

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



Informe de Resultados de enero a diciembre 2020

San Salvador, enero de 2021

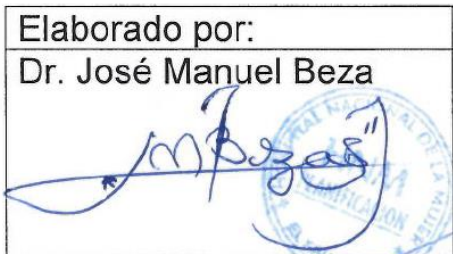

Elaborado por: Dr. José Manuel Beza	Autorizado por: Dr. René Mauricio Arévalo Mata
	

Tabla de contenido

INTRODUCCION	5
I RESULTADOS	6
MORTALIDAD MATERNA	9
MORBIMORTALIDAD INFANTIL	12
II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.	15
III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	17
FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ	21
IV. ATENCION ONCOLOGICA	23
V. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	28
VI. ACTIVIDADES DE GESTION	36

INTRODUCCION

En el contexto global de los determinantes de la demanda asistencial, en materia de salud pública, uno de los factores relevantes es la atención preventiva, que con la promoción y la educación para la salud permiten a la población permanecer libres de problemas de salud, que son, a su vez, efecto de múltiples factores y cuya inercia determina la atención de recuperación y rehabilitación a nivel de los establecimientos de los diferentes niveles de atención y principalmente en la red hospitalaria.

La consulta preventiva se redujo en mayor proporción para los diferentes ciclos de vida desde la atención preventiva de adolescentes y población adulta. La brecha en todos los ciclos de vida se incrementó en 2020 a raíz de la pandemia del COVID 19.

En general la tendencia de la morbilidad ha mostrado efectos negativos en cuanto al incremento del número de muertes maternas durante el período de enero a diciembre 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, la falta de servicios básicos, baja escolaridad, pobreza y las barreras geográficas, económicas y culturales.

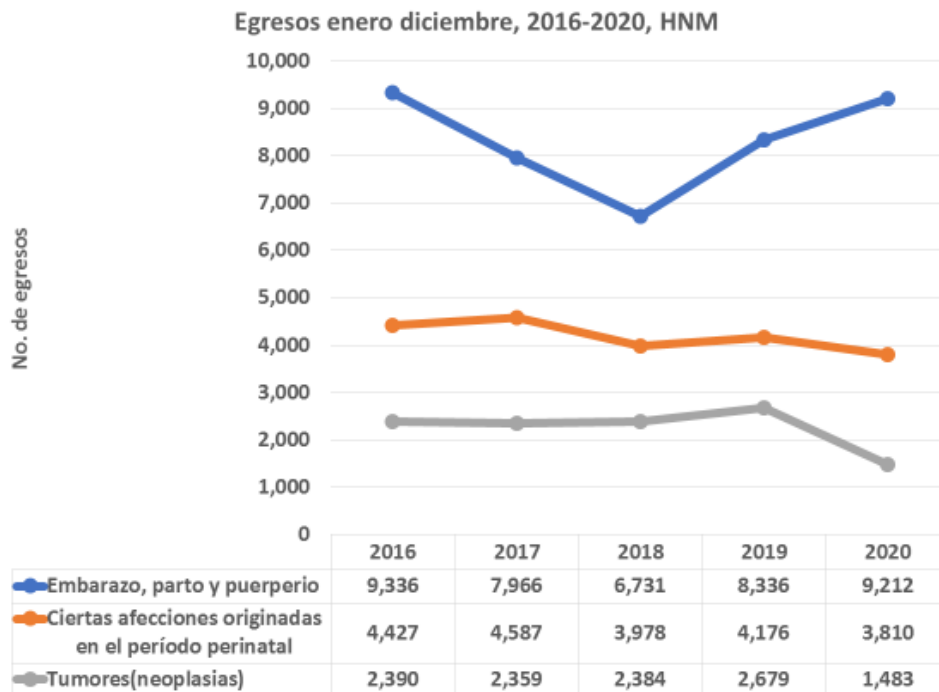
No obstante con la situación epidémica de COVID 19, en el hospital se han extremado las medidas de bioseguridad y la sanitización de la infraestructura y equipo, con protocolos más rigurosos en los procedimientos clínicos por parte del personal médico, enfermería y las madres que participan en las prácticas de lactancia materna y otras tareas de nursería, lo cual en conjunto han significado un efecto 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 suspendió la mayoría de los servicios y se priorizaron las consultas de Embarazo de Alto Riesgo, en compensación se incrementaron 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 en huéspedes inmunocomprometidos.

I RESULTADOS

Durante 2020 las principales causas de egreso siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio" (9,912 egresos) que se ha incrementado en los últimos 4 años, "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (3,810 egresos) ambos con variaciones relacionadas con la tendencia de embarazos que aumentaron en 2020 debido al desabastecimiento de anticonceptivos durante 9 meses de 2019. Los "Tumores (neoplasias)" (1,483 egresos), que, a pesar de mantener la continuidad de la oferta, se redujo el número de egresos en relación a 2019 (2,679) 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.

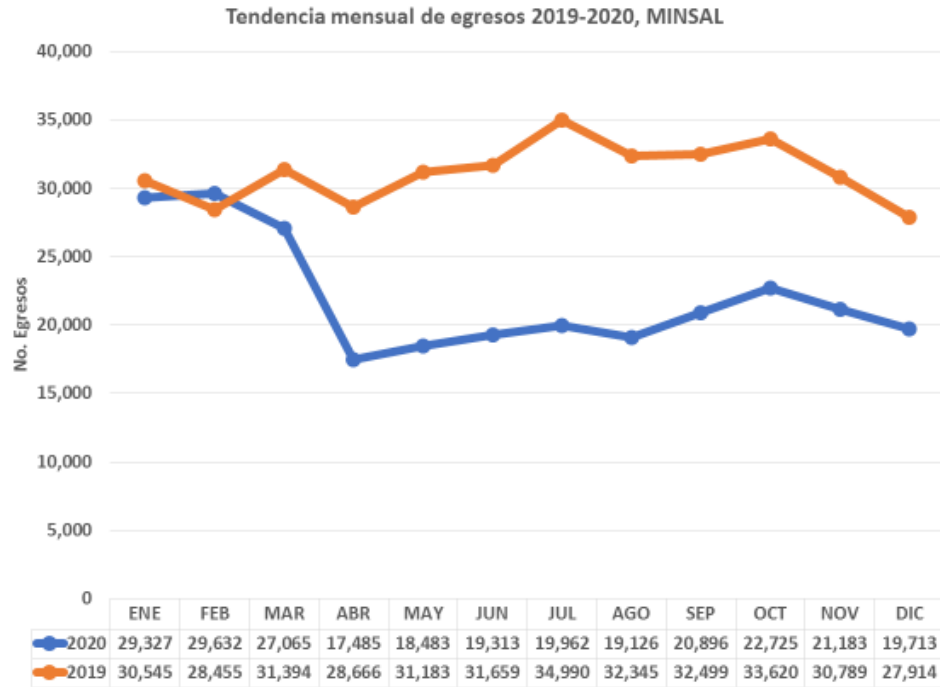
GRAFICO 1



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

Al revisar la tendencia mensual de egresos de enero a diciembre de los años 2019 y 2020 a nivel nacional, se pudo observar que la caída de la producción 2020 fue a partir del mes de marzo cuando se declaró la pandemia de COVID 19.

GRAFICO 2



Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria MINSAL, enero-diciembre 2019-2020

TABLA 1

Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo

Utilizando DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Período del 01/01/2020 al 31/12/2020

Nivel central

Reportados por Hospital Nacional San Salvador SS de la Mujer

Todo el País

No.	Grupo de causas	Total				
		Muertes	Egresos	Letalidad	Mortalidad	Estancia
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	8	9,212	0.09	0.12	27,097
2	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	155	3,810	4.07	2.29	47,412
3	Tumores (neoplasias) (C00-D48)	36	1,483	2.43	0.53	4,340
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicos (E00-E90)	0	440	0.00	0.00	1,000
5	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	2	428	0.47	0.03	1,501
6	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	3	274	1.09	0.04	883
7	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	1	253	0.40	0.01	1,205
8	Código de propósitos especiales (U00-U97)	9	236	3.81	0.13	1,511
9	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	46	199	23.12	0.68	2,308
10	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	0	180	0.00	0.00	1,405
	Demás causas	19	536	0.00	0.28	2,523
	Totales	279	17,051	0.00	4.12	91,185

Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, diciembre 2020

MORTALIDAD MATERNA

Durante 2020 se incrementó el número absoluto de muertes maternas (24) en relación a los años 2016-2019 (Gráfico 3). Una muerte ocurrió en el mes de enero, 3 en el mes de marzo, 2 en abril, 3 en mayo, 4 en junio, 4 en julio, 3 en agosto, 2 en septiembre y 2 en diciembre.

10 de las 24 muertes ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de eclampsia, hemorragia cerebral, embolismo, envenenamiento, otras neumonías y SARS COV 2.

Por procedencia 13 de las 24 fueron del área rural (54%) y 11 del área urbana: San Salvador 6, Ahuachapán 2, Santa Ana 1, La Paz 1 y Sonsonate 1.

Por causa básica, murieron 7 por COVID 19, 5 por trastornos hipertensivos del embarazo (THE), 4 por sepsis, 4 por trastorno vascular severo, 2 por choque post parto, 1 por edema agudo de pulmón y 1 por envenenamiento.

Por edades: fallecieron 6 adolescentes de 14 a 19 años, 4 de 20 a 24 años, 3 de 25 a 29 años, 5 de 30 a 34 años, 3 de 35 a 39 años y 3 de 40 a 49 años.

De las 10 mujeres que murieron en las primeras 48 horas 7 eran procedentes del área rural. El riesgo de complicaciones del embarazo principalmente por la demora comunitaria, el acceso geográfico y las condiciones de traslado bajo estados de emergencia como ha sido en la pandemia por Coronavirus es mayor en las mujeres 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 3



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

TABLA 2

MUERTES MATERNAS ENERO DICIEMBRE 2020, HNM				
No.	EDAD (AÑOS)	SERVICIO DE PROCEDENCIA	DIAS DE ESTANCIA	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
1	23	EMERGENCIA	1	Eclampsia en el embarazo
2	26	INFECTOLOGIA	15	Edema pulmonar
3	21	INFECTOLOGIA	17	Sepsis no especificada
4	34	CIRUG.OBSTETRIC	6	Otras hemorragias subaracnoideas
5	29	EMERGENCIA	1	Hemorragia subaracnoidea, no especificada
6	31	CIRUG.OBSTETRIC	3	Trastorno vascular agudo de los intestinos
7	36	INFECTOLOGIA	8	Choque durante o después del trabajo de parto y el parto
8	46	CIRUG.OBSTETRICA	1	Eclampsia en el embarazo
9	22	INFECTOLOGIA	1	Otras neumonías bacterianas
10	32	INFECTOLOGIA	1	COVID-19
11	43	INFECTOLOGIA	10	COVID-19
12	36	INFECTOLOGIA	18	COVID-19
13	20	EMERGENCIA	2	COVID-19
14	34	EMERGENCIA	1	Embolia de coágulo sanguíneo, obstétrica
15	17	INFECTOLOGIA	1	Envenenamiento por Fósforo y sus compuestos
16	30	INFECTOLOGIA	26	COVID-19
17	19	INFECTOLOGIA	1	Sepsis no especificada
18	19	INFECTOLOGIA	16	Neumonía, no especificada
19	35	INFECTOLOGIA	36	COVID-19
20	17	INFECTOLOGIA	9	Choque durante o después del trabajo de parto y el parto
21	44	INFECTOLOGIA	15	COVID-19
22	27	CIRUG.OBSTETRICA	8	Eclampsia en el embarazo
23	18	INFECTOLOGIA	16	Eclampsia en el embarazo
24	14	INFECTOLOGIA	1	Eclampsia en el embarazo

Fuente: SIMMOW- Defunciones maternas, enero-diciembre 2020

MORBIMORTALIDAD INFANTIL

La focalización agregada en la situación de la pandemia por Covid 19 agrega riesgos biopsicosociales a la condición del peso fetal al nacer y la edad gestacional, dado que se requieren sobreesfuerzos en la prevención y protección con un trabajo más integrado y sinérgico con el primer nivel de atención y el personal comunitario, para asegurar el bienestar fetal y materno, por medio de la continuidad de las intervenciones materno-infantiles. 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.

TABLA 3

Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo Reportados por Hospital Nacional San Salvador SS de la Mujer Servicio: NEONATOLOGIA Todo el País										
Grupo de causas	Total									
	Muertes			Egresos			Letalidad			
	2019	2020	Variación	2019	2020	Variación	2019	2020	Variación	
1 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	160	154	-4%	4,176	3,803	-9%	3.8%	4.0%	5.7%	
2 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	51	46	-10%	203	168	-17%	25.1%	27.4%	9.0%	
3 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	11	4	-64%	40	17	-58%	27.5%	23.5%	-14.4%	
Totales	225	206	-8%	4,488	4,075	-9%	5.0%	5.1%	0.8%	

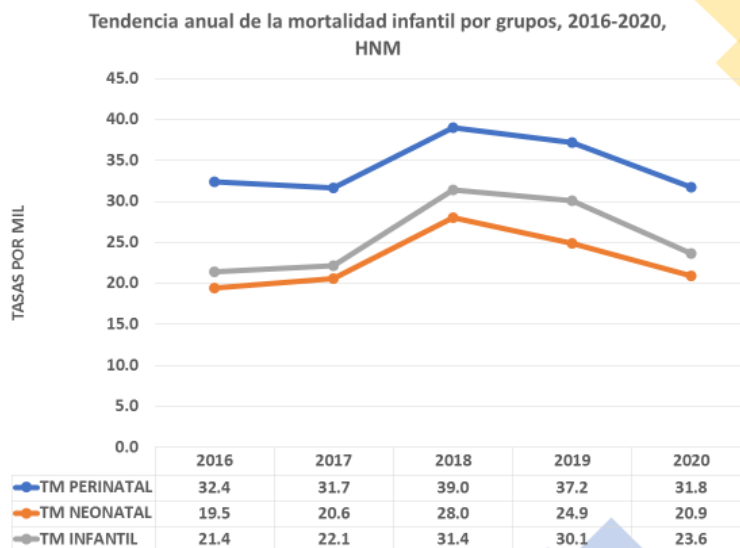
Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero - diciembre 2020

En el gráfico 4, se incluyen las tasas de mortalidad calculadas con los datos acumulados de enero a diciembre 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 ha variado gradualmente cada año: 10% relación con 2016, 7% en relación con 2017, -25% en relación con 2018 y -21% en relación con 2019.

A nivel central en el MINSAL se tuvo una reducción de la tasa de mortalidad infantil de

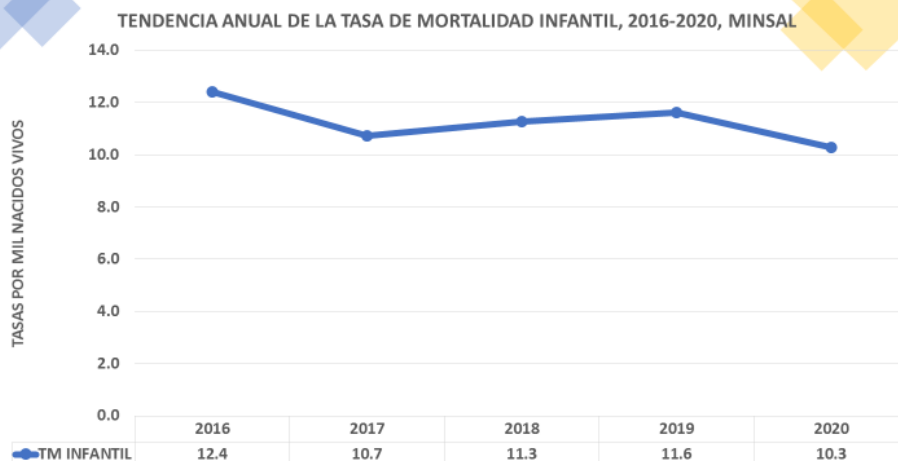
11.6 a 10.3 por mil nacidos vivos lo cual representa una variación a la baja de -12% en relación a 2019. (Gráfico 5).

GRAFICO 4



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

GRAFICO 5



Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-diciembre 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 en 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.

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 según los datos de producción de inscripciones por grupos de riesgo y ciclo de vida.

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 atienden sus efectos sobre la madre y la salud infantil, y asegurar que los servicios de salud esenciales son continuos y sostenibles en el tiempo. Los programas nacionales deben mantener la provisión de las intervenciones centrales materno-infantiles bajo estrictas medidas de bioseguridad por parte del personal sanitario. La provisión continua de estas intervenciones es esencial para proteger a la población por ciclos de vida.

II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

TABLA 4

Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)			
No.	Grupo de causas	Total	
		Egresos	Estancia
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	2,370	4,260
2	Preeclampsia severa	541	2,133
3	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	504	1,141
4	Parto por cesárea electiva	472	1,436
5	Trabajo de parto prematuro espontaneo con parto	391	1,034
6	Trabajo de parto prematuro espontaneo con parto a término por Cesárea	375	1,603
7	Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo	333	1,054
8	Oligohidramnios	316	952
9	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	269	932
10	Trabajo de Parto Prematuro sin Parto	205	555
	Totales	9,212	27,097

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, enero-diciembre 2020

En la tabla 4 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 5

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO DE EMBARAZADAS ATENDIDAS EN INFECTOLOGIA	Egresos		
	2019	2020	Variación
Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	171	173	1%
Infección de herida quirúrgica obstétrica	135	84	-38%
Total, de egresos	491	436	-11%

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

En relación con los egresos en el servicio de Infectología, es interesante la reducción de 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 6

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO EN PUERPERIO	Egresos		
	2019	2020	Variación
Parto único espontáneo, sin otra especificación	1208	2,185	81%
Trabajo de parto prematuro espontaneo con parto	450	352	-22%
Proporción de parto prematuro espontáneo	37%	16%	-57%
Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	295	343	16%
Total, de egresos	3,367	4,115	22%

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

En el servicio de puerperio incrementó la demanda en 81% 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 57% (de 37% en 2019 a 16% en 2020).

TABLA 7

PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO DE EMBARAZADAS EN PERINATOLOGIA	Egresos		
	2019	2020	Variación
Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo	482	243	-50%
Trabajo de Parto Prematuro sin Parto	291	200	-31%
Total, de egresos de embarazadas	1,325	1,023	-23%

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

La reducción de las complicaciones más frecuentes por diabetes mellitus tipo 2 y prematurez se redujeron durante 2020 en -50% y 31% respectivamente con una baja del 23% en el total de egresos de embarazadas hospitalizadas en Perinatología.

III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

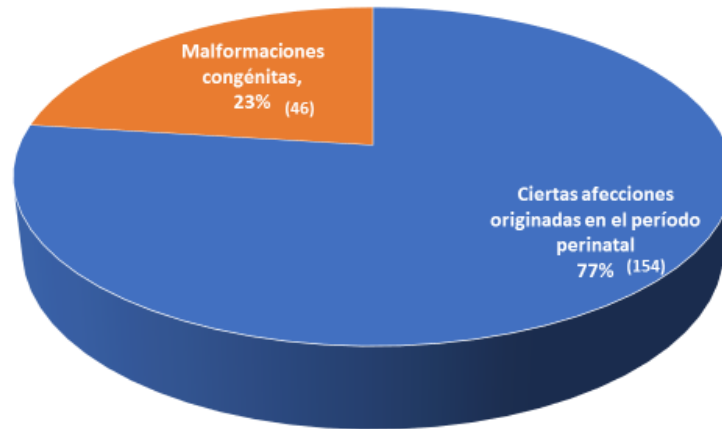
Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 72% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 28%. (GRAFICO 5)

Las principales causas de muerte hospitalaria de los recién nacidos en general se concentran en la inmaduridad extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.¹

¹ SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-diciembre HNM, 2020

GRAFICO 6

Mortalidad neonatal según causa básica 2020, HNM



Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Departamento de Neonatología, enero-diciembre 2020

TABLA 8

Perfil de morbilidad neonatal		2019	2020	Variación
A	No. de muertes neonatales	225	206	-8%
B	Principales causas de muerte neonatal	2019	2020	Variación
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	160	154	-4%
2	Otros recién nacidos de pretérmino	65	64	-2%
3	Inmadurez extrema	70	51	-27%
4	Malformaciones congénitas	51	46	-10%
5	Septicemia	11	10	-9%
C	Egresos	4,488	3,803	-15%
D	Letalidad	5.01%	5.42%	8.05%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Neonatología, enero-diciembre 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.²

TABLA 9

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)		
No.	Diagnóstico	Muertes
1	Síndrome de Potter	8
2	Anencefalia	7
3	Hernia diafragmática congénita	5
4	Síndrome de Patau, no especificado	3
5	Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	3
6	Síndrome de Edwards, no especificado	2
7	Malformación congénita del corazón, no especificada	2
8	Exónfalos	2
9	Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados, no clasificados en otra parte	2
10	Hidrocéfalo congénito, no especificado	2
11	Síndrome de Down, no especificado	1
12	Otras anomalías hipoplásicas del encéfalo	1
13	Atresia de los agujeros de Magendie y de Luschka	1
14	Encefalocele occipital	1
15	Espina bífida, no especificada	1
16	Anomalía de Ebstein	1
17	Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo	1
18	Gastrosquisis	1
19	Otras malformaciones congénitas del corazón, especificadas	1
20	Otras malformaciones congénitas del sistema osteomuscular	1
TOTAL		46

Al ver la tendencia anual en relación con 2019 la variación en el total de egresos fue de -15% en 2020, sin embargo, la variación de las muertes totales se redujo en -8% y al desagregar por causas principales de muerte neonatal el impacto fue positivo al reducir en -4% las muertes por ciertas afecciones en el período perinatal, en -10% las

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

malformaciones congénitas, -27% en las muertes por inmadurez extrema y la sepsis en -9%. Esto último 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.

En el servicio de Perinatología, se reportaron -50% casos de Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo y es importante relacionar este padecimiento con las malformaciones congénitas mayores de los sistemas cardiovascular, nervioso central (SNC), genitourinario y esquelético.

La prematurez como prioridad de salud pública

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

Para el servicio de 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 en los diferentes niveles de atención para la maduración pulmonar del feto.

Esto último es muy importante para prevenir la prematurez y el bajo peso, tratando oportunamente las causas reconocidas como la desnutrición materna, las infecciones y las enfermedades crónicas en la mujer, determinación socio ambiental relacionada a violencia estructural, vulnerabilidad social (pobreza, exclusión social, madres solteras).

El manejo clínico efectivo e integral de la amenaza de parto prematuro y la maduración pulmonar del feto incluyen el trabajo social y apoyo psicológico en casos de violencia familiar o comunitaria.

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

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

El objetivo de la referencia es ofrecer la mejor atención a la madre y al recién nacido prematuro, el cual necesitará soporte de cuidados intensivos, principalmente porque

más del 60% de las muertes neonatales ocurren en los bebés que pesan menos de 1,500 gramos y de estos la sobrevivida es nula si el peso es menor de 600 gramos.

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

FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ

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

Factores socioambientales

Impacto del estrés en el bienestar materno fetal.

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

El estrés materno y fetal como causa, 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, muestra que el alojamiento conjunto y la lactancia materna son seguros con el uso de mascarilla, el lavado frecuente de manos e higiene mamaria. También muestra que la transmisión de los miembros de una familia infectada es poco probable, cuando se toman las precauciones adecuadas. Ningún recién nacido dio positivo por hisopado nasofaríngeo a las 12–24 horas, 5–7 días o 14 días, y todo los neonatos permanecieron asintomáticos”.

IV. ATENCION ONCOLOGICA

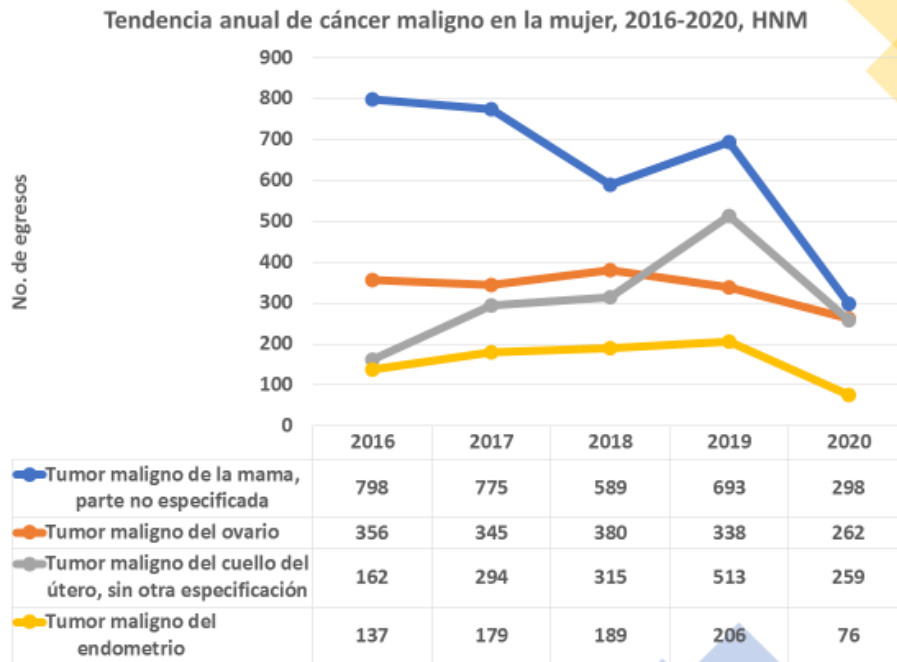
Brindar atención a pacientes con cáncer durante la crisis de pandemia, ha sido un desafío dado los riesgos competitivos de muerte por cáncer versus muerte o complicaciones graves por SARS-CoV-2, y la probable mayor mortalidad de COVID-19 en huéspedes inmunocomprometidos.

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

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 redujo la hospitalización en relación 2019, que de 1,918 egresos pasó a 1,008 en 2020. Los egresos por cáncer de mama se redujeron de 693 a 298, los egresos por cáncer de cuello uterino, de 513 a 259, el cáncer de ovario de 338 a 262 y el cáncer de

endometrio de 206 a 76. (GRAFICO 7). El incremento en el acceso a la quimioterapia ambulatoria fue un factor muy positivo para tratar los casos potencialmente curables.

GRAFICO 7



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

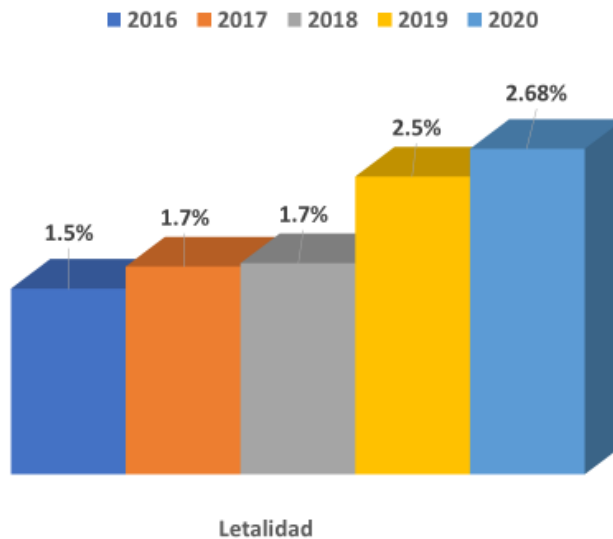
Las primeras 4 causas de egreso por tumores malignos fueron: en mama con 298 egresos, en ovario 262 en cuello del útero con 259 en tercer lugar y en endometrio, 76 en cuarto lugar.

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 27 muertes contra 1008 egresos con una tasa de letalidad de 2.68% dada la reducción en el número de egresos en 47% incrementando la letalidad en 9% en relación a 2019 que reportó 2.5 % y en 2020 2.68%. (Gráfico 8).

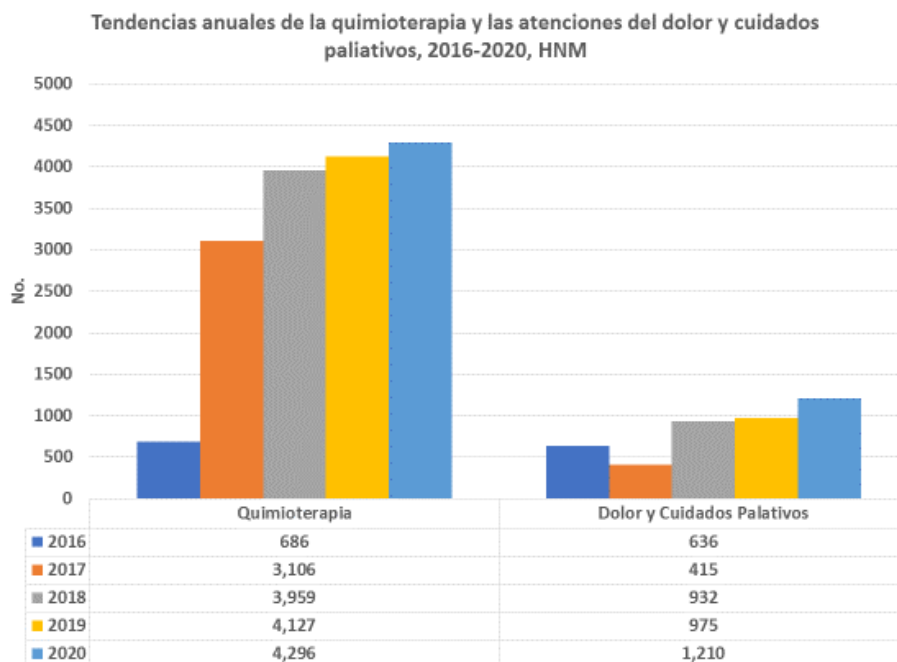
GRAFICO 8

Tendencia anual de Letalidad por tumores y neoplasias,
2016-2020, HNM



El número de quimioterapias contra cáncer se ha incrementado gradualmente durante el quinquenio, de 686 realizadas en los servicios de hospitalización en 2016 a 4,296 aplicadas en la consulta externa especializada como hospital de día, ampliando la cobertura desde 2017 con incrementos hasta 2020 (Gráfico 9).

GRAFICO 9



Atención del cáncer durante la pandemia COVID-19

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

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

Para los pacientes 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 si los síntomas de COVID-19 se han resuelto durante al menos 72 horas. Una vez que los síntomas se han resuelto, hay que analizar el SARS-CoV-2 y proceder con las terapias contra el cáncer planificadas solo si se obtiene un resultado negativo y se confirma mediante una segunda prueba negativa ≥ 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

Durante 2020 se dieron limitantes estructurales en cuanto al personal ausente por riesgos y efectos de la pandemia COVID 19, tanto en los servicios clínicos como en los de apoyo administrativo, principalmente en la cadena de gestión de datos de producción desde las fuentes primarias hasta los procesadores estadísticos de nuestro hospital.

Por múltiples factores relacionados con la pandemia y demanda de información de datos para diferentes iniciativas como el Sistema de Programación de Recursos Humanos SPRH, el Sistema de Producción, Eficiencia Rendimiento y Costos PERC, y el SPME; la cadena de producción de datos desde las fuentes primarias en los diferentes servicios, por el personal encargado de las estadísticas, se ha ralentizado por deserción de personal debido a la cuarentena domiciliar, de manera que la recopilación y registro de datos tuvo retrasos.

En nuestro hospital, la Consulta Externa suspendió la mayoría de los servicios y se priorizaron las consultas de Embarazo de Alto Riesgo, en compensación se incrementó la consulta de Emergencia.

En Hospitalización se priorizaron los servicios de Infectología, Obstetricia, Partos, Puerperio, Perinatología, Neonatología y Oncología que tuvo deserción por cuarentena domiciliar de especialistas que realizan cirugía oncológica, no obstante, se priorizó la cirugía con el personal disponible para casos que ameritan intervención emergente y se mantuvo la atención de la quimioterapia en hospital de día para disminuir el riesgo de infección de las pacientes oncológicas en servicio.

En los servicios intermedios de Diagnóstico y Apoyo, Laboratorio y Banco de Sangre además de la deserción de personal por cuarentena domiciliar, se tuvo subregistro por el retraso en la transmisión de datos a la Unidad de Estadística, ya que los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización priorizados en funcionamiento han estado indicando los servicios de diagnóstico y de laboratorio necesarios para la gestión clínica de nuestra demanda.

En Servicios Generales también hubo subregistro de datos, pero la producción de apoyo de lavandería, alimentación, mantenimiento y transporte se mantuvo a pesar del personal afectado por COVID 19.

GRAFICO 10

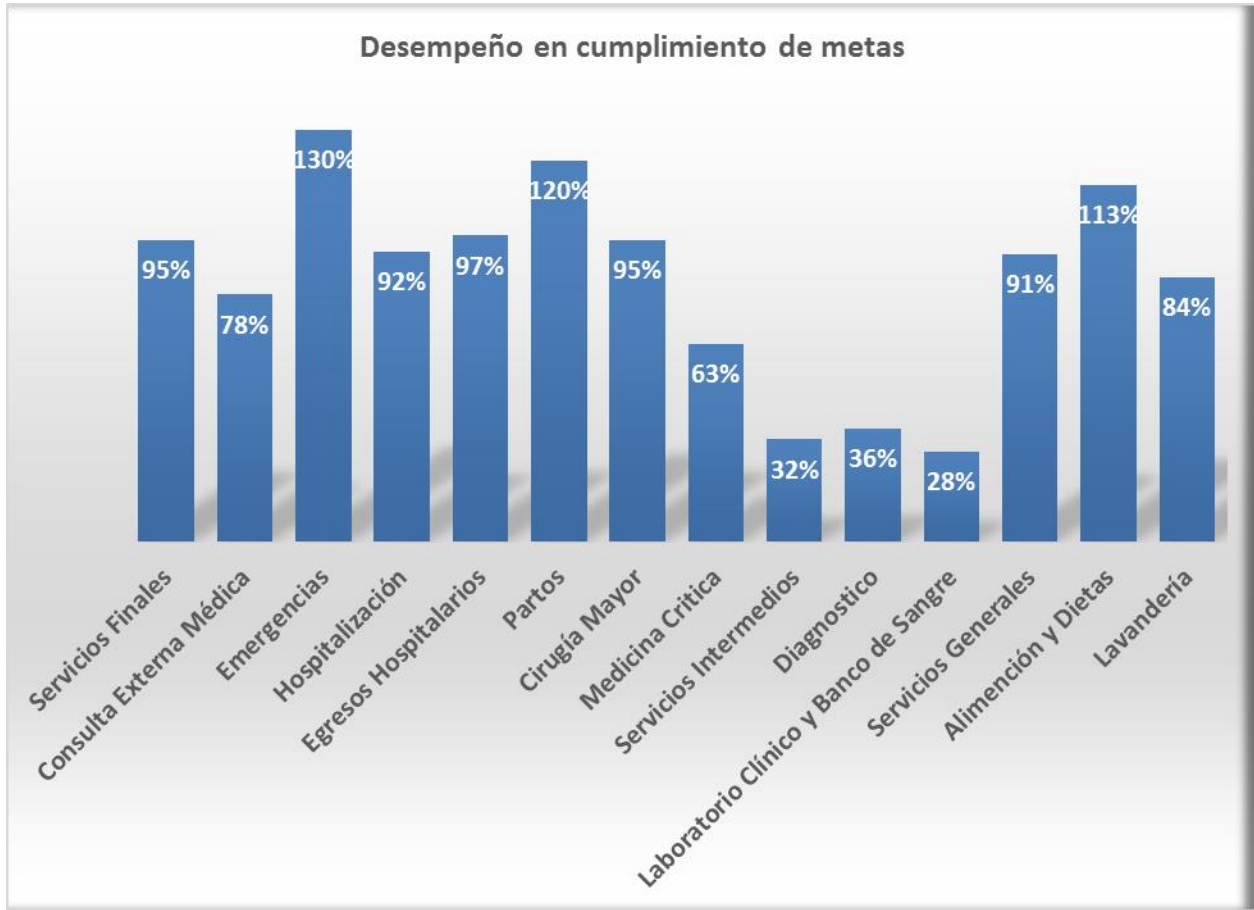


Tabla 10

Actividades	Enero Diciembre 2020		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	131,663	125,642	95%
Consulta Externa Médica	55,220	43,121	78%
Especialidades	35,672	30,708	86%
Especialidades Básicas	10,066	5,918	59%
Medicina Interna	573	292	51%
Cirugía General	327	113	35%
Ginecología	8,839	5,375	61%
Obstetricia	52	28	54%
Psiquiatría	275	110	40%
Sub especialidades	25,606	24,790	97%
Sub Especialidades de Medicina Interna	3,378	2,410	71%
Endocrinología	2,790	1,961	70%
Infectología	360	190	53%
Neumología	228	259	114%
Sub Especialidades de Cirugía			
Anestesiología / Algología	822	1,002	122%
Sub Especialidades de Pediatría	436	204	47%
Infectología	272	145	53%
Neonatología	164	59	36%
Sub Especialidades de Ginecología	14,478	10,508	73%
Clínica de Mamas	5,408	3,467	64%
Infertilidad	2,783	1,602	58%
Oncología	6,287	5,439	87%
Sub Especialidades de Obstetricia	6,492	10,666	164%
Embarazo de Alto Riesgo	5,685	10,424	183%
Genética Perinatal	807	242	30%

Tabla 11

Actividades	Enero Diciembre 2020		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	18,192	12,037	66%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	2,178	746	34%
Colposcopia	6,533	5,580	85%
Nutrición	1,340	245	18%
Planificación Familiar	981	462	47%
Psicología	1,347	719	53%
Selección	5,813	4,285	74%
Consulta Externa Odontológica	1,356	376	28%
Odontológica de primera vez	452	102	23%
Odontológica subsecuente	904	274	30%
Emergencias	32,055	41,765	130%
De Medicina Interna			
Oncología	366	951	260%
De Gineco-Obstetricia	17,753	20,212	114%
Ginecología	3,241	2,603	80%
Obstetricia	14,512	17,609	121%
Otras Atenciones Consulta Emergencia			
Selección	13,936	20,602	148%

Tabla 12

Actividades	Enero Diciembre 2020		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Hospitalización	44,388	40,756	92%
Egresos Hospitalarios	17,858	17,290	97%
Especialidades Básicas	1,488	1,023	69%
Ginecología	1,271	789	62%
Obstetricia	217	234	108%
Sub Especialidades	16,007	16,133	101%
Sub Especialidad de Medicina Interna			
Infectología / Aislamiento	896	955	107%
Sub Especialidades de Pediatría			
Neonatología	4,345	4,201	97%
Sub Especialidades de Ginecología			
Oncología	1,792	1037	58%
Sub Especialidades de Obstetricia	8,974	9,940	111%
Cirugía Obstétrica	2,788	3,777	135%
Patología del Embarazo	1,946	1,545	79%
Puerperio	4,240	4,618	109%
Otros Egresos			
Bienestar Magisterial	363	134	37%
Partos	7,135	8,591	120%
Partos vaginales	4,253	4,945	116%
Partos por Cesáreas	2,882	3,646	127%
Cirugía Mayor	8,318	7,941	95%
Electivas para Hospitalización	4,289	3,112	73%
Electivas Ambulatorias	612	318	52%
De Emergencia para Hospitalización	3,394	4,505	133%
De Emergencia Ambulatoria	23	6	26%
Medicina Crítica	11,077	6,934	63%
Unidad de Emergencia	3106	1533	49%
Admisiones	1,856	844	45%
Transferencias	1,250	689	55%
Unidad de Máxima Urgencia	1713	626	37%
Admisiones	857	335	39%
Transferencias	856	291	34%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	6,258	4,775	76%
Admisiones	1,919	1242	65%
Transferencias	4,339	3,533	81%

Tabla 13

Actividades	Enero Diciembre 2020		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios	922,641	298,438	32%
Diagnostico	485,788	174,349	36%
Imagenología	85,592	20,590	24%
Radiografías	42,174	10,059	24%
Ultrasonografías	37,418	9,051	24%
Mamografías Diagnósticas	2,400	710	30%
Mamografías de Tamisaje	3,600	770	21%
Anatomía Patológica	19,799	7,049	36%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	6,925	1,454	21%
Biopsias Cuello Uterino	2,500	891	36%
Biopsias Mama	2,275	941	41%
Biopsias Otras partes del cuerpo	8,099	3,763	46%
Otros Procedimientos Diagnósticos	6,564	2,623	40%
Colposcopias	3,158	1,760	56%
Ecocardiogramas	642	227	35%
Electrocardiogramas	2,764	636	23%
Tratamiento y Rehabilitación	340,550	136,206	40%
Cirugía Menor	4031	3689	92%
Conos Loop	377	144	38%
Crioterapias	464	224	48%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	13473	7537	56%
Inhaloterapias	7492	2267	30%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	62,886	24,821	39%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	224,154	89,733	40%
Terapias Respiratorias	27673	7791	28%
Trabajo Social			
Casos Atendidos	33,283	7,881	24%

TABLA 14

Actividades	Enero Diciembre 2020		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	436,853	124,089	28%
Hematología	125,970	46,286	37%
Consulta Externa	15162	6458	43%
Hospitalización	83,756	28,290	34%
Emergencia	22,351	10,028	45%
Referido / Otros	4701	1510	32%
Inmunología	36,276	9,405	26%
Consulta Externa	5905	890	15%
Hospitalización	22,042	5,499	25%
Emergencia	4919	2172	44%
Referido / Otros	3410	844	25%
Bacteriología	30,582	8,200	27%
Consulta Externa	1,884	186	10%
Hospitalización	23,275	6,488	28%
Emergencia	3,921	1,147	29%
Referido / Otros	1,502	379	25%
Parasitología	1,287	227	18%
Consulta Externa	564	106	19%
Hospitalización	454	73	16%
Emergencia	183	38	21%
Referido / Otros	86	10	12%
Bioquímica	146,669	38,180	26%
Consulta Externa	23,490	3,741	16%
Hospitalización	85,486	22,004	26%
Emergencia	25851	8289	32%
Referido / Otros	11842	4146	35%
Banco de Sangre	77,903	17,929	23%
Consulta Externa	23,267	5,279	23%
Hospitalización	41,007	9,758	24%
Emergencia	8601	2305	27%
Referido / Otros	5028	587	12%
Urianálisis	18,166	3,862	21%
Consulta Externa	5200	819	16%
Hospitalización	6395	1330	21%
Emergencia	6439	1578	25%
Referido / Otros	132	135	102%

Tabla 15

Actividades	Enero Diciembre 2020		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	1,986,859	1,805,301	91%
Alimentación y Dietas	495,863	559,381	113%
Hospitalización	495,863	559,381	113%
Medicina	6,627	5,432	82%
Ginecología	7,031	6,011	85%
Obstetricia	28,063	30,675	109%
Neonatología	448,620	516,999	115%
Otros (Convenios)	5,522	264	5%
Lavandería	1,448,906	1,211,684	84%
Hospitalización	1,349,947	1,127,232	84%
Medicina	72,982	62,645	86%
Ginecología	222,319	198,352	89%
Obstetricia	739,643	599,180	81%
Neonatología	315,003	267,055	85%
Consulta			
Consulta Médica Especializada	26,321	21,930	83%
Emergencias			
Emergencias	72,638	62,522	86%
Mantenimiento Preventivo			
Números de Orden	940	403	43%
Transporte			
Kilómetros Recorridos	41,150	33,833	82%

VI. ACTIVIDADES DE GESTION

TABLA 16									
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 2019
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	12	9	75%	En marzo se inició la inclusión de 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	4	4	100%	Los 3 productos de servicios finales tuvieron ajustes en las

1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	55,220	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	55,220	43,121	78%	metas con sobrecarga de la emergencia. Los Servicios intermedios de 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.
1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	32,055	%	SPME	Jefe de Emergencia	32,055	41,765	130%	
1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	44,388	%	SPME	Jefe de la División Médica	44,388	40,756	92%	
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	485,788	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	485,788	174,349	36%	
1.1.4.5	Brindar servicios de laboratorio y banco de sangre	436,853	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	436,853	124,089	28%	
1.1.4.6	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	2,130,551	%	SPME	Jefe de División Administrativa	1,986,859	1,805,301	91%	
1.1.5	Apertura Programática de tercer nivel de atención y programación de metas para 2021.	1	No.	SPME	U. Planificación	1	1	100%	Se realizó el tercer trimestre 2020
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)	3,764	%	SPME	U. de Planificación	3,764	2,064	55%	Se ajustó la meta por cierre de la Consulta Externa desde abril 2020.
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	5,685	%	SPME	U. de Planificación	5,685	10,424	183%	La consulta de control de embarazos de alto riesgo se priorizó en la consulta externa y se tuvo incremento de la demanda.
2.1.3	Atención especializada de perinatología	1,946	%	SPME	U. de Planificación	1,946	1,545	79%	
2.1.4	Atención especializada del parto	7,135	%	SPME	U. de Planificación	7,135	8,591	120%	
2.1.5	Atención especializada de puerperio	4,240	%	SPME	U. de Planificación	4,240	4,618	109%	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	12	12	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	12	12	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	4,345	%	SPME	U. Planificación	4,345	4,201	97%	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 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
2.2.2	Monitoreo de la prematurez y sus complicaciones	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	12	12	100%	
2.2.3	Monitoreo de las muertes perinatales y neonatales	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	12	12	100%	

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 diciembre 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 espectancia 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	6,287	%	SPME	Médico encargado del programa	6,287	5,439	87%	Se redujeron las cirugías y la quimioterapia con el dilema de que los pacientes que son saludables y tienen cánceres curables, lamentablemente consideran que el riesgo de contraer COVID-19 puede superar los
3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cáncer	1,792	%	SPME	Médico encargado del programa	1,792	1037	58%	

3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	822	%	Registros	Médico encargado del programa	822	1,002	122%	beneficios del tratamiento contra el cáncer.
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 éticos 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	programacion es realizadas	programación escrita	Coordinador académico	12	6	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	10	5	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	12	6	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 las diferentes especializaciones.	11	%	Protocolos de investigación	Médicos encargados de investigación y la unidad de investigación	11	11	100%

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	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.	12	12	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.	24	30	125 %	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.	2	2	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.	2	2	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.	3	4	133 %	
5.2.6	Lecturas de cloro residual	720	Numero de lecturas de cloro diaria	Bitácoras de lecturas de cloro diario.	Saneamiento Ambiental.	720	702	98%	
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.	12	12	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.	12	12	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.	4	4	100 %	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
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.	2	2	100 %	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.	36	42	117 %	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.	4	9	225 %	
5.6.3	Supervisión cafetines dentro del hospital	8	Numero de supervisiones programadas	Instrumento de inspección, Informes	Saneamiento Ambiental.	8	8	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.	12	12	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.	2	1	50%	
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.	3	3	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.	3	4	133 %	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.	2	2	100 %	
5.8.4	Reuniones con comités.	24	Numero de reuniones programadas	Acta de reuniones	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	24	10	42%	Inasistencia de los integrantes del comité