

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



Informe de Resultados de enero a diciembre 2021

San Salvador, enero de 2022

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



Tabla de contenido

INTRODUCCION	5
I RESULTADOS	6
MORTALIDAD MATERNA.....	10
UNIDAD DE PACIENTES CRITICOS	15
MORBIMORTALIDAD INFANTIL	19
SUPERVIVENCIA INFANTIL Y DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	25
OFTALMOLOGÍA Y RETINOPATÍA DEL PREMATURO.....	26
TAMIZAJE AUDITIVO.....	30
ULTRASONOGRAFÍA TRANSFONTANELAR.....	30
II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD	31
III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	35
LA PREMATUREZ COMO PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA.....	38
FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ.....	39
MANEJO DEL BINOMIO MADRE-BEBÉ EN LA ERA COVID-19.....	40
IV. ATENCION ONCOLOGICA	41
HOSPITALIZACIONES.....	41
QUIMIOTERAPIAS Y CUIDADOS PALIATIVOS.....	42
V. COVID 19 Y CÁNCER	44
ATENCIÓN DEL CÁNCER DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.....	44
COVID 19 Y COMORBILIDADES.....	46
COVID-19 PROLONGADO.....	46
VI. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	48
VII. ACTIVIDADES DE GESTION	57

INTRODUCCION

Para 2021 a nivel global ocurrió una tercera oleada de casos de COVID 19 sobre un sustrato de población con enfermedades crónicas no transmisibles, en condiciones de pobreza, inequidad y desigualdades sociales importantes que los vuelven más vulnerables y con mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.

Bajo ese contexto, **el Covid-19 ha trascendido de ser una pandemia a una “sindemia”** ya que se da en una interacción de dos o más epidemias o brotes de enfermedades, en una población condicionada por circunstancias sociales, políticas y económicas durante un periodo y lugar determinado. (Richard Horton, editor jefe de la revista científica *The Lancet*).

En este contexto, para entender el Covid-19 también hay que abordar la hipertensión, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas y el cáncer. “Prestar mayor atención a las **enfermedades no transmisibles** no es una agenda solo para las naciones más ricas. Estas enfermedades también son una causa desatendida de mala salud en los países más pobres”. En nuestro servicio de Medicina Materno Fetal destaca el incremento de la diabetes en el embarazo, como una condición de alto riesgo ante las olas de infección por COVID 19.

Existe una sindemia en nuestras mujeres gestantes, donde coexisten las determinantes sociales, la epidemia de obesidad, diabetes y otras enfermedades crónicas, con la de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), lo que se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad.

Dadas las condiciones en nuestros países a **nivel intersectorial** deberán reconsiderarse las **determinantes sociales de la salud en las políticas de protección social** y a nivel sectorial durante 2022 se deben **reforzar las medidas de control, tanto de las enfermedades crónicas no transmisibles como de las infecciones por COVID 19**, concentrando esfuerzos en la promoción de una vida saludable y medidas de protección específicas con la cobertura de vacunación para la población priorizando a las mujeres embarazadas y en etapa de lactancia como una estrategia medular de la atención preventiva a nivel nacional.

Otras variables importantes en las maternidades, para valorar los riesgos son las condiciones propias del embarazo el parto y el puerperio. Los partos quirúrgicos, el tipo de anestesia y la ventilación mecánica pueden ser factores determinantes de exposición y riesgo de otras complicaciones.

I RESULTADOS

El total de muertes hospitalarias incluyendo a los recién nacidos y mujeres adultas se incrementó en 16% y, la tendencia mensual sugiere un incremento importante para el último trimestre del año 2021, ya que en solo en septiembre han ocurrido el 40% de las 20 acaecidas desde enero 2021 y 9 de las 20 (45%) fueron por COVID 19 desde el mes de agosto a septiembre. De 2017 a 2021 el porcentaje de muertes maternas que ocurren en nuestro hospital han incrementado de 19% a 56%, lo cual sugiere la pertinencia de mejorar el fortalecimiento de la red hospitalaria nacional en los servicios de maternidad y peri-neonatología a nivel nacional.

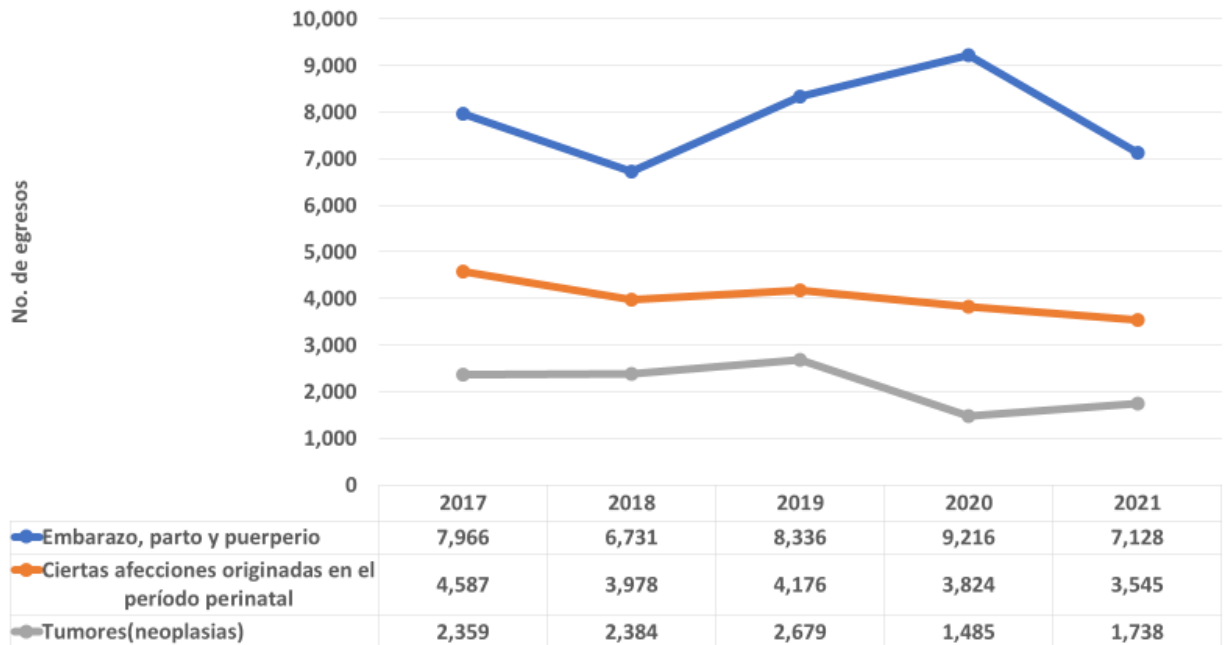
En general, durante 2021 se dio un incremento de 24% en el número de muertes y una reducción de -11% en el total de egresos, las muertes neonatales representaron el 70% del total de muertes hospitalarias. Es importante destacar que la letalidad por Código de propósitos especiales correspondiente a COVID 19 se incrementó 1.2 veces en 2021 en relación con 2020 (de 3.8 a 8.42%) impactando en el incremento de muertes maternas a 38 de las 61 registradas en el nivel central de MINSAL, lo cual representó 62% del total con un incremento anual de 58% en el número de muertes maternas en relación con 2020 en nuestro hospital. (de 24 a 38).

Las causas indirectas de mortalidad materna representaron el 56% del total y 71% fueron por COVID 19 a la cabeza (34), teniendo un efecto sinérgico letal, por el incremento de comorbilidades en las embarazadas, principalmente diabetes, obesidad e hipertensión arterial.

Durante 2021 se ha visto una reducción en las hospitalizaciones por las principales causas de egreso que, para el período de enero a diciembre, a 2021 siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio" (7,128 egresos), "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (3,545 egresos) ambos con variaciones relacionadas con la tendencia de embarazos que han disminuido para 2021. Los "Tumores (neoplasias)" (1,738 egresos), que, se incrementaron en relación con 2020 (1,485). (Gráfico 1).

GRAFICO 1

Principales causas de egreso, 2017-2021, HNM "Dra. María isabel Rodríguez"

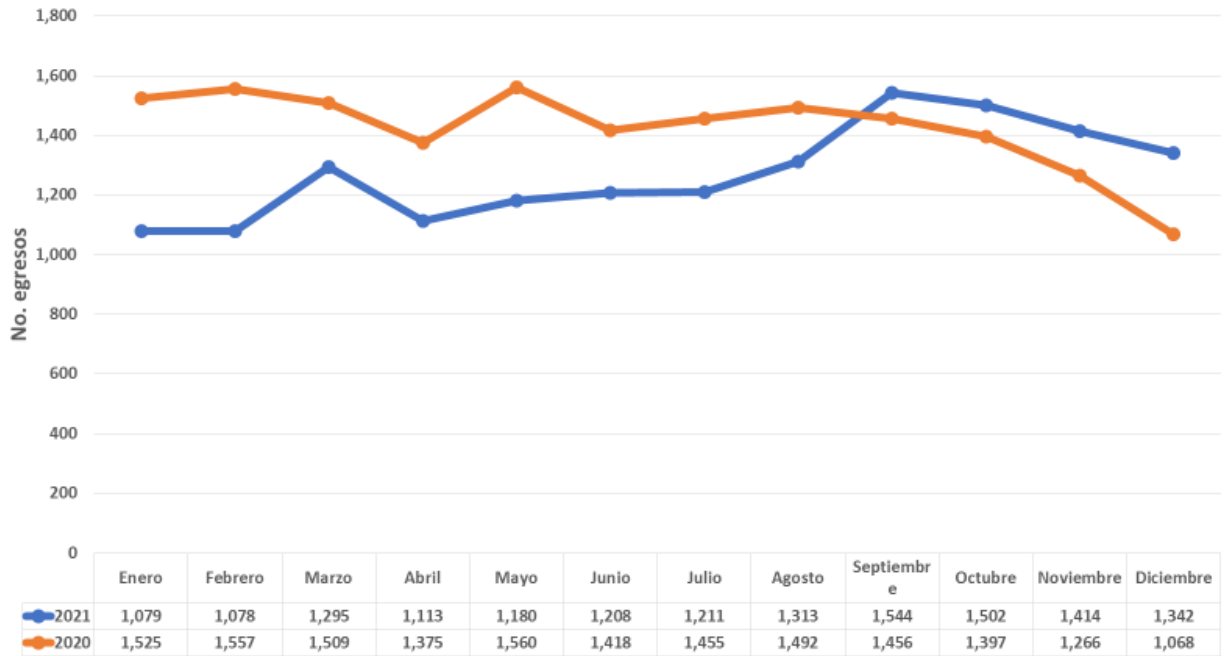


Fuente: SIMMOW-, Atención hospitalaria, enero-diciembre 2017-2021

En la tendencia mensual se puede apreciar en el gráfico 2, un incremento en el último trimestre a partir del mes de septiembre durante 2021 que fueron los meses con más complicaciones obstétricas y muertes maternas con relación a 2020.

GRAFICO 2

TENDENCIA MENSUAL DE EGRESOS ENERO-DICIEMBRE 2020-2021, HNM



Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria MINSAL, enero-diciembre 2020-2021

TABLA 1
Lista de Morbilidad por Capítulos

Lista de Morbilidad por Capítulos enero-diciembre 2021, Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"							
No.	Grupo de causas	Muertes	Egresos	Tasa de Egreso	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Dias Estancia
1	Embarazo, parto y puerperio	14	7,128	105.35	0.2	0.21	23,601
2	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	165	3,545	52.4	4.65	2.44	46,762
3	Tumores(neoplasias)	43	1,738	25.69	2.47	0.64	4,844
4	Enfermedades del sistema genitourinario	2	744	11	0.27	0.03	2,262
5	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicos	0	357	5.28	0	0	1,374
6	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	4	349	5.16	1.15	0.06	1,578
7	Enfermedades del sistema circulatorio	1	306	4.52	0.33	0.01	983
8	Codigo de propositos especiales	25	297	4.39	8.42	0.37	2,069
9	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	63	210	3.1	30	0.93	1,472
10	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	22	162	2.39	13.58	0.33	2,037
	Demás causas	6	443	0	0	0.09	1,793
	Totales2021	345	15,279	225.83	0	5.1	88,775
	Totales2020	279	17,078	252.42	0	4.12	91,303
		24%	-11%	-11%		24%	-3%

Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero-diciembre 2021

Según la tabla 1 se puede observar un incremento de 24% en el número de muertes y una reducción de -11% en el total de egresos con reducción de -3% en los días de estancia en relación con el año 2020. Las muertes por ciertas afecciones en el período neonatal y las malformaciones congénitas en recién nacidos representaron el 66% del

total de muertes hospitalarias. Es importante destacar que la letalidad por Código de propósitos especiales que corresponde a COVID 19 se incrementó 1.2 veces en 2021 en relación con 2020 (de 3.8 a 8.42%) y significó un aumento considerable en el número de muertes maternas en 2021 por esta causa.

GRAFICO 3

MORTALIDAD MATERNA



En MINSAL, según registros de nivel central, la razón de Mortalidad materna se incrementó en 32%, de 83 en 2020 a 110 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en 2021. (Gráfico 3).

Las causas directas representaron el 34% con las hemorragias como primera causa, otras emergencias obstétricas (podálico, cesárea de emergencia, embolias y otras) como segunda causa, los trastornos hipertensivos del embarazo como tercera causa y la sepsis como cuarta causa. Las causas indirectas (56%) incluyeron la coexistencia de COVID 19 con ECNT como la diabetes, obesidad e hipertensión arterial en las embarazadas. (Gráfico 4)

GRAFICO 4

Causas de muerte materna por diagnóstico principal, MINSAL 2021. N: 61

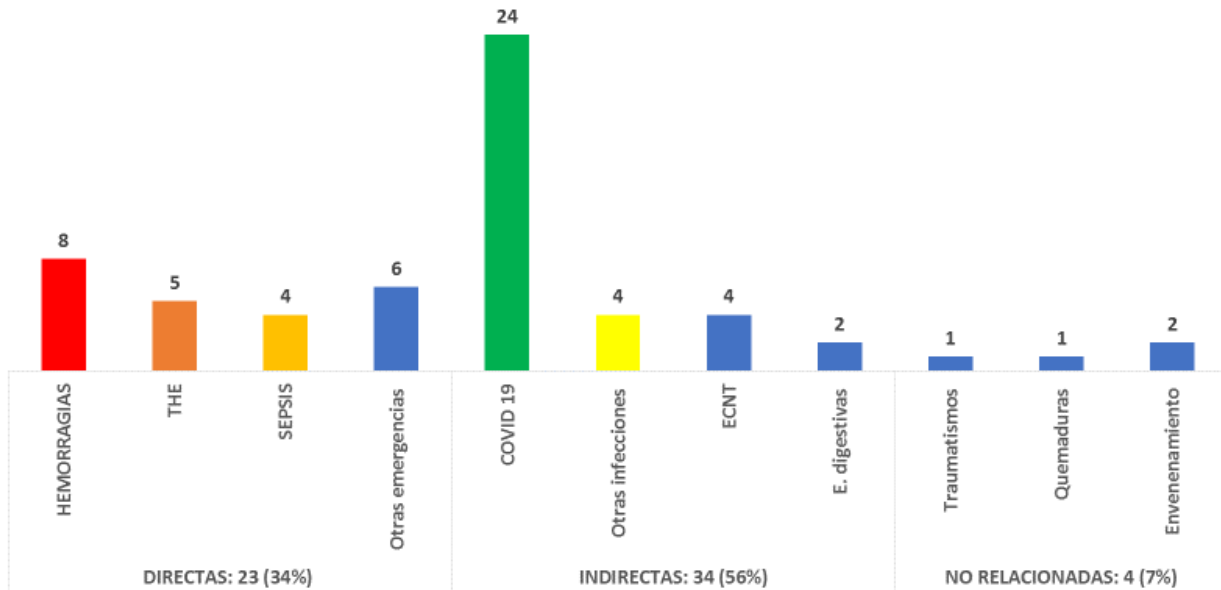
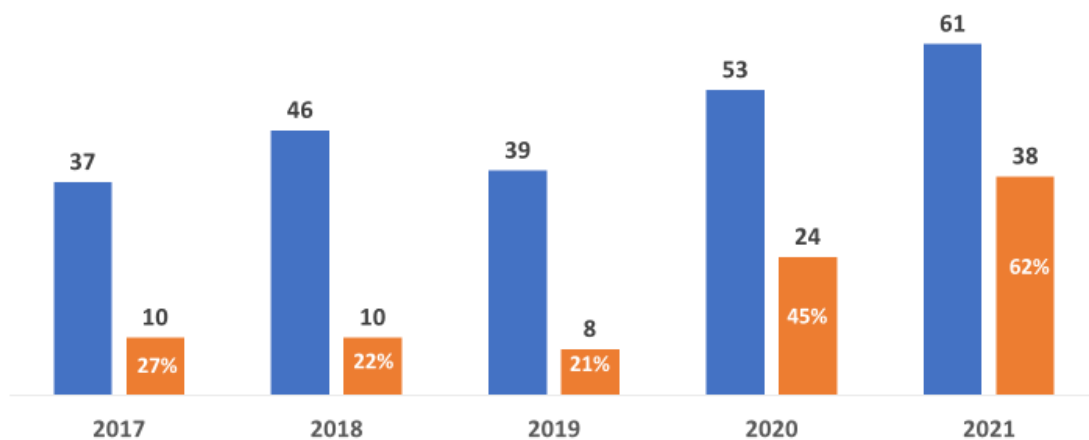


GRAFICO 5

No. de muertes maternas, MINSAL-HNM, 2021

■ MINSAL ■ HNM

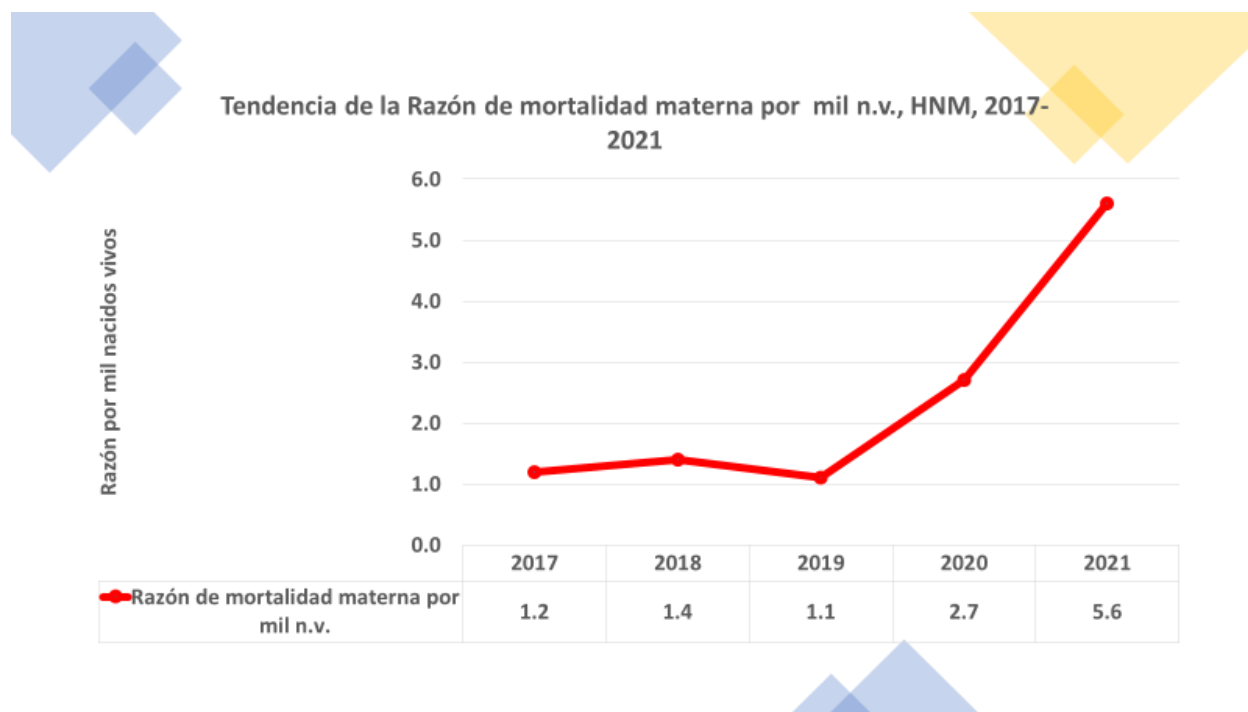


Fuente: SIMMOW-, defunciones maternas, enero-diciembre 2017-2021

En nuestro hospital ocurrieron 38 muertes maternas de las 61 registradas en el nivel central de MINSAL, equivalente al 62% del total con un incremento del 58% en el número de muertes maternas en relación con 2020 (de 24 a 38). (Gráfico 5).

De 2017 a 2021 la razón de mortalidad materna por mil nacidos vivos se incrementó gradualmente hasta 2020 y se duplicó en 2021, lo cual sugiere la oportunidad de mejorar la red hospitalaria nacional en los servicios de maternidad e incrementar la cobertura de vacunación contra el COVID 19 en las mujeres embarazadas desde el primer nivel de atención en todo el país. (Gráfico 6)

GRAFICO 6



Análisis sociodemográfico de la mortalidad materna.

Según la Tabla 2: una muerte ocurrió en el mes de enero, 2 en el mes de marzo, 2 en el mes de abril, 1 en mayo, 2 en junio, 1 en julio, 3 en agosto, 8 en septiembre, 11 en octubre, 3 en noviembre y 4 en diciembre. De las 38 muertes, 7 ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de hemorragia, preeclampsia severa, coagulación intravascular diseminada, y sepsis.

Por procedencia 20 muertes corresponden al área rural y 18 al área urbana; por departamentos las muertes ocurrieron 1 en San Vicente, Usulután, San Miguel y Morazán, 2 en Ahuachapán, Cabañas y La Paz, 3 en Chalatenango, 4 en Santa Ana, 6 en La Libertad y Sonsonate; y 9 en San Salvador.

Por edades: fallecieron 3 adolescentes menores de 18 años, 5 mujeres de 20 a 24 años, 10 de 25 a 29 años, 8 de 30 a 34 años, 10 de 35 a 39 años y 2 mayores de 40 años.

La Mortalidad materna fue mayor en las mujeres entre los 25 y los 39 años.

La edad de la mujer tiene una variedad de exposición a diferentes factores de riesgo que son muy importantes para explicar la Mortalidad materna: a) la fecundidad específica por grupo de edad que explica el grado de exposición a un embarazo, b) Embarazo y la comorbilidad de base como la obesidad, la diabetes y otras enfermedades crónicas que son más prevalentes con la edad, c) Acceso a protección específica con la cobertura de micronutrientes y vacunas incluyendo COVID 19 desde su primer control prenatal en el primer nivel de atención, d) el tipo de parto, ya que el parto quirúrgico agrega riesgos por el tipo de anestesia y otros factores agregados como la ventilación mecánica con tubo endotraqueal y e) Las determinantes sociales y las condiciones de vida familiar que suman vulnerabilidad y riesgo materno infantil. Por todo lo anterior es importante incluir en el análisis de la Mortalidad materna estas variables para formular lineamientos de política desde el nivel central.

De las 5 mujeres que murieron en las primeras 24 horas 3 eran procedentes del área urbana y 2 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 que viven en condiciones de hacinamiento, ausencia de servicios básicos, baja escolaridad, pobreza y las barreras geográficas, económicas y culturales.

TABLA 2

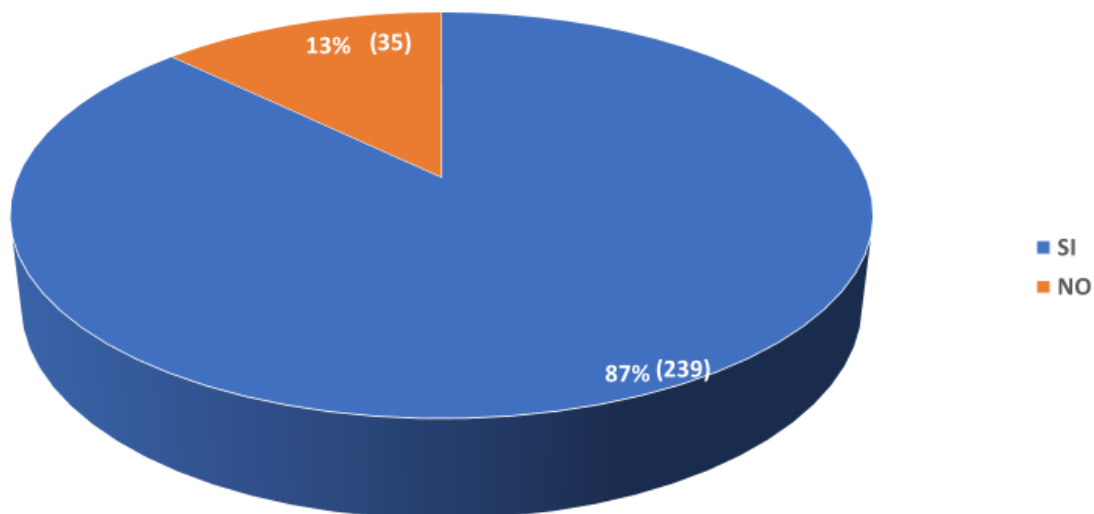
MUERTES MATERNAS ENERO - DICIEMBRE 2021, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARIA ISABEL								
No.	Fecha de defunción	Departamento	Municipio	Area de residencia	Edad	Diagnóstico Principal	Servicio	Días de Estancia
1	19/01/2021	San Salvador	ILOPANGO	U	27	Hemorragia postparto	EMERGENCIA	1
2	16/03/2021	San Salvador	APOPA	U	28	Neumonía	INFECTOLOGIA	21
3	10/03/2021	Sonsonate	CUISNAHUAT	R	35	Mola hidatiforme	OBSTETRICIA	2
4	01/04/2021	Sonsonate	NAHUIZALCO	U	24	Otras hemorragias postparto	INFECTOLOGIA	6
5	20/04/2021	San Salvador	APOPA	U	25	Preeclampsia severa	CIRUG.OBSTETRIC	1
6	29/05/2021	Chalatenango	CONCEPCION QUEZALTEPEQUE	R	21	Coagulación intravascular diseminada	CIRUG.OBSTETRIC	1
7	07/06/2021	Cabañas	SENSUNTEPEQUE	R	16	Mola hidatiforme	OBSTETRICIA	6
8	02/07/2021	La Paz	SAN LUIS DE LA HERRADURA LP	R	32	Aborto Séptico	INFECTOLOGIA	2
9	30/06/2021	La Libertad	LA LIBERTAD LL	R	31	Sepsis no especificada	INFECTOLOGIA	1
10	16/08/2021	Chalatenango	SANTA RITA CH	U	25	COVID-19	INFECTOLOGIA	13
11	23/08/2021	La Libertad	ZARAGOZA	U	38	COVID-19	INFECTOLOGIA	14
12	08/09/2021	San Salvador	DELGADO	U	27	COVID-19	INFECTOLOGIA	16
13	31/08/2021	San Miguel	CHAPELTIQUE	R	30	COVID-19	INFECTOLOGIA	29
14	19/09/2021	Ahuachapan	CONCEPCION DE ATACO	R	39	Eclampsia en el embarazo	CIRUG.OBSTETRIC	8
15	21/09/2021	La Paz	SAN FRANCISCO CHINAMECA	R	41	COVID-19	INFECTOLOGIA	13
16	10/09/2021	Sonsonate	SAN JULIAN	R	39	Sospecha COVID-19	INFECTOLOGIA	31
17	23/09/2021	La Libertad	SAN JOSE VILLANUEVA	U	24	Aborto Séptico	INFECTOLOGIA	3
18	25/09/2021	Sonsonate	ARMENIA	U	39	COVID-19	INFECTOLOGIA	13
19	25/09/2021	Santa Ana	SAN SEBASTIAN SALITRILLO	R	37	COVID-19	INFECTOLOGIA	12
20	28/09/2021	Santa Ana	SANTA ANA	R	31	COVID-19	INFECTOLOGIA	18
21	06/10/2021	San Salvador	SAN SALVADOR SS	U	31	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	25
22	06/10/2021	Sonsonate	IZALCO SO	U	36	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	19
23	06/10/2021	Sonsonate	SONSONATE SO	U	40	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	6
24	08/10/2021	La Libertad	SANTA TECLA LL	U	28	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	17
25	09/10/2021	Chalatenango	LAS VUELTAS CH	R	15	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	12
26	12/10/2021	San Salvador	ILOPANGO SS	U	28	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	18
27	12/10/2021	Santa Ana	METAPAN SA	R	35	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	15
28	20/10/2021	Usulután	SANTA ELENA US	R	35	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	14
29	20/10/2021	Santa Ana	SANTA ANA SA	U	35	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	21
30	24/10/2021	San Salvador	MEJICANOS SS	U	22	O85 - Sepsis puerperal	INFECTOLOGIA	5
31	29/10/2021	Morazan	YAMABAL MO	R	33	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	41
32	06/11/2021	La Libertad	CHILTIUPAN LL	R	22	O14.2 - Síndrome HELLP	CIRUG.OBSTETRIC	9
33	26/11/2021	San Salvador	SAN SALVADOR SS	U	18	O72.2 - Hemorragia	CIRUG.OBSTETRIC	3
34	30/11/2021	La Libertad	SAN JUAN OPICO	R	25	O07.0 - Falla de la in	INFECTOLOGIA	15
35	09/12/2021	Cabañas	SENSUNTEPEQUE	R	26	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	24
36	18/12/2021	San Salvador	GUAZAPA SS	R	30	U07.1 - COVID-19	INFECTOLOGIA	15
37	20/12/2021	San Vicente	TECOLUCA SV	R	28	O72.2 - Hemorragia	CIRUG.OBSTETRIC	5
38	18/12/2021	Ahuachapan	GUAYMANGO AH	U	34	O15.0 - Eclampsia en	EMERGENCIA	1

UNIDAD DE PACIENTES CRITICOS

Durante el período de enero a septiembre 2021, se ingresaron un total de 274 mujeres, el 87% (239) con Morbilidad Obstétrica Extrema (MOE), y 13% por padecimiento gineco-oncológico (35). (Gráfico 7)

GRAFICO 7

Casos de Morbilidad Obstétrica Extrema en Unidad de Pacientes Críticos, enero - septiembre, 2021, HNM. N: 274



La efectividad del servicio fue de 87% con un traslado de 239 pacientes en condición estable.

En total se ingresaron 84 pacientes sospechosas de COVID 19 de los cuales fueron confirmados 77.

Según rangos de edad el 74% de las mujeres ingresadas para cuidados críticos fueron entre 20 y 39 años, 14 % fueron mayores de 40 años y 11% fueron adolescentes entre 14 y 19 años.

El 87% de las pacientes ingresadas a UCP fueron obstétricas y el 13 % fueron gineco oncológicas (Gráfico 8)

GRAFICO 8

Distribución por tipo de paciente, enero septiembre 2021, HNM. N: 274

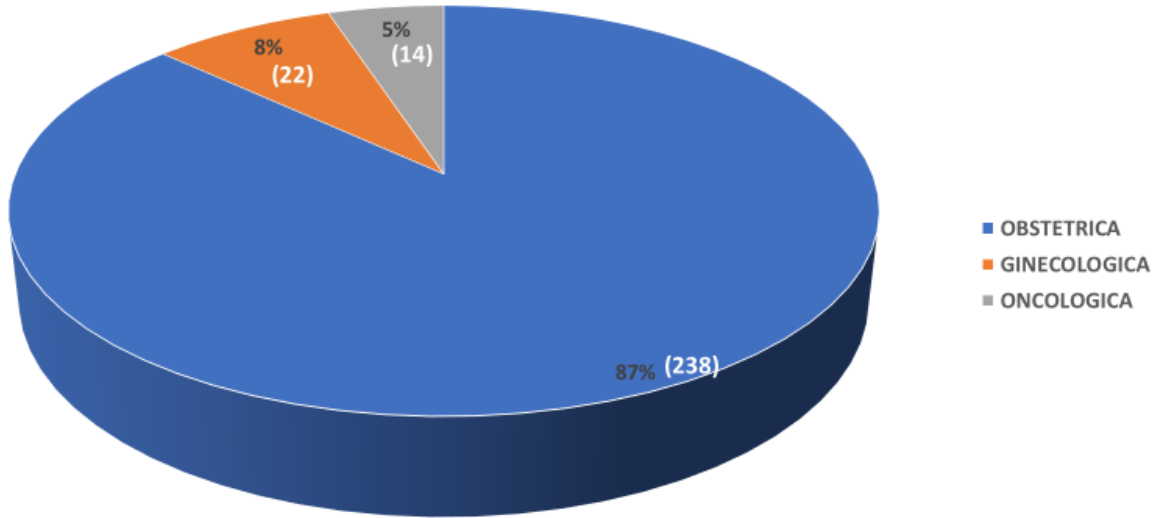
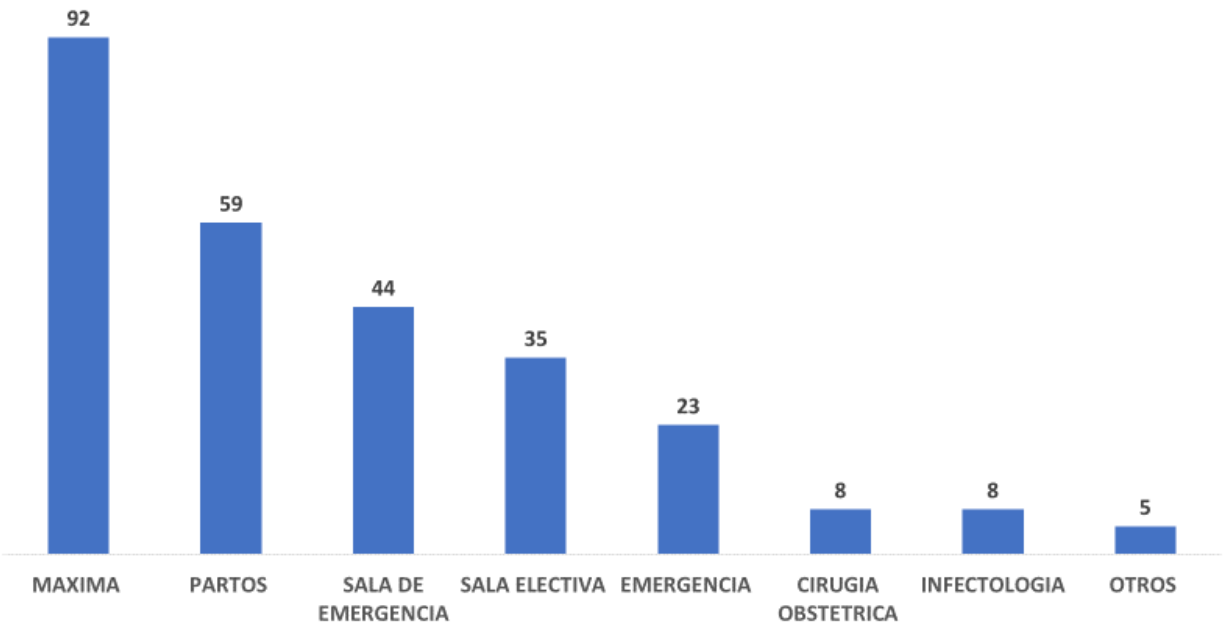


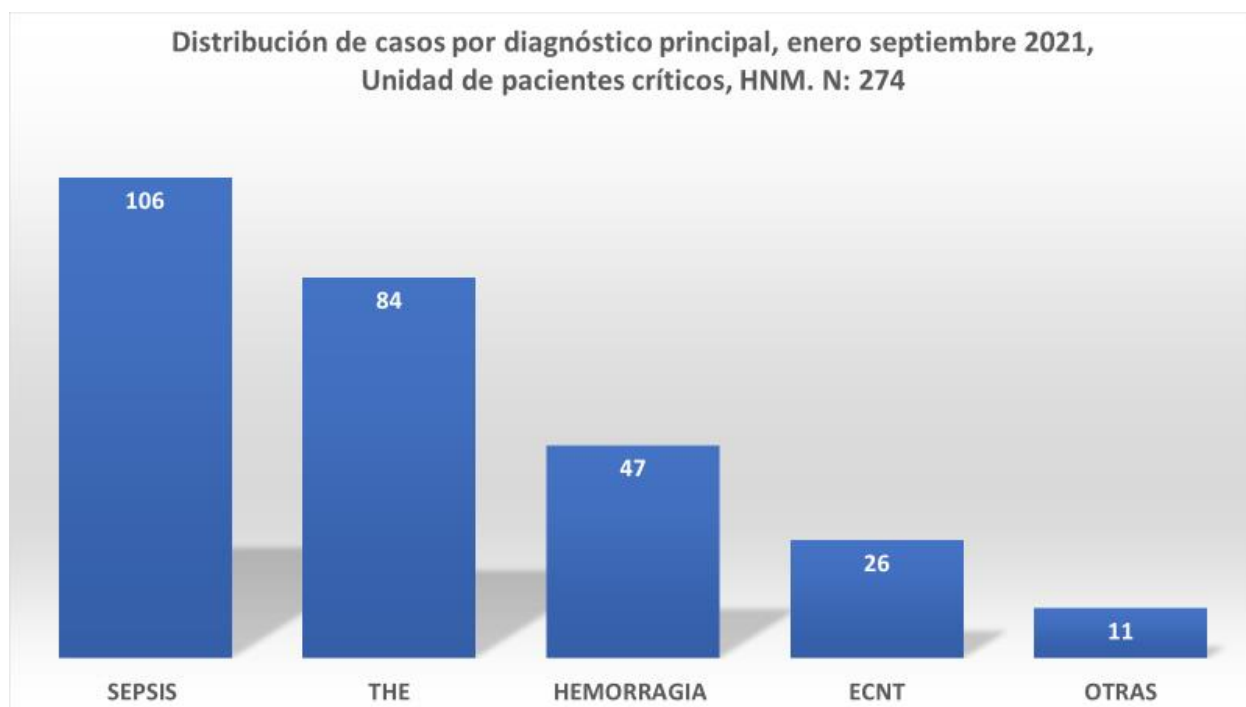
GRAFICO 9

Servicio de procedencia, enero septiembre 2021, HNM. N: 274



El 56% de las transferencias a la Unidad de Pacientes Críticos se realizan desde los servicios de Máxima Urgencia y Partos, el 21% de las salas de cirugía electiva (13%) y de la sala de emergencia (8%). El 8% son casos graves transferidos directamente del servicio de emergencia, el restante 8% son mujeres que se complican en los servicios de cirugía obstétrica (3%) Infectología (3%) y otros (2%). (Gráfico 9)

GRAFICO 10



La principal causa de transferencia a la UPC son las infecciones, seguida de los trastornos hipertensivos del embarazo, las hemorragias en tercer lugar y las comorbilidades de ECNT (diabetes, hipertensión, tumores y neoplasias, enfermedad renal) y otras (anafilaxis, hígado graso. edema agudo de pulmón, hemangioma cerebral, litiasis uretral). (Gráfico 10).

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 49% (135) hubo necesidad de ventilación mecánica. Las estancias arriba de los 10 días corresponden al 16% con 43 casos y las estancias menores de 10 días representan el 84% con 231 casos con un promedio de estancia de 6 días.

TABLA 3

PERFIL DE MORTALIDAD DE LA UNIDAD DE PACIENTES CRITICOS, HNM.				
No.	TIPO DE PACIENTE	EDAD	DIAS DE ESTANCIA	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
1	ONCOLOGICA	59	5	CHOQUE MIXTO
2	OBSTETRICA	28	22	PANCREATITIS AGUDA
3	OBSTETRICA	35	2	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA
4	GINECOLOGICA	23	2	ABDOMEN SEPTICO
5	OBSTETRICA	24	2	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA
6	GINECOLOGICA	43	23	NEUMONIA GRAVE
7	OBSTETRICA	21	2	HEMORRAGIA OBSTETRICA SEVERA
8	OBSTETRICA	16	7	CHOQUE MIXTO
9	OBSTETRICA	31	2	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
10	OBSTETRICA	32	3	CHOQUE SEPTICO
11	ONCOLOGICA	47	1	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
12	ONCOLOGICA	70	2	CHOQUE SEPTICO
13	GINECOLOGICA	86	4	CHOQUE HEMORRAGICO
14	OBSTETRICA	30	30	NEUMONIA GRAVE
15	OBSTETRICA	25	14	NEUMONIA GRAVE
16	OBSTETRICA	38	15	NEUMONIA GRAVE
17	OBSTETRICA	39	32	NEUMONIA GRAVE
18	ONCOLOGICA	27	7	CHOQUE SEPTICO
19	OBSTETRICA	27	14	NEUMONIA GRAVE
20	OBSTETRICA	31	21	NEUMONIA GRAVE
21	OBSTETRICA	41	13	NEUMONIA GRAVE
22	OBSTETRICA	39	14	NEUMONIA GRAVE
23	OBSTETRICA	37	13	NEUMONIA GRAVE
24	OBSTETRICA	31	23	NEUMONIA GRAVE
25	OBSTETRICA	36	20	NEUMONIA GRAVE
26	OBSTETRICA	33	42	NEUMONIA GRAVE
27	OBSTETRICA	28	18	NEUMONIA GRAVE
28	OBSTETRICA	26	18	NEUMONIA GRAVE
29	OBSTETRICA	15	12	NEUMONIA GRAVE
30	OBSTETRICA	35	22	NEUMONIA GRAVE

Fuente: Censo UPC, enero septiembre 2021

En el servicio fallecieron 30 pacientes de las cuales 23 fueron pacientes obstétricas, 3 ginecológicas por complicaciones quirúrgicas y 4 oncológicas con cáncer de ovario (2) y cáncer de cérvix (2). (Tabla 3)

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. En relación con 2020 el total de muertes neonatales (de 206 a 242) y la tasa de mortalidad incrementaron en 18% (de 3.04 a 3.58), y los egresos y los días de estancia hospitalaria disminuyeron en -7% y -2% respectivamente. (Tabla 4).

En general el 70% de las muertes hospitalarias (345) corresponden a recién nacidos (242), 68% (165) por afecciones originadas en el período perinatal, 26% (63) por malformaciones congénitas y 6% por ciertas enfermedades infecciosas (14).

En todo el quinquenio de 2017 a 2021, comparando el resultado de 2021, la mortalidad infantil en el hospital ha variado gradualmente cada año: incrementó 29% relación con 2017, 10% en relación con 2018, 8% en relación con 2019, con incremento de 17% en relación con 2020 con una variación promedio al alza de 16% en el transcurso de los 5 años.

Es importante considerar que de 2020 a 2021 el número de muertes neonatales e infantiles aumentaron en 9% (de 183 a 199) y 17% (de 207 a 242) respectivamente, el número de nacidos vivos disminuyó en -23% (de 8,757 en 2020 a 6,771 en 2021), en consecuencia, las tasas de mortalidad neonatal e infantil por mil nacidos vivos incrementaron en 41% (de 20.9 a 29.4) y 51% (de 23.6 a 35.7) respectivamente. (Tabla 5)

TABLA 4

Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo enero - diciembre 2021 HNM							
Servicio: Neonatología							
No.	Grupo de causas	Muertes	Egresos	Tasa de Egreso	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Días de Estancia
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	165	3,544	52.38	4.66	2.44	46,761
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	63	179	2.65	35.2	0.93	1,392
3	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	0	33	0.49	0	0	309
4	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	13	30	0.44	43.33	0.19	1,331
5	Código de propósitos especiales (U00-U97)	0	12	0.18	0	0	95
6	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	0	3	0.04	0	0	60
7	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	0	2	0.03	0	0	15
8	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	1	2	0.03	50	0.01	72
9	Tumores(neoplasias)(C00-D48)	0	2	0.03	0	0	8
10	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	0	2	0.03	0	0	45
	Demás causas	0	2	0	0	0	35
	2021	242	3,811	56.33	0	3.58	50,123
	2020	206	4,085	60.38	0	3.04	51,385
	Variación 2021 en relación con 2020	17%	-7%	-7%		18%	-2%

Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero - diciembre 2020-2021

Es importante considerar que de 2020 a 2021 el número de muertes neonatales e infantiles aumentaron en 9% (de 183 a 199) y 17% (de 207 a 242) respectivamente, el número de nacidos vivos disminuyó en -23% (de 8,757 en 2020 a 6,771 en 2021), en consecuencia, las tasas de mortalidad neonatal e infantil por mil nacidos vivos incrementaron en 41% (de 20.9 a 29.4) y 51% (de 23.6 a 35.7) respectivamente. (Tabla 5)

TABLA 5

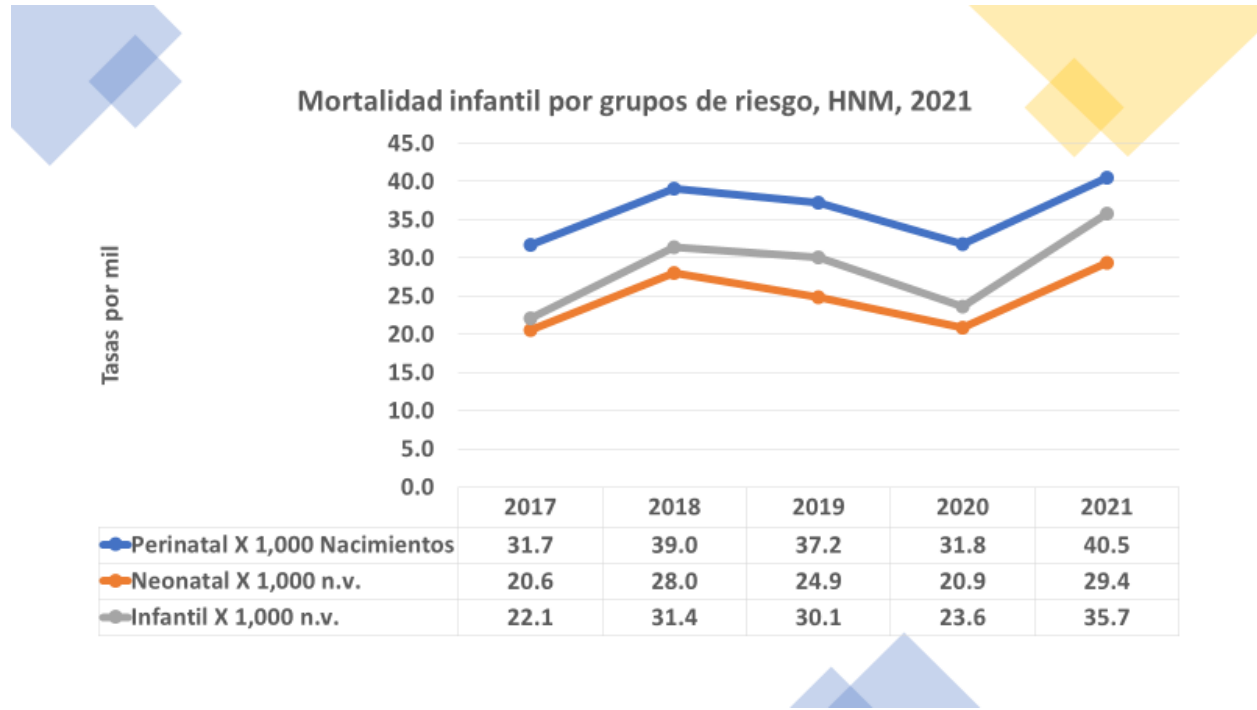
No. DE MUERTES Y TASAS DE MORTALIDAD DE ENERO A DICIEMBRE 2017-2021 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ"					
INDICADOR	2017	2018	2019	2020	2021
No. Muerte fetal	134	119	127	119	116
No. Muerte neonatal temprana	138	160	156	163	163
No. Muerte Perinatal	272	279	283	282	279
No. Muerte neonatal tardía	36	37	30	20	36
No. Muerte Neonatal	174	197	186	183	199
No. Muerte Infantil	187	221	225	207	242
No. Muerte Materna	10	10	8	24	38
No. Nacido vivo	8452	7029	7475	8757	6771
No. Nacimientos	8586	7148	7602	8876	6887
Tasa de Mortalidad Perinatal X 1,000 nacimientos	31.7	39.0	37.2	31.8	40.5
Tasa de Mortalidad Neonatal X 1,000 nacidos vivos	20.6	28.0	24.9	20.9	29.4
Tasa de Mortalidad Infantil X 1,000 nacidos vivos	22.1	31.4	30.1	23.6	35.7
Razón de Mortalidad Materna	118.3	142.3	107.0	274.1	561.2

Fuente: SIMMOW, Defunciones enero diciembre Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" 2017-2021

Como resultados de impacto, en el gráfico 11, se incluyen las tasas de mortalidad calculadas con los datos acumulados de enero a diciembre de 2017 a 2021, con el fin de analizar el comportamiento de la tendencia de los indicadores. La tendencia

quinquenal de las tasas de mortalidad por los grupos de riesgo en el hospital presenta un repunte en el año 2021 en relación con 2020, muy similar a la tendencia de 2017 y 2018.

Gráfico 11



Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-diciembre 2017-2021

TABLA 6

No. DE MUERTES Y TASAS DE MORTALIDAD DE ENERO A DICIEMBRE 2017-2021, NIVEL CENTRAL, MINISTERIO DE SALUD.					
MINSAL	2017	2018	2019	2020	2021
No. Muerte fetal	524	488	490	440	391
No. Muerte neonatal temprana	348	394	331	335	344
No. Muerte Perinatal	872	882	821	775	735
No. Muerte neonatal tardía	104	110	95	98	97
No. Muerte Neonatal	452	504	426	433	441
No. Muerte Infantil	749	774	742	663	718
m. Menor de 5 años	871	892	856	749	816
No. Muerte Materna	37	46	39	53	61
No. Nacido vivo	69,739	68,661	63,795	63,958	55,687
No. Nacimientos	70,263	69,149	64,285	64,398	56,078
Tasa de Mortalidad Perinatal X 1,000 nacimientos	12.4	12.8	12.8	12.0	13.1
Tasa de Mortalidad Neonatal X 1,000 nacidos vivos	6.5	7.3	6.7	6.8	7.9
Tasa de Mortalidad Infantil X 1,000 nacidos vivos	10.7	11.3	11.6	10.4	12.9
Tasa de Mortalidad menor de 5 años X 1,000 nacidos vivos	12.5	13.0	13.4	11.7	14.7
Razón de Mortalidad Materna	53.1	67.0	61.1	82.9	109.5

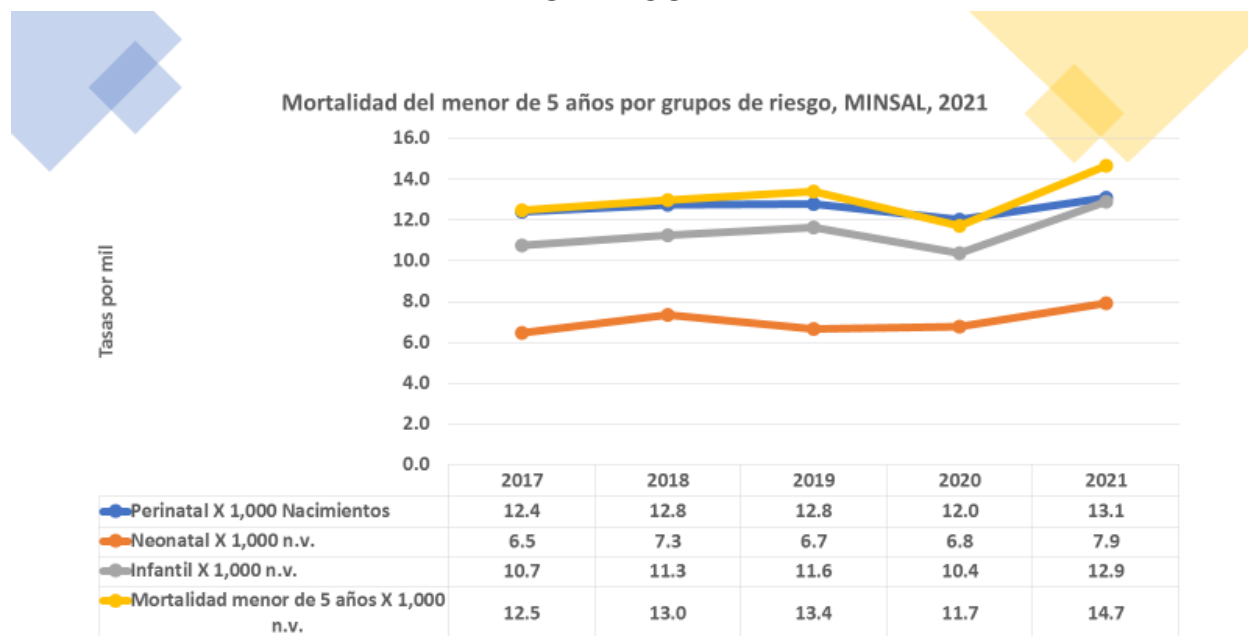
Fuente: SIMMOW, Defunciones enero-diciembre Nivel Central, Ministerio de Salud 2017-2021

A nivel institucional, de 2020 a 2021 el número de muertes de los menores de 5 años aumentaron en 9%, el número de nacidos vivos disminuyó en 13% (de 63,958 en 2020 a 55,687 en 2021), (Tabla 6) en consecuencia, las tasas de mortalidad neonatal, mortalidad infantil y del menor de 5 años por mil nacidos vivos incrementaron en 17% (de 6.8 a 7.9), 24% (de 10.4 a 12.9) y 25% (de 11.7 a 14.7) respectivamente. (Gráfico 7).

El número de muertes perinatales se redujo en -5% (de 775 a 735) y la tasa de mortalidad perinatal por mil nacimientos incrementó un 9% en relación con 2020 (12 a 13.1). (Tabla 6).

El mismo gráfico muestra la tendencia quinquenal de las tasas de mortalidad institucionales del nivel central de MINSAL por los grupos de riesgo, con un repunte en el año 2021 en relación con 2020, muy similar a la tendencia de 2018 y 2019 a excepción de la tasa de mortalidad perinatal que presentó cierta estabilidad con leve incremento en 2021 con valores mínimos con relación a los años 2017 a 2019. (Gráfico 12)

GRAFICO 12



Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-diciembre 2017-2021

Para prevenir incrementos en la mortalidad infantil, 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 la cobertura de vacunación contra COVID 19 y demás intervenciones preventivas desde el primer nivel de atención, relacionadas con los diferentes grupos poblacionales por curso de vida y hay que tratar de mantener las medidas de bioseguridad hospitalaria que han permitido, en el pasado, atenuar el riesgo de morbilidad infantil a nivel nacional.

El desafío a nivel sistémico en toda la red de servicios de salud desde el primer nivel de atención es 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 sean continuos y sostenibles en el tiempo.

Supervivencia infantil y Desarrollo Infantil Temprano

La Política Nacional de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano “CRECER JUNTOS”, en el ámbito de derechos, incluye el Derecho a la Vida, la supervivencia y el desarrollo. En consecuencia, el Hospital Nacional de la Mujer implementa en primera línea, el trato respetuoso a la madre y el recién nacido para los embarazos de bajo riesgo y aquellos que por sus condiciones de vulnerabilidad social y coexistencia de comorbilidades, principalmente de ECNT, requieren de la provisión Servicios especializados de Obstetricia y Neonatología para el bienestar fetal y la supervivencia neonatal con el soporte técnico asistencial de Cuidados Intensivos de mujeres embarazadas y los Cuidados Intensivos, Intermedios y Mínimos de los recién nacidos, incluyendo intervenciones para el control prenatal de embarazadas de alto riesgo, promover el neurodesarrollo y prevenir discapacidades que puedan afectar el desarrollo sicomotriz y el potencial de aprendizaje para las diferentes etapas de la vida.

En general la supervivencia infantil es un indicador que en nuestro país supera el 90%, no obstante, es importante analizar la situación de la tendencia según las tasas de mortalidad infantil para verificar el comportamiento de la supervivencia por cada mil nacidos vivos.

Las tasas de supervivencia infantil en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” han variado hacia el descenso por la relación de la situación perinatal asociada a la baja edad gestacional y la alta incidencia de prematurez como la principal complicación neonatal del embarazo.

En materia de neurodesarrollo, es importante señalar que los datos de mortalidad, morbilidad y supervivencia no reflejan por sí solos la complejidad del problema; un índice de sobrevivencia alto no significa que un elevado porcentaje de los sobrevivientes sea normal.

Es posible (con el apoyo ventilatorio intenso y prolongado) lograr índices bajos de mortalidad en neonatos que han sufrido hipoxia grave, hemorragia intracraneana o ambas, pero que después desarrollan secuelas neurológicas graves y deficiencias intelectuales.

En general, los índices de mortalidad se han reducido sustancialmente; sin embargo, los defectos neurológicos de los sobrevivientes pueden ser más serios con mayor frecuencia de secuelas neurológicas graves.

Lo anterior justifica las **intervenciones neonatales** que permiten la detección temprana de complicaciones que pueden dejar secuelas neurológicas que afectan de manera

directa el **neurodesarrollo de los recién nacidos** y la primera infancia. Estas intervenciones son:

Oftalmología y Retinopatía del Prematuro

La retinopatía del prematuro generalmente afecta a los bebés nacidos antes de la semana 31 de embarazo y que pesan 1,250 gramos o menos al nacer. En la mayoría de los casos, la retinopatía del prematuro se resuelve sin tratamiento, sin causar daño. La retinopatía del prematuro avanzada, sin embargo, puede causar problemas de visión permanentes o ceguera, lo cual representa alto riesgo de discapacidad para el neurodesarrollo y el aprendizaje. <https://www.mayoclinic. La retinopatía del prematuro>.

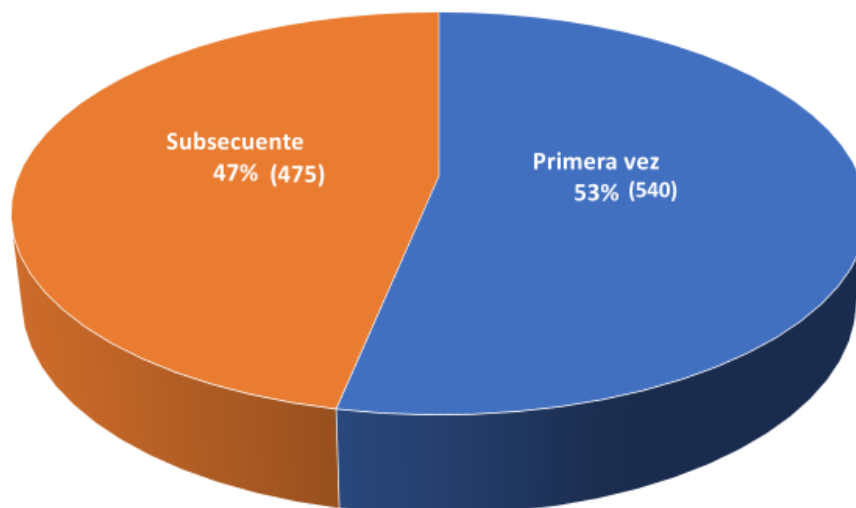
En el hospital se realiza **detección activa de casos de retinopatía** en el 100% de recién nacidos prematuros, para prevenir problemas de visión permanentes o ceguera.

Un mínimo porcentaje requiere de terapia con láser, para salvar la vista en la parte principal del campo visual, pero a costa de la visión lateral o periférica.

Durante 2021 se realizaron 1,015 evaluaciones oftalmológicas para la detección de retinopatía, 540 de primera vez y 475 subsecuentes con una concentración de 1.9 evaluaciones (Gráfico 13). Se detectaron 215 pacientes con retinopatía, 80 en evaluación de primera vez (37%) y 135 en evaluación subsecuente (63%) (Gráfico 10), lo cual sugiere el posible efecto de la hipoxia y la necesidad de oxigenoterapia que puede disminuir la vasculogénesis de la retina, posterior a la primera evaluación del recién nacido prematuro.

GRAFICO 13

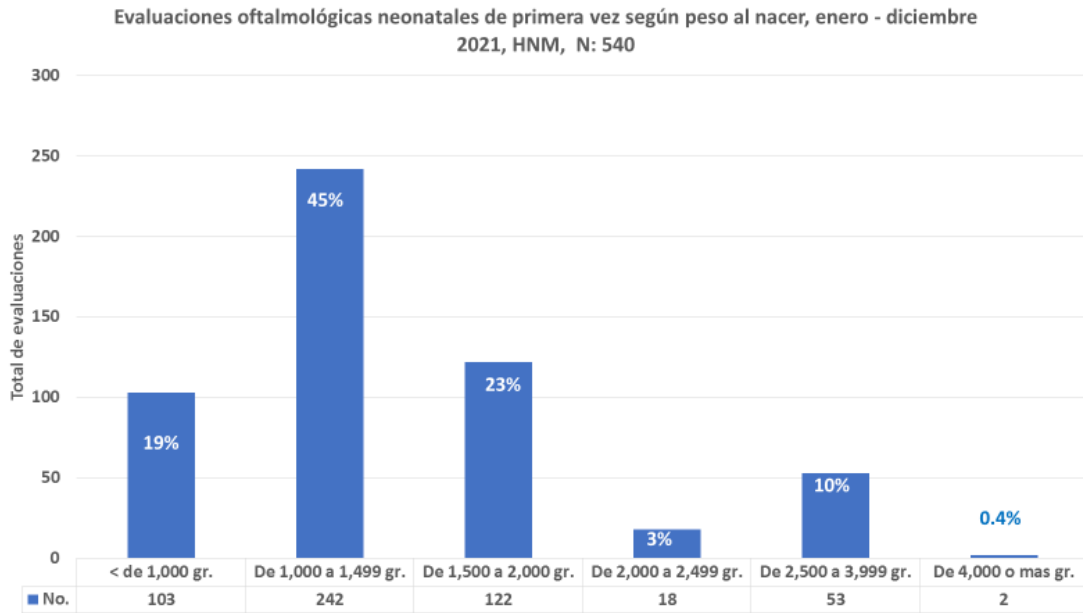
No. de consultas oftalmológicas para detección de retinopatía del prematuro, enero diciembre 2021, Neonatología, HNM



A nivel internacional en el Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, los protocolos de cribado para hacer las evaluaciones se concentra principalmente en todo recién nacido con peso al nacimiento inferior a 1,251 gramos o edad gestacional inferior a 31 semanas, y todo recién nacido sobreviviente de una enfermedad neonatal grave o intervenido quirúrgicamente en el primer mes de vida.

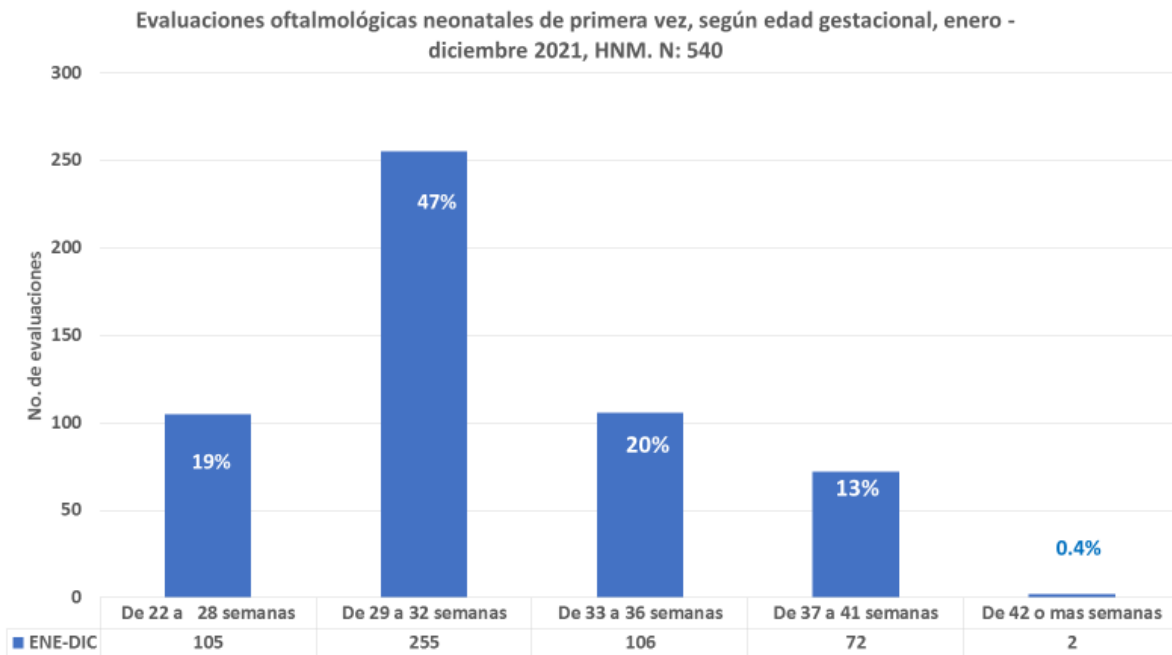
De las 540 evaluaciones de primera vez el 19% (103) se realizaron a menores de 1,000 gramos, 45% (242) en Recién Nacidos de 1,000 a 1,499 gramos, 23% (122) con peso de 1,500 a 2,000 gramos, y solamente el 13% (66) en recién Nacidos con peso mayor de 2,000 gramos. (Gráfico 14)

Gráfico 14

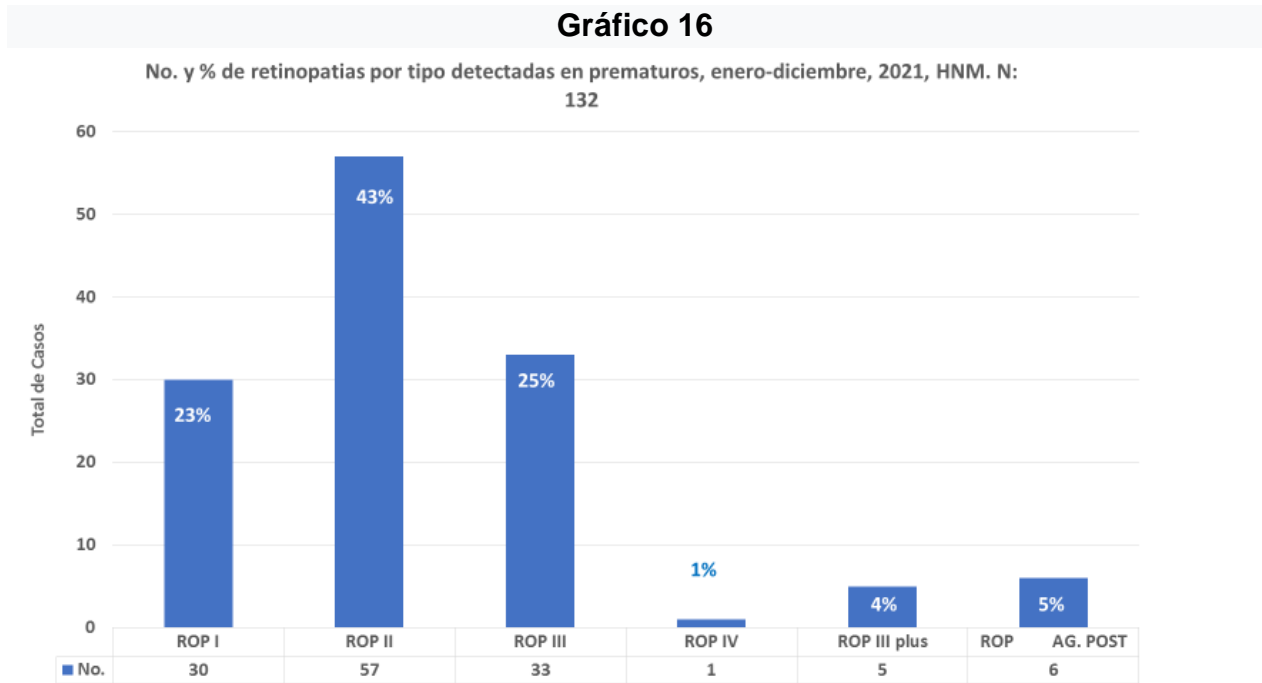


Casi en el mismo perfil de proporciones, las evaluaciones según la edad gestacional se realizaron el 66% entre las 22 y las 32 semanas de gestación (360). (Gráfico 15).

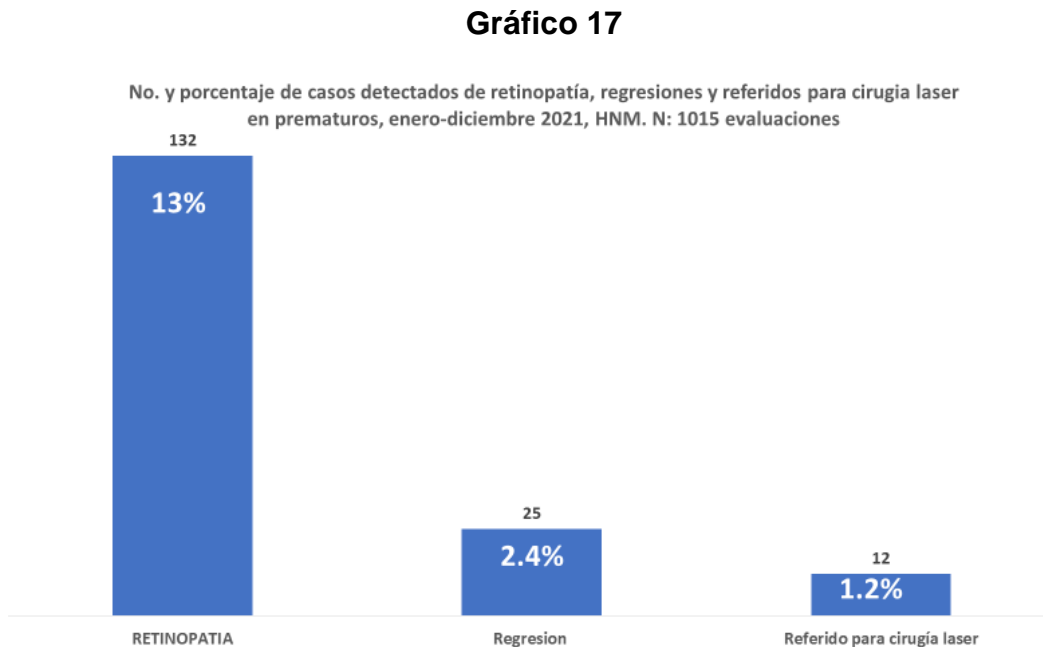
GRAFICO 15



Se detectaron 132 casos, de los cuales el 91% presentaron retinopatía en estadios ROP I, ROP II y ROP III. (Gráfico 16)



De 1015 evaluaciones, las 132 que se detectaron con retinopatía (13%), 18 presentaron regresión de la retina (3%) y 6 casos fueron referidos al Hospital Bloom para Tratamiento quirúrgico con láser (0.6%). (Gráfico 17).



Tamizaje auditivo

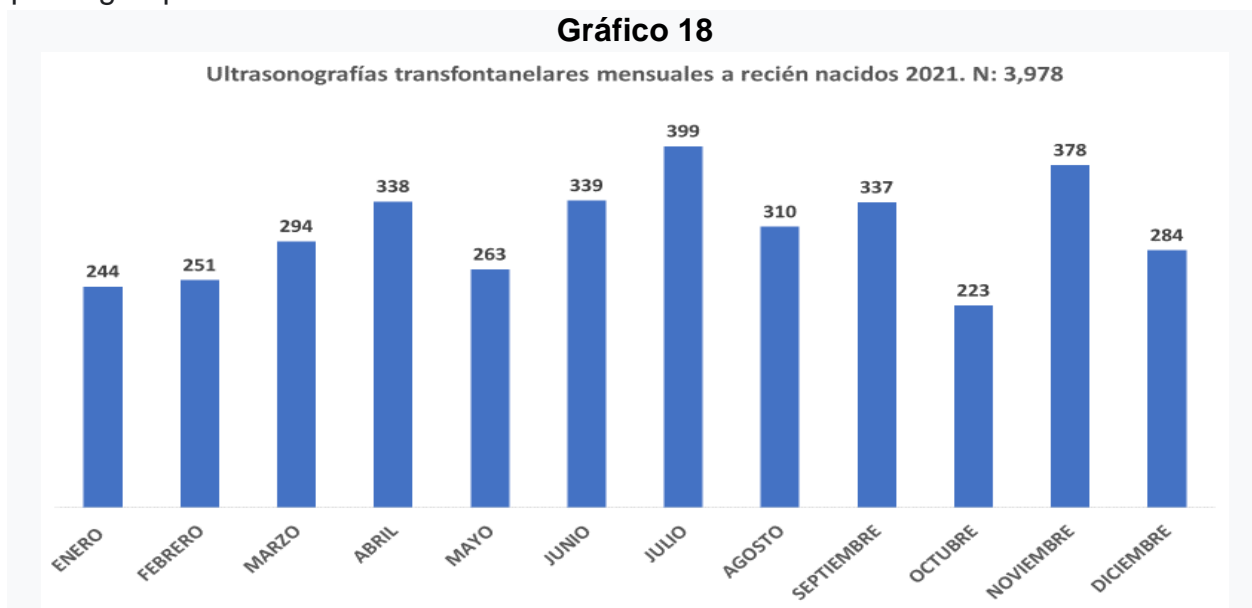
“La hipoacusia o sordera es un problema que, de no ser detectado en forma temprana, influye notablemente en el desarrollo y adaptación biológica, psicológica y social de la persona. Su detección precoz permite la implementación oportuna de medidas que mejoran la calidad de vida. Los niños y niñas diagnosticados y rehabilitados en forma temprana (entre los 3 y los 6 meses de edad) tienen un desarrollo de lenguaje sin diferencias con sus pares normales contra aquellos que son detectados en forma tardía y que tienen un retraso importante de lenguaje y más difícil de revertir. La audición, junto con el resto de los sentidos, permite el establecimiento de relaciones sociales con el entorno, y es el medio que posibilita el aprendizaje y la escolarización normal desde la primera infancia”. (<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>)

Ultrasonografía Transfontanelar.

Durante el período se realizaron 3,978 ultrasonografías Transfontanelares con el fin de observar el interior del cráneo de los recién nacidos, y poder estudiar las arterias, el cerebelo y el resto de los órganos que se ubican dentro de la cavidad craneal y diagnosticar patologías asociadas a estos órganos. (Gráfico 18).

Unos resultados anormales en una ecografía transfontanelar pueden ser la detección de alguna patología o malformación en un órgano. Pueden desarrollarse desde lesiones, hemorragias, tumores, infartos y trombos, entre otras enfermedades.

Si el especialista obtiene un resultado anormal tras la prueba es posible que remita al paciente a otro especialista para poder realizar un tratamiento adecuado según la patología que sufra el recién nacido.



Fuente: Unidad de Ultrasonografía, enero diciembre 2021. HNM

II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

TABLA 7

Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo				
Período del 01/01/2021 al 31/12/2021				
Reportados por Hospital Nacional San Salvador SS de la Mujer				
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)				
No.	Diagnóstico	Egresos		
		2020	2021	Variación anual (%)
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	2,370	1,636	-31%
2	Preeclampsia severa	541	396	-27%
3	Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo	333	348	5%
4	Trabajo de parto prematuro espontaneo con parto a término por cesárea	375	340	-9%
5	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	504	317	-37%
6	Parto por cesárea electiva	474	269	-43%
7	Oligohidramnios	316	218	-31%
8	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	187	204	9%
9	trabajo de parto prematuro espontaneo con parto	391	194	-50%
10	Mola hidatiforme, no especificada	187	173	-7%
	Totales	9216	7,135	-23%

Fuente: SIMMOW, enero - diciembre 2020-2021

En la tabla 7 se puede apreciar una reducción del 23% de los egresos por embarazo, parto y puerperio, sin embargo, las hospitalizaciones de embarazadas con Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo se mantienen al alza, incrementando 5% en 2021. Las hospitalizaciones por parto único espontáneo, sin otra especificación se redujeron sustancialmente en 2021 (-31%) por la reducción de las referencias de embarazos de bajo riesgo de las maternidades de segundo nivel, que se incrementaron en 2020 a raíz de la pandemia por COVID 19.

TABLA 8

Servicio: INFECTOLOGIA				
Período de enero a diciembre 2020-2021				
No	Grupo de causas	2020	2021	Variación anual (%)
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	436	399	-8%
2	Código de propósitos especiales (U00-U97)	224	271	21%
3	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	73	69	-5%
4	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	49	67	37%
5	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	54	63	17%
6	Tumores(neoplasias)(C00-D48)	42	49	17%
7	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	3	15	400%
8	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	38	14	-63%
9	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	5	7	40%
10	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	4	3	-25%
	Demás causas	15	7	-53%
	Totales	977	964	-1%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Infectología, enero-diciembre 2020-2021

En relación con los egresos en el servicio de Infectología, destacan el incremento Código de propósitos especiales (U00-U97) que consigna los casos sospechosos y confirmados de COVID 19, lo cual sugiere un incremento de los casos que ameritan la promoción y educación en salud sobre las medidas de prevención, vacunación y buenas prácticas de bioseguridad en la población, así como el control de las ECNT, dada la relación letal que representa para la maternidad segura.

TABLA 9

Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo				
Período del 01/01/2021 al 31/12/2021				
Reportados por Hospital Nacional San Salvador SS de la Mujer				
Servicio: PUERPERIO				
No.	Grupo de causas	Egresos		Tasa
		2020	2021	Variación anual (%)
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	4,115	2,753	-33%
2	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicos (E00-E90)	212	121	-43%
3	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	68	51	-25%
4	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	6	38	533%
5	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	50	23	-54%
6	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	16	9	-44%
7	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	22	8	-64%
8	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	8	7	-13%
9	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	13	7	-46%
10	Enfermedades del Sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	5	6	20%
	Demás causas	35	27	-23%
	Totales	4,555	3,050	-33%

Fuente: SIMMOW- Lista por causas específicas, Servicio de Puerperio, enero-diciembre 2020-2021

En el servicio de puerperio disminuyó la demanda en -33% con un incremento de los Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas

que se quintuplicaron en 2021. (Tabla 9)

TABLA 10

Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo				
Período de enero-diciembre 2020-2021				
Reportados por Hospital Nacional San Salvador SS de la Mujer				
Servicio: MEDICINA MATERNO FETAL				
No.	Grupo de causas	Egresos		Tasa
		2020	2021	Variación anual (%)
1	Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo	243	238	-2%
2	Trabajo de Parto Prematuro sin Parto	200	131	-35%
3	Diabetes mellitus tipo 1 preexistente en el embarazo	103	108	5%
4	Oligohidramnios	69	54	-22%
5	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	43	24	-44%
6	Hipertensión materna, no especificada	37	31	-16%
7	Aborto no especificado, incompleto, sin complicación	36	17	-53%
8	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo	35	104	197%
9	Atención materna por incompetencia del cuello uterino	23	20	-13%
10	Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo	10	1	-90%
	Totales	1,023	951	-7%

Fuente: SIMMOW- Lista por causas específicas, Servicio de Medicina Materno Fetal, enero-diciembre 2020-2021

En el servicio de Medicina Materno Fetal es muy importante destacar el comportamiento de las ECNT, principalmente de la diabetes en las embarazadas dado que se incrementó en 15% (de 391 a 451 egresos) en 2021, lo cual puede explicar complicaciones desde las afecciones originadas en el período perinatal, así como en las malformaciones congénitas.

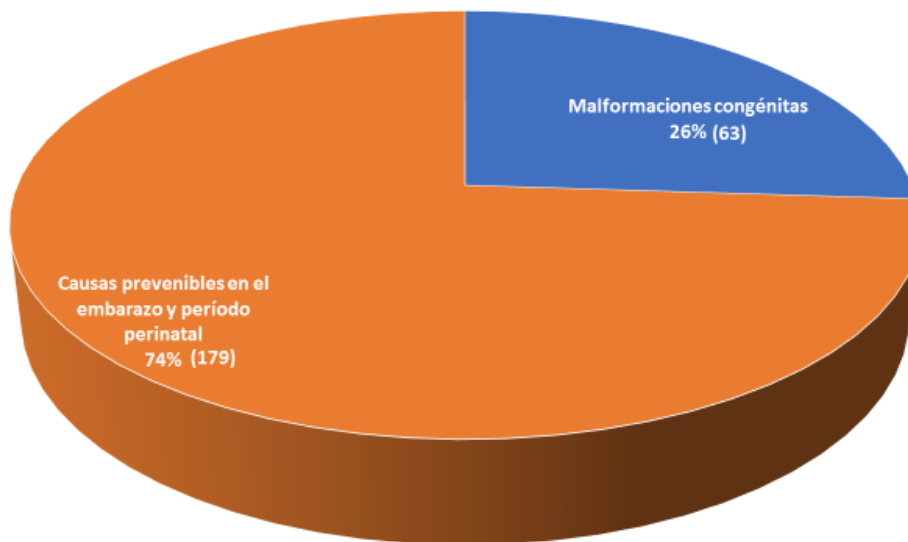
Por otra parte, el incremento de la presencia de comorbilidades como la hipertensión, la diabetes mellitus y la ECV está asociada con un curso más grave de COVID-19, la obesidad es un factor de riesgo principal para estas comorbilidades y, en general, para el deterioro de la salud metabólica (como la dislipidemia y la resistencia a la insulina) y, por tanto, está relacionada con un mayor riesgo de neumonía.

III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 74% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 26%. (GRAFICO 19)

GRAFICO 19

Mortalidad neonatal por causa básica, enero diciembre 2021, HNM. N: 242



Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Departamento de Neonatología, enero-diciembre 2021

TABLA 11

Perfil de morbimortalidad neonatal		2020	2021	Variación
A	No. de muertes neonatales	154	242	57%
B	Principales causas de muerte neonatal	2020	2021	Variación
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	154	165	7%
2	Otros recién nacidos de pretérmino	64	66	3%
3	Inmadurez extrema	51	70	37%
4	Malformaciones congénitas	46	63	37%
5	Septicemia	10	9	-10%
C	Egresos	3,813	3,544	-7%
D	Letalidad	4.04%	6.83%	69%

Fuente: SIMMOW- Lista internacional de mortalidad, Servicio de Neonatología, enero-diciembre 2020-2021

Según la tabla 11, el número total de muertes neonatales incrementaron en 57%. Dada la reducción de -7% en el número de egresos se incrementó la letalidad en 69%.

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.¹

La sepsis como causa de muerte neonatal se ha reducido, gracias a mejora en las prácticas de bioseguridad durante la atención.

Al ver la tendencia anual en relación con 2020 la variación en el total de egresos fue de -7% en 2021, al desagregar por causas principales de muerte neonatal, se tuvo el impacto negativo al incrementar en 7% las muertes por ciertas afecciones en el período perinatal y 37% por malformaciones congénitas. Los fallecidos por prematuridad incrementó en 18% (de 115 a 136) no obstante el desagregar por "Otros recién nacidos de pretérmino" este presentó una variación de 3% (de 64 a 66) y la Inmadurez extrema incrementó en 37% (de 51 a 70).

¹ SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-diciembre HNM, 2019-2020

TABLA 12

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) Enero-diciembre 2021		
No.	Diagnóstico	Muertes
1	Anencefalia	15
2	Síndrome de Edwards, no especificado	9
3	Síndrome de Potter	5
4	Síndrome de Patau, no especificado	5
5	Malformación congénita del corazón, no especificada	4
6	Hernia diafragmática congénita	3
7	Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados, no clasificados en otra parte	3
8	Hidrocefalo congénito, no especificado	2
9	Síndrome de Arnold-Chiari	1
10	Atresia de los agujeros de Magendie y de Luschka	1
11	Otras malformaciones congénitas del corazón, especificadas	1
12	Otras anomalías hipoplásicas del encéfalo	1
13	Quiste renal solitario congénito	1
14	Síndrome de Klippel-Feil	1
15	Malformación congénita, no especificada	1
16	Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	1
17	Trisomía 18, por falta de disyunción meiótica	1
18	Síndromes de malformaciones congénitas asociadas principalmente con estatura baja:	1
19	Síndrome del abdomen en ciruela pasa	1
20	Síndrome de costilla corta	1
21	Defecto del tabique auricular	1
22	Anomalía de Ebstein	1
23	Ausencia, atresia y estenosis congénita del duodeno	1
24	Anomalía de la pleura	1
25	Ausencia, atresia y estenosis congénita del yeyuno	1
	Totales	63

SIMMOW. Malformaciones congénitas, (Q00-Q99). Neonatología, enero-diciembre 2021

Es importante recordar que las malformaciones congénitas mayores de los sistemas cardiovascular, nervioso central (SNC), genitourinario y esquelético están relacionadas con factores epigenéticos de los padres, sus condiciones de salud, principalmente ECNT como la diabetes y estilos de vida, que determinan la evolución

de la programación epigenética del feto desde la gestación y durante el embarazo.

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 Medicina Materno Fetal 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 cuando está indicado.

Esto último es muy importante para prevenir la prematuridad y el bajo peso, tratando oportunamente las causas reconocidas como la desnutrición materna, las infecciones y las enfermedades crónicas en la mujer (diabetes, obesidad), la 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 atención integral y holística desde la atención preconcepcional, la atención prenatal en la comunidad con el primer nivel de atención, y la atención respetuosa de la madre y el recién nacido en las maternidades.

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.

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 control del peso materno, el monitoreo de 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

La aplicación del enfoque de determinación social bajo una situación de inestabilidad socioeconómica y social, principalmente de la población vulnerable bajo la línea de pobreza, representa un desafío para el personal de salud en términos de ampliar la perspectiva de abordaje y respuesta, con elementos de protección en el contexto sico-social y ambiental dado el impacto negativo **del estrés en el bienestar materno fetal**.

Bajo el contexto socioambiental actual en El Salvador y los efectos de la pandemia COVID 19, 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 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.

Control Prenatal, Infección e inflamación

Ante la situación de pandemia por COVID 19, hay que incrementar los esfuerzos de prevención y protección específica con micronutrientes y vacunas, así como el autocuidado en el hogar y la bioseguridad para brindar un excelente control prenatal y prevenir las infecciones. Esto 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

Las mujeres de mayor edad, con antecedentes familiares y personales, sobre coagulopatías hereditarias, consumo de tabaco, consumo de cocaína, historia de hipertensión crónica y preeclampsia, traumatismo materno y retardo del crecimiento intrauterino pueden desencadenar el proceso bioquímico de una hemorragia por desprendimiento placentario el cual 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 para un parto prematuro.

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”.

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.

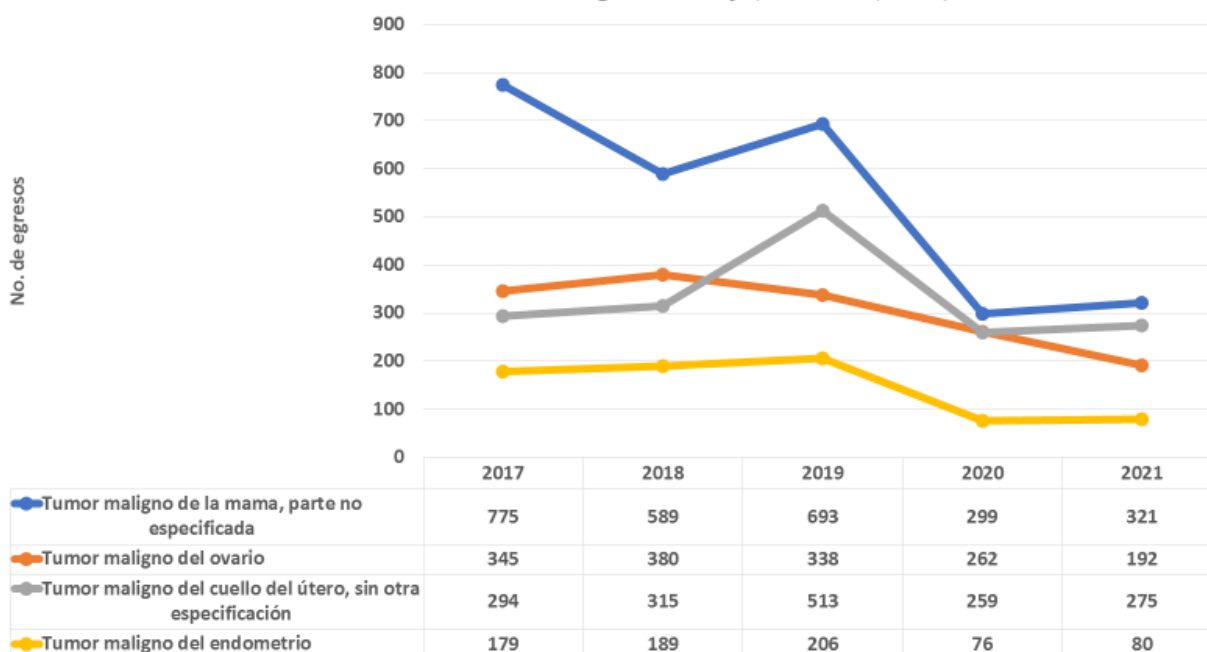
Hospitalizaciones

Desde 2020 y durante 2021 se han incrementado las hospitalizaciones y las cirugías oncológicas por cáncer de mama, cuello uterino y endometrio, excepto en cáncer de ovario que sigue disminuyendo desde 2018. 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.

De 2020 a 2021, los egresos por cáncer de mama se incrementaron de 299 a 321, los egresos por cáncer de cuello uterino 259 a 275, el cáncer de endometrio de 76 a 80 y el cáncer de ovario disminuyó de 262 a 192. (GRAFICO 20). El incremento en el acceso a la quimioterapia ambulatoria fue un factor muy positivo para tratar los casos potencialmente curables.

GRAFICO 20

Tendencia anual de cancer maligno en la mujer, 2017-2021, HNM,



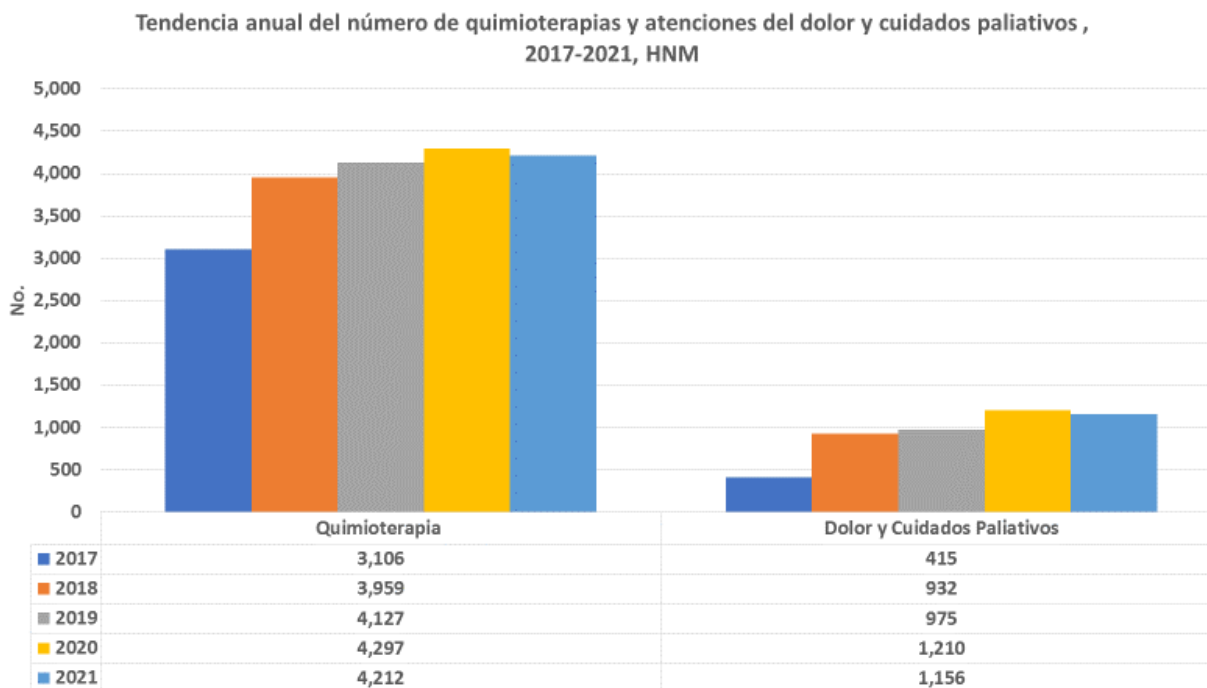
Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-diciembre 2017-2021

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.

Quimioterapias y cuidados paliativos

El número de quimioterapias contra cáncer se ha incrementado gradualmente durante el quinquenio, de 3,106 realizadas en los servicios de consulta externa y hospitalización en 2017 a 4,212 en 2021, lo cual representa un incremento 36% gracias a la consulta externa especializada como hospital de día, y al servicio de hospitalización en Oncología. La misma tendencia se ha tenido en las atenciones del dolor y cuidados paliativos, que a 2021 casi se duplicó con 1.7 veces más que en 2017. (Gráfico 21).

GRAFICO 21

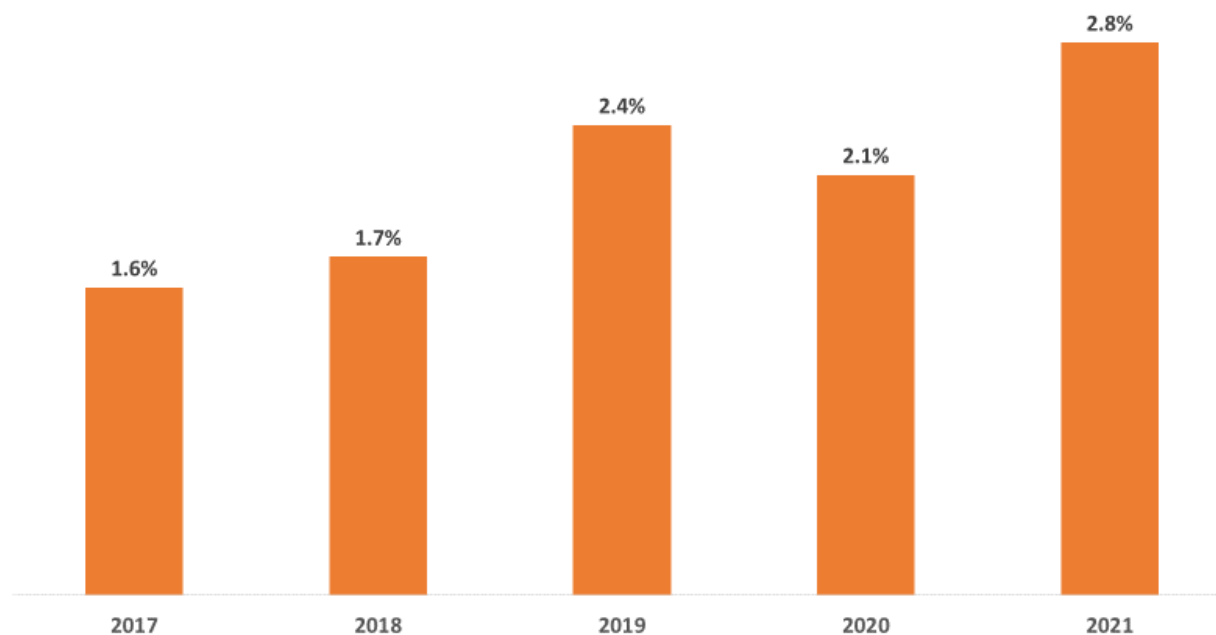


Fuente: SIMMOW- atención ambulatoria por especialidad, enero-septiembre 2017-2021

En cuanto a la letalidad, se reportaron, durante el período 27 muertes contra 962 egresos con una tasa de letalidad de 2.8% aumentando la letalidad en 32% en relación con 2020 que reportó 2.1 % con 21 muertes contra 984 egresos. (Gráfico 22).

GRAFICO 22

Tendencia de la tasa de letalidad por tumores y neoplasias, 2017-2021, HNM



Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-septiembre 2017-2021

V. COVID 19 y cáncer

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 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. El enfoque para la mayoría de los pacientes, que se basa en las pautas disponibles y las "mejores prácticas", 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 \geq 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".

COVID 19 y comorbilidades

Si bien es ampliamente reconocido que la presencia de comorbilidades como la hipertensión, la diabetes mellitus y la ECV está asociada con un curso más grave de COVID-19, la obesidad es un factor de riesgo principal para estas comorbilidades y, en general, para el deterioro de la salud metabólica (como la dislipidemia y la resistencia a la insulina) y, por tanto, está relacionada con un mayor riesgo de neumonía, principalmente en mujeres embarazadas que viven en condiciones de pobreza y exclusión social.

En general, para toda la población, la sindemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) expone vulnerabilidades cardiovasculares inesperadas y la necesidad de mejorar la salud cardio metabólica.

La lesión miocárdica es común en el COVID-19 grave en función de las comorbilidades basales, la edad avanzada y la disfunción orgánica global.

La lesión renal aguda en Covid-19 se asocia con un mayor riesgo de muerte al estar asociada a la diabetes e hipertensión lo cual infiere un mayor riesgo de infección grave.

Por otra parte, hay secuelas post-infecciosas cardiovasculares con afectación cardíaca e inflamación miocárdica.

(https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53253/OPSIMSPHECOVID-19210003_spa.pdf)

COVID-19 prolongado

*“La descripción más común es que los síntomas continúan **3 meses** después de haberse iniciado. Una definición que surgió a partir de una revisión dice que los síntomas más frecuentes de COVID prolongado son la **fatiga y la disnea**.”* La naturaleza multifacética de COVID prolongado, involucra múltiples sistemas de órganos. *“Una característica desconcertante del COVID prolongado es que afecta a los sobrevivientes de COVID-19, independientemente de la gravedad de la enfermedad”.* *“Muchos otros informes también han hallado evidencia radiológica de fibrosis pulmonar duradera, hasta 6 meses después del alta hospitalaria”.*

*“**Daño tisular a largo plazo.** el daño a largo plazo de otros órganos también puede estar involucrado en COVID prolongado específicamente, al menos una anomalía radiológica de los pulmones, corazón, hígado, páncreas, riñones o bazo estaban presentes en el 66% de los supervivientes estudiados.”*

“Inflamación patológica. La persistencia del SARS-CoV-2 en el cuerpo es posible, que puede inducir algún nivel de activación inmunitaria, contribuyendo a la prolongación de COVID-19.

Una revisión ha propuesto que la disfunción de las células T puede promover la fisiopatología prolongada de COVID, semejante a las enfermedades autoinmunes. En particular, las revisiones sobre el lupus y la artritis reumatoide también tienen semejanzas sintomáticas con COVID prolongado: fatiga, artralgiás, dificultades de concentración y cefalea.

“se ha observado que entre 2 y 6 semanas después del SARSCoV-ocurren numerosos casos del **síndrome de inflamación multisistémica (SIM)**.”

“En pacientes con COVID-19 persistente durante al menos 10 a 30 días después de la resolución de la enfermedad, se ha observado la alteración del **microbioma intestinal** (disbiosis intestinal) la cual modula los circuitos de neurotransmisores en el intestino y el cerebro, a través del eje microbiota-intestino-cerebro. Por lo tanto, la disbiosis intestinal persistente puede también contribuir a las enfermedades gastrointestinales y síntomas neurológicos de COVID prolongado”.

“Una encuesta internacional halló que el 85,9% de los participantes con COVID prolongado experimentaron recaída de los síntomas luego de actividades mentales o físicas. Incluso es posible que las personas con condiciones similares al COVID prolongado no respondan favorablemente a la rehabilitación, que incluye a pacientes con problemas como el síndrome de taquicardia ortostática postural (STOP) o encefalomiелitis miálgica (EnM) o síndrome de fatiga crónica (SFC), con fatiga o malestar post esfuerzo”.

“Se requieren más investigaciones para determinar cuál programa de rehabilitación funcionaría para los pacientes de COVID prolongado que comparten síntomas con STOP, EnM y SFC. En casos específicos se pueden aplicar la terapia cognitivo conductual y la terapia de ejercicio gradual.”

(Shin Jie Yong ReadSpeaker webReader: Listen Focus Review Article Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments Shin Jie Yong [Infectious Diseases, 53:10, 737-754](#))

VI. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS

Durante el período de enero a diciembre 2021, se han logrado las metas sobre el 80% de desempeño, los servicios finales lograron 88% de desempeño, los servicios intermedios 88% y los servicios generales 88%. En hospitalización de las camas censables y no censables se alcanzó el 91% de desempeño con 86% en la producción de egresos y 110% en la producción de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre. (Gráfico 20).

El ausentismo laboral por incapacidades debido a COVID 19, principalmente en la Unidad de Estadística generó atrasos en la actualización oportuna de datos para la elaboración del presente informe como se puede ver en el rendimiento de Diagnóstico que logró 65%, lo cual refleja el porcentaje acumulado al mes de junio 2021, teniéndose un subregistro de datos de producción desde el mes de julio hasta diciembre, principalmente en la producción de Tratamientos y Rehabilitación. Por otra parte, se han tenido algunos problemas en la lectura automática del SPME, que según informes de diferentes hospitales hay subregistro de datos. No obstante, el perfil de funcionamiento descrito se ha logrado gracias a la eficiencia en el uso de los recursos disponibles durante el año.

La gestión de datos de producción se ha obtenido desde las fuentes primarias en los diferentes servicios, para compensar la sobrecarga de trabajo del personal de estadística y tener la mayor cantidad de datos de producción.

A nivel del Comité Estratégico de Gestión se han tomado decisiones con mucha creatividad y espíritu de cooperación para optimizar los recursos disponibles para el mejor funcionamiento del hospital, por la seguridad de las usuarias y los recién nacidos, incluyendo la gestión de refuerzos presupuestarios para cubrir el déficit financiero actual.

GRAFICO 23

Desempeño en el cumplimiento de metas, enero diciembre 2021, HNM

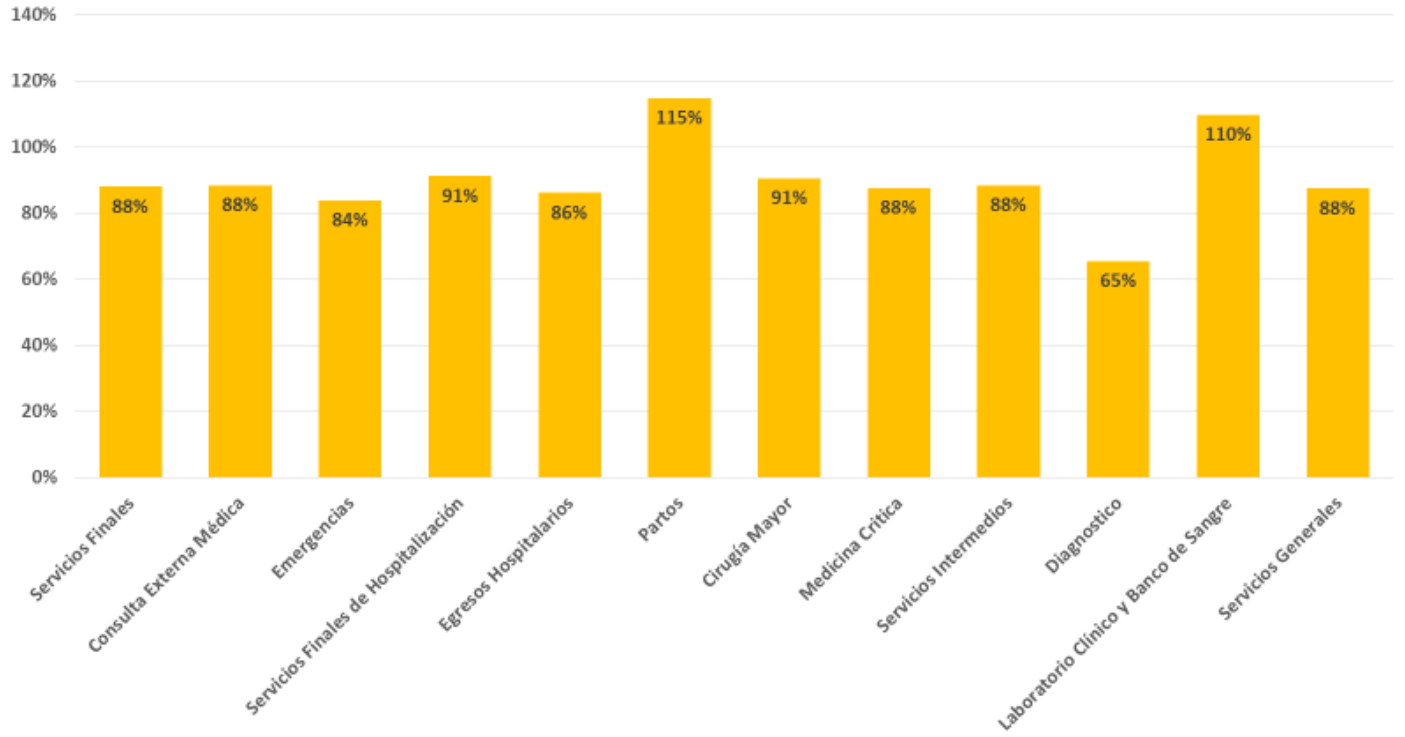


Tabla 13

Actividades	2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	158,212	139,388	88%
Consulta Externa Médica	76,500	67,702	88%
Especialidades	50,000	45,335	91%
Especialidades Básicas	12,400	13,374	108%
Medicina Interna	1,100	2,148	195%
Cirugía General	500	196	39%
Ginecología	10,000	10,770	108%
Obstetricia	600	0	0%
Psiquiatría	200	260	130%
Sub especialidades	37,600	31,961	85%
Sub Especialidades de Medicina Interna	4,100	2,905	71%
Endocrinología	3,500	2,387	68%
Infectología	300	250	83%
Nefrología	300	268	89%
Sub Especialidades de Cirugía	1,200	1156	96%
Anestesiología / Algología	1,200	1156	96%
Sub Especialidades de Pediatría	700	78	11.1%
Infectologia	200	78	39%
Neonatología	500	0	0%
Sub Especialidades de Ginecología	20,000	17,731	89%
Clínica de Mamas	7,000	6,359	91%
Infertilidad	4,000	3,544	89%
Oncologia	9,000	7,828	87%
Sub Especialidades de Obstetricia	11,600	10,091	87%
Embarazo de Alto Riesgo	11,000	9,826	89%
Genética Perinatal	600	265	44%

Tabla 14

Actividades	2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	25,100	21,837	87%
Colposcopia	11,000	11,754	107%
Nutrición	900	211	23%
Planificación Familiar	1,400	808	58%
Psicología	800	220	28%
Selección	10,000	8,844	88%
Consulta Externa Odontológica	1400	530	38%
Odontológica de primera vez	400	244	61%
Odontológica subsecuente	1,000	286	29%
Emergencias	39,700	33,340	84%
De Medicina Interna	700	885	126%
Oncología	700	885	126%
De Gineco-Obstetricia	18,000	16,118	90%
Ginecología	3,000	2,926	98%
Obstetricia	15,000	13,192	88%
Otras Atenciones Consulta Emergencia	21,000	16,337	78%
Selección	21,000	16,337	78%

Tabla 15

Actividades	2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales de Hospitalización	42,012	38,346	91%
Egresos Hospitalarios	17,700	15,254	86%
Especialidades Básicas	1600	1596	100%
Ginecología	1,300	1,199	92%
Obstetricia	300	397	132%
Sub Especialidades	15,600	13,383	86%
Sub Especialidad de Medicina Interna	800	961	120%
Infectología / Aislamiento	800	961	120%
Sub Especialidades de Pediatría	4,000	3810	95%
Neonatología	4,000	3,810	95%
Sub Especialidades de Ginecología	2,000	1002	50%
Oncología	2,000	1,002	50%
Sub Especialidades de Obstetricia	8,800	7,610	86%
Cirugía Obstétrica	3,000	3,026	101%
Patología del Embarazo	1,800	1,535	85%
Puerperio	4,000	3,049	76%

Tabla 16

Actividades	2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Otros Egresos	500	275	55%
Bienestar Magisterial	500	275	55%
Partos	5500	6318	115%
Partos vaginales	3,000	3,066	102%
Partos por Cesáreas	2,500	3,252	130%
Cirugía Mayor	9,312	8,442	91%
Electivas para Hospitalización	5,000	2,830	57%
Electivas Ambulatorias	800	393	49%
De Emergencia para Hospitalización	3,500	5,195	148%
De Emergencia Ambulatoria	12	24	200%
Medicina Critica	9500	8332	88%
Unidad de Emergencia	2200	1846	84%
Admisiones	1,200	1,152	96%
Transferencias	1,000	694	69%
Unidad de Máxima Urgencia	1800	877	49%
Admisiones	900	447	50%
Transferencias	900	430	48%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	5500	5609	102%
Admisiones	1,500	2,317	154%
Transferencias	4,000	3,292	82%

TABLA 17

Actividades	2021		
	Prog.	Realiz.	% Cumpl.
Servicios Intermedios	980,332	867,360	88%
Diagnostico y rehabilitación	471,891	308,959	65%
Imagenología	87105	80098	92%
Fluoroscopias	60	101	168%
Radiografías	40,000	32,593	81%
Ultrasonografías	40,645	40,801	100%
Mamografías Diagnósticas	3,500	2,822	81%
Mamografías de Tamizaje	2,900	3,781	130%
Anatomía Patológica	15,500	18,320	118%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	3,500	5080	145%
Biopsias Cuello Uterino	2,000	2668	133%
Biopsias Mama	2,000	1949	97%
Biopsias Otras partes del cuerpo	8,000	8623	108%
Otros Procedimientos Diagnósticos	7,200	6,700	93%
Colposcopias	3,500	4,289	123%
Ecocardiogramas	700	11	2%
Electrocardiogramas	3,000	2,400	80%
Tratamiento y Rehabilitación	328,920	168,114	51%
Cirugía Menor	3,000	3,467	116%
Conos Loop	400	395	99%
Crioterapias	400	563	141%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	13,620	13,270	97%
Inhaloterapias	4,500	1,520	34%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	64,000	27,098	42%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	228,000	120,655	53%
Terapias Respiratorias	15,000	1,146	8%
Trabajo Social	33,166	35,727	108%
Casos Atendidos	33,166	35,727	108%

Tabla 18

Actividades	2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	508,441	558,401	110%
Hematología	123,966	118,709	96%
Consulta Externa	19,993	21,319	107%
Hospitalización	77,362	67,760	88%
Emergencia	21,881	27,670	126%
Referido / Otros	4,730	4,502	95%
Inmunología	35,463	42,326	119%
Consulta Externa	5,283	8,887	168%
Hospitalización	21,604	22,799	106%
Emergencia	5,144	6,895	134%
Referido / Otros	3,432	3,905	114%
Bacteriología	30,934	31,283	101%
Consulta Externa	1,904	1,376	72%
Hospitalización	23,394	23,224	99%
Emergencia	4,088	3,311	81%
Referido / Otros	1,548	1,208	78%
Parasitología	1,016	858	84%
Consulta Externa	497	361	73%
Hospitalización	306	244	80%
Emergencia	153	117	76%
Referido / Otros	60	50	83%
Bioquímica	157,666	166,576	106%
Consulta Externa	21,551	30,656	142%
Hospitalización	92,152	99,998	109%
Emergencia	29,579	36,049	122%
Referido / Otros	14,384	19,106	133%
Banco de Sangre	142,696	181,619	127%
Consulta Externa	42,500	17,631	41%
Hospitalización	88,700	28,046	32%
Emergencia	5,400	8,344	155%
Referido / Otros	6,096	1,681	28%
Uroanálisis	16,700	17,030	102%
Consulta Externa	4,751	5,179	109%
Hospitalización	5,280	4,526	86%
Emergencia	6,424	6,010	94%
Referido / Otros	245	139	57%

Tabla 19

Actividades	2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	1919,394	1679,738	88%
Alimentación y Dietas	415,235	534,448	129%
Hospitalización	415,235	534,448	129%
Medicina	2,736	4,919	180%
Ginecología	6,468	9,544	148%
Obstetricia	21,931	23,030	105%
Neonatología	382,760	493,509	129%
Otros (Convenios)	1,340	642	48%
Lavandería	1463,759	1109,434	76%
Hospitalización	1370,645	1032,105	75%
Medicina	64,600	57,358	89%
Ginecología	403,623	181,614	45%
Obstetricia	615,342	548,614	89%
Neonatología	287,080	244,519	85%
Consulta	29,036	20,082	69%
Consulta Médica Especializada	29,036	20,082	69%
Emergencias	64,078	57,247	89%
Emergencias	64,078	57,247	89%
Mantenimiento Preventivo	400	408	102%
Números de Orden	400	408	102%
Transporte	40000	35448	89%
Kilómetros Recorridos	40,000	35,448	89%

VII. ACTIVIDADES DE GESTION

TABLA 20									
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 2021	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	Se realizó en el último trimestre de 2020
1.1.2	Análisis de la oferta y capacidad instalada de tercer nivel en el hospital.	1	No.	POA 2021	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	
1.1.3	Implementar Sala Situacional de Salud	12	No.	Informes	U. Epidemiología	12	12	100%	En marzo 2020 se inició la inclusión de datos epidemiológicos sobre COVID 19
1.1.4	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas durante 2021.	4	No.	Informe trimestral	Dirección / Comité Médico Asesor	4	4	100%	Durante el período de enero a septiembre

1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	76,500	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	76,500	67,702	88%	2021, los servicios finales lograron 87% de desempeño, los servicios intermedios 106% y los servicios generales 99%. En hospitalización de las camas censables y no censables se alcanzó el 93% de desempeño con 82% en la producción de egresos y 112% en la producción de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre
1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	39,700	%	SPME	Jefe de Emergencia	39,700	33,340	84%	
1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	42,012	%	SPME	Jefe de la División Médica	42,012	38,346	91%	
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	471,991	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	471,991	308,959	65%	
1.1.4.5	Brindar servicios de laboratorio y banco de sangre	508,441	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	508,441	558,401	110%	
1.1.4.6	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	1919,394	%	SPME	Jefe de División Administrativa	1919,394	2072,337	108%	
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)	5,400	%	SPME	U. de Planificación	5,400	4,352	81%	Se ajustó la meta por reapertura de la Consulta Externa desde enero 2021.
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	11,000	%	SPME	U. de Planificación	11,000	9,826	89%	La consulta de control de embarazos de alto riesgo se priorizó en la consulta externa y se tuvo incremento de la demanda de los partos esperados con un 49% de partos vaginales.
2.1.3	Atención especializada de Perinatología	1,800	%	SPME	U. de Planificación	1,800	1,535	85%	
2.1.4	Atención especializada del parto	5500	%	SPME	U. de Planificación	5500	6318	115%	
2.1.5	Atención especializada de Puerperio	4,000	%	SPME	U. de Planificación	4,000	3,049	76%	
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%	A nivel institucional, MINSAL reporta una reducción de 6 muertes maternas en relación con el período de enero a septiembre de 2020 (de 42 a 36 muertes maternas). En el Hospital ocurrieron 20 muertes maternas, 2 menos que en 2020
2.2	RESULTADO: Supervivencia neonatal con atención especializada a los recién nacidos								
2.2.1	Atención especializada a recién nacidos	4,000	%	SPME	U. Planificación	4,000	3,810	95%	El número total de muertes neonatales incrementaron en 16%. Dada la reducción de -24% en el número de egresos se
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%	<p>incrementó la letalidad en 53%. Las principales causas de muerte neonatal hospitalaria en general se concentran en la inmadurez extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.² La sepsis como causa de muerte neonatal se ha reducido, gracias a la mejora en las prácticas de bioseguridad durante la atención.</p>
-------	---	----	----------------	----------	---------------------	----	----	------	---

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

2.2.4	Referir recién nacidos para programa madre canguro a nivel nacional	100%	%	Informes	Depto. Neonatología	100	100	100%	Se reabrió la consulta externa desde enero 2021
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	12	12	100%	En general, La tendencia la mortalidad neonatal en el hospital presenta un repunte en el año 2021 en relación con 2020. Se han incluido datos de producción
2.2.6	Atención especializada en Cuidados Intensivos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	las evaluaciones oftalmológicas de los prematuros, el tamizaje auditivo, tiroideo y las ultrasonografías Transfontanelar es para detectar
2.2.7	Atención especializada en Cuidados Intermedios del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	secuelas neurológicas que puedan afectar

2.2.8	Atención especializada en Cuidados Mínimos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	de manera directa el neurodesarrollo de los recién nacidos.
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	9,000	%	SPME	Médico encargado del programa	9,000	7,828	87%	El número de quimioterapias contra cáncer se ha incrementado desde 2017

3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cáncer	1,992	%	SPME	Médico encargado del programa	2,000	1,002	50%	(enero-septiembre), que tuvo 2,559 a 3,954 en 2021, lo cual representa un valor agregado en el tratamiento gracias a la consulta externa especializada, como hospital de día, y al servicio de hospitalización en Oncología.
3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	1200	%	Registros	Médico encargado del programa	1,200	1156	96%	
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	programaciones realizadas	programación escrita	Coordinador académico	10	10	100%	Se han modernizado todas las actividades académicas por medio de tecnologías digitales
4.1.3	Ejecutar el Plan de enseñanza del Departamento	10	Resultados enviados	Documento escrito	Coordinador académico	10	10	100%	
4.1.4	Supervisión capacitante facilitadora a personal en proceso de aprendizaje y monitoreo de la eficacia de las actividades de especialización	100%	%	Informes de supervisión, Registros clínicos	Coordinador académico/ Jefe de Residentes	12	12	100%	
4.1.6	Coordinar con la unidad de investigación la elaboración de los trabajos de investigación de los médicos residentes de tercer año en las diferentes especializaciones.	11	%	Protocolos de investigación	Médicos encargados de investigación y la unidad de investigación	11	11	100%	

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO-JUNIO			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 2021	1	PAO Elaborada	PAO 2021	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.	9	9	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.	12	16	133%	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 fisicoquímicas de agua potable	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 de agua potable	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.	2	3	150%	
5.2.6	Lecturas de cloro residual	720	Numero de lecturas de cloro diaria	Bitácoras de lecturas de cloro diario.	Saneamiento Ambiental.	360	342	95%	Inexistencia de reactivo para las lecturas de cloro.
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.	9	9	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.	9	9	100 %	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.4.2	Supervisión a las áreas que almacenan sustancias químicas.	4	Numero de supervisiones programadas	Informes	Saneamiento Ambiental.	3	3	100 %	

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.	1	1	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.5.2	Manejo de cadáveres por COVID-19	Fallecidas por COVID-19	Hoja de autorización de traslado de cadáver por COVID 19	Saneamiento Ambiental	12	6	6	100 %	
5.6 Resultado esperado: Vigilancia y control de alimentos.									
5.6.1	Envió de muestras microbiológicas (Leche maternizada)	36	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	18	22	166 %	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.	2	5	200 %	
5.6.3	Supervisión cafetines dentro del hospital	8	Numero de supervisiones programadas	Instrumento de inspección, Informes	Saneamiento Ambiental.	4	3	150 %	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	1	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	0	0%	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	3	150%	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.	1	1	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	1	17%	Inasistencia de los integrantes del comité

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	%	
6	Objetivo: Brindar un mantenimiento sostenible en los ambientes laborales para la seguridad de población usuaria y personal								
6.1	Resultado esperado: Funcionamiento óptimo de la infraestructura y equipo del hospital								
6.1.1	Reparar el Sistema contra Incendios del Hospital.	1	No.	Informe de avance	División Administrativa			0%	Pendiente de asignación financiera.
6.1.2	Gestionar la mejora y el mantenimiento preventivo de los elevadores del hospital	11	No.	Informe de avance	División Administrativa	11	11	100%	Reparación completada por contrato de mantenimiento
6.1.3	Gestionar equipos para el Centro de Esterilizaciones	1	No.	Informe de adquisición	División Médica			0%	Pendientes de asignación financiera
6.1.4	Gestionar personal y equipo para el Servicio de Arsenal	1	No.	Informe de adquisición	División Médica			0%	
6.1.5	Mejorar el funcionamiento del Sistema de Energía Eléctrica, Plantas de Emergencia, UPS centrales y Paneles de Transferencia	1	No.	Informe de adquisición	Dirección/ División Administrativa			0%	Gestión y coordinación interinstitucional efectiva a partir del tercer trimestre.
6.1.6	Adquisición de transporte colectivo para el personal	1	No.	Informe de adquisición colectivo	Dirección/ División Administrativa	1	1	100 %	Funcionando

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	%	
7	Objetivo: Desarrollo de innovaciones tecnológicas para mejorar la gestión clínica y administrativa del hospital								
7.1.	Resultado esperado: Tecnologías de información y comunicación desarrolladas para mejorar la eficiencia institucional y la calidad de la atención a usuarios internos y externos.								
7.1.1.	Implementar la comunicación virtual con madres usuarias de Método Canguro según demanda.	100 %	%	Informe de avance	Médico especialista encargado de programa	100	100	100%	Se cuenta con personal técnico para la aplicación de comunicación virtual y la participación de personal multidisciplinario materno infantil.
7.1.2.	Implementar las teleconferencias para capacitación de personal y conexión virtual según convocatorias de MINSAL.	40	No.	Informe de avance	Unidad de Desarrollo Profesional.	30	30	100%	Se cuenta con personal técnico para la aplicación de comunicación virtual.