

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



**Evaluación semestral
enero-junio
2017**

San Salvador, agosto de 2017

Dra. Adelaida de Lourdes Trejo de Estrada

Contenido

INTRODUCCION	5
II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.	9
III. MORTALIDAD INFANTIL	9
IV. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	12
V. CUIDADOS CRITICOS DE LA ATENCIÓN EN LA MUJER	25
VI. GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL EN RIISS	32
VII. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	37

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 por medio de las buenas prácticas de supervisión y monitoreo diario de la práctica asistencial centrada en la dimensión de la seguridad de las personas hospitalizadas en los diferentes servicios. Para identificar la fortalezas y/o limitantes de funcionamiento y desempeño de la RIISS, se realiza el monitoreo diario de 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, desde el monitoreo interactivo durante los turnos vía telefónica con la red hospitalaria de referencia como durante las evaluaciones de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) que incluye al primer nivel de atención, 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 semestre 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 junio de 2017 se ha mantenido la reducción de la razón de mortalidad materna en 76% y durante el trimestre de abril-junio se mantuvo en "0". En el servicio de oncología se totalizaron 842 egresos y las primeras 4 causas fueron los tumores malignos: en la mama en primer lugar (400), en ovario en segundo lugar (168), en cuello uterino (129) en tercer lugar y en endometrio (89) en cuarto lugar, no obstante la letalidad por cáncer se ha mantenido en 1.2 % 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.

Durante el semestre hubo variaciones al descenso en el número de muertes infantiles y en las tasas de mortalidad fetal, neonatal e infantil, incluyendo las tasas de incidencia de muy bajo peso y bajo peso en el recién nacido, principalmente en los meses de abril, mayo y junio (Tabla I). Las principales causas de muerte neonatal hospitalaria en general, se concentran en la inmadurez extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.²

La 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).

Es importante destacar estos resultados del segundo trimestre en el impacto sobre estos indicadores como una mejora sustancial en los resultados de la Gestión Clínica Materno Infantil.

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

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

En el mes de junio la tasa de recién nacidos con muy bajo peso se redujo en 45%, la tasa de mortalidad neonatal se redujo en 36% y la infantil en 40% .

Esta correlación de morbimortalidad infantil sugiere cierto avance en la evolución mensual de la mortalidad neonatal e infantil y 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.

En el mes de junio la tasa de recién nacidos con muy bajo peso se redujo en 45%, la tasa de mortalidad neonatal se redujo en 36% y la infantil en 40% .

TABLA I

TENDENCIA MENSUAL DE INDICADORES HNM SEMESTRE I 2017							
Indicador	Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Tasa Recien Nacidos Muy Bajo Peso	2016	48.27	42.29	52.03	60.31	53.35	68.15
	2017	46.18	53.45	58.12	56.06	58.75	37.28
Tasa Recien Nacidos Bajo Peso	2016	240.1	221.01	238.58	230.01	277.7	267.04
	2017	223.67	260.34	248.88	221.21	228.75	245.01
Tasa Mortalidad Neonatal	2016	14.85	13.64	20.3	21.04	32.83	20.86
	2017	20.2	25.86	20.86	19.7	27.5	13.32
Tasa Mortalidad Infantil	2016	16.09	13.64	20.3	22.44	34.2	22.25
	2017	23.09	29.31	20.86	22.73	27.5	13.32
Razon Mortalidad Materna	2016	371.29	272.85	380.71	0	136.8	0
	2017	144.3	0	149.03	0	0	0
Egresos	2016	1,605	1,639	1,692	1,689	1677	1637
Egresos	2017	1,529	1,376	1,608	1,492	1,736	1,688

Fuente: SIMMOW-Atención hospitalaria-Monitoreo-Indicadores

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	ENERO-JUNIO		VARIACION
	2016	2017		2016	2017	
Nacido muerto hospitalario	32	29	-9%	70	62	-11%
Nacido vivo	2,324	1,941	-16%	4,486	4,152	-7%
Nacimientos	9,201	9,201	0%	4,556	4,214	-8%
M. neonatal temprana (#)	31	37	19%	71	72	1%
M. neonatal tardía (#)	7	6	-14%	21	16	-24%
M. Neonatal (#)	38	43	13%	92	88	-4%
M. Perinatal (#)	63	66	5%	141	134	-5%
M. Infantil (#)	39	47	21%	96	94	-2%
M. menor de 5 a. (#)	39	47	21%	96	94	-2%
M. Maternas (#)	8	2	-75%	9	2	-78%
Abortos	229	213	-7%	453	457	1%
T.M. fetal x 1,000 nacimientos	3.5	3.2	-9%	15.4	14.7	-4%
T.M. neonatal temprana X MIL N.V.	13.3	19.1	43%	15.8	17.3	10%
TM. Neonatal tardía X MIL N.V.	3.0	3.1	3%	4.7	3.9	-18%
T.M. Neonatal X MIL N.V.	16.4	22.2	35%	20.5	21.2	3%
T.M. Perinatal x 1,000 nacimientos	6.8	7.2	5%	30.9	31.8	3%
T.M. Infantil X MIL N.V.	16.8	24.2	44%	21.4	22.6	6%
T.M. Menor de 5 años	16.8	24.2	44%	21.4	22.6	6%
R.M.M. X 100,000 N.V.	344.2	103.0	-70%	200.6	48.2	-76%
Razón de abortos x 1000 n.v.	98.5	109.7	11%	101.0	110.1	9%

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 semestre enero-junio de 2016 y 2017, con el fin de analizar el comportamiento y la interpretación de los indicadores acumulados durante el período. En valores absolutos la variación de la muerte fetal se redujo en 11%, las muertes neonatales tardías disminuyeron 24%, las muertes infantiles se redujeron en 2% y la materna en 78%; no obstante, dada la reducción concomitante de los nacimientos y los nacidos vivos como denominadores para el cálculo de tasas y razones, la tasa de mortalidad fetal se redujo en 4% con la neonatal tardía en 18%. Las tasas de mortalidad neonatal, perinatal e infantil incrementaron entre 3 y 6 % durante el semestre de 2017, a diferencia del semestre

enero junio 2016 que tuvieron incrementos entre 35 y 44%.

II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

Según datos del Sistema de Morbimortalidad SIMMOW, la morbilidad más frecuente de los 205 egresos en el servicio de infectología fue la infección de la bolsa amniótica o de las membranas (106), lo cual ha sido correlacionada con las complicaciones neonatales por sepsis temprana. En el servicio de Ginecología destaca el Leiomioma del útero con 158 casos, el prolapso uterovaginal con 75 casos y el abuso sexual con 41 casos de un total de 522 egresos.

En el servicio de puerperio se produjeron 2,727 hospitalizaciones de las cuales 647 fueron por parto único espontáneo, seguida de ruptura prematura de membranas, preeclampsia, y de otras enfermedades crónicas como la obesidad la hipertensión arterial, diabetes mellitus. En el servicio de obstetricia, de los 115 egresos 107 tuvieron como diagnóstico de egreso la mola hidatiforme. En el servicio de perinatología, de los 983 egresos, la principal causa de egreso fue la diabetes mellitus con 177 egresos, seguida de Síndrome nefrítico crónico (59), hipertensión esencial primaria (53), Oligohidramnios 52, infección de vías urinarias (27) y obesidad (25).

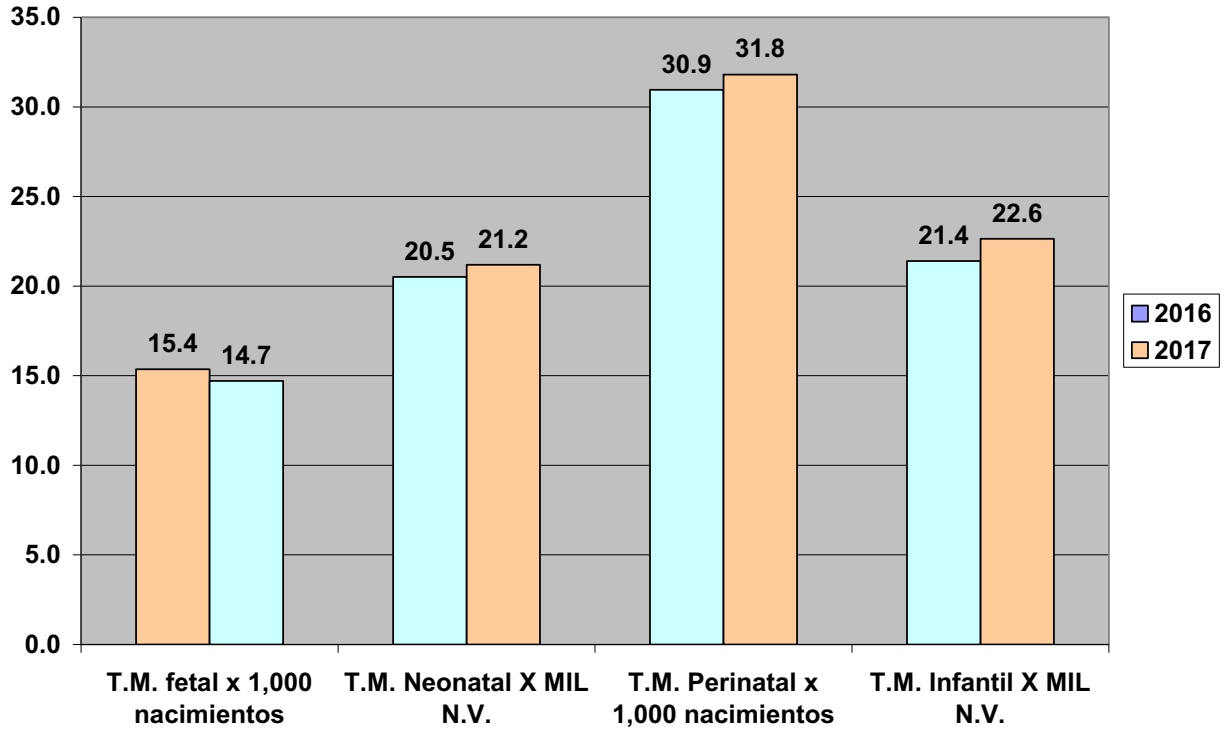
El departamento de Neonatología reportó que, de los 62 casos de muertes fetales en 53 encontramos comorbilidades entre las más frecuentes están los trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes mellitus y procesos infecciosos agregados al embarazo así como anomalías congénitas como los defectos del tubo neural y cardiopatías diagnosticadas intrauterinamente así como síndromes incompatibles con la vida.

III. MORTALIDAD INFANTIL

En general, las tasas de mortalidad perinatal, neonatal e infantil incrementaron, (GRAFICO 1) aunque hubo disminución en el número absoluto de las muertes en menores de 5 años, así como en el total de nacimientos de 2016 en relación con 2017. Es importante reiterar que las causas de morbilidad 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.

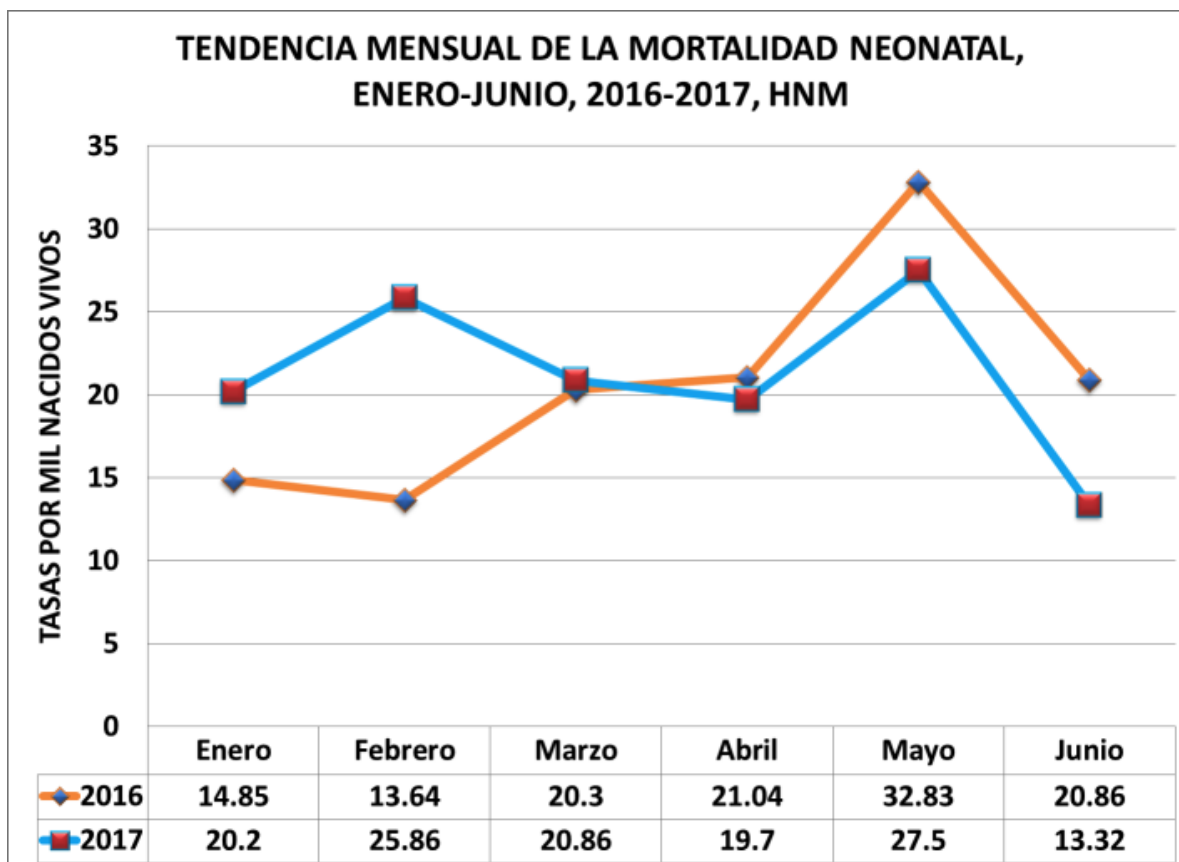
GRAFICO I

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL ENERO JUNIO 2016-2017, HNM



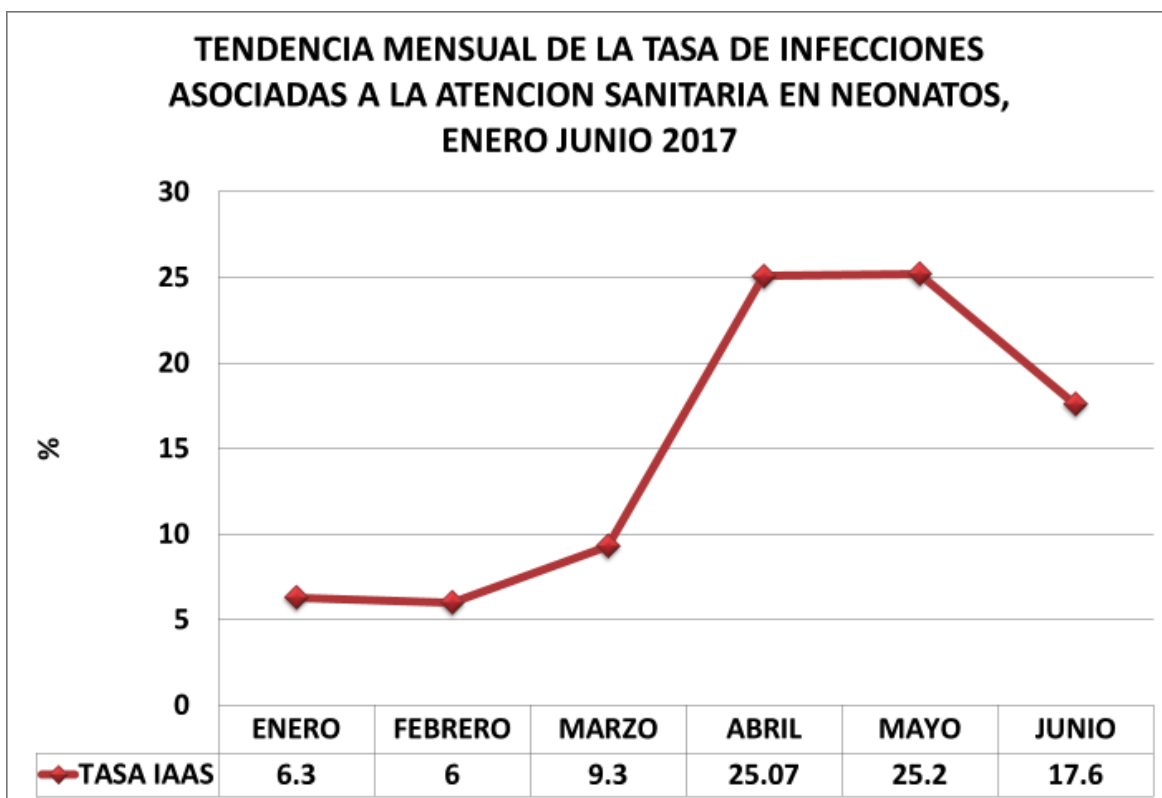
Según el Gráfico I, la mortalidad infantil intrahospitalaria incrementó en 6% y la mortalidad neonatal 3% durante el semestre.

GRAFICO 2



La tasa de mortalidad neonatal en el período ENE-JUN 2016 (20.5 x 1000NV) y 2017 (21.2 por 1000 NV) incrementa levemente comparada con el 2016, sin embargo no ha tenido una tendencia uniforme manteniéndose sobre una tasa de 20 por 1000 NV durante los 4 primeros meses de 2017 con un pico de elevación en el mes de mayo y teniendo una notable disminución en el mes de junio (GRAFICO 2). Las razones que observamos en el mes de mayo fueron aumentos de los inmaduros extremos con respecto a los meses anteriores, anomalías congénitas incompatibles con la vida y aumento de infecciones asociadas a la atención principalmente por infecciones de vías urinarias (GRAFICO 3).

GRAFICO 3



IV. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Durante todo el semestre hemos tenido que las causas de mortalidad están situadas entre la prematuridad, la inmadurez y las anomalías congénitas que en la mayoría de los casos son incompatibles con la vida (TABLA III).

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 69% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 31%. (GRAFICO 4)

GRAFICO 4

**CAUSA BASICA DE MORTALIDAD NEONATAL ENERO-JUNIO
2017, HNM, N=94**

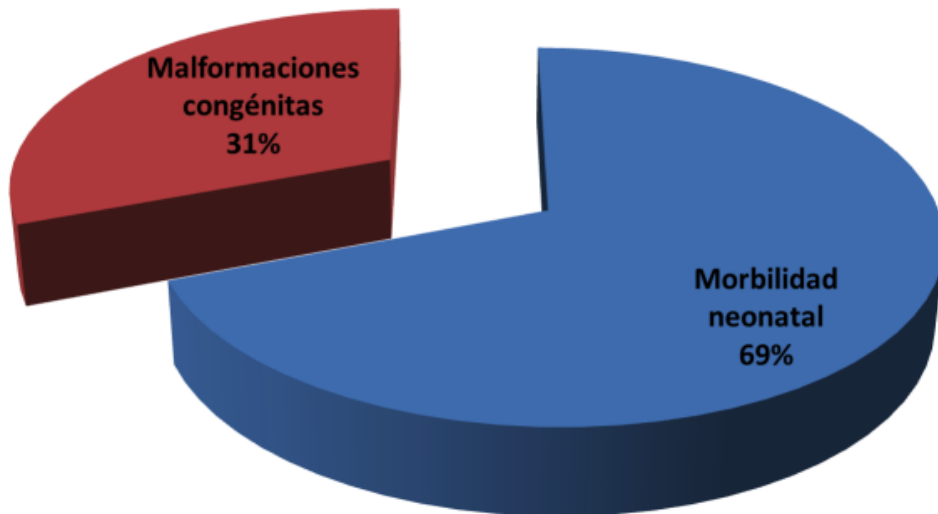


TABLA III

MORTALIDAD NEONATAL SEGUN CAUSA BASICA ENERO-JUNIO 2017 N: 94						
	POR PATOLOGIA, N: 65 (69%)	Fx	%	ANOMALIAS CONGENITAS, N: 29 (31%)	Fx	%
1	P07.2-Inmaturidad extrema	33	35	Q00.0-Anencefalia	4	4.3
2	P07.3-Otros recién nacidos pretérmino	8	8.5	Q03.9-Hidrocefalo congénito, no especificado	3	3.1
3	A41.9-Septicemia, no especificada	1	1.1	Q20.0-Tronco arterioso común	1	1.1
4	A49.9-Infección bacteriana, no especificada	1	1.1	Q20.5-Discordancia de la conexión auriculoventricular	1	1.1
5	A50.9-Sífilis congénita, sin otra especificación	1	1.1	Q24.9-Malformación congénita del corazón, no especificada	3	3.1
6	P21.9-Asfixia del nacimiento, no especificada	1	1.1	Q25.6-Estenosis de la arteria pulmonar	1	1.1
7	P23.9-Neumonía congénita, organismo no especificado	4	4.3	Q60.6-Síndrome de Potter	5	5.3
8	P24.9-Síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación	1	1.1	Q79.3-Gastrosquisis	3	3.1
9	P25.1-Neumotórax originado en el período perinatal	1	1.1	Q86.8-Otros síndromes de malformaciones congénitas debidos a causas exógenas conocidas	3	3.1
10	P26.9-Hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal	3	3.1	Q87.2-Síndromes de malformaciones congénitas que afectan principalmente los miembros	3	3.1

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 lo cual agotó las existencias de tocolíticos que decayeron gradualmente durante el semestre 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 RISS hasta las 36^{6/7} semanas de edad gestacional.

La Sepsis temprana del recién nacido es directamente proporcional al parto e infección materna, que usualmente llega al parto en proceso de incubación.

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.³

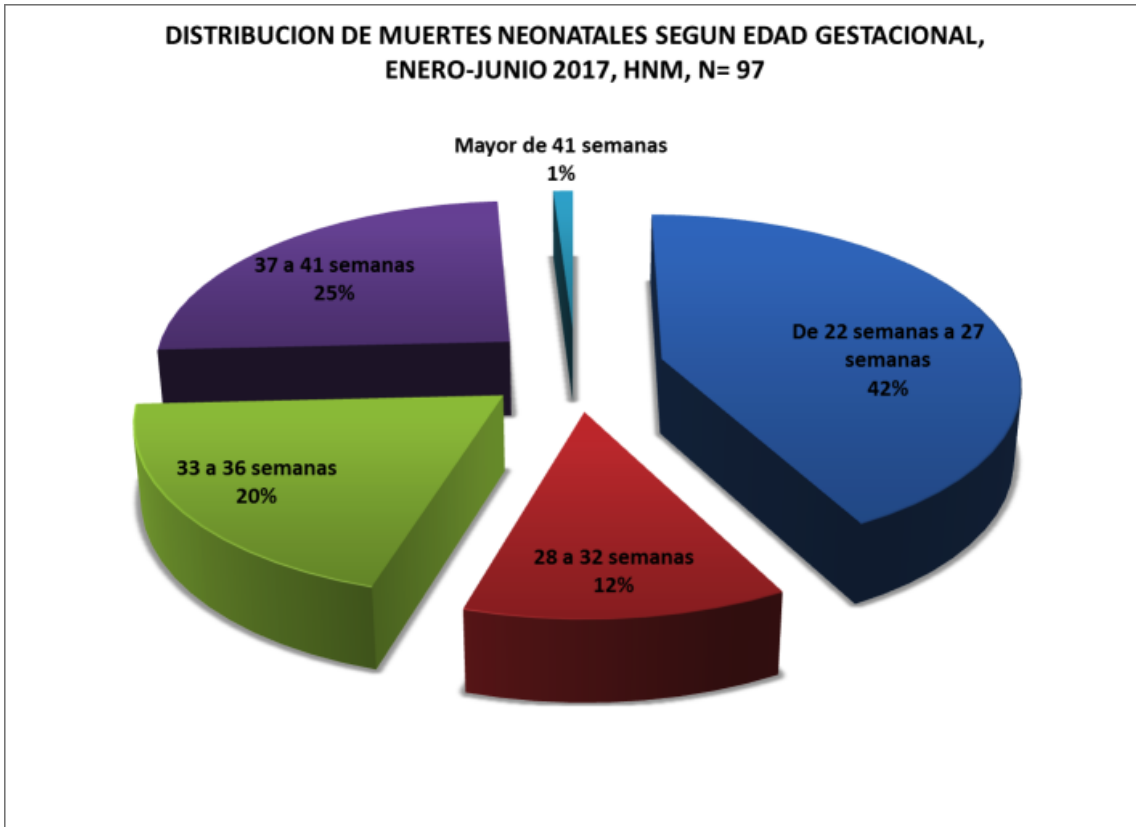
La intervención por excelencia para la prevención del parto prematuro es el Control Prenatal completo y de Calidad. Esto último es muy importante para la consideración de la RISS desde el primer y segundo nivel de atención para tratar oportunamente las causas reconocidas como la desnutrición materna, 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 prematurez y el bajo peso en la comunidad con el primer nivel de atención.

³ 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.

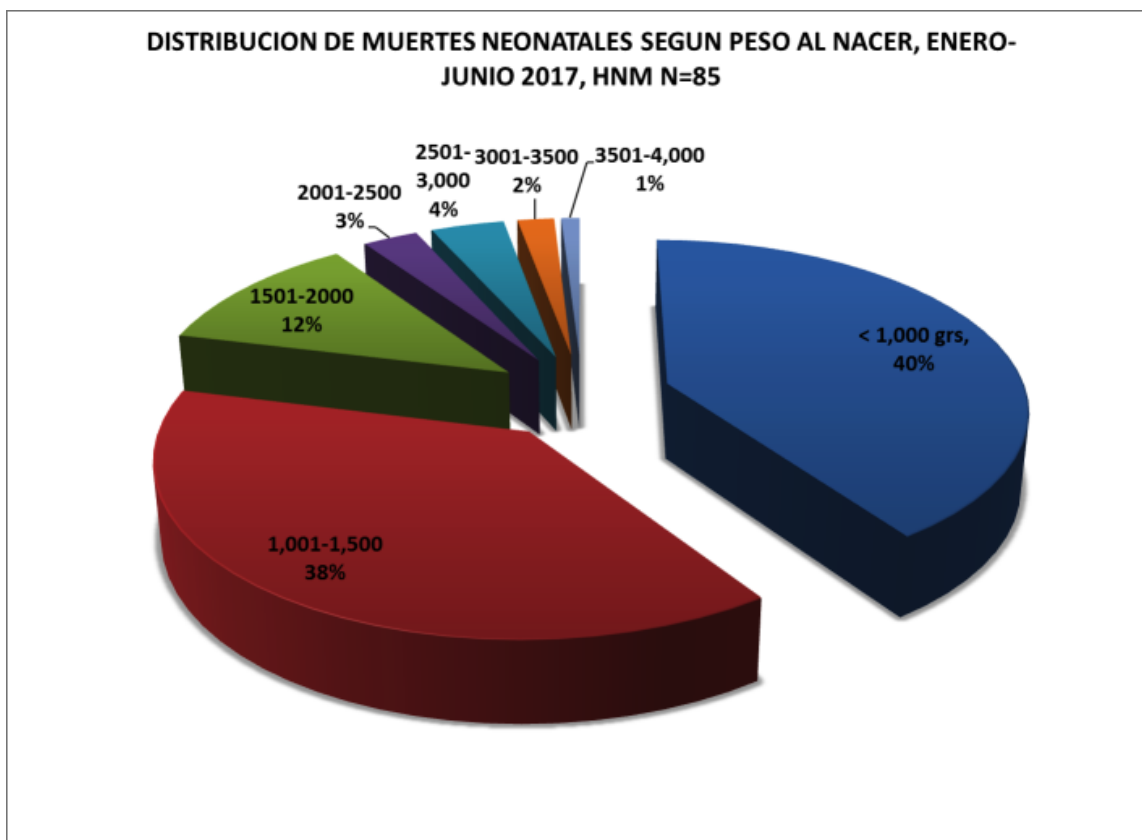
Lo anterior significa menores costos al sistema de salud en el corto plazo y menores costos familiares durante toda la vida para los cuidados de los recién nacidos, por las secuelas potenciales y discapacidades durante el curso de vida en todas las áreas de desarrollo personal.

GRAFICO 5



Especial interés toma para la atención obstétrica el hecho de que 25% de las muertes neonatales tenían edad gestacional adecuada para su nacimiento (GRAFICO 5), no obstante, es importante destacar que estas muertes fueron principalmente por malformaciones congénitas en su mayoría incompatibles con la vida. La mayor proporción de muertes neonatales ocurren antes de las 28 semanas (42%)

GRAFICO 6



El objetivo de la referencia oportuna de los embarazos prematuros es ofrecer la mejor atención a la madre y al recién nacido, el cual necesitará soporte de cuidados intensivos, principalmente porque el 78% 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.

Las referencias tardías de embarazos prematuros con dilatación cervical avanzada, con ruptura prematura de membranas, sin cumplimiento de esteroides antenatales y sin un diagnóstico basal, son condiciones que hacen imposible prolongar la vida intrauterina 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 prematuridad, la activación prematura del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPS) materno o fetal como respuesta a estrés materno o fetal supone un alto % de los nacimientos prematuros, principalmente cuando no hay una causa inflamatoria por infección materna. El estrés en mujeres de alto riesgo social (madres solteras, con bajos ingresos, víctimas de violencia y otras condiciones de alto estrés) aumenta la secreción de cortisol suprarrenal materno y fetal, y esto 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 socio-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. En

relación a las infecciones de vías urinarias en la mujer, en nuestro medio, la bacteriuria más frecuente es por coliformes debido a estreñimiento prolongado sin una higiene diaria temprana al iniciar el día, así como la exposición a contaminación fecal por medio de relaciones sexuales inadecuadas, por tanto la alimentación con la inclusión de frutas y vegetales se vuelve importante para mejorar el patrón defecatorio y la higiene de genitales; así como en las relaciones sexuales con su pareja, que ésta sea libre de contaminación fecal.

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.

El incremento de embarazos de alto riesgo por Diabetes mellitus han incrementado los embarazos con polihidramnios. El mecanismo responsable del polihidramnios aún no está claro. Se cree que la hiperglucemia fetal con poliuria incrementaría la osmolaridad del líquido amniótico, lo cual resultaría en una transferencia neta de agua desde el feto a la cavidad amniótica, por tanto es muy importante tener esto en cuenta durante el control prenatal de las mujeres con padecimientos metabólicos.

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Además de la prematuridad y bajo peso como una de las principales causas de muerte neonatal, se tiene también la sepsis y las malformaciones congénitas que en su mayor proporción son incompatibles con la vida (Gráfico 7).

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.

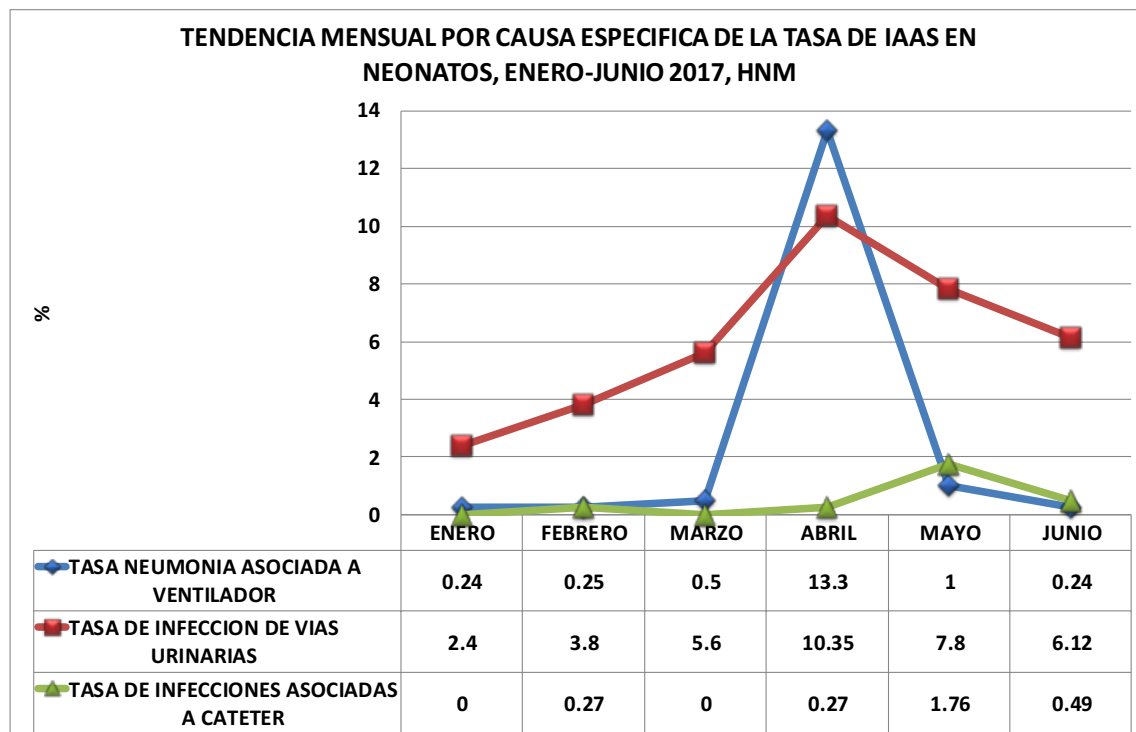
GRAFICO 7



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 8). 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).

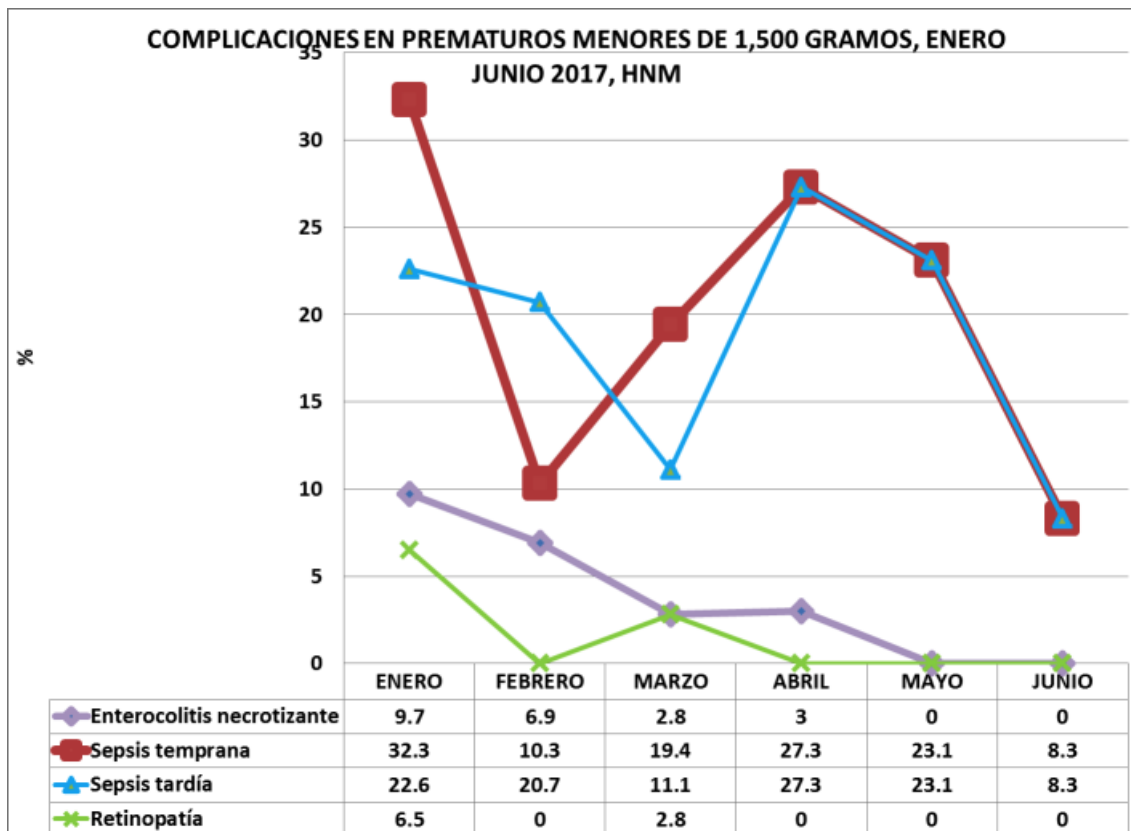
GRAFICO 8



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

La principal complicación durante el semestre fue la **sepsis temprana (23%) (GRAFICO 9)**, seguida de la sepsis tardía (20%). 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 enterocolitis necrotizante y la retinopatía descendieron de 9.7% y 6.5% respectivamente a 0 durante el semestre.

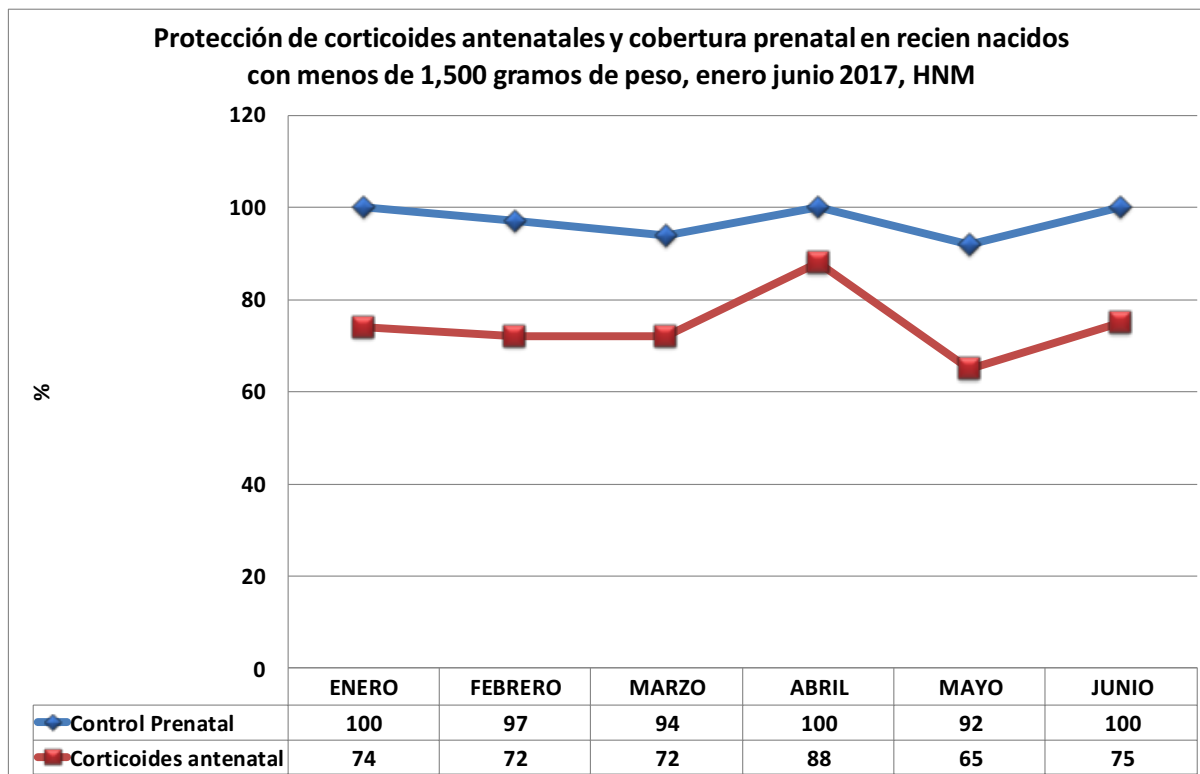
GRAFICO 9



Prevención del distres respiratorio de los recién nacidos

No obstante, que la cobertura semestral de control prenatal a nivel nacional es de 97% en las madres que tuvieron niños con menos de 1,500 gramos, la protección con corticoides antenatales fue de 75%, lo cual representa un determinante de complicaciones respiratorias en los recién nacidos de madres entre las 24 y 34 semanas de embarazo, principalmente bajo condiciones de riesgo socio ambiental (estrés materno fetal e infecciones). (GRAFICO 10).

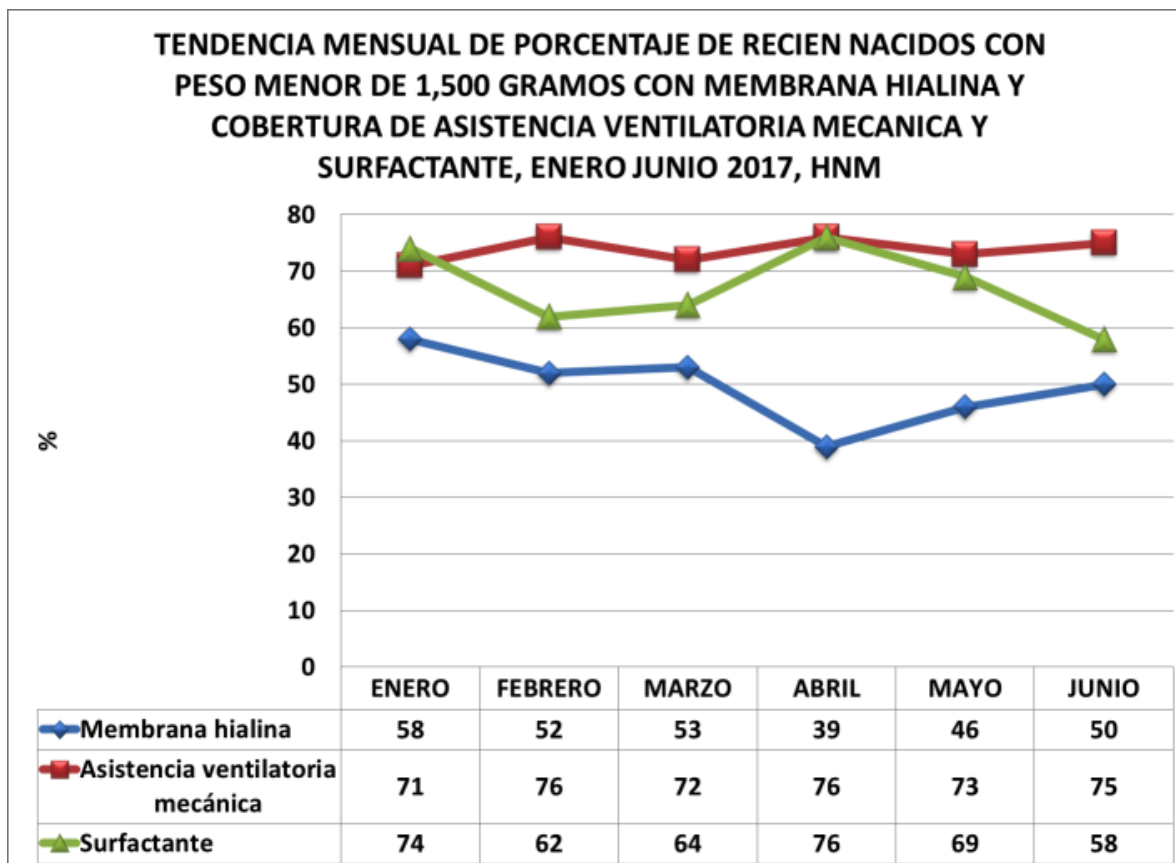
GRAFICO 10



Protección contra la Membrana Hialina como complicación 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 reportados de membrana hialina, los cual determina la sobrevida de recién nacidos con prematuridad (GRAFICO 11).

GRAFICO 11

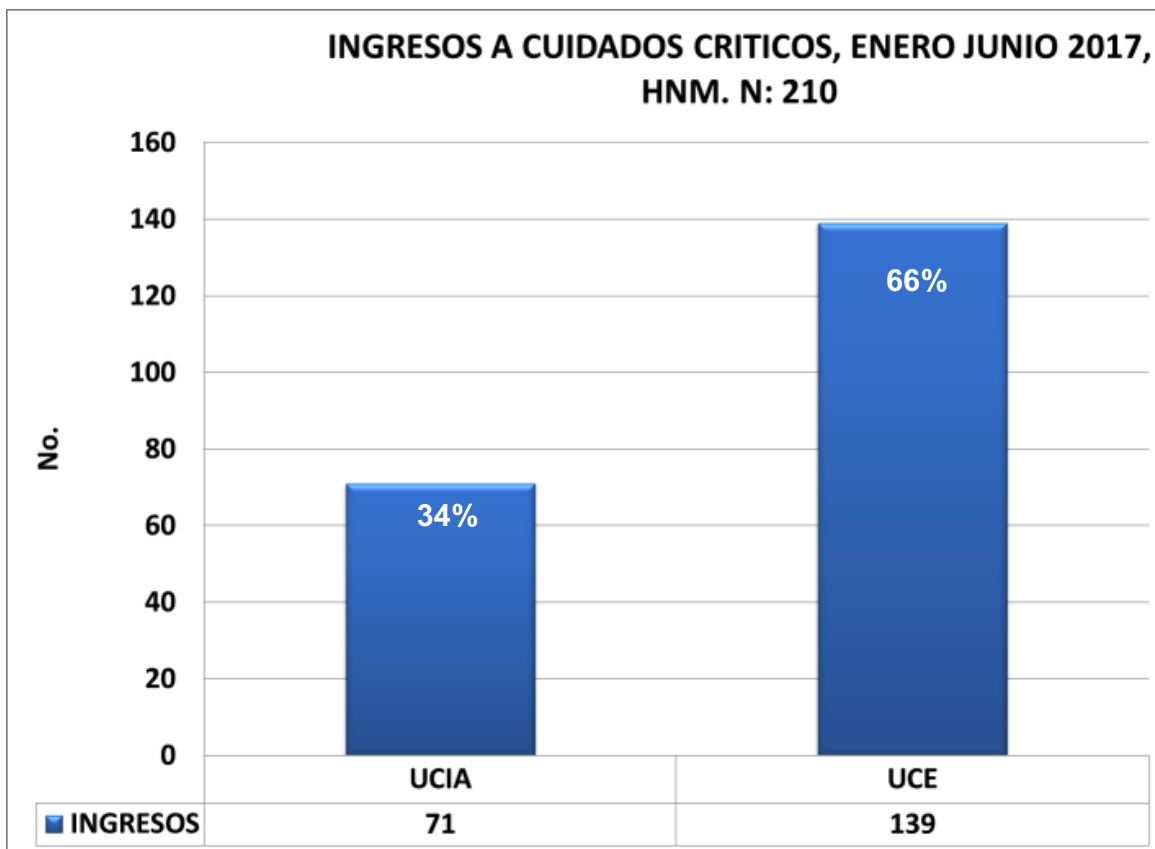


V. CUIDADOS CRITICOS DE LA ATENCIÓN EN LA MUJER

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.

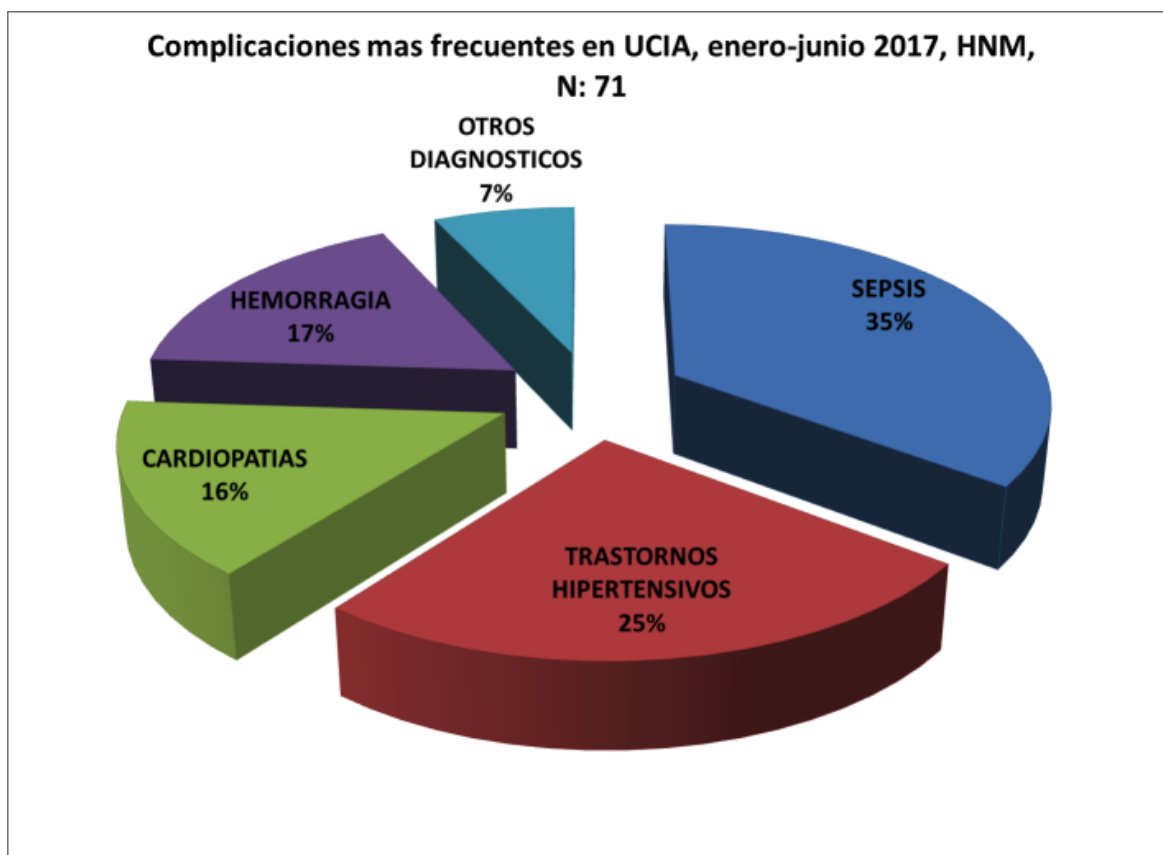
Durante el trimestre, de aproximadamente 6,000 egresos se tuvo un total de 210 ingresos a cuidados críticos (3.4%), de estas, 71 mujeres fueron ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (34%) y 139 a Unidad de Cuidados Especiales (66%) (GRAFICO 12).

GRAFICO 12



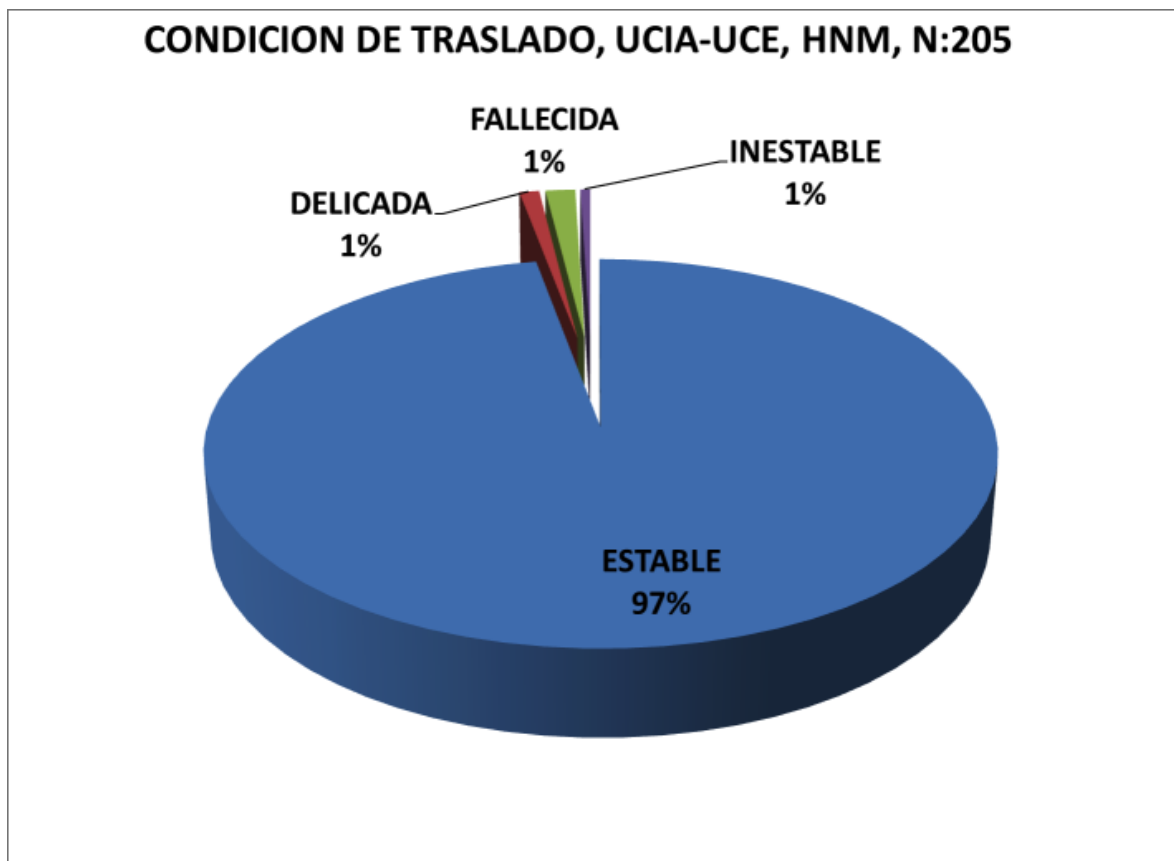
Las causas más frecuentes de complicaciones tratadas en UCIA son la sepsis (35%) por la alta demanda de pacientes con urosepsis, corioamnionitis, aborto séptico, salmonelosis y otras que evolucionaron a shock séptico, le siguen los trastornos hipertensivos del embarazo (25%); en tercer lugar, se tiene la hemorragia obstétrica severa (17%) principalmente por atonía uterina, y en cuarto lugar, la cardiopatía (16%) 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 13).

GRAFICO 13



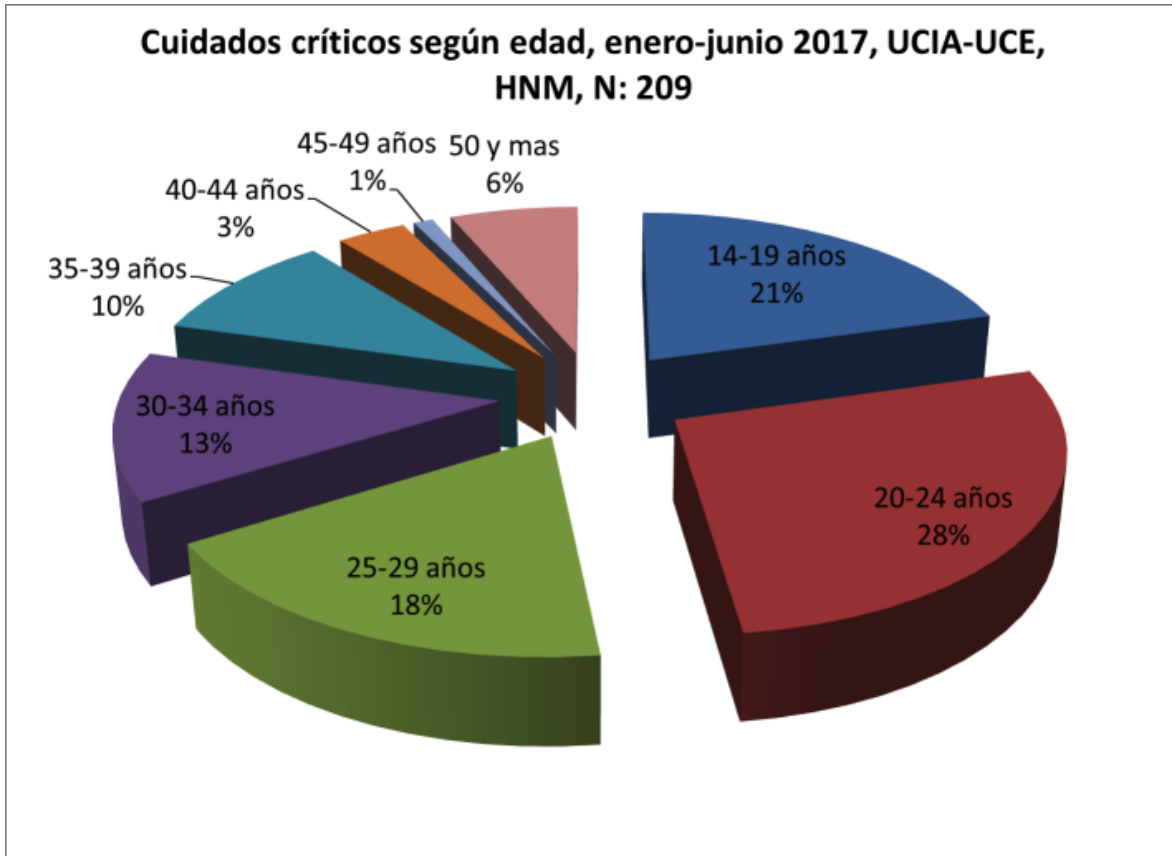
El 97% de los ingresos fueron trasladados a servicios de menor complejidad en condiciones estables, una mujer con embarazo de 32 semanas y con aneurisma del seno de Valsalva fue trasladada en condiciones delicada a otro centro especializado y otra con embarazo de 20 semanas con miocardiopatía dilatada en condición inestable para tratamiento cardiovascular especializado. Se tuvieron tres fallecimientos, una de causa obstetricia de una señora de 20 años que se complicó con hemorragia, coagulación intravascular diseminada y una hemorragia subaracnoidea y dos ginecológicas; una señora de 46 años con fibromatosis uterina que presentó una hemorragia pélvica crítica y la tercera fue una señora de 96 años con shock septico y falla multiorgánica (GRAFICO 14).

GRAFICO 14



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 15).

GRAFICO 15



ESTANCIA HOSPITALARIA EN CUIDADOS CRITICOS.⁴

En general la calidad de la atención de un hospital de tercer nivel tiene características propias y diferentes de "estándares de calidad" de procesos intermedios de gestión hospitalaria en general, desvinculados de los resultados en la salud de las personas, donde la dimensión de la seguridad, el acceso, la eficacia y la eficiencia son clave y situados al margen para una evaluación real de la calidad.

La relación directa entre la prolongación de la estancia hospitalaria en terminos de dias ocupados por paciente afecta la disponibilidad de camas, aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad.

En el hospital, la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios

⁴ Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS, Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.dehm>

y representa una medida global de la eficiencia hospitalaria. El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales. Así, un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes pueden considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes.

"La estancia prolongada implica un desperdicio o mala utilización de los recursos económicos y humanos, ya que lleva a costos adicionales en términos de personal, alimentación, insumos, uso de equipos y utilización de recursos extras del hospital."

El hecho de que se incremente la duración de la estancia, hace que se suba la probabilidad de que un paciente sufra un evento adverso, y especialmente de contraer infecciones nosocomiales, que pueden llevar a la muerte.

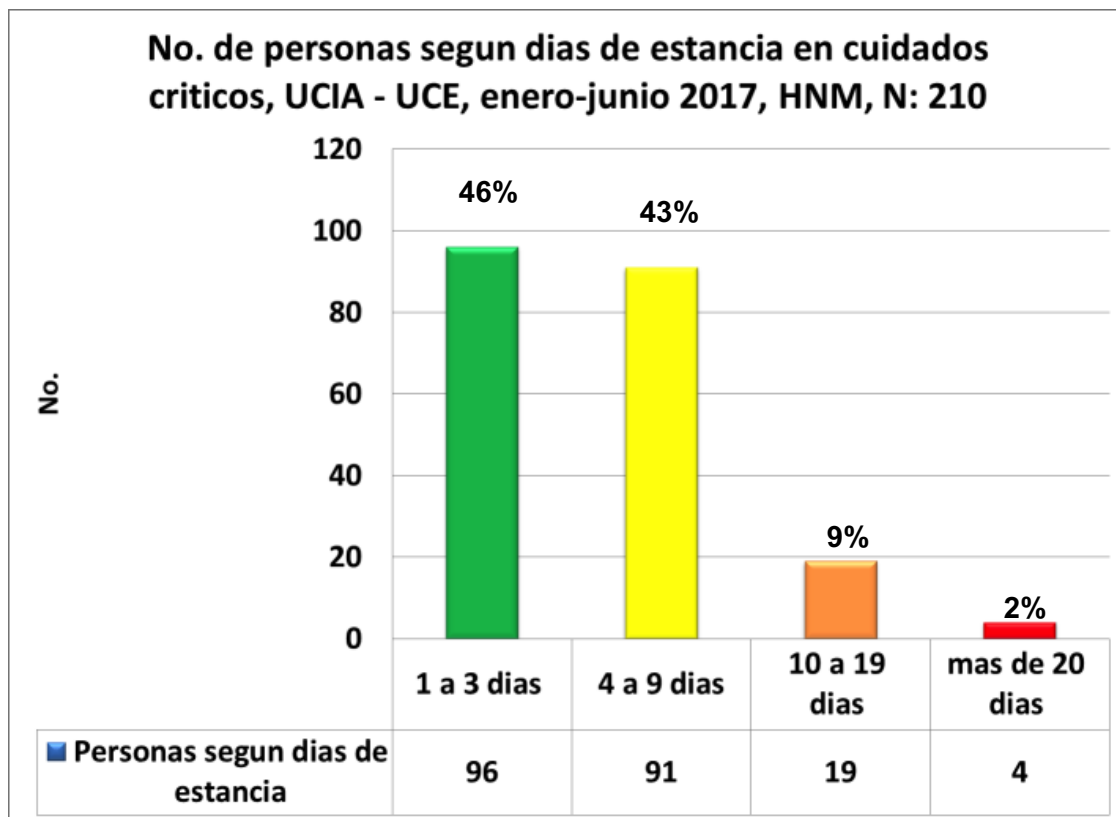
El Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", desde 2015 ha reducido sustancialmente las muertes maternas y realizado cambios importantes en la gestión clínica de los cuidados críticos desde 2016, reduciendo sustancialmente el tiempo de estancia y mejorando la disponibilidad, el acceso, la eficacia, la seguridad y efectividad en las intervenciones críticas, por medio de un abordaje multidisciplinario y monitoreo cotidiano de los casos mas delicados, para orientar los planes de intervención en materia de cuidados intensivos.

Diariamente se hace énfasis en los criterios y competencias técnicas que determinan la estancia del paciente en cuidados críticos, la oportunidad del ingreso, la precisión diagnóstica evitando fallas de admisión prematura y la necesidad de generar el alta una vez cumplido el propósito del ingreso. Además se agilizan los procesos de gestión con los diferentes sistemas de apoyo diagnóstico, farmacia, interconsulta y terapia ventilatoria según necesidad de las pacientes.

A nivel de la gestión en red para el control de fallas del sistema de salud en RIISS, se activan procesos de comunicación interactivas para las interconsultas y/o remisión de pacientes a otro nivel de complejidad.

Durante el primer semestre de 2017, De las 210 personas que estuvieron en cuidados críticos durante el semestre, el 89% (95) tuvieron una estancia hospitalaria menor a los 10 días, 45% de 1 a 3 días y 44% de 4 a 9 días. (Grafico 16).

GRAFICO 16



Lo mas destacable durante el semestre fue que de las 210 personas que se ingresaron a cuidados críticos, con un total de días de estancia de 1,045 obteniendo 5 días promedio de estancia en el servicio de cuidados críticos (UCIA-UCE).

VI. GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL EN RIISS

El balance de los resultados institucionales del hospital al semestre nos muestra que se han obtenido avances en la reducción de la razón de mortalidad materna, no así en la tasa de mortalidad infantil por las complicaciones perinatales, principalmente la inmadurez extrema, la prematuridad y las malformaciones congénitas.

Como país, 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 y en menor grado la mortalidad infantil 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 con 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 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, principalmente en lo concerniente a la sustentabilidad como atributo sustantivo de la APS renovada desde Alma Ata.

Es importante reconocer las pautas de integración de los fondos de aseguramiento del Instituto de Bienestar Magisterial con 27 hospitales nacionales para compensar los costos de atención a sus beneficiarios y coadyubar en el financiamiento público de nuestros hospitales. Esta pauta real de reforma es un llamado a la integración formal de las diferentes fuentes sectoriales del Sistema Nacional de Salud (ISSS, FOSALUD) para avanzar, desde una perspectiva económica sustentable, a un modelo de sinergia e integración del Sistema Nacional de Salud.

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 recomendaciones 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. Avanzar en la integración de las diferentes fuentes financieras del sector salud para mejorar la apuesta a la reducción de la mortalidad infantil, principalmente en los servicios de perinatología y neonatología de las maternidades a nivel nacional.
3. 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 preconceptionales, planificación familiar, control prenatal, la atención hospitalaria del parto, los cuidados puerperales y del recién nacido.
4. Incrementar la educación para la salud en la familia para mejorar las practicas de autocuidado y ser sujetos de transformación y resiliencia desde el hogar.
5. 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).

6. Fortalecer el proceso de supervisión capacitante en el ejercicio directo de atención a las personas para mejorar la calidad de las competencias en los cuidados obstétricos y perinatales que debe ejercer el personal operativo desde los niveles más especializados en las maternidades como en el segundo y primer nivel de atención.
7. Mejorar el enfoque de los sistemas de la calidad en la atención integral principalmente en la evaluación concurrente en servicio de la dimensión de la seguridad del paciente, principalmente a nivel hospitalario.
8. Insistir en la eficacia, el acceso, la eficiencia y la efectividad del control prenatal con enfoque en el bienestar fetal y materno.
9. 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.
10. 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.
11. Garantizar la atención esencial del recién nacido y la reanimación neonatal, por medio de personal especializado en pediatría/neonatología.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
 17. En relación a las infecciones de vías urinarias en la mujer es muy importante brindar consejería sobre la importancia de una alimentación, con fibras, frutas y vegetales que permita un patrón defecatorio adecuado, para garantizar la higiene de los genitales desde las primeras horas del día, así como la promoción de la higiene en las relaciones sexuales para evitar la contaminación fecal de los genitales y la bacteriuria por coliformes.
 18. 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 prematurez tanto en las áreas rurales como urbanas.
 19. Desarrollar un modelo mas 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.
 20. 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.
 21. Para mejorar la prevención de la prematurez 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.
 22. 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 nacimiento.

23. Es importante fortalecer el sistema de registro de las anomalías congénitas y su investigación científica, pues representa la segunda causa de muerte infantil.
24. 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 ENERO-JUNIO 2017			
Productos/Actividades	Programadas	Realizadas	%
Emergencias	11,598	12,323	106%
Consulta Externa Médica	49,656	51,635	104%
Egresos Hospitalarios	20,088	17,552	87%
Medicina Critica	3,540	2,394	68%
Servicios Intermedios	488,904	401,087	82%
Servicios Generales	359,226	720,208	200%

CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2017			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	64,794	66,352	102%
Emergencias	11,598	12,323	106%
De Medicina Interna	150	188	125%
Oncología	150	188	125%
De Gineco-Obstetricia	7248	6995	97%
Ginecología	750	647	86%
Obstetricia	6,498	6,348	98%
Otras Atenciones			
Consulta Emergencia	4,200	5,140	122%
Selección	4,200	5,140	122%

CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2017			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Consulta Externa Médica	49,656	51,635	104%
Especialidades	31,128	32,627	105%
Especialidades Básicas	8796	8312	94%
Medicina Interna	696	689	99%
Cirugía General	330	269	82%
Ginecología	7,500	7,144	95%
Psiquiatría	270	210	78%
Sub especialidades	22,332	24,315	109%
Sub Especialidades de Medicina Interna	4638	4453	96%
Cardiología	1,248	1,549	124%
Endocrinología	1,998	1,798	90%
Infectología	246	237	96%
Nefrología	246	206	84%
Neumología	900	663	74%
Sub Especialidades de Cirugía	1836	1252	68%
Anestesiología / Algología	1,440	896	62%
Urología	396	356	90%
Sub Especialidades de Pediatría	642	416	65%
Infectología	246	73	30%
Neonatología	396	343	87%
Sub Especialidades de Ginecología	10,446	11,056	106%
Clínica de Mamas	3,348	2,862	85%
Infertilidad	3,246	2,923	90%
Oncología	3,852	5,271	137%
Sub Especialidades de Obstetricia	4770	7138	150%
Embarazo de Alto Riesgo	3,000	6,511	217%
Genética Perinatal	498	475	95%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	17,532	18,210	104%
Colposcopia	9,000	9,843	109%
Nutrición	996	897	90%
Planificación Familiar	648	679	105%
Psicología	390	347	89%
Selección	6,498	6,444	99%
Consulta Externa Odontológica	996	798	80%
Odontológica de primera vez	372	346	93%
Odontológica subsecuente	624	452	72%

CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2017			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Egresos Hospitalarios	20,088	17,552	87%
Especialidades Básicas	948	637	67%
Ginecología	798	522	65%
Obstetricia	150	115	77%
Sub Especialidades	10008	8787	88%
Sub Especialidad de Medicina Interna	468	438	94%
Infectología / Aislamiento	468	438	94%
Sub Especialidades de Pediatría	2304	2485	108%
Cirugía Pediátrica	6	0	0%
Neonatología	2,298	2,485	108%
Sub Especialidades de Ginecología	810	842	104%
Oncología	810	842	104%
Sub Especialidades de Obstetricia	6426	5022	78%
Cirugía Obstétrica	1,500	1,312	87%
Patología del Embarazo	876	983	112%
Puerperio	4,050	2,727	67%
Partos	4,392	4,127	94%
Partos vaginales	2,646	2,576	97%
Partos por Cesáreas	1,746	1,551	89%
Cirugía Mayor	4740	4001	84%
Electivas para Hospitalización	1,848	2,013	109%
Electivas Ambulatorias	396	307	78%
De Emergencia para Hospitalización	2,448	1,663	68%
De Emergencia Ambulatoria	48	18	38%
Medicina Critica	3540	2394	68%
Unidad de Emergencia	2544	1565	62%
Admisiones	1,446	937	65%
Transferencias	1,098	628	57%
Unidad de Máxima Urgencia	996	829	83%
Admisiones	498	428	86%
Transferencias	498	401	81%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	3150	2639	84%
Admisiones	1,050	844	80%
Transferencias	2,100	1795	85%

CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2017			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios	488,904	401,087	82%
Diagnostico	219,432	196,662	90%
Imagenología	44934	44251	98%
Fluoroscopias	150	0	0%
Radiografías	21,996	23,188	105%
Ultrasonografías	19,788	17,640	89%
Mamografías Diagnósticas	1,200	1,321	110%
Mamografías de Tamisaje	1,800	2,102	117%
Anatomía Patológica	11,034	10,123	92%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	3,840	3706	97%
Biopsias Cuello Uterino	1,890	1,266	67%
Biopsias Mama	900	969	108%
Biopsias Otras partes del cuerpo	4,404	4,182	95%
Otros Procedimientos Diagnósticos	2394	4953	207%
Colposcopias	648	3,087	476%
Ecocardiogramas	546	648	119%
Electrocardiogramas	1,200	1,218	102%
Tratamiento y Rehabilitación	143,376	123,459	86%
Cirugía Menor	3,150	2,437	77%
Conos Loop	378	367	97%
Crioterapias	600	440	73%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	7,200	7,488	104%
Inhaloterapias	1,998	2,061	103%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	25,206	23,258	92%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	99,996	85,644	86%
Terapias Respiratorias	4,848	1,764	36%
Trabajo Social	17,694	13,876	78%
Casos Atendidos	17,694	13,876	78%

CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2017			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	269,472	204,425	76%
Hematología	64,242	64,200	100%
Consulta Externa	6,954	10,375	149%
Hospitalización	44,088	40,356	92%
Emergencia	11,286	11,367	101%
Referido / Otros	1,914	2,102	110%
Inmunología	15,348	13,490	88%
Consulta Externa	4,062	2,459	61%
Hospitalización	7,998	7,499	94%
Emergencia	2,064	1,816	88%
Referido / Otros	1,224	1,716	140%
Bacteriología	15,090	10,894	72%
Consulta Externa	1,446	1,126	78%
Hospitalización	11,466	8,102	71%
Emergencia	1,554	1,174	76%
Referido / Otros	624	492	79%
Parasitología	1,482	747	50%
Consulta Externa	720	477	66%
Hospitalización	264	179	68%
Emergencia	468	63	13%
Referido / Otros	30	28	93%
Bioquímica	95,412	69,937	73%
Consulta Externa	15,114	8,804	58%
Hospitalización	56,556	41,610	74%
Emergencia	15,654	12,859	82%
Referido / Otros	8,088	6,664	82%
Banco de Sangre	69,192	35,543	51%
Consulta Externa	18,498	10,915	59%
Hospitalización	45,546	18,042	40%
Emergencia	2,700	5,039	187%
Referido / Otros	2,448	1,547	63%
Urianálisis	8,706	9,614	110%
Consulta Externa	3,120	2,840	91%
Hospitalización	3,162	3,346	106%
Emergencia	2,346	3,287	140%
Referido / Otros	78	141	181%

CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2017			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	359,226	720,208	200%
Alimentación y Dietas	86952	213440	245%
Hospitalización			
Medicina	828	2,114	255%
Ginecología	1,224	2,668	218%
Obstetricia	6,378	11,455	180%
Pediatría	0	31,288	ND
Neonatología	78,522	165,915	211%
Lavandería	252,978	491,320	194%
Hospitalización	232,458	454,705	196%
Medicina	10,206	25,752	252%
Ginecología	35,238	90,038	256%
Obstetricia	136,074	216,346	159%
Neonatología	50,940	122,569	241%
Consulta	9960	7919	80%
Consulta Médica Especializada	9,960	7,919	80%
Emergencias	10,560	28,696	272%
Emergencias	10,560	28,696	272%
Mantenimiento Preventivo	300	202	67%
Números de Orden	300	202	67%
Transporte	18,996	15,246	80%
Kilómetros Recorridos	18,996	15,246	80%

INDICADORES DE GESTION SEMESTRE ENERO JUNIO 2017

Indicadores de Gestión	Meta Progra mada	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	SEMESTRE
Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias								
Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días)								PROMEDIO
Medicina Interna	30	13	16.8	9.67	15.4	0	10.9	11
Cirugía	30	0	24	0	0	0	6.89	5
Ginecología	30	29.7	25.8	41.9	44.1	32	33	34
Obstetricia	20	12.61	13.58	13.6	28	10.5	24.7	17
Cirugía electiva								
Porcentaje de Cirugías electivas canceladas	5	22	1	2	3	1	0	5.8
Tiempo promedio de espera para cirugía electiva (Días)	30	10	22	34	56	40	0	32.4
Porcentaje de cesáreas								
Porcentaje de Cesáreas	40	37.03	38.11	40.63	38.12	36.15	36.02	38
Porcentaje de infecciones nosocomiales								
Porcentaje infecciones intrahospitalarias	5	2.7	1.8	3.7	4.3	5.8	3.6	4
Pacientes recibidos de otras instituciones								%
Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada	9,000	1,012	1,000	1,080	706	1,043	955	129%
Número total de pacientes recibidos para la atención del Parto	7,500	694	572	662	661	794	744	110%
Número total de pacientes recibidos para Hospitalización No Quirúrgica	5,000	792	817	900	850	959	948	211%
Número total de pacientes recibidos para la realización de procedimientos quirúrgicos	9,500	737	591	710	642	777	740	88%
Número total de pacientes recibidos de otras Instituciones	20,000	1,225	1,107	1,340	957	1,250	1,151	70%
Pacientes referidos a otras instituciones								
Número total de pacientes referidos para atención de Consulta Médica Especializada	1,200	44	39	20	17	28	11	27%
Número total de pacientes referidos a otras Instituciones	1,200	282	240	200	117	175	208	204%
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)								
Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%)	80	80	82	78	78	80	79	80

EVALUACION DE LA GESTION ENERO JUNIO POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO JUNIO			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTARIO
						Prog.	Realiz.	%	
1	Objetivo : Fundamentar las bases para un hospital propio de tercer nivel en la atención especializada a la mujer y al recién nacido .								
1.1	RESULTADO: Evaluación concurrente de la atención especializada a la mujer y al recién nacido								
1.1.1	Análisis de situación de la demanda hospitalaria de tercer nivel	1	No.	POA 2017	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	Las principales causas de egreso siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio", "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" y los "Tumores (neoplasias)"
1.1.2	Análisis de la oferta y capacidad instalada de tercer nivel en el hospital.	1	No.	POA 2017	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	
1.1.3	Implementar Sala Situacional de Salud	12	No.	Informes	U. epidemiología	6	6	100%	
1.1.4	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas durante 2017.	4	No.	Informe trimestral	Dirección / Comité Médico Asesor	2	2	100%	Las metas de Servicios Generales han sido rebasadas en la tendencia de la demanda, por las necesidades actuales de mantenimiento de la infraestructura y servicios básicos para el funcionamiento del
1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	99,312	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	49,656	51,635	104%	
1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	23196	%	SPME	Jefe de Emergencia	11,598	12,323	106%	

1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	40176	%	SPME	Jefe de la División Médica	20,088	17,552	87%	hospital 24/7, (agua potable, calderas, lavandería, energía e iluminación, equipos, esterilización)
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	977808	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	488,904	397,381	82%	
1.1.4.5	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	718452	%	SPME	Jefe de División Administrativa	359,226	720,208	200%	
1.1.5	Apertura Programática de tercer nivel de atención y programación de metas para 2018.	1	No.	SPME	U. Planificación				Programado para el tercer trimestre

EVALUACION DE LA GESTION ENERO JUNIO POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO JUNIO			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTARIO
						Prog.	Realiz.	%	
2	Objetivo : Brindar un manejo integral a la mujer y al recién nacido para contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal.								
2.1	RESULTADO: Maternidad segura con atención especializada a la mujer embarazada								
2.1.1	Brindar atenciones especializadas en salud reproductiva	9540	%	SPME	U. de Planificación	4,770	7,138	150%	Se ha cubierto el total de la demanda programada, y se espera que incremente en el tercer trimestre.
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	80-100%	%	SPME	U. de Planificación	3,000	6,511	217%	Bajo la perspectiva de Cuidados Respetuosos y humanización de la atención, se ha mejorado la atención del parto, disminuyendo la proporción de cesáreas y de recién nacidos con sufrimiento fetal por causas obstetricas.
2.1.3	Atención especializada de perinatología	80-100%	%	SPME	U. de Planificación	876	983	112%	Destacan en el servicio de perinatología las mujeres embarazadas con obesidad mórbida y otros padecimientos crónicos (cardiopatías, diabetes y enfermedad renal)
2.1.4	Atencion especializada del parto	80-100%	%	SPME	U. de Planificación	4,392	4,127	94%	

2.1.5	Atención especializada de puerperio	80-100%	%	SPME	U. de Planificación	4,050	4,039	100%	La atención especializada en puerperio incluye la producción de cirugía obstétrica.
2.1.6	Monitoreo de la morbilidad obstétrica extrema	100%	% de mujeres en cuidados críticos	Registro de MOE	Unidad de Epidemiología/U. De Planificación	100%	100%	100%	Al semestre la razón de mortalidad materna se ha reducido en 76%, de 200.6 en 2016 a 48.2 por 100 mil nacidos vivos en 2017. La revisión diaria de los resultados post turno, es el espacio en el cual se tratan todos los casos de morbilidad obstétrica extrema que son transferidos a Cuidados Críticos y que requieren la interacción colegiada de uciólogos, ginecobstetras y sub especialidades de medicina y cirugía. En la Unidad de Epidemiología se lleva un registro diario de los casos para conocimiento de las Jefaturas involucradas.
2.1.7	Monitoreo mensual de la muerte materna	12	No.	SIMMOW	Unidad de Epidemiología/U. De Planificación	3	3	100%	
2.2	RESULTADO: Supervivencia neonatal con atención especializada a los recién nacidos								
2.2.1	Atención especializada a recién nacidos	80-100%	% de atenciones hospitalarias a recién nacidos	SPME	U. Planificación	2,298	2,485	108%	Según la tendencia mensual de indicadores de SIMMOW, para junio de 2017 la tasa de recién nacidos con muy bajo

2.2.2	Monitoreo de la prematuridad y sus complicaciones	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	3	3	100%	<p>peso se redujo en 45% (68.15 a 37.28) y la mortalidad neonatal disminuyó en 36% (20.86 a 13.32). No obstante al calcular la tasa acumulada al semestre en el Hospital considerando las muertes infantiles que fueron 94 en relación con los 4,152 nacidos vivos la tasa resultante es de 22.6 por mil nacidos vivos aumentando en 6% en relación a 2016 (21.4 a 22.6). La carencia de recurso humano especializado para mejorar la calidad de la cobertura de cunas es una limitante en las dimensiones de la oportunidad, eficacia y seguridad en el cuidado de los recién nacidos.</p> <p>Se tiene propuesta elaborada, pendiente de implementar, por falta de 8 horas médico neonatólogo en Servicio de Puerperio y 24 horas enfermera para funcionar.</p>
2.2.3	Monitoreo de las muertes perinatales y neonatales	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	3	3	100%	
2.2.4	Implementar Cunero de Transición en servicio de Puerperio	20%	% de variación egresos de neonatología	Informes	Depto. Neonatología	20%	20%	100%	

2.2.5	Referir recién nacidos para programa madre canguro a nivel nacional	100%	%	Informes	Depto. Neonatología	396	343	87%	No obstante la producción de lo programado se ha logrado con éxito, es importante recalcar que esto ha sido a costa de esfuerzos extraordinarios por parte del personal del servicio de Neonatología. Tal situación, eventualmente genera ausentismos por sobrecarga laboral y agotamiento. La carencia de recurso humano especializado para mejorar la calidad de la cobertura de cunas es una limitante en las dimensiones de la oportunidad, eficacia y seguridad en el cuidado de los recién nacidos. Por otra parte es importante considerar que el factor externo de desempeño de la gestión clínica materno infantil en la red desde el primero y segundo nivel de atención desde la atención preconcepcional y prenatal es un determinante de la demanda de los cuidados
2.2.6	Implementar programa de humanización de la atención al prematuro basado en el Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Recién Nacido	12	% de variación estancia hospitalaria por Unidad de Servicio de Neonatología	Informes	Depto. Neonatología	3	3	100%	
2.2.7	Atención especializada en Cuidados Intensivos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	76	95%	
2.2.8	Atención especializada en Cuidados Intermedios del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	75	94%	

									especializados en el tercer nivel y por tanto se debe avanzar en la calidad de la atención de salud reproductiva, de acuerdo a lo establecido en las políticas y lineamientos pertinentes.
2.2.9	Atención especializada en Cuidados Mínimos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	94	118%	La demanda sobrepasa la capacidad del servicio, la relación de enfermera por paciente es inadecuada, el 45% de la demanda corresponde a transferencias del servicio de Cuidados Intermedios.
2.2.10	Implementar programa de cirugía neonatal	100%	% de casos detectados Programa Patología Fetal	Informes	Depto. Neonatología	100%	100%	100%	Al semestre se han realizado 14 intervenciones quirúrgicas: 8 correcciones de gastrosquisis, 5 ligaduras de Ductus Arterioso y una ligadura de hernia inguinal.

EVALUACION DE LA GESTION ENERO JUNIO POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO JUNIO			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTARIO
						Prog.	Realiz.	%	
3	Objetivo: Disminuir la letalidad por tumores y neoplasias en las mujeres								
3.1	Resultado: Mujeres con mayor expectativa y calidad de vida ante padecimiento de tumores y neoplasias								
3.1.1	Brindar atenciones para la búsqueda activa de casos con tumores y neoplasias en consulta externa	100%	%	SPME	Médico encargado del programa	3852	5271	137%	La letalidad por cáncer se ha mantenido en 1% considerando que se han incrementado la detección activa de casos, las atenciones inmediatas y 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 cuidado hospitalario, hasta su fallecimiento.
3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cáncer	100%	%	SPME	Médico encargado del programa	810	842	104%	
3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	100%	%	Registros	Médico encargado del programa	1440	896	62%	Se está brindando cuidados paliativos a todas las personas que lo requieren, por tanto la meta deberá ajustarse a la demanda actual.

EVALUACION DE LA GESTION ENERO JUNIO POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO JUNIO			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTARIO
						Prog.	Realiz.	%	
4	OBJETIVO: Entregar a la sociedad médicos especialistas en Ginecología/ obstetricia y en Neonatología con alta calidad técnico científica y con un perfil firme en principios ético y morales								
4.1	Resultado: Médicos especialistas en Ginecología/ obstetricia, Neonatología y Oncología con alta calidad técnico científica y con un perfil firme en principios ético y morales								
4.1.1	Revisar y actualizar el plan académico	1	plan académico actualizado	Documento escrito	Coordinador académico				
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	3	3	100%	
4.1.3	Ejecutar el Plan de enseñanza del Departamento	10	Resultados enviados	documento escrito	Coordinador académico	3	3	100%	
4.1.4	Supervision 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	100%	100%	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	Medicos encargado de investigación y la unidad de investigación	3	3	100%	Ya se completó la meta durante el semestre, entrando en la fase de ejecución y finalización hasta la presentación de los resultados para graduación.
5	Objetivo: Respeto irrestricto a los derechos humanos de los trabajadores del Hospital Nacional de la Mujer								
5.1	Resultado: Personal del hospital satisfecho con el clima laboral	No.	1	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	1	0.87	87%	
5.1.2	Implementar estrategias para la dotación, administración, desarrollo y bienestar laboral efectivo del personal del hospital	No.	1	Informes	Dirección /Consejo Estratégico de Gestión	1	1	100%	Implementación de agasajos para personal de servicios generales, enfermería, miembros del sindicato, personal médico, día de la madre, día del padre.
5.1.2	Velar por el mantenimiento de un ambiente laboral satisfactorio que motive e induzca al personal a desarrollar sus funciones con eficiencia	No.	4	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	1	1	100%	Implementación de conferencias sobre Cambio Organizacional, Inteligencia Emocional y manejo del estrés y clima laboral.
5.1.3	Realizar un diagnostico de las necesidades de capacitación institucional	No.	1	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	1	1	100%	Consolidación de la Ficha de Necesidades de Capacitación de la UDP, realizado durante el primer trimestre.
5.1.4	Evaluación del desempeño de personal del hospital	No.	2	Informes	Unidad de Recursos Humanos	1	1	100%	Realización del 100% de evaluaciones de personal del segundo semestre de 2016