

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



**Evaluacion  
enero-diciembre  
2017**

San Salvador, 18 de enero de 2018

Dra. Adelaida de Lourdes Trejo de Estrada



## Contenido

INTRODUCCION .....	5	
1 .....	RESULTADOS	6
1.1 MATERNIDAD SEGURA .....	6	
1.2 CUIDADOS PERINATALES .....	10	
1.3 ATENCION ONCOLOGICA .....	21	
1.4 GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL EN RIISS .....	22	
1.5.....	DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	26



## 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.

Durante 2017, 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. 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. 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.

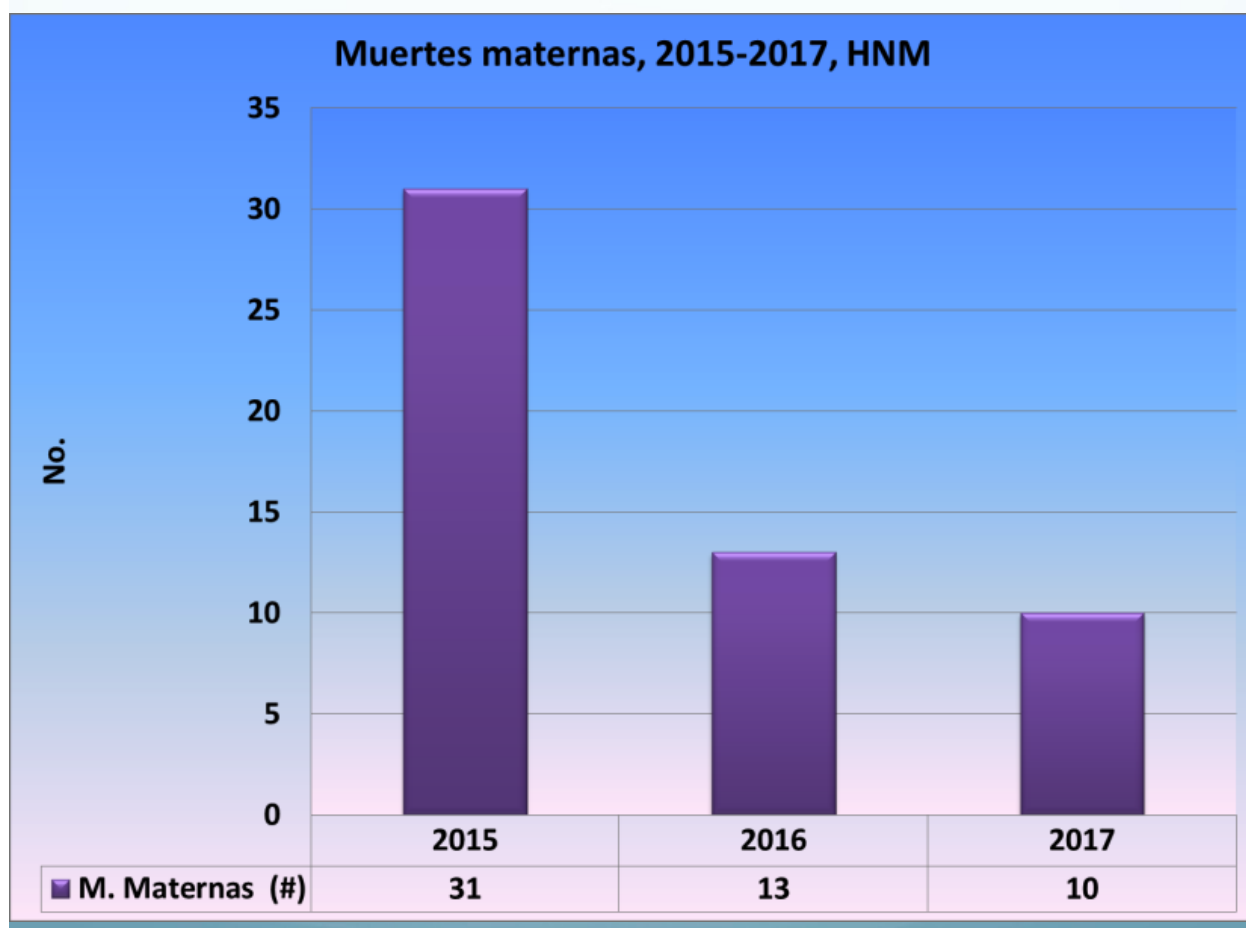
## 1 RESULTADOS

Durante el período de enero a diciembre 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)".<sup>1</sup>

### 1.1 MATERNIDAD SEGURA

A diciembre de 2017 se ha mantenido la reducción de la razón de mortalidad materna en 20% (Tabla I) y la tendencia mensual mostró descensos en el No. de muertes en 5 de los 12 meses evaluados mostrando una reducción acumulada de 23% en el número de muertes maternas en relación al año 2016 (Gráfico 1).

(Gráfico 1)



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

## **CUIDADOS CRITICOS EN LA MUJER**

La maternidad segura reflejada en 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 en cuidados críticos.

## **MORBILIDAD OBSTETRICA EXTREMA COMO PRINCIPAL CAUSA DE CUIDADOS CRITICOS.**

La demanda espontánea y la referencia pertinente de mujeres con cuadros graves de morbilidad obstétrica, presentaron una tendencia ascendente durante los 12 meses, no obstante se logró resolver una demanda asistencial de muchos casos de alta letalidad ginecoobstétrica y evitar muertes maternas lográndose mantener en "0" casos durante 5 de los 12 meses.

Al correlacionar las causas de MOE con las causas de mortalidad materna, se puede observar que no obstante los **trastornos hipertensivos del embarazo** constituyen la mayor proporción en la estructura de demanda de servicios críticos solo ocurrió una muerte materna por esta causa.

Al desagregar los casos de trastornos hipertensivos del embarazo la mayoría fueron casos de Preeclampsia Grave y otras con Síndrome de Hellp concomitante, la menor proporción fueron casos de Eclampsia.

**La sepsis** como segunda causa de MOE con ha presentado mayor letalidad que los trastornos hipertensivos.

Del total de casos, en orden descendente, destacan la urosepsis, neumonía, sepsis puerperal, salmonelosis, abdomen séptico y otras dentro de las cuales se incluyen casos de mielomeningocele, una mola infectada y dengue.

Como tercera causa principal de MOE que ingresa a cuidados críticos se tienen otras, en su mayoría **no trasmisibles**. Del total de casos se contaron casos de pancreatitis, casos de enfermedad neurológica (epilepsia, tumor cerebral, accidente cerebro vascular y síndromes de neurona motora), casos de enfermedad pulmonar, casos de cardiopatías, casos de enfermedad renal y casos autoinmunes (rabdomiólisis, púrpura fulminans y Síndrome antifosfolípido), y 1 caso de alcoholismo.

En cuarto lugar del total de MOE que ingresa a cuidados críticos, se tiene la **hemorragia obstétrica severa**, la cual se desagrega según orden decreciente en hemorragias por alteraciones del tono uterino, hemorragias por trauma obstétrico desgarros, hematomas y hemorragias por alteración de los tejidos pélvicos (abrupcio y acretismo placentario, dehiscencia de histerorraxia) .

*"La atonía uterina es el motivo habitual de la hemorragia del alumbramiento, producida al no producirse la contracción del útero y no realizarse la hemostasia por compresión mecánica de los vasos del lecho placentario por las fibras musculares uterinas.*

*Los desgarros del canal del parto son la segunda causa más frecuente de hemorragia posparto. Los desgarros pueden coexistir con un útero atónico. La hemorragia posparto con útero retraído se debe generalmente a un desgarro del cuello uterino o de la vagina. Estos desgarros o laceraciones normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura.*

*Las hemorragias por alteración de los tejidos pélvicos pueden manifestarse como hematomas, en la mayoría ocasionados por laceraciones de vasos venosos durante el parto. La placenta retenida, se produce si la tracción controlada del cordón no da resultado y la placenta no se expulsa después de 30 minutos. También puede producirse una retención de restos placentarios si parte de la placenta (uno o más lóbulos) queda retenida, lo cual también impide que el útero se contraiga eficazmente. La dehiscencia uterina se produce por la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. "*

## **CODIGO ROJO Y CODIGO AMARILLO EN UCI**

En cuanto a la activación de los códigos Amarillo y Rojo para el abordaje de la Sepsis y las hemorragias, el mayor porcentaje de activación en UCI se tiene para el código amarillo lo cual se relaciona con el mayor número de casos de sepsis relacionados que ingresaron a UCI. Esto puede ameritar un análisis secundario para verificar la eficacia



en la activación de los códigos en la emergencia y otros servicios fuera de UCI, así como en el tiempo de evolución de los casos y su resolución, ya que en el caso del código Rojo la activación y resolución de una hemorragia debe ser inmediata y en menor tiempo con el objetivo de cortar la evolución catastrófica de un sangramiento.

La Unidad de Cuidados Críticos ha desempeñado en los últimos dos años, a partir de 2016 una labor de alto impacto en la reducción de la mortalidad materna, que de 31 muertes que se tuvieron en 2015 (con un uciólogo agregado por 8 horas) se redujo a 12 en 2016 con un decremento de más del 60% de las muertes maternas, esta tendencia, acumulada a la fecha, se mantiene para 2017. Lo anterior ha sido gracias a la contratación de uciólogos para cubrir las 24 horas los 365 días del año a mujeres afectadas por complicaciones y/o morbilidades ginecoobstétricas de alta letalidad.

La participación de los uciólogos en los equipos multidisciplinarios ha sido providencial en la mejora de la eficacia en el manejo de la morbilidad obstétrica extrema. Por otra parte los tiempos promedio de estancia en cuidados críticos se han reducido en 50% ya que en 2015, el promedio era de 10 días con valores máximos hasta de 80 días y desde 2016 y a la fecha en 2017 se ha mantenido un tiempo promedio de 5 días; a esto hay que agregar que la labor de los uciólogos como interconsultantes es sumamente eficiente al intervenir en la estabilización de pacientes en los diferentes servicios hospitalarios para prevenir mayores complicaciones, costos hospitalarios y evitar la evolución natural de situaciones complejas que requieran de cuidados críticos.

Todo lo anterior sugiere con evidencia científica de la rentabilidad social de la cobertura con uciólogos las 24 horas por 365 días al año en términos de vidas salvadas de nuestras mujeres, el consecuente bienestar familiar que eso significa y para nuestro hospital, la eficiencia por la optimización del gasto por estancia hospitalaria, así como la satisfacción usuario – proveedor que todo esto representa.

La sostenibilidad de los recursos humanos especializados en cuidados críticos es fundamental para nuestro hospital y un compromiso social con el derecho a la salud de nuestra población.

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.

## 1.2 CUIDADOS PERINATALES

Durante 2017 hubo variaciones mensuales al incremento en 7 de los 12 meses en el número de muertes infantiles, las tasas de mortalidad neonatal e infantil, las tasas de incidencia de muy bajo peso, principalmente en los meses de septiembre, octubre y noviembre (TABLA I)

**TABLA I**

Indicador	Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Tasa Recien Nacidos Muy Bajo Peso	2016	48.27	42.29	52.03	60.31	53.35	68.15	41.1	49.85	49.16	40.4	37.74	58.22	49.97
	2017	46.18	53.45	58.12	56.06	58.75	37.28	48.4	52.2	62.15	59.84	42.37	47.69	51.89
Tasa Recien Nacidos Bajo Peso	2016	240.1	221.01	238.58	230	277.7	267	215	256.6	225.1	239.9	229.32	240.17	239.91
	2017	223.7	260.34	248.88	221.2	228.8	245	248	248.63	263.81	263.3	247.18	263.79	246.66
Tasa Mortalidad Neonatal	2016	14.85	13.64	20.3	21.04	32.83	20.86	21.9	17.6	23.29	12.63	15.97	18.92	19.45
	2017	20.2	25.86	20.86	19.7	27.5	13.32	19.4	20.6	26.24	21.28	19.77	11.92	20.56
Tasa Mortalidad Infantil	2016	16.09	13.64	20.3	22.44	34.2	22.25	23.3	20.53	23.29	13.89	24.67	23.29	21.37
	2017	23.09	29.31	20.86	22.73	27.5	13.32	20.8	23.35	27.62	23.94	21.19	11.92	22.1
Razon Mortalidad Materna	2016	371.3	272.85	380.71	0	136.8	0	0	0	258.73	126.26	145.14	0	146.98
	2017	144.3	0	149.03	0	0	0	0	137.36	276.24	265.96	282.49	149.03	118.19
Egresos	2016	1,605	1,639	1,692	1,689	1,677	1,637	1,648	1,510	1,645	1,762	1,579	1,504	19,587
	2017	1,529	1,376	1,608	1,491	1,736	1,686	1,655	1,601	1,589	1,653	1,649	1,473	19,046

En la Tabla II se incluyen datos absolutos y relativos acumulados de enero a diciembre 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 14%, y las muertes maternas en 23%; 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 9%. Las tasas de mortalidad neonatal, e infantil incrementaron en 6% y 3% respectivamente.

Un indicador que destaca sobremanera es la **Razón de abortos por mil nacidos vivos** ya que supera en 3 veces la mortalidad perinatal y en 4 la mortalidad neonatal y representa un alto riesgo y alto desgaste reproductivo en la mujer.

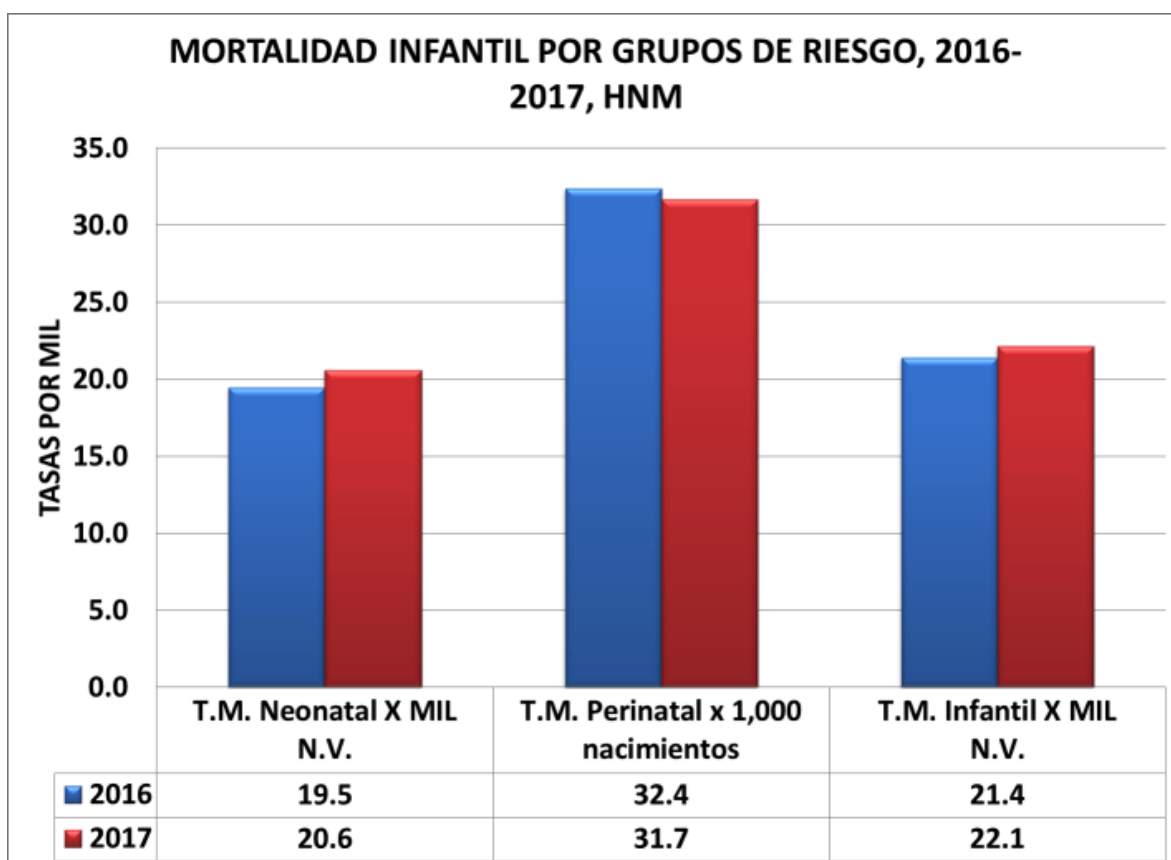
**TABLA II**

<b>INDICADORES HNM</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Variación</b>
Nacido muerto hospitalario	155	134	-14%
Nacido vivo	8,836	8,452	-4%
Nacimientos	8,991	8,586	-5%
M. neonatal temprana (#)	136	138	1%
M. neonatal tardía (#)	36	36	0%
M. Neonatal (#)	172	174	1%
M. Perinatal (#)	291	272	-7%
M. Infantil (#)	189	187	-1%
M. menor de 5 a. (#)	189	187	-1%
M. Maternas (#)	13	10	-23%
Abortos	825	760	-8%
muertes totales	232	243	5%
muertes otros grupos (#)	30	46	53%
Muertes despues de 48 horas	115	141	23%
No. de egresos	19,587	18,994	-3%
T.M. fetal x 1,000 nacimientos	17.2	15.6	-9%
T.M. neonatal temprana X MIL N.V.	15.4	16.3	6%
TM. Neonatal tardía X MIL N.V.	4.1	4.3	5%
T.M. Neonatal X MIL N.V.	19.5	20.6	6%
T.M. Perinatal x 1,000 nacimientos	32.4	31.7	-2%
T.M. Infantil X MIL N.V.	21.4	22.1	3%
T.M. Menor de 5 años	21.4	22.1	3%
R.M.M. X 100,000 N.V.	147.1254	118.3152	-20%
Razón de abortos x 1000 n.v.	93	90	-4%

## SUPERVIVENCIA INFANTIL Y CUIDADOS PERINATALES

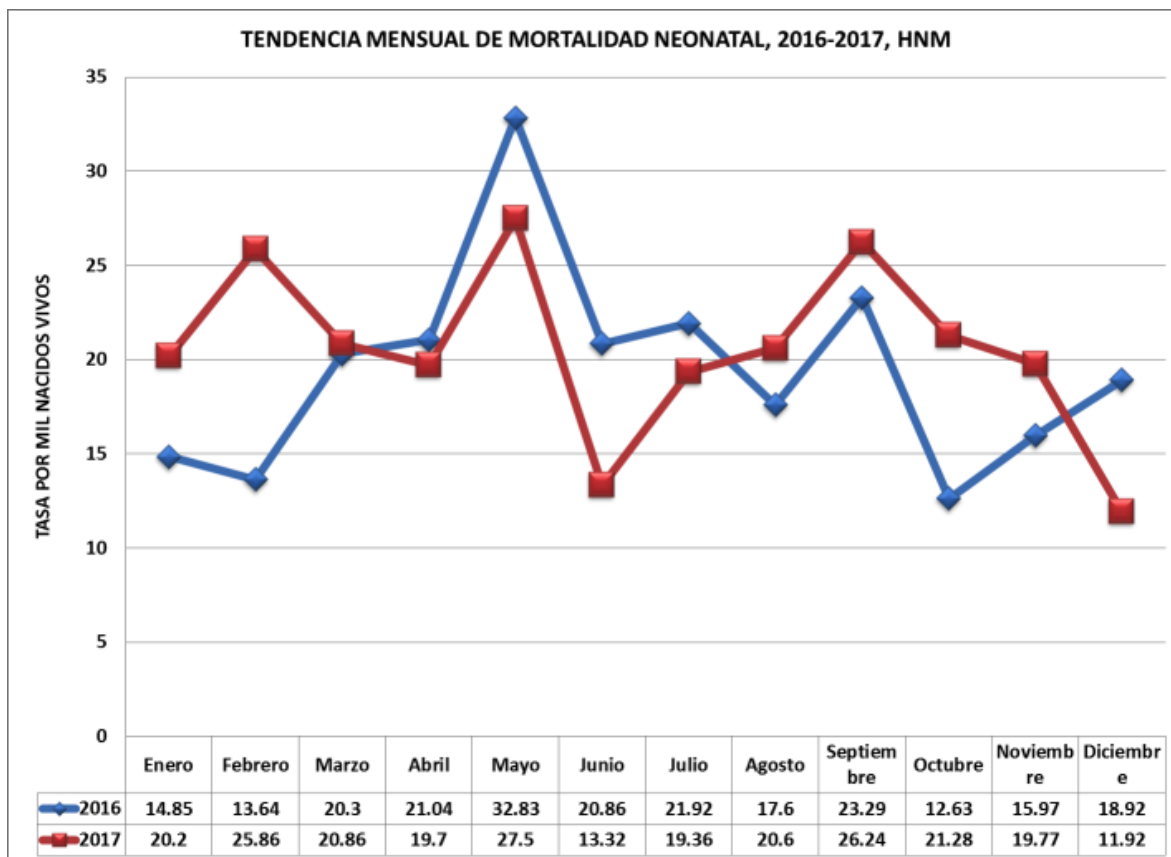
En general, las tasas de mortalidad perinatal, neonatal e infantil incrementaron, (GRAFICO 2) aunque hubo disminución en el número absoluto de las muertes en menores de 5 años, así como en el total de nacimientos de 2016 en relación con 2017. Es importante reiterar que las causas de morbilidad neonatal 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 2**



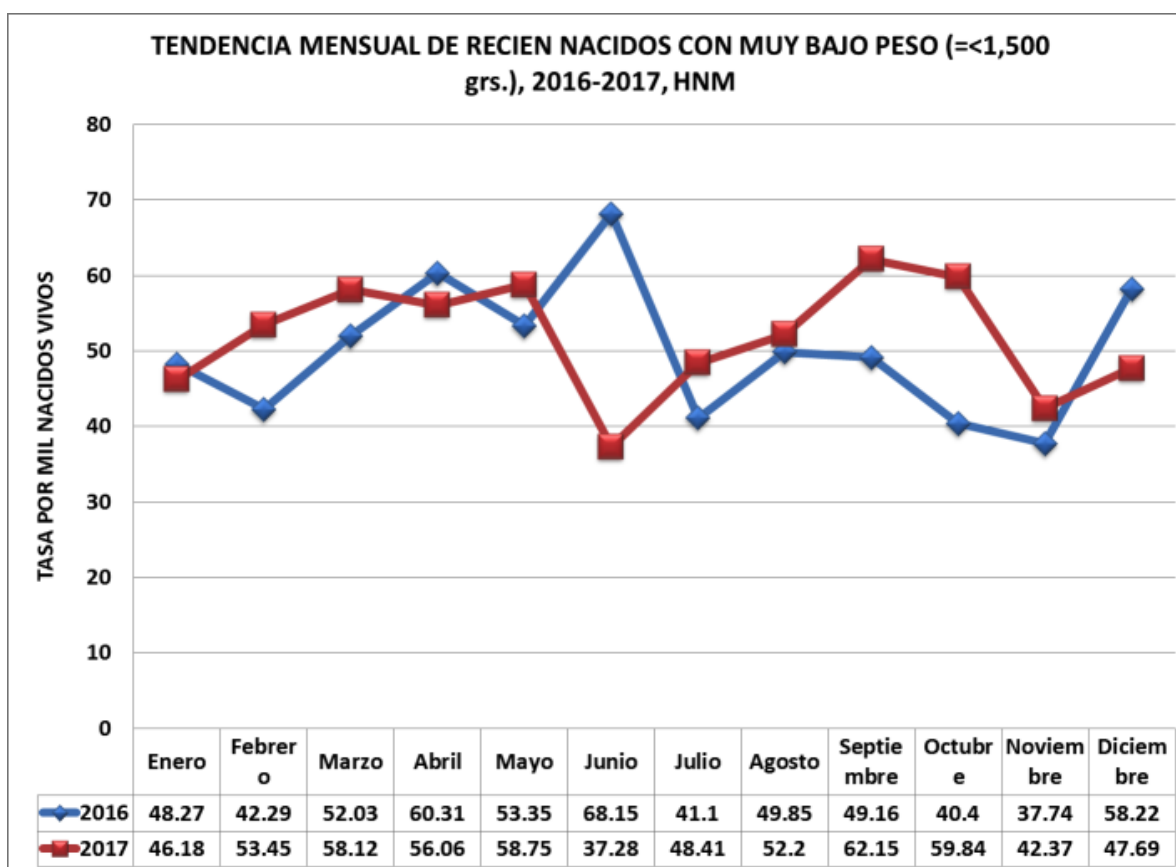
Según el Gráfico 2, la mortalidad infantil intrahospitalaria incrementó en 3% y la mortalidad neonatal 6% durante el período.

**GRAFICO 3**



La tasa de mortalidad neonatal a 2016 (19.5 x 1000NV) y 2017 (20.6 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 7 de los 12 meses de 2017 con unos picos de elevación en los meses de mayo y septiembre y teniendo una notable disminución en los meses de junio y diciembre (GRAFICO 3). El comportamiento de las tasas de mortalidad neonatal que observamos en los meses de mayo y septiembre fueron los mismos incrementos de las tasas de recién nacidos con muy bajo peso (<1,500 gr.) (GRAFICO 4).

**GRAFICO 4**



## CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Durante todo el año 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.

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 66% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 34%.

***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 en el impacto sobre estos indicadores como una oportunidad para mejorar los resultados de la Gestión Clínica Materno Infantil en RIISS.

**Es claro que la tendencia de la mortalidad neonatal y la tendencia de la incidencia de recién nacidos con muy bajo peso cursan paralelamente con reducción puntual en el mes de junio y un repunte en septiembre.**

Esta correlación de morbimortalidad infantil sugiere fallas en la Gestión Clínica Materno Infantil, principalmente en lo que concierne a la prevención de la inmadurez extrema y la prematuridad, con los cuidados obstétricos y el cuidado del bienestar fetal desde el primer nivel de atención.

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 el incremento de la demanda y la correlación actual en la disponibilidad de personal especializado en los servicios de neonatología así como en el abastecimiento de tecnologías sanitarias (medicamentos, insumos y equipo) en los servicios de atención materna como ha sido el caso con la suficiencia de tocolíticos de alta eficacia para el tratamiento de la amenaza de parto prematuro, así como la prevención y control de la prematuridad.

## **MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.**

Según datos del Sistema de Morbimortalidad SIMMOW, la morbilidad más frecuente en el servicio de infectología fue la infección de la bolsa amniótica o de las membranas, lo cual ha sido correlacionada con las complicaciones neonatales por sepsis temprana. En el servicio de Ginecología, destacan el leiomioma del útero y el abuso sexual como segunda causa de egreso. En el servicio de puerperio se produjeron hospitalizaciones por parto único espontáneo, seguida de ruptura prematura de membranas, obesidad y preeclampsia. En el servicio de obstetricia, tuvieron como diagnóstico de egreso la mola hidatiforme. En el servicio de perinatología, la principal causa de egreso fue la diabetes mellitus, seguida de hipertensión arterial primaria, oligohidramnios y síndrome

nefrítico crónico.

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

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 agota las existencias de tocolítics para el tratamiento eficaz de las amenazas de parto prematuro.

Además de mejorar la disponibilidad de tocolítics 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 36<sup>6/7</sup> semanas de edad gestacional.

**La sepsis temprana del recién nacido es directamente proporcional a la infección materna, que usualmente llega al parto en proceso de incubación fetal.**

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.<sup>2</sup>

**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 RIISS desde el primero 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

---

<sup>2</sup> 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.



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.

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.

Especial interés toma para la atención prenatal el hecho de que la oportunidad de supervivencia neonatal de los recién nacidos prematuros y su calidad de vida depende de la edad gestacional. En nuestro hospital el chance de sobrevivida de los recién nacidos es menor de 50% debajo de las 26 semanas.

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 y de estos la sobrevivida es casi 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 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 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 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.

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.

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

La principal complicación durante el período fue la **sepsis temprana**, seguida de la sepsis tardía. Las infecciones maternas se transmiten al embrión y feto por Infección ascendente de la vagina 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 respectivamente durante el período.

### **Prevención del distres respiratorio de los recién nacidos**

No obstante, que la cobertura semestral de control prenatal a nivel nacional es alta en las madres que tuvieron niños con menos de 1,500 gramos, la protección con corticoides antenatales no se equipara con la cobertura de atención prenatal, 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).

### **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, lo cual determina la sobrevivencia de recién nacidos con prematuridad.

### 1.3 ATENCION ONCOLOGICA

En el servicio de oncología las primeras 4 causas fueron los tumores malignos: en la mama en primer lugar, en ovario en segundo lugar, en cuello uterino en tercer lugar y en endometrio en cuarto lugar, no obstante la letalidad por cáncer se ha mantenido en 1.5 % 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.

El incremento de la detección temprana del cáncer, principalmente el de seno, en diferentes etapas o estadíos, determina las alternativas de tratamiento para las personas. Según la Sociedad Americana del Cáncer, la cirugía es el tratamiento principal para el cáncer de seno en etapa I. Si el tumor mide más de 1 cm de ancho (alrededor de 1/2 pulgada), a veces se necesita la quimioterapia adyuvante. La terapia sistémica se recomienda en mujeres con cáncer de seno en etapa II. Algunas terapias sistémicas se administran antes de la cirugía (terapia neoadyuvante), y otras se dan después de la cirugía (terapia adyuvante).

Durante 2017 se incrementaron gradualmente las hospitalizaciones en el servicio de Oncología, incluyendo los tratamientos quirúrgicos, no obstante la tendencia de la quimioterapia ha tenido un comportamiento mucho más pronunciado en sus tendencias anuales debido principalmente al incremento de **la demanda por personas con manejo de quimio y radioterapia y a la utilización de quimioterapia de segunda y tercera línea con objetivos paliativos.**

La letalidad por egreso de cancer de seno ha incrementado a diferencia de cancer de cervix que ha presentado una reducción. Una situación crucial en la evolución de los casos de cáncer es la disponibilidad oportuna de los medicamentos ya que esto determina el impacto en la progresión de la enfermedad, así como la oportunidad de poder coadyuvar el tratamiento con cirugía de forma oportuna y resolutive.

## 1.4 GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL EN RIISS

El balance de los resultados institucionales del hospital durante 2017 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. No obstante durante el transcurso del año, a raíz de la rotación o deserción de personal especializado en la red hospitalaria, se ha modificado la calidad del trabajo en el segundo nivel de atención de la RIISS, lo cual ha incrementado la referencia por no contar con recursos especializados y tecnología para mantener la calidad de la atención y satisfacción de la demanda.

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 renovada<sup>3</sup> (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.

En el contexto de las nuevas pautas internacionales y la situación de salud y desarrollo en nuestro país, es pertinente introducir como gestores "clínicos" de la salud materno infantil, la importancia de **los Primeros Mil Días de Vida** ya que este periodo es crítico

para la conformación de la arquitectura cerebral, el crecimiento y la maduración corporal, que por sus repercusiones para toda la vida, exigen atención en salud de óptima calidad. La etapa prenatal y los primeros tres años de vida constituyen un período crítico para el desarrollo cognitivo, del lenguaje y de las destrezas sociales y emocionales de las personas. Lo que sucede con un niño durante esta etapa es determinante para su bienestar presente y futuro: el 40 % de las habilidades mentales del adulto se forman en los tres primeros años de vida. Los mayores cambios ocurren en el cerebro y se dan durante los primeros dos años de vida. Se trata del período de la vida en que el cerebro experimenta un crecimiento único: su tamaño se duplica y el número de sinapsis neuronales crece exponencialmente. Estas modificaciones constituyen un verdadero cimiento para la actividad cerebral, y trasciende positivamente en el desarrollo humano y socioeconómico de la sociedad.

Por la trascendencia de la calidad de la atención de la salud reproductiva, 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 la iniciativa de maternidad segura y la salud en los primeros mil días de vida durante la primera infancia.
2. Avanzar en la integración de las diferentes fuentes financieras del sector salud para mejorar la apuesta a la salud de la primera infancia desde la etapa prenatal y en todo el curso de vida de la niñez.
3. Mejorar la educación superior y el régimen de formación de médicos internos y residentes en función de la seguridad de las personas usuarias de los servicios de salud.
4. 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.
5. Incrementar la educación para la salud en la familia para mejorar las prácticas de autocuidado y ser sujetos de transformación y resiliencia desde el hogar.
6. Promover la salud por medio de las redes sociales y tecnologías de

comunicación.

7. 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).
8. 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.
9. 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.
10. Insistir en la eficacia, el acceso, la eficiencia y la efectividad del control prenatal con enfoque en el bienestar fetal y materno.
11. 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.
12. 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.
13. Garantizar la atención esencial del recién nacido y la reanimación neonatal, por medio de personal especializado en pediatría/neonatología.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.

18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.

25. Es importante fortalecer el sistema de registro de las anomalías congénitas y su investigación científica, pues representa la segunda causa de muerte infantil.
26. 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.

### 1.5 DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS

RESUMEN CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO-DICIEMBRE 2017			
Productos/Actividades	Programadas	Realizadas	%
<b>Servicios finales</b>	<b>175,729.00</b>	<b>169,792.00</b>	<b>97%</b>
Emergencias	23,200.00	24,925.00	107%
Consulta Externa Médica	122,642.00	125,867.00	103%
Egresos Hospitalarios	53,087.00	43,925.00	83%
Partos	8,800.00	8,356.00	95%
Cirugía Mayor	9,500.00	8,865.00	93%
Medicina Critica	13,400.00	7,669.00	57%
<b>Servicios Intermedios</b>	<b>910,897.00</b>	<b>779,771.00</b>	<b>86%</b>
<b>Servicios Generales</b>	<b>718,517.00</b>	<b>1,382,201.00</b>	<b>192%</b>

**PRODUCCION HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARIA  
ISABEL RODRIGUEZ" ACUMULADO 2017**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Finales</b>	<b>175,729</b>	<b>169,792</b>	<b>97%</b>
<b>Consulta Externa Médica</b>	<b>122,642</b>	<b>125,867</b>	<b>103%</b>
<b>Especialidades</b>	<b>62,362</b>	<b>64,398</b>	<b>103%</b>
<b>Especialidades Básicas</b>	<b>17,620</b>	<b>16,670</b>	<b>95%</b>
Medicina Interna	1,400	1,296	93%
Cirugía General	670	428	64%
Ginecología	15,000	14,541	97%
Psiquiatría	550	405	74%
<b>Sub especialidades</b>	<b>44,742</b>	<b>47,728</b>	<b>107%</b>
<b>Sub Especialidades de Medicina Interna</b>	<b>9,300</b>	<b>8,466</b>	<b>91%</b>
Cardiología	2,500	2,773	111%
Endocrinología	4,000	3,581	90%
Infectología	500	458	92%
Nefrología	500	403	81%
Neumología	1,800	1,251	70%
<b>Sub Especialidades de Cirugía</b>	<b>3,680</b>	<b>2,707</b>	<b>74%</b>
Anestesiología / Algología	2,880	1,994	69%
Urología	800	713	89%
<b>Sub Especialidades de Pediatría</b>	<b>1300</b>	<b>900</b>	<b>69%</b>
Infectología	500	204	41%
Neonatología	800	696	87%
<b>Sub Especialidades de Ginecología</b>	<b>20,912</b>	<b>21,626</b>	<b>103%</b>
Clínica de Mamas	6,700	6,436	96%
Infertilidad	6,500	5,367	83%
Oncología	7,712	9,823	127%
<b>Sub Especialidades de Obstetricia</b>	<b>9,550</b>	<b>14,029</b>	<b>147%</b>
Detección de Embarazo de Alto Riesgo	2,550	152	6%
Embarazo de Alto Riesgo	6,000	12,938	216%
Genética Perinatal	1,000	939	94%

**PRODUCCION HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ" ENERO DICIEMBRE Y ACUMULADO 2017**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Emergencias</b>	<b>23,200</b>	<b>24,925</b>	<b>107%</b>
<b>De Medicina Interna</b>	<b>300</b>	<b>408</b>	<b>136%</b>
Oncología	300	408	136%
<b>De Gineco-Obstetricia</b>	<b>14,500</b>	<b>14,657</b>	<b>101%</b>
Ginecología	1,500	1,562	104%
Obstetricia	13,000	13,095	101%
<b>Otras Atenciones Consulta Emergencia</b>	<b>8,400</b>	<b>9,860</b>	<b>117%</b>
Selección	8,400	9,860	117%
<b>Otras Atenciones Consulta Externa Médica</b>	<b>35,080</b>	<b>34,900</b>	<b>99%</b>
Colposcopia	18,000	19,382	108%
Nutrición	2,000	1,505	75%
Planificación Familiar	1,300	1,422	109%
Psicología	780	685	88%
Selección	13,000	11,906	92%
<b>Consulta Externa Odontológica</b>	<b>2000</b>	<b>1644</b>	<b>82%</b>
Odontológica de primera vez	750	636	85%
Odontológica subsecuente	1,250	1,008	81%

**PRODUCCION HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ" ENERO DICIEMBRE Y ACUMULADO 2017**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Egresos Hospitalarios</b>	<b>53,087</b>	<b>43,925</b>	<b>83%</b>
<b>Especialidades Básicas</b>	<b>1,344</b>	<b>1,360</b>	<b>101%</b>
Ginecología	1,044	1,171	112%
Obstetricia	300	189	63%
<b>Sub Especialidades</b>	<b>20,043</b>	<b>17,675</b>	<b>88%</b>
<b>Sub Especialidad de Medicina Interna</b>	<b>940</b>	<b>889</b>	<b>95%</b>
Infectología / Aislamiento	940	889	95%
<b>Sub Especialidades de Pediatría</b>	<b>4613</b>	<b>4943</b>	<b>107%</b>
Cirugía Pediátrica	13	0	0%
Neonatología	4,600	4,943	107%
<b>Sub Especialidades de Ginecología</b>	<b>1,630</b>	<b>1,754</b>	<b>108%</b>
Oncología	1,630	1,754	108%
<b>Sub Especialidades de Obstetricia</b>	<b>12,860</b>	<b>10,089</b>	<b>78%</b>
Cirugía Obstétrica	3,000	2,888	96%
Patología del Embarazo	1,760	1,881	107%
Puerperio	8,100	5,320	66%
<b>Partos</b>	<b>8,800</b>	<b>8,356</b>	<b>95%</b>
Partos vaginales	5,300	5,207	98%
Partos por Cesáreas	3,500	3,149	90%
<b>Cirugía Mayor</b>	<b>9,500</b>	<b>8,865</b>	<b>93%</b>
Electivas para Hospitalización	3,700	4,337	117%
Electivas Ambulatorias	800	853	107%
De Emergencia para Hospitalización	4,900	3,541	72%
De Emergencia Ambulatoria	100	134	134%
<b>Medicina Critica</b>	<b>13,400</b>	<b>7,669</b>	<b>57%</b>
<b>Unidad de Emergencia</b>	<b>5,100</b>	<b>2,693</b>	<b>53%</b>
Admisiones	2,900	1,543	53%
Transferencias	2,200	1,150	52%
<b>Unidad de Máxima Urgencia</b>	<b>2,000</b>	<b>1,373</b>	<b>69%</b>
Admisiones	1,000	702	70%
Transferencias	1,000	671	67%
<b>Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios</b>	<b>6,300</b>	<b>3,603</b>	<b>57%</b>
Admisiones	2,100	1,155	55%
Transferencias	4,200	2,448	58%

**PRODUCCION HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ" ENERO DICIEMBRE Y ACUMULADO 2017**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Intermedios</b>	<b>910,897</b>	<b>779,771</b>	<b>86%</b>
<b>Diagnostico</b>	<b>581,838</b>	<b>484,071</b>	<b>83%</b>
<b>Imagenología</b>	<b>85094</b>	<b>64150</b>	<b>75%</b>
Fluoroscopias	300	200	67%
Radiografías	39,486	32,765	83%
Ultrasonografías	39,580	26,542	67%
Mamografías Diagnósticas	2,400	2,067	86%
Mamografías de Tamisaje	3,328	2,576	77%
<b>Anatomía Patológica</b>	<b>22,083</b>	<b>9,786</b>	<b>44%</b>
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	7,680	0	0%
Biopsias Cuello Uterino	3,790	2,009	53%
Biopsias Mama	1,802	1,578	88%
Biopsias Otras partes del cuerpo	8,811	6,199	70%
<b>Otros Procedimientos Diagnósticos</b>	<b>5,981</b>	<b>7,399</b>	<b>124%</b>
Colposcopias	2,153	4,719	219%
Ecocardiogramas	1,025	897	88%
Electrocardiogramas	2,803	1,783	64%
<b>Tratamiento y Rehabilitación</b>	<b>293,650</b>	<b>273,003</b>	<b>93%</b>
Cirugía Menor	6,225	4,382	70%
Conos Loop	698	556	80%
Crioterapias	1,106	701	63%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	14,340	14,765	103%
Inhaloterapias	3,503	3,933	112%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	60,000	52,040	87%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	200,000	192,625	96%
Terapias Respiratorias	7,778	4,001	51%
<b>Trabajo Social</b>	<b>35,409</b>	<b>22,697</b>	<b>64%</b>
Casos Atendidos	35,409	22,697	64%

**PRODUCCION HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ" ENERO DICIEMBRE Y ACUMULADO 2017**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Laboratorio Clínico y Banco de Sangre</b>	<b>468,680</b>	<b>402,736</b>	<b>86%</b>
<b>Hematología</b>	<b>128,507</b>	<b>127,005</b>	<b>99%</b>
Consulta Externa	13,915	20,987	151%
Hospitalización	88,185	79,326	90%
Emergencia	22,575	21,908	97%
Referido / Otros	3,832	4,784	125%
<b>Inmunología</b>	<b>30,717</b>	<b>28,500</b>	<b>93%</b>
Consulta Externa	8,125	4,950	61%
Hospitalización	16,000	16,497	103%
Emergencia	4,136	3,742	90%
Referido / Otros	2,456	3,311	135%
<b>Bacteriología</b>	<b>30,205</b>	<b>22,371</b>	<b>74%</b>
Consulta Externa	2,900	1,708	59%
Hospitalización	22,941	17,124	75%
Emergencia	3,113	2,584	83%
Referido / Otros	1,251	955	76%
<b>Parasitología</b>	<b>2,981</b>	<b>1,268</b>	<b>43%</b>
Consulta Externa	1,450	757	52%
Hospitalización	530	350	66%
Emergencia	938	113	12%
Referido / Otros	63	48	76%
<b>Bioquímica</b>	<b>190,839</b>	<b>139,980</b>	<b>73%</b>
Consulta Externa	30,235	17,942	59%
Hospitalización	113,115	83,338	74%
Emergencia	31,310	25,053	80%
Referido / Otros	16,179	13,647	84%
<b>Banco de Sangre</b>	<b>68,000</b>	<b>64,702</b>	<b>95%</b>
Consulta Externa	20,000	19,660	98%
Hospitalización	36,000	33,088	92%
Emergencia	9,000	8,625	96%
Referido / Otros	3,000	3,329	111%
<b>Urianálisis</b>	<b>17,431</b>	<b>18,910</b>	<b>108%</b>
Consulta Externa	6,250	5,681	91%
Hospitalización	6,325	6,709	106%
Emergencia	4,700	6,333	135%
Referido / Otros	156	187	120%

**PRODUCCION HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ" ENERO DICIEMBRE Y ACUMULADO 2017**

Actividades	Total		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
<b>Servicios Generales</b>	<b>718,517</b>	<b>1,382,201</b>	<b>192%</b>
<b>Alimentación y Dietas</b>	<b>173,928</b>	<b>368,053</b>	<b>212%</b>
<b>Hospitalización</b>	<b>173,928</b>	<b>368,053</b>	<b>212%</b>
Medicina	1,664	3,962	238%
Ginecología	2,455	4,827	197%
Obstetricia	12,765	21,512	169%
Pediatría	0	31,288	ND
Neonatología	157,044	306,464	195%
<b>Lavandería</b>	<b>505,989</b>	<b>985,785</b>	<b>195%</b>
<b>Hospitalización</b>	<b>464,935</b>	<b>872,841</b>	<b>188%</b>
Medicina	20,417	48,988	240%
Ginecología	70,479	163,610	232%
Obstetricia	272,149	438,611	161%
Neonatología	101,890	221,632	218%
<b>Consulta</b>	<b>19,925</b>	<b>16,054</b>	<b>81%</b>
Consulta Médica Especializada	19,925	16,054	81%
<b>Emergencias</b>	<b>21,129</b>	<b>96,890</b>	<b>459%</b>
Emergencias	21,129	96,890	459%
<b>Mantenimiento Preventivo</b>	<b>600</b>	<b>347</b>	<b>58%</b>
Números de Orden	600	347	58%
<b>Transporte</b>	<b>38,000</b>	<b>28,016</b>	<b>74%</b>
Kilómetros Recorridos	38,000	28,016	74%





EVALUACION DE LA GESTION ENERO-SEPTIEMBRE POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO DICIEMBRE			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTAR
						Prog.	Realiz.	%	
1	<b>Objetivo : Fundamentar las bases para un hospital propio de tercer nivel en la atención especializada a la mujer y al recién nacido .</b>								
1.1	<b>RESULTADO: Evaluación concurrente de la atención especializada a la mujer y al recién nacido</b>								
1.1.1	Análisis de situación de la demanda hospitalaria de tercer nivel	1	No.	POA 2018	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 2018	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	
1.1.3	Implementar Sala Situacional de Salud	12	No.	Informes	U. epidemiología	12	12	100%	Se ha logrado reducir la mortalidad materna, la mortalidad neonata se mantiene levemente a la alza principalmente por alta demanda de casos de prematuridad. Se ha incrementado los casos de embarazadas con enfermedades

									cronicas, principalmente la obesidad morbida, diabetes y la hipertension cronic; así como la detección activa de casos de tumores y neoplasias.
1.1.4	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas durante 2017.	4	No.	Informe trimestral	Dirección / Comité Médico Asesor	4	4	100%	Las hospitalizacion durante el año han disminuido a nivel nacional y en el hospital durante 2017, y se ha priorizado la demanda de mayor complejidad.
1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	122,642	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	122,642	125,867	103%	La produccion de servicios de laboratorio se priorizaron para hospitalización y se redujo la producció para consulta externa por limitant en el abastecimient de reactivos.
1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	23,200	%	SPME	Jefe de Emergencia	23,200	24,925	107%	Las metas de Servicios Generale han sido rebasadas en la tendencia de demanda, por las necesidades actuales de
1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	53,087.	%	SPME	Jefe de la División Médica	53,087.	43,925	83%	
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	910,897	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	910,897	779,771	86%	
1.1.4.5	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	718,517	%	SPME	Jefe de División Administrativa	718,517	1,382,201	192%	

									mantenimiento de la infraestructura y servicios básicos para el funcionamiento del hospital 24/7, (agua potable, calderas, lavandería, energía iluminación, equipo esterilización)
1.1.5	Apertura Programática de tercer nivel de atención y programación de metas para 2018.	1	No.	SPME	U. Planificación	1	1	100%	

EVALUACION DE LA GESTION ENERO-SEPTIEMBRE POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO SEPTIEMBRE			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTARIO
						Prog.	Realiz.	%	
2	<b>Objetivo : Brindar un manejo integral a la mujer y al recién nacido para contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal.</b>								
2.1	<b>RESULTADO: Maternidad segura con atención especializada a la mujer embarazada</b>								
2.1.1	Brindar atenciones especializadas en salud reproductiva	9,550	%	SPME	U. de Planificación	9,550	14,029	147%	Se ha cubierto el total de la demanda programada.  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. Destacan en el servicio de perinatología las mujeres embarazadas con obesidad mórbida y otros padecimientos crónicos (cardiopatías, diabetes y enfermedad renal)
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	6,000	%	SPME	U. de Planificación	6,000	12,938	216%	
2.1.3	Atención especializada de perinatología	1,760	%	SPME	U. de Planificación	1,760	1,881	107%	
2.1.4	Atencion especializada del parto	8,800	%	SPME	U. de Planificación	8,800	8,356	95%	

2.1.5	Atención especializada de puerperio	8,100	%	SPME	U. de Planificación	8,100	5,320	66%	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%	A diciembre de 2017 se ha mantenido la reducción de la razón de mortalidad materna en 20% y la tendencia mensual mostró descensos en el No. de muertes en 5 de los 12 meses evaluados mostrando una reducción acumulada de 23% en el número de muertes maternas en relación al año 2016. La demanda espontánea y la referencia pertinente de mujeres con cuadros graves de morbilidad obstétrica, presentaron una tendencia ascendente durante los 12 meses, no obstante se logró resolver una demanda asistencial de muchos casos de alta letalidad ginecoobstétrica y evitar muertes maternas lográndose mantener en "0" casos durante 5 de
2.1.7	Monitoreo mensual de la muerte materna	12	No.	SIMMOW	Unidad de Epidemiología/U. De Planificación	9	9	100%	

									los 12 meses
<b>2.2</b>	<b>RESULTADO: Supervivencia neonatal con atención especializada a los recién nacidos</b>								
2.2.1	Atención especializada a recién nacidos	4,600	% de atenciones hospitalarias a recién nacidos	SPME	U. Planificación	4,600	4,943	<b>107%</b>	La tasa de mortalidad neonatal a diciembre 2016 (19.5 x 1000NV) y 2017 (20.6 por 1000 NV) incrementa levemente comparada con el 2016, sin embargo no ha tenido
2.2.2	Monitoreo de la prematurez y sus complicaciones	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	12	12	<b>100%</b>	

2.2.3	Monitoreo de las muertes perinatales y neonatales	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	12	12	100%	<p>una tendencia uniforme manteniéndose sobre una tasa de 20 por 1000 NV durante los 12 meses de 2017 con unos picos de elevación en los meses de mayo y septiembre y teniendo una notable disminución en el mes de junio. El comportamiento de las tasas de mortalidad neonatal que observamos en los meses de mayo y septiembre fueron los mismos incrementos de las tasas de recién nacidos con muy bajo peso (&lt;1,500 gr.) 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>
2.2.4	Implementar Cunero de Transición en servicio de Puerperio	20%	% de variación egresos de neonatología	Informes	Depto. Neonatología	20%	20%	100%	<p>Se tiene propuesta elaborada, pendiente de implementar, por falta de 8 horas médico neonatólogo en Servicio</p>



									de Puerperio y 24 horas enfermera para funcionar.
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
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	12	12	100%	
2.2.7	Atención especializada en Cuidados Intensivos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	76	95%	

									red desde el primero y segundo nivel de atención desde la atención preconcepcional y prenatal es un determinante de la demanda de los cuidados 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.

2.2.8	Atención especializada en Cuidados Intermedios del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	75	94%	
2.2.10	Implementar programa de cirugía neonatal	100%	% de casos detectados Programa Patología Fetal	Informes	Depto. Neonatología	100%	100%	100%	Al período se han realizado 22 intervenciones quirúrgicas:

EVALUACION DE LA GESTION ENERO-SEPTIEMBRE POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO SEPTIEMBRE			INTERPRETACION Y ANALISI COMPLEMENTARIO
						Prog.	Realiz.	%	
<b>3</b>	<b>Objetivo: Disminuir la letalidad por tumores y neoplasias en las mujeres</b>								
3.1	<b>Resultado: Mujeres con mayor expectativa y calidad de vida ante padecimiento de tumores y neoplasias</b>								
3.1.1	Brindar atenciones para la búsqueda activa de casos con tumores y neoplasias en consulta externa	7,712	%	SPME	Médico encargado del programa	7,712	7,450	127%	En el servicio de oncología se totalizaron 1,306 egresos y las primeras 4 causas fueron los tumores malignos: en la mama en primer lugar (603), en ovario en segundo lugar (265), en cuello uterino (206) en tercer lugar y endometrio (117) en cuarto lugar no obstante la letalidad por cáncer se ha mantenido en 1.5% 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 el cuidado hospitalario, hasta su fallecimiento.
3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cancer	1,630	%	SPME	Médico encargado del programa	1,630	<b>1,754</b>	108%	

3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	2,880	%	Registros	Médico encargado del programa	2,880	1,994	69%	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-SEPTIEMBRE POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO SEPTIEMBRE			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTARIO
						Prog.	Realiz.	%	
4	<b>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</b>								
4.1	<b>Resultado: Médicos especialistas en Ginecología/ obstetricia, Neonatología y Oncología con alta calidad técnico científica y con un perfil firme en principios ético y morales</b>								
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	12	12	100%	
4.1.3	Ejecutar el Plan de enseñanza del Departamento	10	Resultados enviados	documento escrito	Coordinador académico	12	12	100%	

4.1.4	Supervisión capacitante facilitadora a personal en proceso de aprendizaje y monitoreo de la eficacia de las actividades de especialización	100%	%	Informes de supervisión, Registros clínicos	Coordinador académico/ Jefe de Residentes	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	Médicos encargados de investigación y la unidad de investigación	11	11	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.
<b>5</b>	<b>Objetivo: Respeto irrestricto a los derechos humanos de los trabajadores del Hospital Nacional de la Mujer</b>								
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 diagnóstico 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 primer semestre de 2017
-------	---------------------------------------------------	-----	---	----------	----------------------------	---	---	------	------------------------------------------------------------------------------