



MINISTERIO
DE SALUD



Evaluación semestral enero-junio 2020

San Salvador, julio de 2020

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

(Handwritten signatures and blue circular stamps are present over the table. The stamps include the text 'HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER', 'HNM', 'PLANIFICACION', 'DIRECCION', and 'EL SALVADOR'.)

Tabla de contenido

INTRODUCCION	5
I RESULTADOS	6
MORTALIDAD MATERNA	7
UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICAS	8
MORTALIDAD INFANTIL	10
II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.	13
III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	15
FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ	17
IV. ATENCION ONCOLOGICA	20
V. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	25
VI. ACTIVIDADES DE GESTION	32

INTRODUCCION

El Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, continúa con el reto de proveer servicios especializados de excelencia en las especialidades de ginecología, obstetricia y neonatología para asegurar el bienestar materno infantil, incluyendo el manejo especializado del cáncer en la mujer, todo, en un contexto crítico de la pandemia por COVID 19.

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

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

La Consulta Externa ha suspendido la mayoría de servicios y se han priorizado las consultas de Embarazo de Alto Riesgo, en compensación se han incrementado las consultas de Emergencia. En Hospitalización se han priorizado los servicios de Infectología, obstetricia, Partos, Puerperio, Perinatología y Neonatología.

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

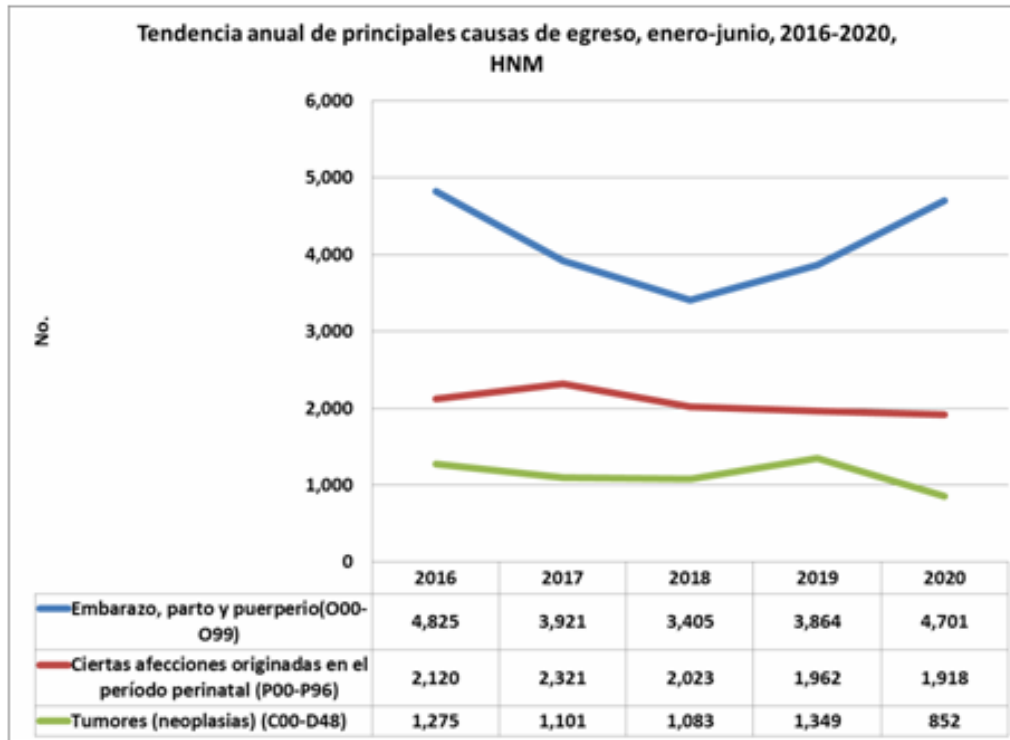
Durante enero a junio de 2020 se han reducido las cirugías y la quimioterapia con el dilema de que los pacientes que son saludables y tienen cánceres curables que requieren la implementación oportuna de cirugía, quimioterapia o radiación, lamentablemente consideran que el riesgo de contraer COVID-19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

beneficios del tratamiento contra el cáncer.

I RESULTADOS

Durante el primer semestre de 2020 las principales causas de egreso siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio" (4,701 egresos) que ha incrementado en los últimos 4 años, "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (1,918 egresos) ambos con variaciones relacionadas con la tendencia de embarazos que aumentaron en 2020 debido al desabastecimiento de anticonceptivos durante 9 meses de 2019 y los "Tumores (neoplasias)" (852 egresos), que a pesar de mantener la continuidad de la oferta se redujo el número de egresos en relación a 2019 (1,349) por los factores de restricción en el acceso y el temor de contagio por la pandemia COVID 19 por parte de las usuarias con diagnóstico de cáncer.

GRAFICO 1

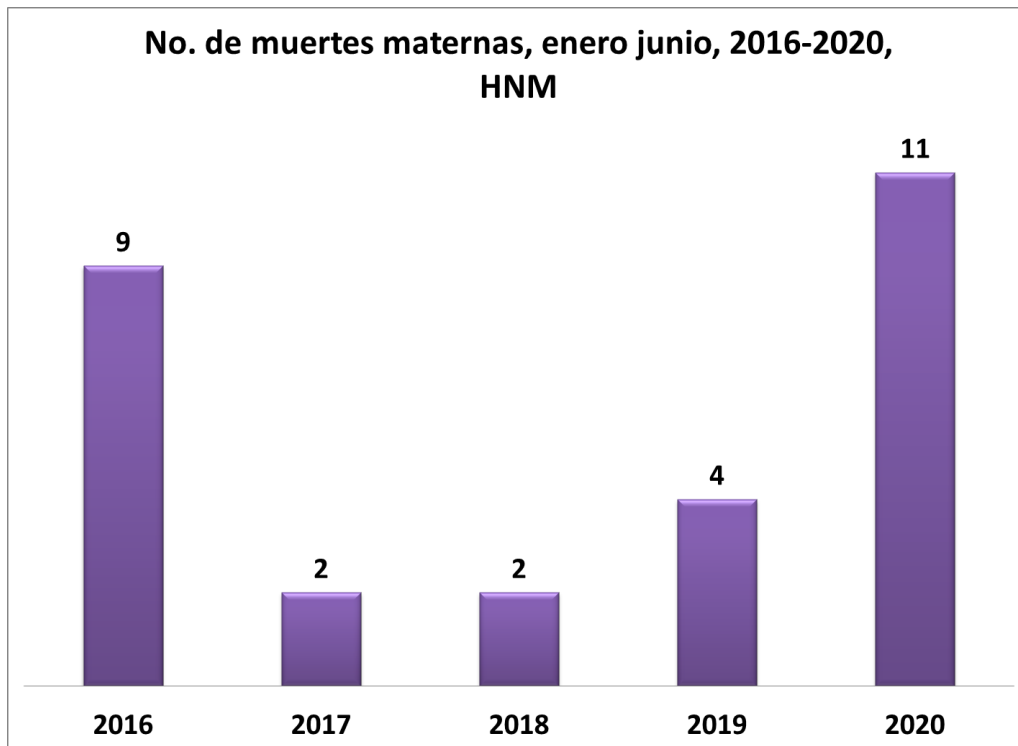


Fuente: SIMMOW-, Atención hospitalaria, enero-junio 2016-2020

MORTALIDAD MATERNA

A junio de 2020 se ha incrementado el número absoluto de muertes maternas (11) en relación a los años 2016-2019 (Gráfico 2). Durante el primer semestre 2020 una muerte ocurrió en el mes de enero, 3 en el mes de marzo, 2 en abril, 3 en mayo y 2 en junio; 5 de las 11 muertes ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de eclampsia, hemorragia cerebral y SARS COV 2. Por procedencia 8 de las 11 fueron del área rural y las 3 del área urbana de San Salvador. Por causa básica, murieron 1 por choque séptico por E. Coli, 1 por neumonía grave y 1 por SARS COV 2. Por edades se ha mantenido "0" muertes en adolescentes, 4 ocurrieron en mujeres de 20 a 24 años, 6 de los 25 a los 39 años y una muerte en una señora de 46 años. El riesgo de complicaciones del embarazo principalmente bajo estados de emergencia como ha sido en la pandemia por Coronavirus, es mayor en las mujeres procedentes de áreas rurales por la determinación social de sus condiciones de vida, como el hacinamiento, ausencia de servicios básicos, baja escolaridad, pobreza y las barreras geográficas, económicas y culturales.

GRAFICO 2



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

UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICAS

Se ingresaron un total de 218 mujeres durante el período, el 90% (196) con Morbilidad Obstétrica Extrema (MOE), 63% durante el puerperio por complicaciones pos parto (163), 29% con embarazo (62) y 10% por padecimiento gineco-oncológico (21).

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

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

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

TABLA I.

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

En el servicio fallecieron 11 pacientes de las cuales 8 fueron transferidas de los

servicios de máxima urgencia y de la sala de emergencia, 6 en condiciones muy comprometidas con una estancia menor de 48 horas en la Unidad; 8 fueron referidas de hospitales periféricos de MINSAL (6) e ISSS Amatepec (2) y 3 llegaron por demanda espontánea.

Las muertes en el servicio presentan una correlación de entidades asociadas que pueden determinar el desenlace hasta el fallecimiento. Independientemente de los servicios de procedencia de las transferencias, los días de estancia sugieren la evolución aguda de los casos y el esfuerzo de sostén terapéutico que en el 100% tuvo acceso a la ventilación mecánica invasiva. Las estancias arriba de los 10 días corresponden con un caso que se recibió de máxima urgencia con un cuadro de abdomen séptico con infección profunda de sitio quirúrgica y que se complicó con un neumotórax, y dos casos con neumonía grave infectada por COVID 19. (Tabla II)

TABLA II

PERFIL DE MORTALIDAD ENERO JUNIO 2020, SEGUN DIAGNOSTICOS, UPC-HNM								
No.	EDAD	SERVICIO DE PROCEDENCIA	DIAS DE ESTANCIA	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO SECUNDARIO 1	DIAGNOSTICO SECUNDARIO 2	DIAGNOSTICO SECUNDARIO 3	DIAGNOSTICO SECUNDARIO 4
1	21	MAXIMA	18	ABDOMEN SEPTICO	INFECCION PROFUNDA DE SITIO QUIRURGICO	NEUMOTORAX		
2	26	PUERPERIO	2	EDEMA AGUDO DE PULMON	HIPOKALEMIA	SINDROME NEFROTICO		
3	34	MAXIMA	7	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA	HEMORRAGIA INTRACRANEANA	PARO CARDIORESPIRATORIO		
4	58	INFECTOLOGIA	2	CHOQUE SEPTICO	CANCER DE CERVIX II B	SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO		
5	31	SALA DE EMERGENCIA	4	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	NEUMOTORAX	CID	FALLO MULTIORGANICO
6	36	CIRUGIA OBSTETRICA	2	CHOQUE SEPTICO	FALLO MULTIORGANICO	BACTEREMIA E COLI		
7	46	SALA DE EMERGENCIA	2	HIPERTENSION INTRACRANEANA	CRISIS HIPERTENSIVA	ECLAMPSIA		
8	22	SALA DE EMERGENCIA	2	SOSPECHA COVID19	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	MIOCARDIOPATIA PERIPARTO		
9	32	SALA DE EMERGENCIA	1	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	SOSPECHA COVID19			
10	36	MAXIMA	19	COVID19	NEUMONIA GRAVE	SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO		
11	43	MAXIMA	12	COVID19	NEUMONIA GRAVE	INFECCION DE SITIO QUIRURGICO	OBESIDAD MORBIDA	

MORTALIDAD INFANTIL

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

En la Tabla III y el gráfico 3, se incluyen las tasas de mortalidad calculadas con los datos acumulados en el primer semestre de 2016 a 2020, con el fin de analizar el comportamiento y la interpretación de los indicadores. En todo el quinquenio de 2016 a 2020, comparando el resultado al año 2020 la mortalidad infantil en el hospital se ha reducido gradualmente cada año: 1% relación a 2016, 7% en relación a 2017, 26% en relación a 2018 y 38% en relación a 2019.

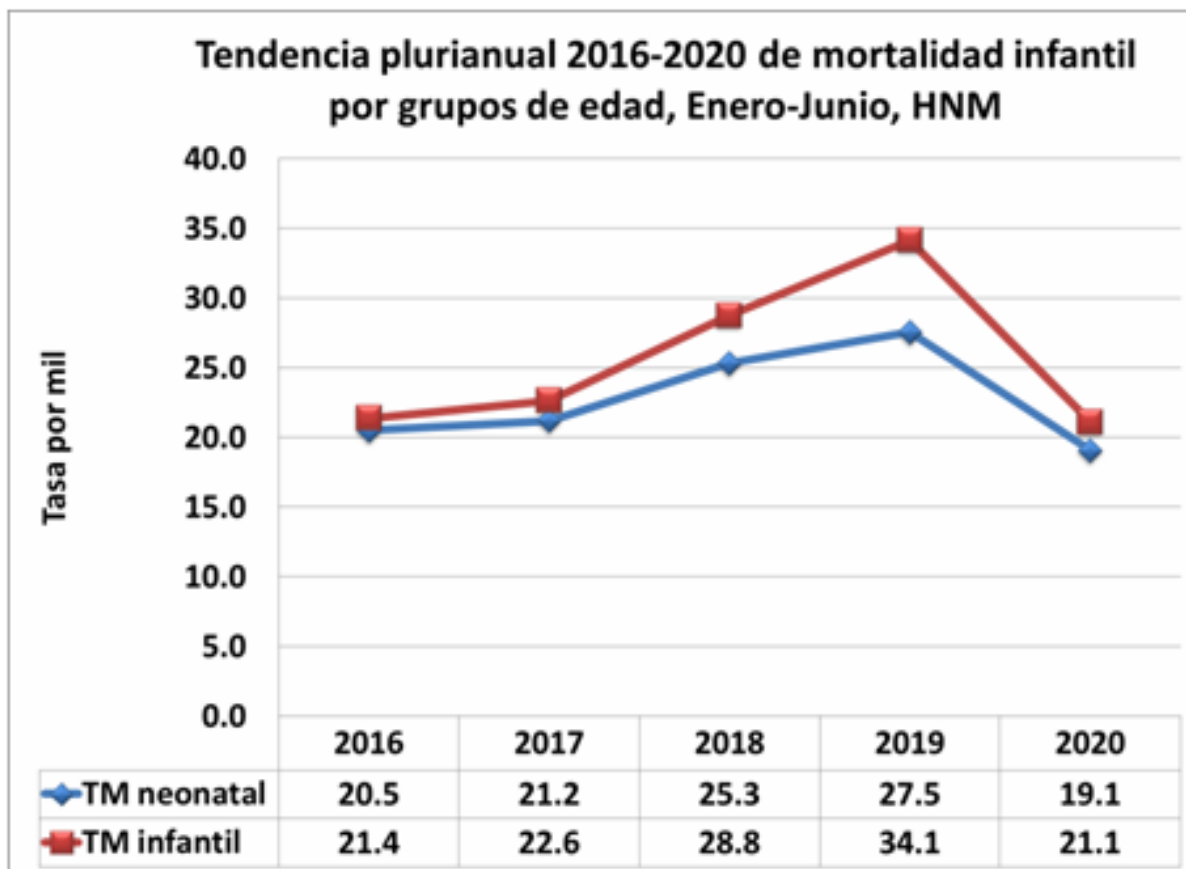
A nivel central en el MINSAL se tuvo una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 13 a 10.3 por mil nacidos vivos lo cual representa una variación a la baja de 20% en relación a 2019. (Gráfico 4).

TABLA III.

HNM	ENERO JUNIO 2016-2020					VARIACION (%)			
	2016	2017	2018	2019	2020	20-16	20-17	20-18	20-19
TM Perinatal	30.9	31.8	38.0	39.2	26.4	-15%	-17%	-31%	-33%
TM neonatal	20.5	21.2	25.3	27.5	19.1	-7%	-10%	-25%	-31%
TM infantil	21.4	22.6	28.8	34.1	21.1	-1%	-7%	-26%	-38%
Razón de MM por mil nacidos vivos	2.0	0.5	0.6	1.1	2.5	25%	419%	339%	118%
MINSAL	ENERO JUNIO 2016-2020					VARIACION (%)			
	2016	2017	2018	2019	2020	20-16	20-17	20-18	20-19
TM Perinatal	13	13	14	14	10.5	-20%	-18%	-24%	-23%
TM neonatal	8	7	8	7	6.6	-15%	-1%	-14%	-7%
TM infantil	13	11	11	13	10.2	-24%	-7%	-10%	-20%
Razón de MM por 100 mil nacidos vivos	50	58	55	61	75.4	51%	31%	38%	23%

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

GRAFICO 3



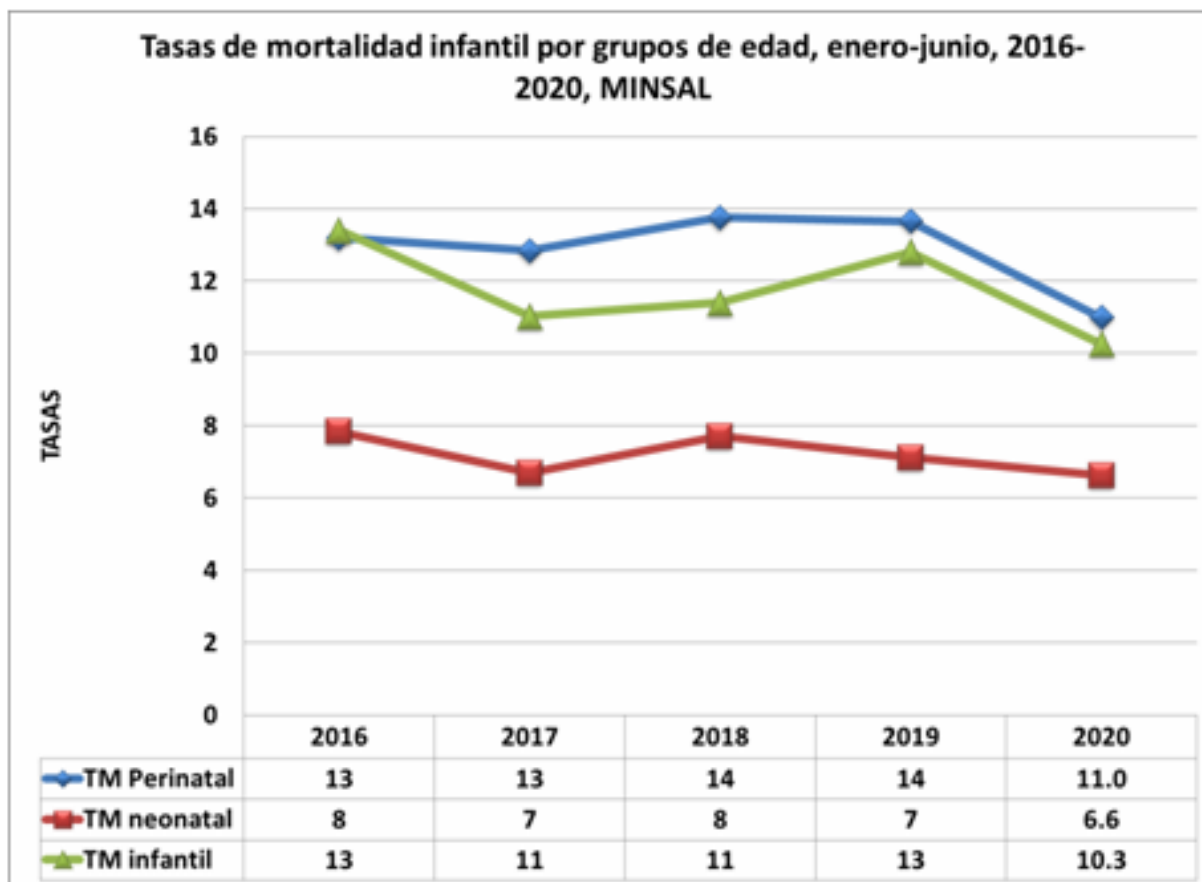
Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-junio 2016-2020

Nuestra Jefe del Departamento de Neonatología explica que con la situación epidémica de COVID 19 se han extremado las medidas de bioseguridad y la sanitización de la infraestructura y equipo, con reorganización de los servicios para la atención de recién nacidos COVID (+) y la implementación de protocolos más rigurosos en los procedimientos clínicos por parte del personal médico, enfermería y las madres que participan en las prácticas de lactancia materna y otras tareas de nursería, lo cual en conjunto han significado un impacto muy positivo en la eficacia de la gestión clínica de los servicios de neonatología para reducir las complicaciones y la mortalidad infantil.

Como buena práctica, ante eventos epidémicos y ambientales hay que hacer sobre esfuerzos en la gestión de riesgos y no descuidar los indicadores de seguimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, principalmente las intervenciones preventivas desde el primer nivel de atención relacionadas con los diferentes grupos poblacionales por curso de vida que se han visto afectadas en su producción por la pandemia COVID 19 y mantener las medidas de bioseguridad hospitalaria que han permitido atenuar el

riesgo de morbimortalidad infantil a nivel nacional.

GRAFICO 4



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

Por otra parte, es importante destacar en el contexto nacional para efectos de programación para 2021, que en el año 2020 la atención preventiva se redujo en 70% según los datos de producción de inscripciones por grupos de riesgo y ciclo de vida: la atención materna de mujeres de 9 a 49 años se redujo en 10%, la atención de mujeres de alto riesgo reproductivo se redujo en 50%; el control infantil se redujo en 15% y la inscripción de adultos mayores se redujo en 29%.¹

El desafío a nivel sistémico en toda la red de servicios de salud desde el primer nivel de atención es cómo contener los efectos de epidemias mientras se entienden sus

¹ SIMMOW, Atención preventiva, Resumen, enero - junio 2019-2020, Nivel Central, MINSAL.

efectos sobre la madre y la salud infantil y asegurar que los servicios de salud esenciales son mantenidos. Los programas nacionales deben mantener la provisión de las intervenciones centrales materno-infantiles incluso con el riesgo de transmisión de COVID-19. La provisión continua de estas intervenciones son esenciales para salvar a la madre y la vida del niño.

II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

TABLA IV.

No.	Principales causas de egreso por embarazo	Egresos		
		2019	2020	Variación
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	536	1,253	134%
2	Preeclampsia severa	306	266	-13%
3	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	236	242	3%
4	Parto por cesárea electiva	144	227	58%
5	trabajo de parto prematuro espontaneo con parto	378	183	-52%
6	Oligohidramnios	129	154	19%
7	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	89	135	52%
8	Trabajo de Parto Prematuro sin Parto	145	133	-8%
9	Atención materna por déficit del crecimiento fetal	93	104	12%
10	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	94	92	-2%

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

En la tabla IV se puede apreciar una mejora sustancial en la gestión clínica de la atención perinatal ante el incremento del parto único espontáneo, y el parto por cesárea electiva que tiene un impacto positivo en la reducción de la mortalidad perinatal al brindar atención eficaz de las complicaciones perinatales como el sufrimiento fetal, la sepsis neonatal y otras complicaciones maternas como la preeclampsia severa y el deterioro materno.

TABLA V

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO EN INFECTOLOGIA	Egresos		
	2019	2020	Variación
Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	93	84	-10%
Infección de herida quirúrgica obstétrica	72	56	-22%
total de egresos	248	253	2%

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

En relación con los egresos en el servicio de Infectología, es interesante la reducción de la corioamnionitis y las infecciones del sitio quirúrgico, lo cual sugiere que a raíz de la bioseguridad fomentada por la pandemia del coronavirus, se han mejorado los resultados de seguridad de los pacientes ante el riesgo de morbilidad nosocomial.

TABLA VI

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO EN PUERPERIO	Egresos		
	2019	2020	Variación
Parto único espontáneo, sin otra especificación	535	1,169	119%
trabajo de parto prematuro espontaneo con parto	224	162	-28%
Proporción de parto prematuro espontáneo	42%	14%	-67%
Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	150	156	4%
Total de egresos	1591	2091	31%

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

En el servicio de puerperio incrementó la demanda en 119% con una reducción de puérperas que presentaron parto prematuro lo cual denota una mejora en la gestión clínica del embarazo desde el control prenatal ya que la proporción de egresos por parto prematuro espontáneo se redujo en 67% (de 42% en 2019 a 14% en 2020).

TABLA VII

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO EN PERINATOLOGIA	Egresos		
	2019	2020	Variación
Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo	235	137	-42%
Trabajo de Parto Prematuro sin Parto	143	132	-8%
Total de egresos	653	597	-9%

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

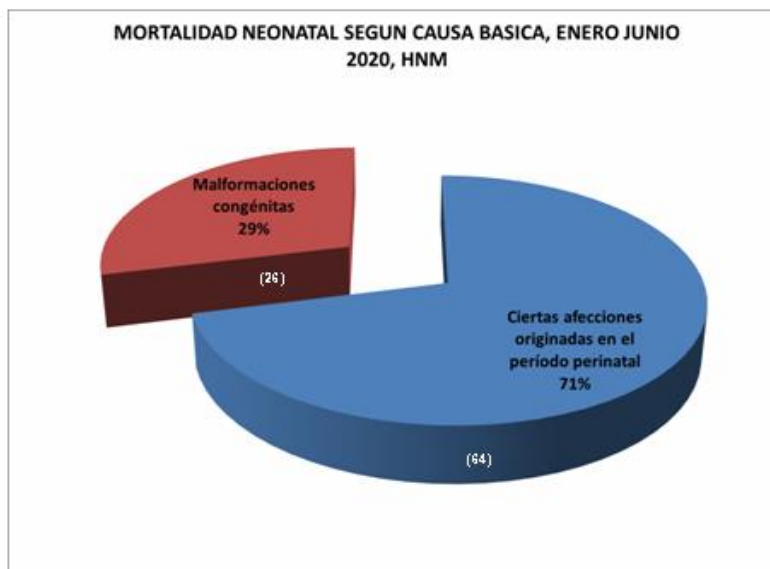
La reducción de las complicaciones más frecuentes por diabetes mellitus tipo 2 y prematuridad se redujeron durante el semestre 2020 con una baja del 9% en el total de egresos de embarazadas hospitalizadas en Perinatología.

III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 72% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 28%. (GRAFICO 5)

Las principales causas de muerte hospitalaria de los recién nacidos en general, se concentran en la inmadurez extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.²

GRAFICO 5



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

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

TABLA VIII.

Perfil de morbilidad neonatal		2019	2020	Variación
A	No. de muertes neonatales	119	93	-22%
B	Principales causas de muerte neonatal	2019	2020	Variación
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	86	64	-26%
2	Otros recién nacidos de pretérmino	29	28	-3%
3	Inmadurez extrema	43	21	-51%
4	Malformaciones congénitas	25	26	4%
5	Septicemia	6	2	-67%
C	Egresos	2108	2051	-3%
D	Letalidad	6%	5%	-20%

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

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

Al ver la tendencia anual en relación con el primer semestre de 2019 la variación en el total de egresos fue de menos 3% en 2020, sin embargo la variación de las muertes totales se redujo en 22% y al desagregar por causas principales de muerte neonatal el impacto fue muy positivo al reducir en 26% las muertes por ciertas afecciones en el período perinatal, en 51% en las muertes por inmadurez extrema y la sepsis en 67%. Esto ya ha sido considerado en la mejora de la gestión clínica durante la pandemia al extremar las medidas de bioseguridad en los servicios de neonatología.

La prematuridad como prioridad de salud pública

El índice de prematuridad, en el hospital se mantiene alto, dado que la norma de protección definida es que las embarazadas de 34 semanas o menos con amenaza de parto prematuro o parto inminente debe ser referida al tercer nivel.

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

³ SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-junio HNM, 2019-2020

maduración pulmonar del feto en toda la RIISS.

Esto último es muy importante para la consideración de la RIISS desde el primer y segundo nivel de atención para prevenir la prematurez y el bajo peso, tratando oportunamente las causas reconocidas como la desnutrición materna, las infecciones y las enfermedades crónicas en la mujer, determinación socio ambiental relacionada a violencia estructural, vulnerabilidad social (pobreza, exclusión social, madres solteras). El manejo clínico efectivo e integral de la amenaza de parto prematuro y la maduración pulmonar del feto incluyen el trabajo social y apoyo psicológico en casos de violencia familiar o comunitaria.

El potencial de reducción de la mortalidad infantil y la calidad de vida y de desarrollo de la niñez y su familia es mucho mayor con la prevención de la prematurez y el bajo peso en la comunidad con el primer nivel de atención.

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

El objetivo de la referencia es ofrecer la mejor atención a la madre y al recién nacido prematuro, el cual necesitará soporte de cuidados intensivos, principalmente porque más del 60% de las muertes neonatales ocurren en los bebés que pesan menos de 1,500 gramos y de estos la sobrevivencia es nula si el peso es menor de 600 gramos.

Lo mejor de la gestión clínica materno infantil es la promoción de la salud reproductiva en los territorios en el primer nivel de atención y prevenir la prematurez y el bajo peso con la vigilancia del embarazo de alta calidad, principalmente en lo concerniente al incremento del peso materno, la altura uterina y la detección oportuna de los signos de peligro del bienestar fetal.

FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ

La historia natural de la prematurez como causa de muerte se caracteriza principalmente por la determinación de factores socioambientales (estrés e infección) y factores genéticos (hemorragia en la decidua y distensión uterina).

Factores socioambientales

Impacto del estrés en el bienestar materno fetal.

Bajo el contexto socioambiental actual en El Salvador y los efectos de la pandemia

COVID 19, es importante destacar que a la base de la prematuridad, la activación prematura del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPS) materno o fetal como respuesta a estrés materno o fetal supone un alto % de los nacimientos prematuros, principalmente cuando no hay una causa inflamatoria por infección materna. El estrés en mujeres de alto riesgo social (madres solteras, con bajos ingresos, víctimas de violencia, viviendas inseguras y otras condiciones de alto estrés) aumenta la secreción de cortisol suprarrenal materno y fetal, y este aumenta la concentración de hormona liberadora de corticotropina (HLC), la cual desencadena la producción de prostaglandinas. Las prostaglandinas provocan contracciones y maduración cervical. La HLC también produce aumento en la producción de estrógeno placentario al estimular la secreción desde la glándula suprarrenal fetal. El efecto final de los estrógenos en el miometrio, desemboca en contracciones, cambios cervicales y en partos prematuros.

El estrés materno y fetal como causa, trasciende el enfoque biomédico de las intervenciones sanitarias durante los cuidados obstétricos y fetales desde la atención prenatal y sugiere intervenciones de promoción de la salud más integrales con la participación intersectorial de diferentes instancias más vinculadas al bienestar y el desarrollo social (gobiernos locales), principalmente en los territorios más afectados por la vulnerabilidad ambiental, la pobreza, la exclusión social, los centros de contención por cuarentena, los albergues por desastres naturales, epidemias y la violencia estructural.

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

Control Prenatal, Infección e inflamación

Ante la situación de pandemia por COVID 19, hay que incrementar los esfuerzos de bioseguridad para brindar un excelente control prenatal y prevenir las infecciones, lo cual supone aproximadamente la prevención del 40% de los nacimientos prematuros, que finalmente ocurren debido al grado de respuesta inflamatoria auto inmune de la madre con la activación de citocinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas y producción de metaloproteinasas de la matriz extracelular, lo que deriva en la rotura de las membranas fetales y la maduración del cuello del útero.

Factores genéticos

Control prenatal, prevención y control de hemorragia en la decidua

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

Control prenatal de la distensión uterina

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

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

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

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

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

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

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

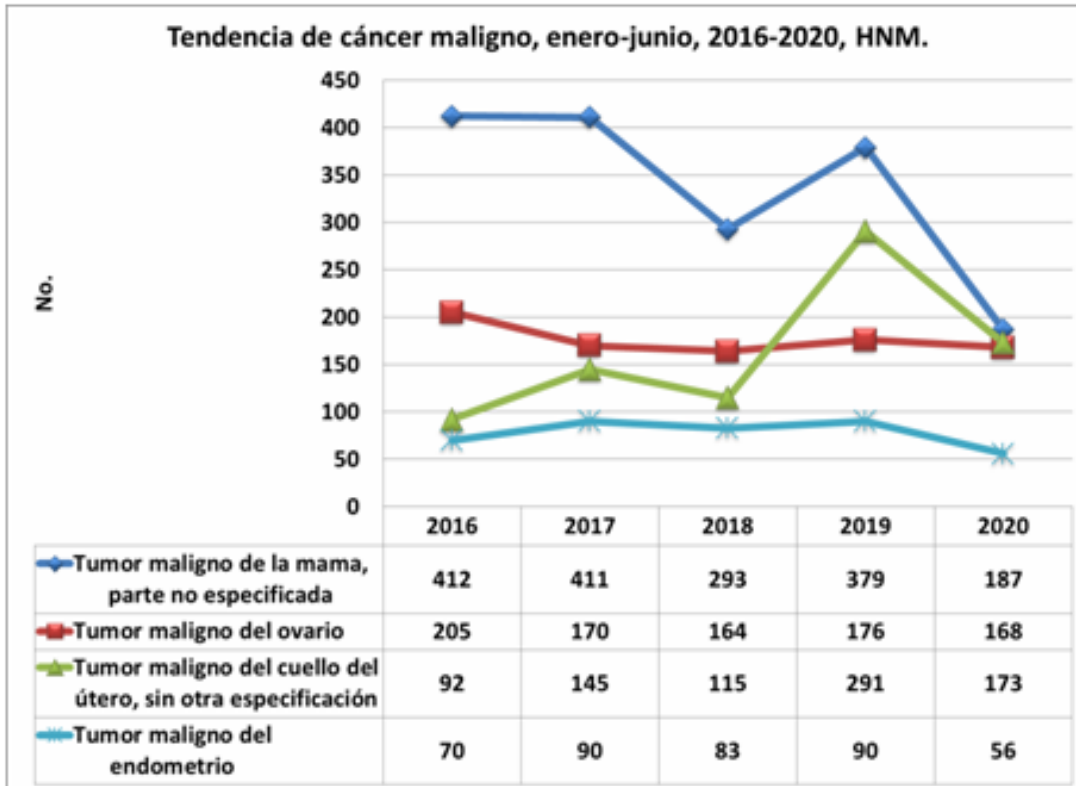
IV. ATENCION ONCOLOGICA

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

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

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

GRAFICO 6



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

TABLA IX

Primeras 10 causas de morbilidad por tumores y neoplasias enero junio 2020 HNM					
Causas	Muertes	Egresos	Letalidad	Mortalidad	Estancia
1 Tumor maligno de la mama, parte no especificada	4	187	2.14	0.06	623
2 Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación	10	173	5.78	0.15	518
3 Tumor maligno del ovario	5	168	2.98	0.07	420
4 Tumor maligno del endometrio	2	56	3.57	0.03	125

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

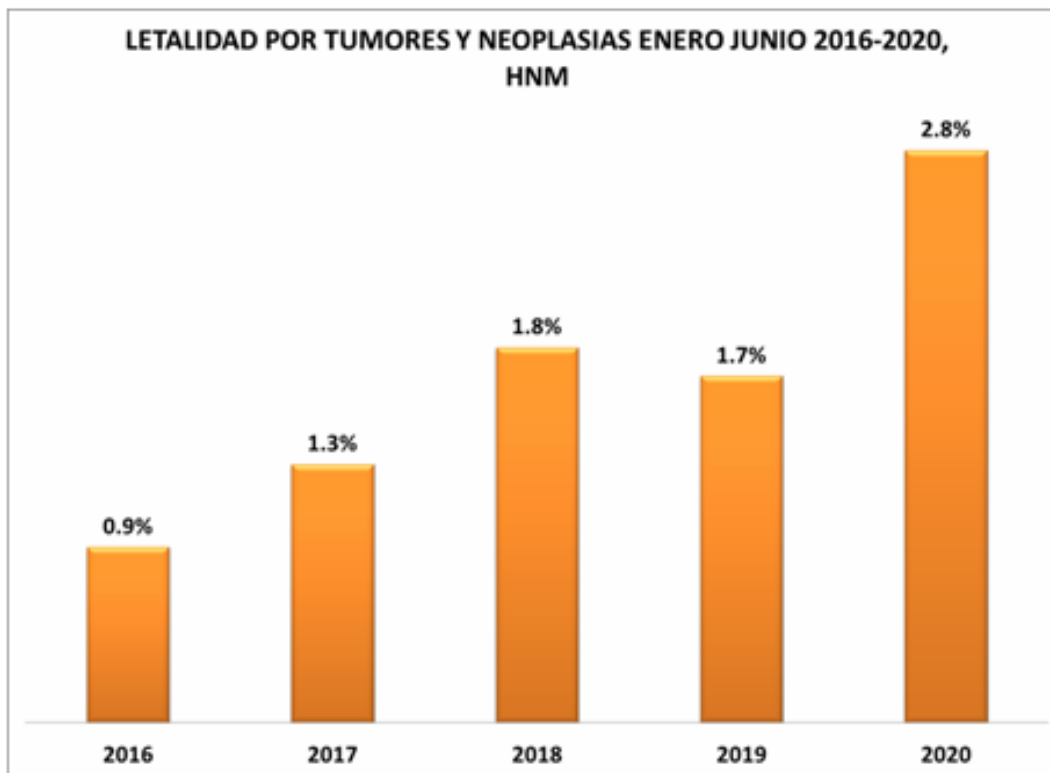
Las primeras 4 causas de egreso por tumores malignos fueron: en mama con 187 egresos, en cuello del útero con 173 con la mayor tasa de letalidad (5.78%) y mortalidad (0.15 por 100 mil), en ovario 168 en tercer lugar y en endometrio, 56 en

cuarto lugar. (Tabla IX)

Una situación crucial en la evolución de los casos de cáncer es la disponibilidad oportuna de las tecnologías (medicamentos, radiación y cirugía especializada) ya que esto determina el impacto en la progresión de la enfermedad.

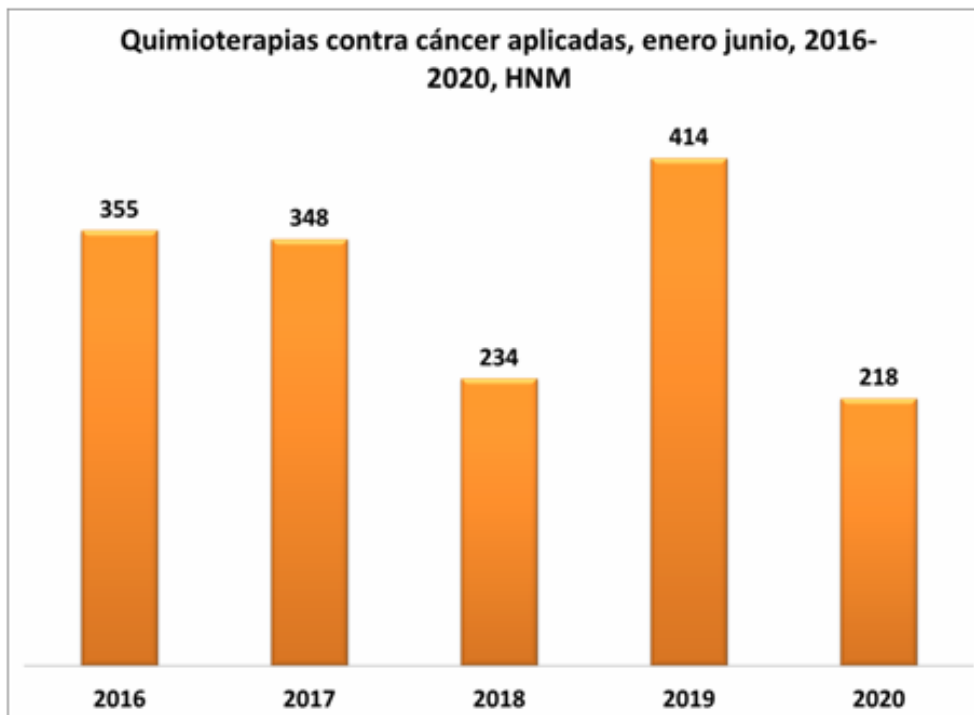
Por tumores y neoplasias se reportaron 24 muertes contra 852 egresos con una tasa de letalidad de 2.82% dada la reducción en el número de egresos incrementándose 66% en relación a 2019 que reportó 1.7 %. (Gráfico 7).

GRAFICO 7



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

GRAFICO 8



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

Recomendaciones

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

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

“Los médicos deben equilibrar los riesgos de retrasar los tratamientos contra el cáncer frente a los riesgos de exposición al CoV-2 del SARS y la posible mayor vulnerabilidad a los resultados adversos del COVID-19, mientras se navega por la interrupción en la atención asociada con el distanciamiento físico y los recursos limitados de atención médica. La probabilidad de una enfermedad grave por COVID-19 es mayor entre pacientes adultos con cáncer, especialmente entre aquellos con enfermedad activa.

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

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

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

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

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

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

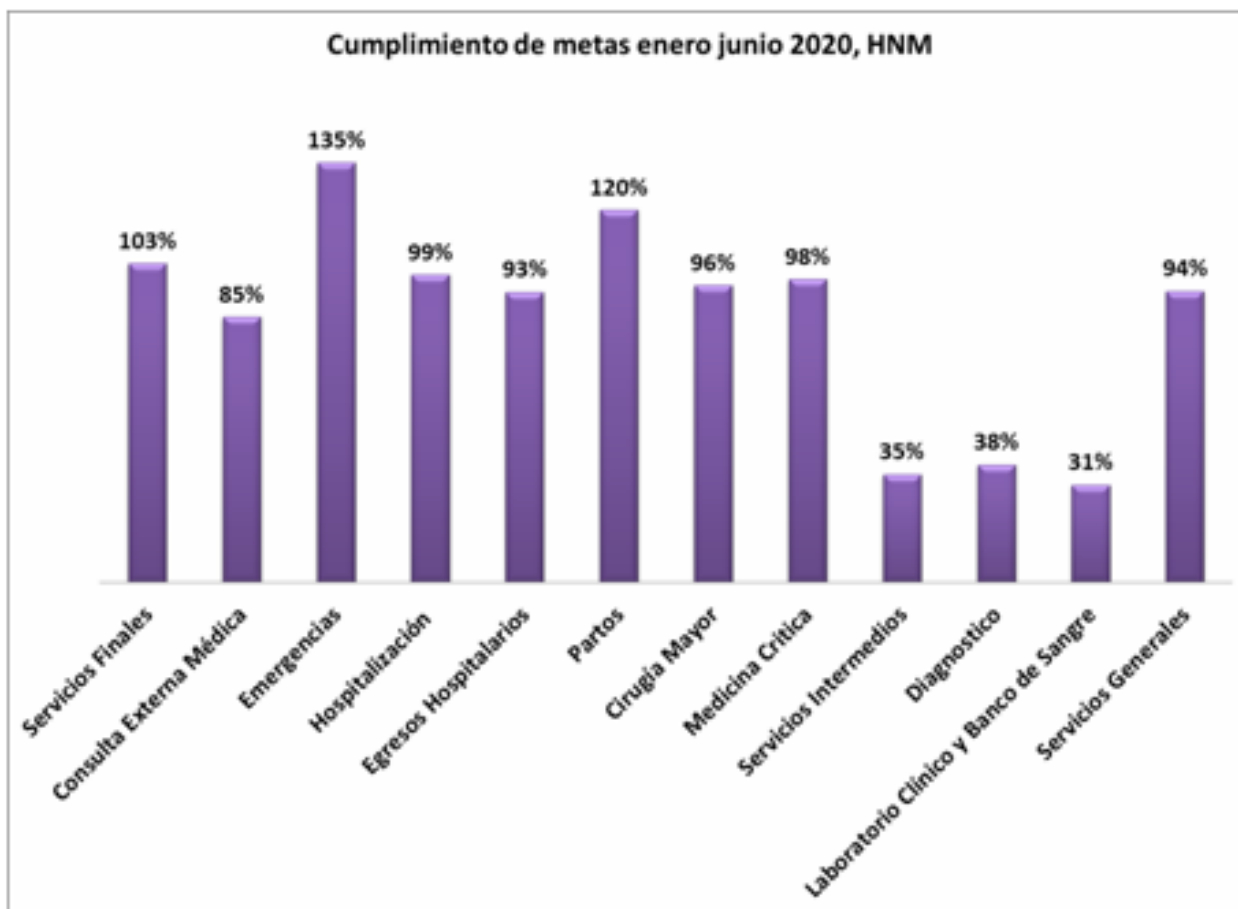
inmunosupresoras y antes de los procedimientos médicos.

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

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

V. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS

GRAFICO 9



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

Tabla X

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2020			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	64,764	66,438	103%
Consulta Externa Médica	25,854	22,092	85%
Especialidades	16,962	15,577	92%
Especialidades Básicas	4746	3288	69%
Medicina Interna	264	215	81%
Cirugía General	150	93	62%
Ginecología	4,182	2,878	69%
Psiquiatría	150	102	68%
Sub especialidades	12,216	12,289	101%
Sub Especialidades de Medicina Interna	1,602	1,196	75%
Endocrinología	1,338	874	65%
Infectología	168	84	50%
Neumología	96	238	248%
Sub Especialidades de Cirugía			
Anestesiología / Algología	324	632	195%
Sub Especialidades de Pediatría	192	99	52%
Infectología	120	60	50%
Neonatología	72	39	54%
Sub Especialidades de Ginecología	6,936	4,833	70%
Clínica de Mamas	2,616	1,520	58%
Infertilidad	1,320	1,023	78%
Oncología	3,000	2,290	76%
Sub Especialidades de Obstetricia	3,162	5,529	175%
Embarazo de Alto Riesgo	2,784	5,341	192%
Genética Perinatal	378	188	50%

Tabla XI

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2020			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Emergencias	16,128	21,792	135%
De Medicina Interna			
Oncología	180	584	324%
De Gineco-Obstetricia	8,892	10,744	121%
Ginecología	1,644	1,397	85%
Obstetricia	7,248	9,347	129%
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Selección	7,056	10,464	148%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica			
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	600	0	0%
Colposcopia	3,510	3,462	99%
Nutrición	648	184	28%
Planificación Familiar	504	385	76%
Psicología	282	101	36%
Selección	2,718	2,061	76%
Consulta Externa Odontológica	630	322	51%
Odontológica de primera vez	210	90	43%
Odontológica subsecuente	420	232	55%

Tabla XII

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2020			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Hospitalización	22,782	22,554	99%
Egresos Hospitalarios	9,330	8,722	93%
Especialidades Básicas	738	552	75%
Ginecología	630	420	67%
Obstetricia	108	132	122%
Sub Especialidades	7,992	8,141	102%
Sub Especialidad de Medicina Interna			
Infectología / Aislamiento	444	445	100%
Sub Especialidades de Pediatría			
Neonatología	2,166	2,051	95%
Sub Especialidades de Ginecología			
Oncología	906	602	66%
Sub Especialidades de Obstetricia	4,476	5,043	113%
Cirugía Obstétrica	1,398	1,869	134%
Patología del Embarazo	972	852	88%
Puerperio	2,106	2,322	110%
Otros Egresos			
Bienestar Magisterial	600	29	5%
Partos	3,558	4,266	120%
Partos vaginales	2,106	2,463	117%
Partos por Cesáreas	1,452	1,803	124%
Cirugía Mayor	4,158	3,972	96%
Electivas para Hospitalización	2,172	1,702	78%
Electivas Ambulatorias	300	188	63%
De Emergencia para Hospitalización	1,680	2,078	124%
De Emergencia Ambulatoria	6	4	67%
Medicina Crítica	5736	5594	98%
Unidad de Emergencia	1542	1006	65%
Admisiones	924	592	64%
Transferencias	618	414	67%
Unidad de Máxima Urgencia	840	417	50%
Admisiones	420	235	56%
Transferencias	420	182	43%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	3354	4171	124%
Admisiones	1,032	988	96%
Transferencias	2,322	3,183	137%

Tabla XIII

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2020			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios	466,704	162,196	35%
Diagnostico	246,768	93,323	38%
Imagenología	42600	15176	36%
Fluoroscopias	54	0	0%
Radiografías	21,000	7,700	37%
Ultrasonografías	18,546	6,369	34%
Mamografías Diagnósticas	1,200	532	44%
Mamografías de Tamisaje	1,800	575	32%
Anatomía Patológica	9,894	3,090	31%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	3,450	0	0%
Biopsias Cuello Uterino	1,248	478	38%
Biopsias Mama	1,146	467	41%
Biopsias Otras partes del cuerpo	4,050	2,145	53%
Otros Procedimientos Diagnósticos	3,336	1,636	49%
Colposcopias	1,500	958	64%
Ecocardiogramas	336	131	39%
Electrocardiogramas	1,500	547	36%
Tratamiento y Rehabilitación	174,360	67,627	39%
Cirugía Menor	1,998	1,982	99%
Conos Loop	186	82	44%
Crioterapias	216	136	63%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	6,810	4,276	63%
Inhaloterapias	4,068	2,138	53%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	31,998	12,575	39%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	114,000	38,710	34%
Terapias Respiratorias	15,084	7,728	51%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	16,578	5,794	35%

TABLA XIV

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2020			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	219,936	68,873	31%
Hematología	63,342	21,412	34%
Consulta Externa	7,746	4,599	59%
Hospitalización	42,054	11,922	28%
Emergencia	11,178	4,286	38%
Referido / Otros	2,364	605	26%
Inmunología	18,300	4,532	25%
Consulta Externa	2,988	379	13%
Hospitalización	11,118	2,810	25%
Emergencia	2,472	903	37%
Referido / Otros	1,722	440	26%
Bacteriología	15,348	4,394	29%
Consulta Externa	948	90	9%
Hospitalización	11,676	3,457	30%
Emergencia	1,968	654	33%
Referido / Otros	756	193	26%
Parasitología	642	173	27%
Consulta Externa	282	78	28%
Hospitalización	228	54	24%
Emergencia	90	31	34%
Referido / Otros	42	10	24%
Bioquímica	73,596	22,811	31%
Consulta Externa	11,934	2,616	22%
Hospitalización	42,834	12,807	30%
Emergencia	12,936	5,087	39%
Referido / Otros	5,892	2,301	39%
Banco de Sangre	39,630	12,766	32%
Consulta Externa	11,778	4,033	34%
Hospitalización	20,820	6,821	33%
Emergencia	4,446	1,517	34%
Referido / Otros	2,586	395	15%
Urianálisis	9,078	2,785	31%
Consulta Externa	2,592	600	23%
Hospitalización	3,210	981	31%
Emergencia	3,210	1,136	35%
Referido / Otros	66	68	103%

Tabla XV

DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO JUNIO 2020			
Actividades	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	983,862	922,526	94%
Alimentación y Dietas	244,596	159,594	65%
Hospitalización	244,596	159,594	65%
Medicina	3,342	2,192	66%
Ginecología	3,492	2,438	70%
Obstetricia	14,016	8,668	62%
Neonatología	223,746	146,296	65%
Lavandería	718,158	742,482	103%
Hospitalización	668,544	690,733	103%
Medicina	36,306	38,387	106%
Ginecología	103,884	121,544	117%
Obstetricia	370,986	367,159	99%
Neonatología	157,368	163,643	104%
Consulta			
Consulta Médica Especializada	13,296	13,438	101%
Emergencias			
Emergencias	36,318	38,311	105%
Mantenimiento Preventivo			
Números de Orden	486	74	15%
Transporte			
Kilómetros Recorridos	20,622	20,376	99%

VI. ACTIVIDADES DE GESTION

TABLA XVI.									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Programado	Realizado	%	Interpretación y análisis complementario
1	Objetivo : Fundamentar las bases para un hospital propio de tercer nivel en la atención especializada a la mujer y al recién nacido .								
1.1	RESULTADO: Evaluación concurrente de la atención especializada a la mujer y al recién nacido								
1.1.1	Análisis de situación de la demanda hospitalaria de tercer nivel	1	No.	POA 2020	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	Se realizó en el último trimestre de 2018
1.1.2	Análisis de la oferta y capacidad instalada de tercer nivel en el hospital.	1	No.	POA 2020	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	
1.1.3	Implementar Sala Situacional de Salud	12	No.	Informes	U. Epidemiología	6	6	100%	En marzo se incluyeron datos epidemiológicos sobre COVID 19
1.1.4	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas durante 2020.	4	No.	Informe trimestral	Dirección / Comité Médico Asesor	1	1	100%	Los 3 productos de servicios finales sobrepasaron el 80% y los productos intermedios de
1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	89,127	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	25,854	22,092	85%	

1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	29,492	%	SPME	Jefe de Emergencia	16,128	21,792	135%	apoyo diagnóstico y rehabilitación reflejan bajo rendimiento por sub registro de datos de producción. Las metas de Servicios Generales han sido rebasadas, principalmente en el servicio de lavandería que duplicó la producción de libras de ropa en hospitalización para responder a la demanda por la bioseguridad del personal.
1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	39,033	%	SPME	Jefe de la División Médica	22,782	22,554	99%	
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	401,022	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	246,768	93,323	38%	
1.1.4.5	Brindar servicios de laboratorio y banco de sangre	411,452	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	219,936	68,873	31%	
1.1.4.6	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	2,130,551	%	SPME	Jefe de División Administrativa	983,862	922,526	94%	
1.1.5	Apertura Programática de tercer nivel de atención y programación de metas para 2021.	1	No.	SPME	U. Planificación				Programado para el tercer trimestre 2019
2	Objetivo : Contribuir al Desarrollo Infantil Temprano por medio de la atención especializada a la mujer y al recién nacido								
2.1	RESULTADO: Maternidad segura con atención especializada a la mujer embarazada								

2.1.1	Brindar atenciones especializadas en salud reproductiva (infertilidad + PF)	7,478	%	SPME	U. de Planificación	1,824	1,408	77%	Se está incrementando la consejería de P.F. en las embarazadas de alto riesgo en el puerperio inmediato.
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	6,840	%	SPME	U. de Planificación	2,784	5,341	192%	La consulta de control de embarazos de alto riesgo se priorizó en la consulta externa y se tuvo incremento de la demanda de partos.
2.1.3	Atención especializada de perinatología	1,924	%	SPME	U. de Planificación	972	852	88%	
2.1.4	Atención especializada del parto	7,322	%	SPME	U. de Planificación	3,558	4,266	120%	
2.1.5	Atención especializada de puerperio	4,548	%	SPME	U. de Planificación	2,106	2,322	110%	En el servicio de puerperio se incrementó la demanda por parto espontáneo
2.1.6	Monitoreo de la morbilidad obstétrica extrema	100%	%	Registro de MOE	Unidad de Epidemiología/ U. De Planificación	6	6	100%	Se creó Código verde para los casos sospechosos de COVID 19

2.1.7	Monitoreo mensual de la muerte materna	12	No.	SIMMOW	Unidad de Epidemiología/ U. De Planificación	6	6	100%	5 de las 11 muertes ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de eclampsia, hemorragia cerebral y SARS COV 2. Por procedencia 8 de las 11 fueron del área rural y las 3 del área urbana de San Salvador
2.2	RESULTADO: Supervivencia neonatal con atención especializada a los recién nacidos								
2.2.1	Atención especializada a recién nacidos	4,488	%	SPME	U. Planificación	2,166	2,051	95%	la mortalidad infantil en el hospital se ha reducido gradualmente cada año: 1% relación a 2016, 7% en relación a 2017, 26% en relación a 2018 y 38% en relación a 2019
2.2.2	Monitoreo de la prematurez y sus complicaciones	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	6	6	100%	

2.2.3	Monitoreo de las muertes perinatales y neonatales	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	6	6	100%	gracias al rigor de las medidas de bioseguridad. Con un impacto muy positivo en la eficacia de la gestión clínica de los servicios de neonatología
2.2.4	Referir recién nacidos para programa madre canguro a nivel nacional	100%	%	Informes	Depto. Neonatología	100	50	50%	Se suspendió la consulta externa durante abril a junio 2020
2.2.5	Implementar programa de humanización de la atención al prematuro basado en el Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién nacido	12	% de variación estancia hospitalaria de Neonatología	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	En el contexto de la pandemia COVID 19 se incrementaron las medidas de bioseguridad por parte del personal en el mes de marzo.

2.2.6	Atención especializada en Cuidados Intensivos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal han disminuido en 2020 gracias al rigor en las medidas de bioseguridad.
2.2.7	Atención especializada en Cuidados Intermedios del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	
2.2.8	Atención especializada en Cuidados Mínimos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	
2.2.9	Implementar programa de cirugía neonatal	100%	% de casos detectados Programa Patología Fetal	Informes	Depto. Neonatología	100	100	100%	Se han realizado cirugías cardiovasculares para reparar comunicaciones interventriculares y ligaduras de ductus arterioso persistente, cierre de onfalocele y reparos de gastrosquisis.
3	Objetivo: Mejorar la salud de la mujer mediante la Atención Oncológica Integral, con enfoque de curso de vida.								
3.1	Resultado: Mujeres con mayor expectativa y calidad de vida ante padecimiento de tumores y neoplasias								

3.1.1	Brindar atenciones para la búsqueda activa de casos con tumores y neoplasias en consulta externa	10,214	%	SPME	Médico encargado del programa	3,000	2,290	76%	Durante enero a junio de 2020 se han reducido las cirugías y la quimioterapia con el dilema de que los pacientes que son saludables y tienen cánceres curables que requieren la implementación oportuna de cirugía, quimioterapia o radiación, lamentablemente consideran que el riesgo de contraer COVID-19 puede superar los beneficios del tratamiento contra el cáncer.
3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cáncer	1,629	%	SPME	Médico encargado del programa	906	602	66%	
3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	2,736	%	Registros	Médico encargado del programa	324	632	195%	
4	OBJETIVO: Mejorar la calidad de la fuerza laboral con altos estándares de desempeño y bioética asistencial								

4.1	Resultado: Médicos especialistas en Ginecología/ obstetricia, Neonatología y Oncología con alta calidad técnico científica y con un perfil firme en principios ético y morales								
4.1.1	Revisar y actualizar el plan académico	1	plan académico actualizado	Documento escrito	Coordinador académico	1	1	100 %	Se han enriquecido los temas asistenciales según pertinencia en la demanda.
4.1.2	Elaborar programación mensual de temas a discutir con médicos residentes de subespecialidad para ejecutar el programa	10	programaciones realizadas	programación escrita	Coordinador académico	6	3	50%	Se pausaron todas las actividades académicas durante el mes de marzo por la pandemia COVID 19
4.1.3	Ejecutar el Plan de enseñanza del Departamento	10	Resultados enviados	documento escrito	Coordinador académico	6	3	50%	
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	6	3	50%	
4.1.6	Coordinar con la unidad de investigación la elaboración de los trabajos de investigación de los médicos residentes de tercer año en	11	%	Protocolos de investigación	Médicos encargados de investigación y la unidad de investigación	11	11	100 %	

las diferentes especializaciones.									

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog	Realiz	%	
5	Objetivo: Controlar los factores de riesgo que impactan la salud de la mujer y el recién nacido desde la gestión de la salud ambiental dentro del hospital y el medio ambiente, como parte de la promoción de la salud en el hospital.								
5.1	Elaboración y evaluación de PAO 2020	1	PAO Elaborada	PAO 2020	Saneamiento Ambiental	1	1	100%	Registro incompleto de actividades en tabulador diario.
5.2	Resultado esperado: Calidad de agua para el consumo humano.								

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

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

5.6.2	Envió de muestras microbiológicas de leche en lata por entrada de lote.	4	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	1	3	300%	
5.6.3	Supervisión cafetines dentro del hospital	8	Numero de supervisiones programadas	Instrumento de inspección, Informes	Saneamiento Ambiental.	2	2	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.7	Resultado esperado: Vigilancia y control del dengue.								
5.7.1	Chequeo entomológico	12	Numero de chequeos entomológicos programados	Instrumento de inspección	Saneamiento Ambiental.	3	3	100%	Falta de insumos para las campañas (abate, material educativo).
5.7.2	Campañas de abatización	2	Numero de campañas programadas	Chequeos entomológicos.	Saneamiento Ambiental y CSSO.	1	0	100%	
5.8	Resultado esperado: Vigilancia de otras actividades de salud ambiental.								
5.8.1	Atención a denuncias	3	Número de denuncias atendidas	Notas de denuncias, Informes	Saneamiento Ambiental.	1	1	100%	Información incompleta para realizar acciones de prevención
5.8.2	Capacitaciones internas	3	Numero de capacitaciones programadas	Lista de asistencia	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	1	1	100%	Inasistencia de personal asignado, cambio de programación del uso del auditorio.

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

