pulmonar del feto incluyendo 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.

GRAFICO 4

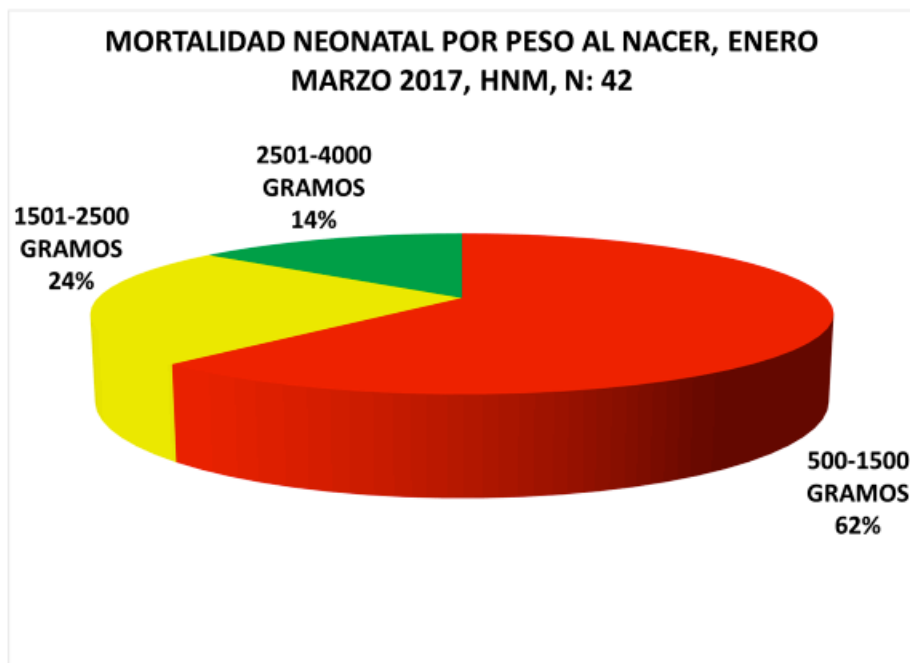
MORTALIDAD NEONATAL POR EDAD GESTACIONAL, ENERO MARZO 2017, HNM



Especial interés toma para la atención obstétrica el hecho de que más del 30% de las muertes neonatales tenían edad gestacional adecuada para su nacimiento (GRAFICO 4), no obstante, es importante destacar que estas muertes fueron principalmente por

malformaciones congénitas en su mayoría incompatibles con la vida.

GRAFICO 5



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 el 62% de las muertes neonatales ocurren en los bebés que pesan menos de 1,500 gramos (GRAFICO 5) y de estos la sobrevivencia es nula si el peso es menor de 600 gramos, y se incrementa a 50% en los que pesan menos de 1,000 gramos.

Esto último es muy importante para la consideración de la RISS desde el primer nivel de atención para tratar oportunamente las causas reconocidas como la desnutrición materna, las infecciones y las enfermedades crónicas en la mujer, así como el manejo clínico efectivo de la amenaza de parto prematuro y la maduración pulmonar del feto.

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, es importante destacar que a la

base de la prematurez, 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 y otras condiciones de alto estrés) aumenta la secreción de cortisol suprarrenal materno y fetal, y este 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 pobreza y la exclusión social.

La aplicación del enfoque de determinación social, representa un desafío para el personal de salud en términos de ampliar la perspectiva de la “historia clínica” y las auditorías de morbilidad materna e infantil con elementos del contexto sico-social y ambiental del binomio madre bebé, bajo el supuesto de que la información está consignada en la ficha familiar como parte de la dispensarización normada en el primer nivel de atención.

Control Prenatal, Infección e inflamación

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

Factores genéticos

Control prenatal, prevención y control de hemorragia en la decidua

A diferencia de las mujeres afectadas por los factores socioambientales, la hemorragia

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

Control prenatal de la distensión uterina

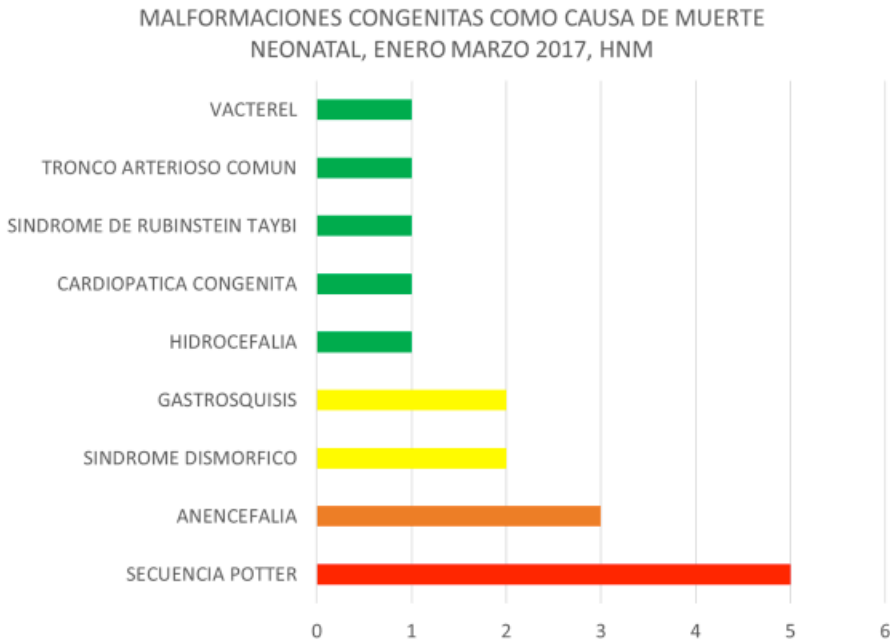
La distensión mecánica del útero, activa la producción de citocinas y prostaglandinas, por tanto es muy importante controlar oportunamente a mujeres con gestación multifetal y/o con polihidramnios para prevenir un parto prematuro.

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Además de la prematurez y bajo peso como una de las principales causas de muerte neonatal, se tiene también la sepsis y las malformaciones congénitas que en su mayor proporción son incompatibles con la vida (Gráfico 6).

Las malformaciones congénitas en su mayoría son detectables conforme aumenta la edad gestacional y el peso fetal, no obstante, en el caso de las anomalías congénitas del sistema nervioso central, pudiesen prevenirse con el uso del ácido fólico durante la edad reproductiva desde el periodo preconcepcional en la mujer y durante el embarazo, lo cual debería ser una intervención de atención primaria fundamental en las comunidades.

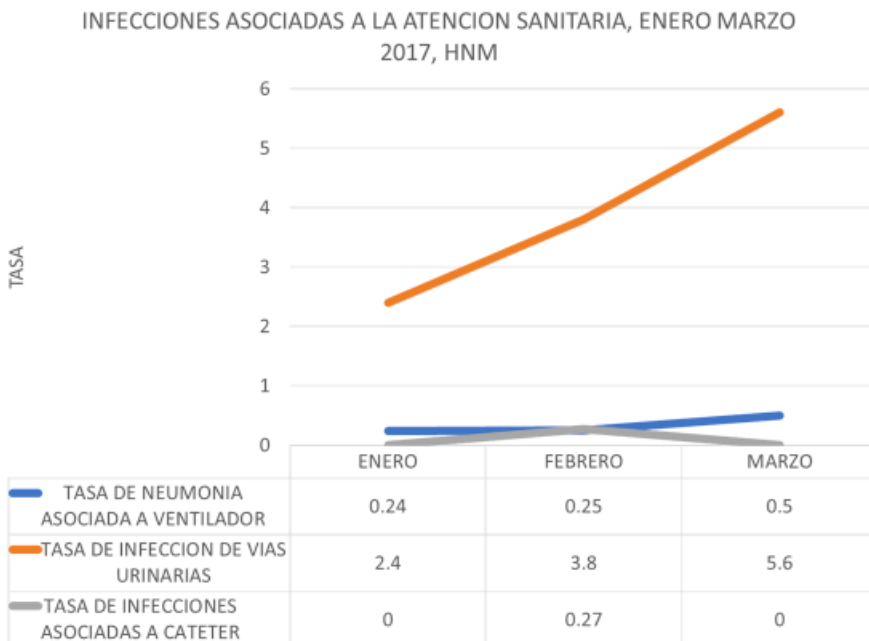
GRAFICO 6



INFECCIONES ASOCIADAS A LOS SERVICIOS (IAAS) DE NEONATOLOGÍA

La tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria de los pacientes en general, se ha mantenido abajo del 3% del total de egresos y la tendencia fue al descenso, reportándose 2.5% en marzo (GRAFICO 7). En los servicios de neonatología se incrementaron las infecciones de vías urinarias (de 2.4 a 5.6%) por limitantes en el cambio frecuente de pañales en los recién nacidos a fin de mantenerlos libres de infecciones, principalmente en cuidados intensivos. La tasa de neumonía asociada a ventilador incrementó levemente en marzo a 0.5% y la tasa de infecciones asociadas a catéter se reportó al mínimo (0).

GRAFICO 7

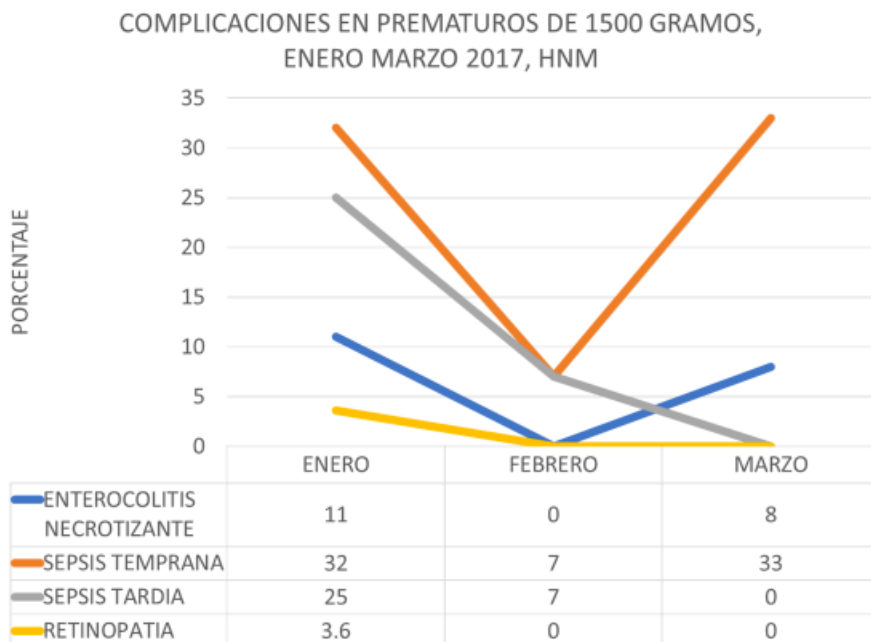


Otras complicaciones en recién nacidos con muy bajo peso al nacer.

La principal complicación durante el trimestre fue la **sepsis temprana (GRAFICO 8)**, que presentó un comportamiento ascendente a marzo, no así la sepsis tardía que bajo a "0". Las infecciones maternas se transmiten al embrión y feto por Infección ascendente de la vagina superior por el cuello uterino al líquido amniótico o por la propagación hematológica como resultado de la viremia materna, la bacteriemia o la parasitemia. Cuando las infecciones se contraen por la vía ascendente, los microorganismos, pueden causar con mayor frecuencia, cambios inflamatorios en el amnios y corion (corioamnionitis) y pueden conducir a rotura prematura de las membranas y parto de pretérmino. A menudo, la neumonía fetal ocurrirá como resultado de la entrada del líquido amniótico infectado en los pulmones. En las infecciones difundidas vía hematológica, generalmente infecciones víricas, la placenta está a menudo infectada resultando en deciduitis e infección placentaria (villitis). La otra complicación que presentó la misma tendencia de la sepsis temprana fue la enterocolitis necrotizante (ECN) la cual constituye la causa más frecuente de enfermedad gastrointestinal adquirida y emergencia quirúrgica en el neonato y afecta predominantemente al pretérmino con muy bajo peso al nacer. Las infecciones durante el embarazo son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal. La retinopatía se mantuvo en "0" durante febrero y marzo; esta complicación es una enfermedad vasoproliferativa que afecta a los recién nacidos prematuros y que se produce en el momento del desarrollo y maduración vascular. Es la causa más frecuente de ceguera

infantil en países desarrollados.

GRAFICO 8

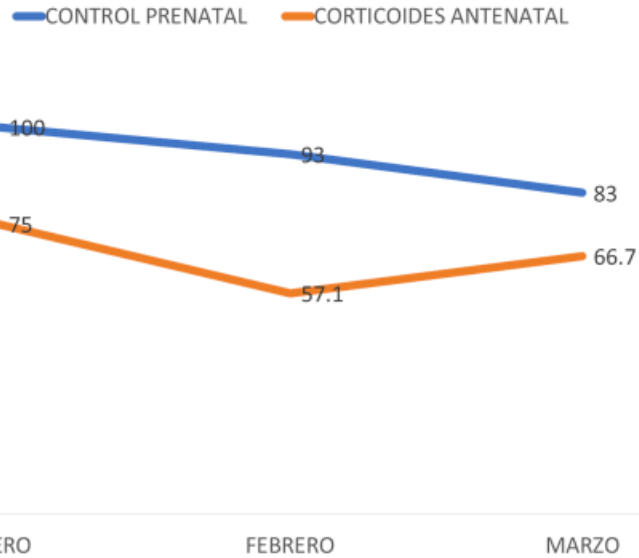


Prevención del distres respiratorio de los recién nacidos

No obstante, que la cobertura de control prenatal a nivel nacional es eficaz por parte del primer nivel de atención, la efectividad en la reducción de la prematurez y las complicaciones respiratorias depende de la cobertura con corticoides antenatales de todas las embarazadas entre las 24 y 34 semanas de embarazo, principalmente bajo condiciones de riesgo socio ambiental (estrés materno fetal e infecciones). Durante el trimestre se puede observar una brecha que refleja una desprotección potencial de corticoides antenatales en relación con los controles prenatales para prevenir complicaciones respiratorias en los recién nacidos de 1,500 gramos de peso o menos, desde las 24 hasta las 37 semanas (GRAFICO 9).

GRAFICO 9

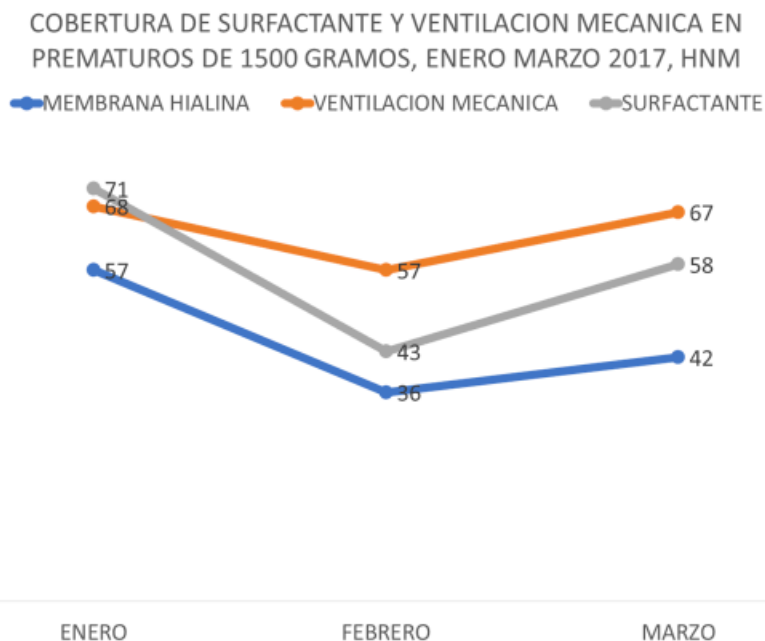
MADURACION PULMONAR DURANTE CONTROL PRENATAL
EN PREMATUROS DE 1500 GRAMOS, ENERO - MARZO 2017



Protección contra la Membrana Hialina como complicacion letal en el recién nacido.

Situación diferente a la oportunidad de los corticoides antenatales para prevenir complicaciones pulmonares en el recién nacido desde el primer nivel de atención, se puede observar en la cobertura hospitalaria de surfactante y ventilación mecánica sobre los casos potenciales de membrana hialina, los cual determina la sobrevida de recién nacidos con prematurez (GRAFICO 10).

GRAFICO 10

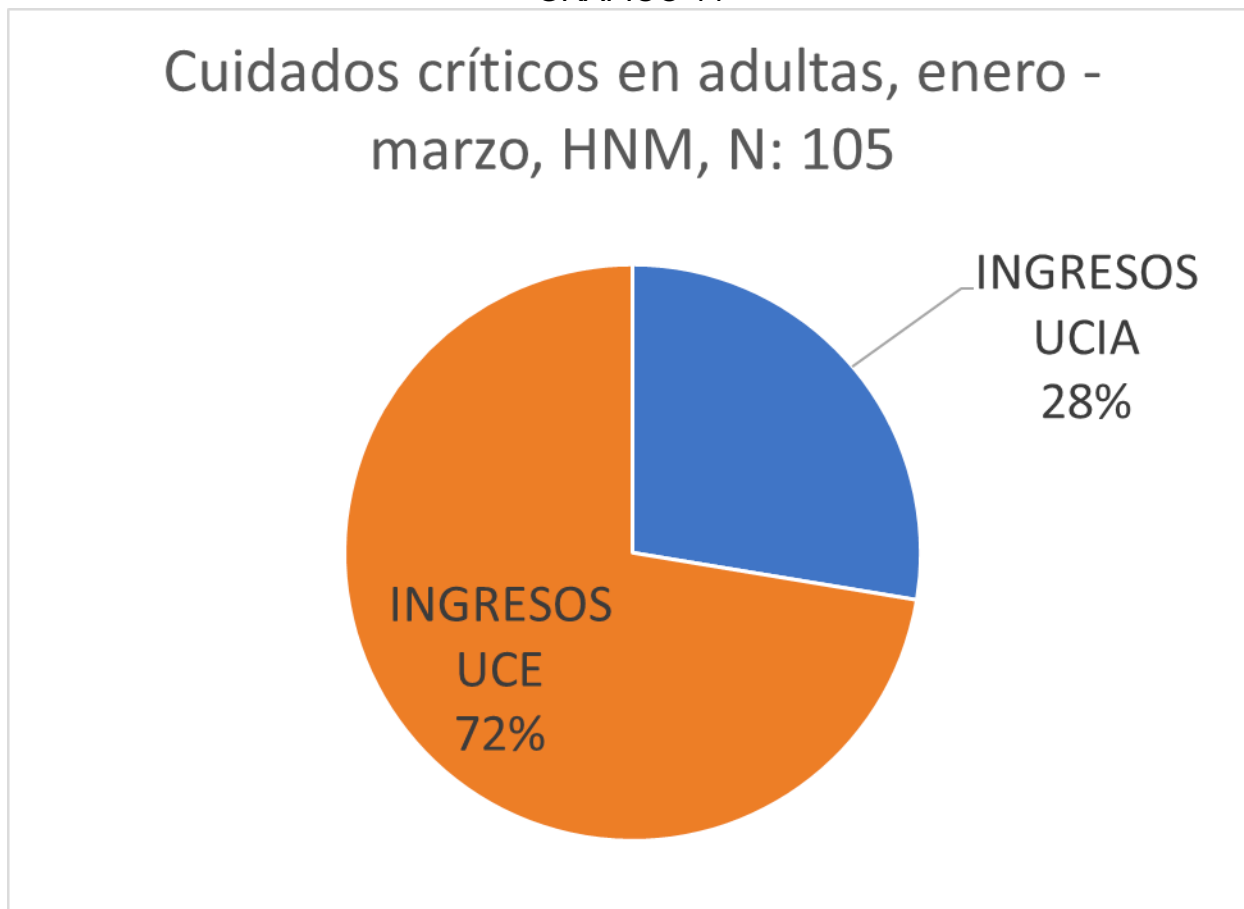


V. CUIDADOS CRITICOS DE LA ATENCIÓN EN LA MUJER

La seguridad materna reflejada en a la sustentabilidad de la tendencia decreciente de la mortalidad materna, es un resultado de la eficacia en el manejo de las complicaciones que se hace en las unidades de cuidados críticos, y la reorientación de la política hospitalaria de contratación de personal especializado.

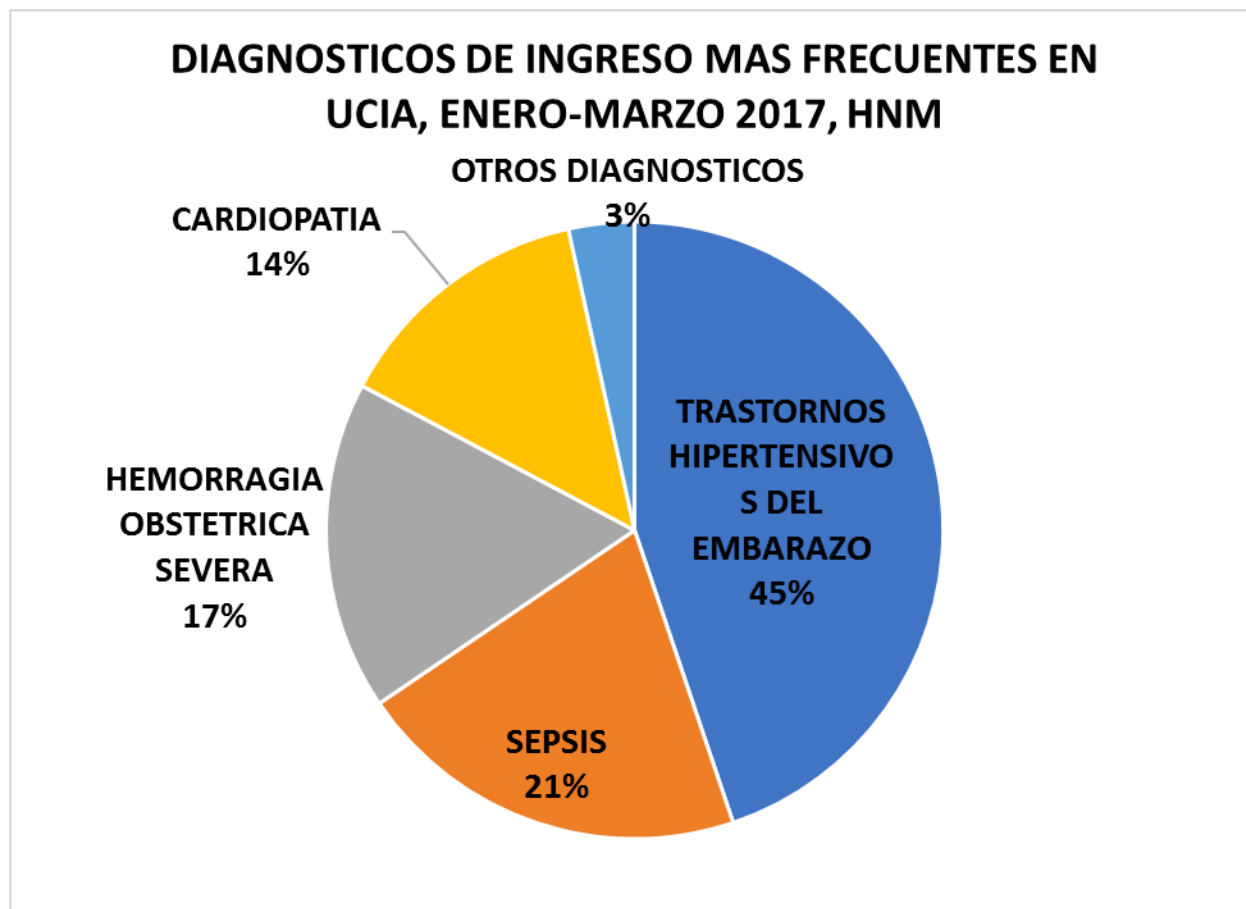
Durante el trimestre, de aproximadamente 3,300 egresos se tuvo un total de 105 ingresos a cuidados críticos (3%), de estas 29 mujeres fueron ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (28%) y 76 a Unidad de Cuidados Especiales (72%) (GRAFICO 11).

GRAFICO 11



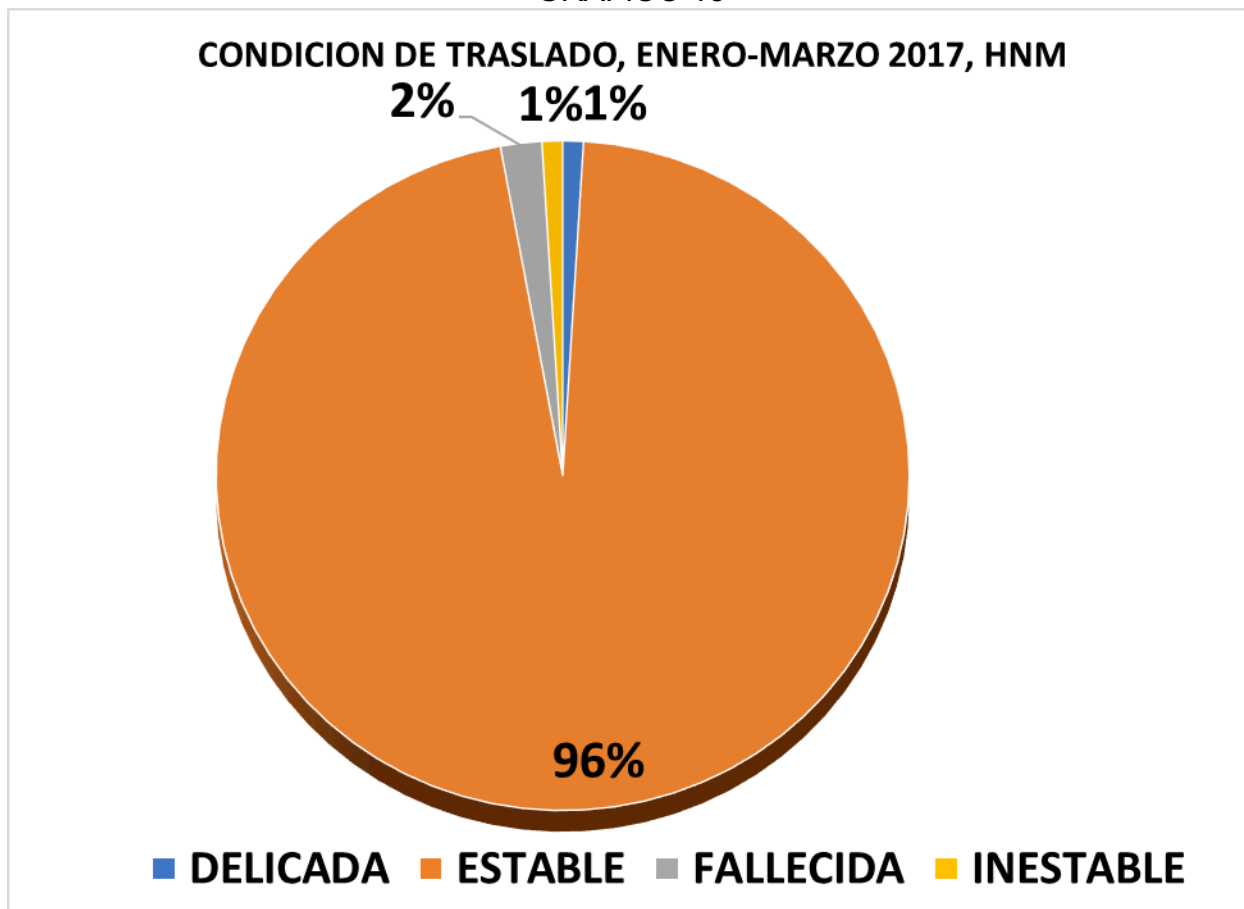
Las causas más frecuentes de complicaciones tratadas en UCIA son los trastornos hipertensivos del embarazo (45%), la sepsis (21%) por la alta demanda de pacientes con urosepsis, corioamnionitis, salmonelosis y otras que evolucionan a shock séptico; en tercer lugar, se tiene la hemorragia obstétrica severa (17%) principalmente por atonía uterina, y en cuarto lugar, la cardiopatía (14%) principalmente por hipertensión arterial crónica, asociada a obesidad mórbida y otros problemas metabólicos. La misma estructura de causas se observa en el perfil de ingresos a la Unidad de Cuidados Especiales (GRAFICO 12).

GRAFICO 12



El 96% de los ingresos fueron trasladados a servicios de menor complejidad en condiciones estables, una mujer con embarazo de 32 semanas y con aneurisma del seno de Valsalva fue trasladada en condiciones delicada a otro centro especializado y otra con embarazo de 20 semanas con miocardiopatía dilatada en condición inestable para tratamiento cardiovascular especializado. Se tuvieron dos fallecimientos, una señora de 20 años que se complicó con hemorragia, coagulación intravascular diseminada y una hemorragia subaracnoidea; la otra fallecida fue una mujer de 46 años con fibromatosis uterina que presentó una hemorragia pélvica crítica (GRAFICO 13).

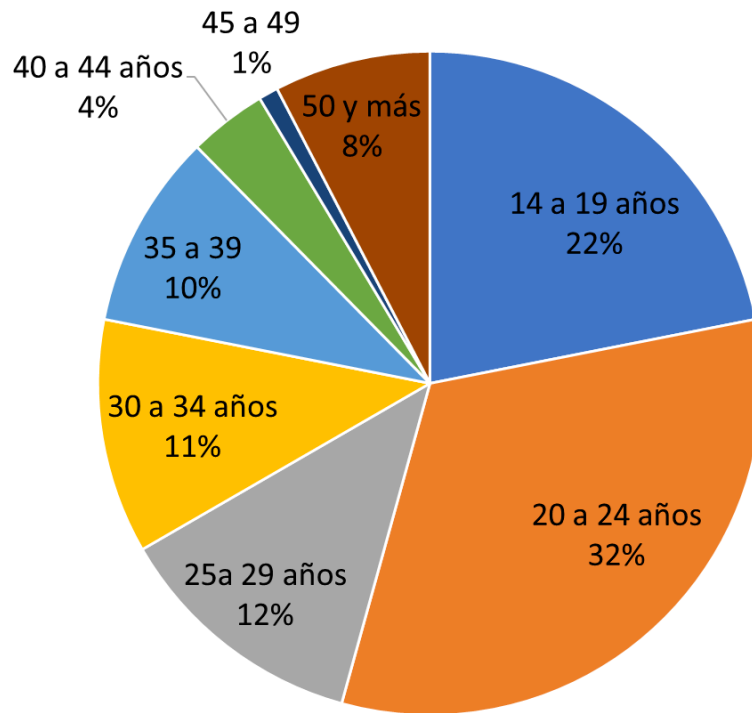
GRAFICO 13



Al ver los resultados de las mujeres salvadas de morbilidad extrema por edad, se puede ver el impacto que los cuidados críticos tienen en los años potenciales de vida salvados. El 66% de las mujeres tratadas en cuidados críticos fueron menores de 30 años, lo cual además tiene un impacto positivo en la supervivencia infantil y la salud familiar en general al evitar la horfandad y mayor vulnerabilidad en el hogar ya que son mujeres que al recuperar su salud vuelven a su vida productiva (GRAFICO 14).

GRAFICO 14

**CUIDADOS CRÍTICOS SEGUN EDAD, ENERO-MARZO 2017,
HNM**



VI. PQD 2015-2019 PROYECCION A MEDIO TERMINO

Líneas a destacar "EL SALVADOR PRODUCTIVO EDUCADO Y SEGURO"

A dos años y medio de ejecución para la consecución del Objetivo 4 de "Asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universales en salud con calidad", y trabajar sobre la estrategia de "Ampliación progresiva de la cobertura de salud a toda la población y prestación integral de servicios de salud oportunos, accesibles, asequibles, eficaces y de calidad" se han implementado líneas de acción orientadas a fortalecer y ampliar progresivamente la cobertura territorial de los servicios de salud, a través de la Red Integral e Integrada de los Servicios de Salud (Riiss) y fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales básicos, departamentales y regionales para desconcentrar los hospitales nacionales de especialidades, con énfasis en salud mental y salud sexual y reproductiva.

El balance de los resultados a medio término nos evidencia que se han obtenido avances en la reducción de la razón mortalidad materna por debajo de 35 por 100,000 nacidos vivos, no así en el mantenimiento de una tasa de mortalidad infantil de 8 por mil nacidos vivos.

A pesar de los resultados alcanzados en la reducción de la mortalidad infantil en el último decenio, persiste el desafío de reducir las muertes infantiles prevenibles. El incremento sustancial de la fuerza laboral con la conformación de los Equipos Comunitarios de Salud familiar y de los Equipos de Salud Especializados para atender a la población de las comunidades más vulnerables del país, así como la contratación de personal especializado para mejorar la calidad de la atención en los hospitales, redujo significativamente la mortalidad materna pero no la mortalidad infantil en similar proporción durante el quinquenio anterior.

La gratuidad de los servicios permitió el acceso a población altamente vulnerable procedente de las comunidades más pobres, mejorándose la protección financiera de la población, el avance hacia la ampliación del acceso y la cobertura y la reducción de gasto de bolsillo en los hogares, principalmente los más pobres.

Se destacó la existencia de compromisos mundiales para trabajar sobre el tema de la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia, tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, una promesa renovada⁵ (mortalidad neonatal); la Estrategia y Plan de

⁵ <http://www.apromiserenewedamericas.org/apr/?lang=es>

acción para la salud integral en la niñez; Plan del recién nacido y la reducción de la prematuridad como la principal causa de mortalidad por medio de una atención preconcepcional y del control prenatal de alta calidad en el territorio nacional por medio del primer nivel de atención.

La salud materna e infantil es, en principio, un tema de equidad que bajo la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral constituye el núcleo del sistema de salud del país, el cual forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

En el contexto político y socio económico de El Salvador y bajo la situación fiscal y de segmentación de los mecanismos de financiamiento público en salud, con limitantes en la sustentabilidad para la provisión de asistencia sanitaria esencial a un costo que en resumidas cuentas no ha sido suficientemente asequible para la comunidad y el país y que por tanto no ha permitido el desarrollo de un sistema de salud basado en la APS, los gerentes de servicios de salud están obligados a adaptarse a los constantes cambios y “reformas” en el entorno; cambios de origen multifactorial que determinan que solo los servicios con gerencia flexible y adaptable podrán desempeñarse con niveles aceptables de eficiencia.

Al momento, bajo la **perspectiva expansiva y óptima de la calidad**, es pertinente retomar la consulta sectorial del PQD 2015-2019 en la cual se propusieron varias recomendaciones costo efectivas que siguen vigentes y dignas de reiterar, para acelerar el proceso de mejora de la supervivencia infantil y maternidad segura a 2019, y que se destacan a continuación:

1. Elevar al más alto nivel de coordinación técnica intersectorial (los temas de mortalidad materna e infantil y el embarazo en adolescentes por su carácter multicausal).
2. Empoderar y educar a las mujeres, sus familias y comunidades para vivir saludablemente, decidir y controlar sus procesos de procreación y tomar decisiones oportunas en relación al uso de los servicios de salud preconcepcionales, prenatales, para la atención del parto, los cuidados puerperales y del recién nacido.
3. Distribución comunitaria de métodos anticonceptivos, con énfasis en los métodos de larga duración (inyecciones bimensuales, dispositivo intrauterino, etc.) y de métodos permanentes en los hospitales garantizando la oferta básica de métodos anticonceptivos en todas las redes integrales e integradas de

servicios de salud (RIISS).

4. Fortalecer el proceso de supervisión sobre las competencias en los cuidados obstétricos y perinatales que debe ejercer el personal operativo.
5. Mejorar la calidad de la atención integral del control prenatal con enfoque en el bienestar fetal y materno.
6. Garantizar la atención del parto por especialistas (obstetras y pediatras neonatólogos) y suficiente personal de enfermería, de anestesia y de laboratorio y la provisión de sangre segura, las 24 horas, los 365 días del año.
7. Sensibilizar sobre el enfoque de derechos y la determinación social de la salud al personal técnico de salud que atiende directamente a las mujeres en los momentos preconcepcional, prenatal y puerperal, a fin de que se sientan comprometidos (as) con las personas usuarias y su condición social.
8. Garantizar la atención esencial del recién nacido y la reanimación neonatal, por medio de personal especializado en pediatría/neonatología.
9. Impulsar la lactancia materna exclusiva como la forma de alimentación por excelencia en los menores de 6 meses y enfatizar sobre la importancia vital de aplicarla estrictamente en recién nacidos prematuros o de bajo peso.
10. Ampliación progresiva, a todo el país y en todas las instituciones del Sector salud, de acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación de las enfermedades crónicas no transmisibles, con un enfoque operativo en el curso de vida.
11. Incrementar en todas las instituciones del sector salud las acciones de identificación de las conductas y factores de riesgo en la población y la detección temprana de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) para su abordaje integral.
12. El MINSAL cuenta con un considerable número de Promotores de Salud, a quienes se debe definir con claridad qué responsabilidades deben tener para que trabajen articuladamente con las enfermeras y médicos de los equipos de salud y con los líderes comunitarios. Por la naturaleza de su ámbito de trabajo, ellos son los recursos idóneos para empujar la Promoción de la Salud y la inclusión de la salud en todas las acciones comunitarias en el territorio.
13. Implementar las mejores prácticas de salud comunitaria con la divulgación de experiencias de éxito en las prevención de la prematurez en áreas urbanas y rurales, así como en intervenciones eficaces especializadas de atención materna y neonatal en hospitales.
14. Por su parte el sistema sanitario debe estar preparado cuando la promoción y la prevención fallan. En el caso la salud neonatal, cuando la vida comienza, actualmente la principal causa es la prematurez y esta, a su vez, está

fuertemente asociada a las infecciones de vías urinarias, y por tanto se debe enfocar en la calidad de la atención prenatal que es cuando se tiene la oportunidad de prevenir, sin dejar de considerar el efecto de la determinación social de estos problemas ya que el estrés materno y fetal están directamente relacionados con la inmadurez extrema y la prematuridad tanto en las áreas rurales como urbanas.

15. Desarrollar un modelo más integral de auditoría de muerte infantil que trascienda del enfoque biomédico y que incluya variables socio ambientales del binomio madre bebé, para aplicar el enfoque de determinación social de la morbimortalidad materna e infantil.
16. Potenciar el uso de la ficha familiar y dispensarización del 100% de las embarazadas en los territorios urbanos y rurales para mejorar la atención integral con enfoque de determinación social.
17. Para mejorar la prevención de la prematuridad es importante revisar los protocolos de tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro y prevención del distress respiratorio con tecnologías sanitarias (tocolíticos, esteroides antenatales) más eficaces para mejorar la calidad de atención de las madres y sus recién nacidos.
18. En el ámbito hospitalario se deben crear las condiciones para la atención (por parte de personal calificado) de niñas y niños durante su nacimiento y las requeridas para su atención hospitalaria en caso presenten problemas de salud, incluyendo capacidad instalada de laboratorio clínico, rayos X y otros según la complejidad de los hospitales. En todo caso, es deseable que exista una efectiva articulación entre obstetras y pediatras/neonatólogos durante el trabajo de parto y el parto/nacimiento.
19. Es importante fortalecer el sistema de registro de las anomalías congénitas y su investigación científica, pues representa la segunda causa de muerte infantil.
20. El método madre canguro es la intervención sanitaria crítica y específica para manejar a los niños prematuros o con bajo peso al nacer, por lo que el personal de salud debe estar debidamente capacitado para educar a las madres sobre cómo aplicarla en caso se presente la necesidad.

VII. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS

RESUMEN CUMPLIMIENTO DE METAS TRIMESTRE I 2017			
Productos/Actividades	Programadas	Realizadas	%
Consulta Externa Médica	24,828	28,297	114%
Emergencias	5,799	5,960	103%
Egresos Hospitalarios	10,044	8,426	84%
Medicina Critica	3,345	1,450	43%
Servicios Intermedios	244,452	187,401	77%
Servicios Generales	179,613	235,611	131%

**REPORTE DE MONITOREO
CUMPLIMIENTO DE METAS TRIMESTRE I**

Actividades	ENERO MARZO 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales			
Consulta Externa Médica	24,828	28,297	114%
Especialidades	15,564	17,997	116%
Especialidades Básicas	4398	4262	97%
Medicina Interna	348	331	95%
Cirugía General	165	175	106%
Ginecología	3,750	3,638	97%
Psiquiatría	135	118	87%
Sub especialidades	11,166	13,735	123%
Sub Especialidades de Medicina Interna	2319	2472	107%
Cardiología	624	921	148%
Endocrinología	999	920	92%
Infectología	123	140	114%
Nefrología	123	136	111%
Neumología	450	355	79%
Sub Especialidades de Cirugía	918	661	72%
Anestesiología / Algología	720	484	67%
Urología	198	177	89%
Sub Especialidades de Pediatría	321	322	100%
Infectología	123	73	59%
Neonatología	198	249	126%
Sub Especialidades de Ginecología	5,223	6,401	123%
Clínica de Mamas	1,674	1,530	91%
Infertilidad	1,623	1,646	101%
Oncología	1,926	3,225	167%
Sub Especialidades de Obstetricia	2,385	3,879	163%
Detección de Embarazo de Alto Riesgo	636	152	24%
Embarazo de Alto Riesgo	1,500	3,478	232%
Genética Perinatal	249	249	100%
Emergencias	5,799	5,960	103%
De Medicina Interna	75	58	77%
Oncología	75	58	77%
De Gineco-Obstetricia	3624	3301	91%
Ginecología	375	366	98%
Obstetricia	3,249	2,935	90%
Otras Atenciones Consulta Emergencia	2,100	2,601	124%
Selección	2,100	2,601	124%

**REPORTE DE MONITOREO
CUMPLIMIENTO DE METAS TRIMESTRE I**

Actividades	ENERO MARZO 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Otras Atenciones			
Consulta Externa Médica	8,766	9,885	113%
Colposcopia	4,500	5,315	118%
Nutrición	498	516	104%
Planificación Familiar	324	343	106%
Psicología	195	164	84%
Selección	3,249	3,547	109%
Consulta Externa Odontológica	498	415	83%
Odontológica de primera vez	186	160	86%
Odontológica subsecuente	312	255	82%
Servicios Finales			
Egresos Hospitalarios	10044	8426	84%
Especialidades Básicas	474	347	73%
Ginecología	399	285	71%
Obstetricia	75	62	83%
Sub Especialidades	5004	4165	83%
Sub Especialidad de Medicina Interna	234	189	81%
Infectología / Aislamiento	234	189	81%
Sub Especialidades de Pediatría	1152	1206	105%
Cirugía Pediátrica	3	0	0%
Neonatología	1,149	1,206	105%
Sub Especialidades de Ginecología	405	420	104%
Oncología	405	420	104%
Sub Especialidades de Obstetricia	3213	2350	73%
Cirugía Obstétrica	750	511	68%
Patología del Embarazo	438	468	107%
Puerperio	2,025	1,371	68%

**REPORTE DE MONITOREO
CUMPLIMIENTO DE METAS TRIMESTRE I**

Actividades	ENERO MARZO 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Partos	2196	1927	88%
Partos vaginales	1,323	1,184	89%
Partos por Cesáreas	873	743	85%
Cirugía Mayor	2370	1987	84%
Electivas para Hospitalización	924	839	91%
Electivas Ambulatorias	198	143	72%
De Emergencia para Hospitalización	1,224	1,004	82%
De Emergencia Ambulatoria	24	1	4%
Medicina Critica	3345	1450	43%
Unidad de Emergencia	1272	920	72%
Admisiones	723	555	77%
Transferencias	549	365	66%
Unidad de Máxima Urgencia	498	530	106%
Admisiones	249	271	109%
Transferencias	249	259	104%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	1575	0	0%
Admisiones	525	0	0%
Transferencias	1,050	0	0%

**REPORTE DE MONITOREO
CUMPLIMIENTO DE METAS TRIMESTRE I**

Actividades	ENERO MARZO 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios	244,452	187,401	77%
Diagnostico	109,716	88,061	80%
Imagenología	22467	23860	106%
Fluoroscopias	75	0	0%
Radiografías	10,998	12,724	116%
Ultrasonografías	9,894	9,049	91%
Mamografías Diagnósticas	600	717	120%
Mamografías de Tamisaje	900	1,370	152%
Anatomía Patológica	5,517	5,567	101%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	1,920	2288	119%
Biopsias Cuello Uterino	945	530	56%
Biopsias Mama	450	497	110%
Biopsias Otras partes del cuerpo	2,202	2,252	102%
Otros Procedimientos Diagnósticos	1197	2388	199%
Colposcopias	324	1,757	542%
Ecocardiogramas	273	187	68%
Electrocardiogramas	600	444	74%
Tratamiento y Rehabilitación	71,688	47,453	66%
Cirugía Menor	1,575	1,169	74%
Conos Loop	189	217	115%
Crioterapias	300	232	77%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	3,600	3,985	111%
Inhaloterapias	999	557	56%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	12,603	8,879	70%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	49,998	32,176	64%
Terapias Respiratorias	2,424	238	10%
Trabajo Social	8,847	8,793	99%
Casos Atendidos	8,847	8,793	99%

**REPORTE DE MONITOREO
CUMPLIMIENTO DE METAS TRIMESTRE I**

Actividades	ENERO MARZO 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios			
Diagnostico			
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	134,736	99,340	74%
Hematología	32,121	31,813	99%
Consulta Externa	3,477	5,825	168%
Hospitalización	22,044	19,420	88%
Emergencia	5,643	5,574	99%
Referido / Otros	957	994	104%
Inmunología	7,674	5,596	73%
Consulta Externa	2,031	1,390	68%
Hospitalización	3,999	2,605	65%
Emergencia	1,032	701	68%
Referido / Otros	612	900	147%
Bacteriología	7,545	4,879	65%
Consulta Externa	723	712	98%
Hospitalización	5,733	3,524	61%
Emergencia	777	500	64%
Referido / Otros	312	143	46%
Parasitología	741	440	59%
Consulta Externa	360	299	83%
Hospitalización	132	88	67%
Emergencia	234	37	16%
Referido / Otros	15	16	107%
Bioquímica	47,706	33,874	71%
Consulta Externa	7,557	4,873	64%
Hospitalización	28,278	19,534	69%
Emergencia	7,827	6,010	77%
Referido / Otros	4,044	3,457	85%
Banco de Sangre	34,596	18,173	53%
Consulta Externa	9,249	6,045	65%
Hospitalización	22,773	8,809	39%
Emergencia	1,350	2,533	188%
Referido / Otros	1,224	786	64%
Urianálisis	4,353	4,565	105%
Consulta Externa	1,560	1,366	88%
Hospitalización	1,581	1,642	104%
Emergencia	1,173	1,524	130%
Referido / Otros	39	33	85%

**REPORTE DE MONITOREO
CUMPLIMIENTO DE METAS TRIMESTRE I**

Actividades	ENERO MARZO 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	179,613	235,611	131%
Alimentación y Dietas	43476	68540	158%
Hospitalización	43476	68540	158%
Medicina	414	765	185%
Cirugía	0	0	ND
Ginecología	612	1,137	186%
Obstetricia	3,189	3,909	123%
Pediatría	0	0	ND
Neonatología	39,261	62,729	160%
Lavandería	126,489	161,473	128%
Hospitalización	116,229	148,058	127%
Medicina	5,103	11,544	226%
Cirugía	0	0	ND
Ginecología	17,619	35,551	202%
Obstetricia	68,037	51,753	76%
Pediatría	0	0	ND
Neonatología	25,470	49,210	193%
Psiquiatría	0	0	ND
Otros (Convenios)	0	0	ND
Consulta	4980	1894	38%
Consulta Médica General	0	0	ND
Consulta Médica Especializada	4,980	1,894	38%
Emergencias	5,280	11,521	218%
Emergencias	5,280	11,521	218%
Mantenimiento Preventivo	150	48	32%
Números de Orden	150	48	32%
Transporte	9,498	5,550	58%
Kilómetros Recorridos	9,498	5,550	58%

SERVICIOS FINALES

INDICADORES DE SERVICIOS FINALES ENERO MARZO 2017

	Partos Vaginales	Partos Cesáreas	Total Partos	% Partos Vaginales	% Partos Cesáreas
Total	1,184	743	1,927	61.44%	38.56%

Indicadores Servicios Finales

Actividades Hospitalarias	ENERO MARZO 2017		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Consulta Externa Médica			
Especialidades Básicas	4,398	4,262	97%
Sub especialidades	11,166	13,735	123%
Emergencias	5,799	5,960	103%
Total	21,363	23,957	112%

INDICADORES DE SERVICIOS FINALES

ENERO-MARZO 2017

	Egresos	Consulta	Número de Egresos por 100 Consultas
Total	4,512	23,957	18.83

INDICADORES DE SERVICIOS FINALES ENERO MARZO 2017

	Muertes Antes 48h	Muertes Despues 48h	Total Muertes	% Muertes Antes 48h	% Muertes Despues 48h
Total	30	26	56	53.57%	46.43%

INDICADORES DE SERVICIOS FINALES ENERO MARZO 2017

	Cirugía Mayor	Egresos	Número de procedimientos quirúrgicos por 100 egresos
Total	1,987	4,512	44.04

**Distribución porcentual del total de las actividades
finales trazadoras por sus diferentes categorías**

Servicios Finales

Actividades Hospitalarias	ENERO MARZO 2017	
	Realiz.	% Dist.
Consulta Externa Médica		
Especialidades Básicas	4,262	18%
Sub especialidades	13,735	57%
Emergencias	5,960	25%
Total	23,957	100%

INDICADORES UTILIZACION DE RECURSOS ENERO MARZO 2017

Actividades Hospitalarias	Total		
	Días cama ocupados	Egresos	Prom. días estancia
Egresos Hospitalarios			
Especialidades Básicas	1,194	347	3.4
Sub Especialidades	20,994	4,165	5
Otros Egresos	1	1	1
Total	22,189	4,513	4.9

**INDICADORES UTILIZACION DE RECURSOS ENERO
MARZO 2017**

Especialidades	Total		
	Egresos	Dotación camas	Indice rotación
Neonatología	1,206	33	36
Ginecología	705	43	17
Obstetricia	2,412	72	34
Total	4,323	148	29